

CIENCIA Y HUMANIDAD

GUÍA DE PSICOEDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Un recurso para comprender, acompañar y saber cuándo pedir ayuda

Lic. Prof. Martina B. Schieda

Especialista en Neuropsicología

@lic.martinaschieda

Martina B. Schieda

Especialista en Neuropsicología

Cómo usar esta guía

¡Hola! Soy Martina Schieda, Especialista en Neuropsicología y armé esta guía con el propósito de acercar información clara, cálida y basada en evidencia científica sobre la prevención del suicidio. Está pensada como un recurso de psicoeducación comunitaria: para familias, docentes, amigos y para cualquier persona que quiera aprender a reconocer señales de alerta y a acompañar de una manera más informada y menos temerosa.

Esta guía no reemplaza la evaluación, el diagnóstico ni el tratamiento de un profesional de la salud mental. Es un complemento a la búsqueda de ayuda profesional, no un sustituto.

¿Estás atravesando una crisis en este momento?

Si vos o alguien de tu entorno tiene pensamientos de hacerse daño o de quitarse la vida en este momento, **no esperes:**

Líneas de ayuda y recursos en Argentina

Emergencias: 911.

Línea Nacional de Prevención del Suicidio: 135, gratuita las 24 horas desde Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires. Desde el resto del país, de forma gratuita al 0800-345-1435, o al 011-5275-1135.

Córdoba capital: Línea de Salud Mental y Adicciones de la Subsecretaría de Salud Mental de la Municipalidad de Córdoba, gratuita, las 24 horas, los 365 días: 0800-888-5555.

Si la situación es de riesgo inminente y no lográs comunicarte con ninguna línea, dirígete a la guardia del hospital más cercano: la atención de urgencia en salud mental está garantizada por ley en todo el país.

¿Qué es el suicidio?

El suicidio es la muerte causada por un comportamiento autolesivo con la intención de morir. La Organización Mundial de la Salud lo reconoce como un **problema de salud pública prioritario**: cada año, más de 720.000 personas mueren por esta causa en el mundo, lo que lo convierte en la **tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años**. Se estima además que, por cada muerte por suicidio, se producen alrededor de veinte intentos.

En Argentina, y particularmente en Córdoba, la problemática también preocupa: según datos difundidos por la Subsecretaría de Salud Mental de la Municipalidad de Córdoba, la tasa de suicidios en la provincia pasó de 7,1 cada 100.000 habitantes en 2022 a 8,1 en 2023, un incremento del 13% en un solo año, y el suicidio se ubica hoy como la **segunda causa de muerte violenta en la provincia**.

Es central entender al **suicidio como un fenómeno multicausal**: nunca responde a un único motivo, sino a la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales que se acumulan a lo largo de la vida de una persona. Por eso mismo, aunque no existe una fórmula que lo prediga con certeza absoluta, el suicidio es, en la enorme mayoría de los casos, un **fenómeno prevenible**: cuanto antes se identifican las señales de alerta y se interviene, mayores son las posibilidades de evitar un desenlace fatal.

El continuo de la conducta suicida: sus componentes

Desde la psicología clínica no hablamos del suicidio como un evento único, sino como un proceso que suele desplegarse en distintos niveles de intensidad. Los modelos actuales lo describen como un continuo. Reconocer sus componentes ayuda a dimensionar el riesgo y a saber cuándo y cómo intervenir.

La **ideación suicida pasiva** es el deseo de no existir o de estar muerto, sin que exista un plan ni una intención activa de provocarse la muerte. Frases como “no quiero seguir viviendo así” o “todo sería mejor si no estuviera” suelen expresar este tipo de idea y, aunque no implican un riesgo inminente, nunca deben minimizarse: son una señal de sufrimiento intenso que merece atención.

La **ideación suicida activa** avanza un paso más: aparece la idea concreta de quitarse la vida, aunque todavía sin un método ni un momento definidos. La **planificación suicida** implica que la persona ya pensó cómo, cuándo y con qué medios llevarlo a cabo; es un punto de inflexión clínico, porque un plan concreto, sobre todo si hay acceso a los medios para ejecutarlo, eleva significativamente el riesgo y requiere intervención profesional inmediata. La **conducta preparatoria** incluye acciones orientadas a ese plan: procurarse los medios, ensayar el método, escribir una carta de despedida o empezar a resolver asuntos pendientes.

El **intento de suicidio** es un acto autolesivo con intención de morir que no necesariamente resulta en la muerte. Es, por definición, el principal factor de riesgo individual para un futuro intento o para la muerte por suicidio, y siempre debe tomarse como una emergencia que requiere seguimiento profesional.

Es fundamental diferenciar todo esto de la **autolesión no suicida**: conductas de daño corporal (como cortes superficiales) realizadas sin intención de morir, generalmente como una forma, poco saludable pero

real, de regular emociones intensas. Aunque no buscan la muerte, también constituyen una señal de alarma y un factor de riesgo a mediano plazo, por lo que merecen el mismo nivel de atención y cuidado profesional.

Finalmente, el **suicidio consumado** es la muerte que resulta de ese comportamiento autolesivo. Comprender este continuo permite abandonar la idea de que el suicidio “ocurre de la nada”: en la mayoría de los casos es el punto final de un proceso que atravesó etapas previas, muchas veces silenciosas, pero detectables.

Mitos y realidades sobre el suicidio

Alrededor del suicidio circulan ideas equivocadas que, lejos de proteger, dificultan la prevención. Un mito muy instalado es que preguntarle a alguien si está pensando en suicidarse puede “*darle la idea*” o empujarlo a hacerlo. La evidencia científica muestra exactamente lo contrario: **preguntar de manera directa y empática no aumenta el riesgo, sino que suele aliviar la angustia de la persona y abrir la puerta a pedir ayuda.**

Otro mito frecuente es pensar que quien habla de suicidarse “no lo va a hacer”, y que solo hay que preocuparse por quienes no dicen nada. En realidad, la mayoría de las personas que mueren por suicidio comunicaron sus intenciones antes, ya sea con palabras explícitas, con señales indirectas o con cambios de conducta. Tomarse en serio cualquier mención al tema (incluso si suena “al pasar”) es una de las medidas de prevención más eficaces que existen.

También se suele creer que el suicidio es siempre un acto impulsivo, sin ningún aviso previo. Si bien el momento final puede vivirse como impulsivo, casi siempre está precedido por un proceso, breve o prolongado, de sufrimiento, ideación y, en muchos casos, señales que el entorno no supo leer a tiempo. Acá quiero hacer una breve aclaramiento. Esta información no busca culpabilizar. Que no hayas tenido el conocimiento para leer, entender o saber cómo reaccionar ante estas señales, no es tu culpa, nadie te lo enseñó. Por eso hago esta guía, porque es importante que conozcamos sobre suicidio, que sepamos qué hacer y cómo actuar ante la duda, tal vez lejana o temerosa, de que alguien a quien amamos o a quien tan solo conocemos, esté atravesando una situación como esta.

Otra idea errónea es que el suicidio solo le ocurre a personas con un diagnóstico psiquiátrico grave: si bien los trastornos de salud mental, en especial la depresión, constituyen uno de los principales factores de riesgo, el suicidio también puede afectar a personas sin diagnóstico previo, atravesadas por crisis vitales, duelos o situaciones de sufrimiento o malestar extremo.

Por último, muchas personas temen que hablar abiertamente del suicidio produzca un “efecto contagio”. La evidencia indica que **lo perjudicial no es hablar del suicidio, sino hacerlo de manera sensacionalista**, con detalles del método, o presentándolo como una solución. Hablar con responsabilidad es, en cambio, una de las herramientas de prevención más potentes con las que contamos como sociedad.



Cómo NO hablar del SUICIDIO

Quiero dejar en claro a qué me refiero exactamente cuando digo que **“hablar del suicidio de manera sancionalista es perjudicial”**: en la práctica, suelen verse titulares o frases redactadas con el único fin de generar impacto, no de informar, como *“se quiere la vida de la forma mas trágica”* y proceden a detallar explícitamente el método utilizado o el lugar escogido, a dar información suficiente para que una persona en estado de vulnerabilidad pueda replicarlo o incluso, comenzar a pensarlo. Hay sitios que llegan a presentar al suicidio como un desenlace “lógico” o casi romántico del sufrimiento y a simplificar la causa a un solo evento dramático (una ruptura, un examen, un comentario) como si eso, por si solo “explicara” la decisión.

Hablar de manera sancionalista del suicidio es presentarlo de un modo que genera impacto, morbo o dramatismo en lugar de informar con cuidado; Es la forma de comunicar que la evidencia señala como más riesgosa, porque puede facilitar la imitación en personas vulnerables.

La **comunicación responsable** es la contracara: se puede hablar del tema, mencionar que alguien murió por suicidio, hablar de salud mental y de cómo prevenirlo, preguntar si esa idea alguna vez se pasó por tu cabeza, sin necesidad de recurrir a ese nivel de detalle morboso para generar “más interacción o visualizaciones”. La diferencia no está en si se habla o no del suicidio, de hecho, hablar de forma responsable ayuda y reduce el estigma, sino en cómo se cuenta: debe hablarse del suicidio sin detalles del método, sin dramatizar, sin presentarlo como solución y siempre incluyendo información de ayuda para quien esté leyendo o escuchando.

Cómo hablar del suicidio: comunicación responsable

La forma en que hablamos del suicidio, en los medios, en las redes sociales y también en la conversación cotidiana, puede proteger o, por el contrario, aumentar el riesgo en personas vulnerables. Es preferible usar un **lenguaje directo y respetuoso**.

En la conversación con familiares o amigos, esto se traduce en evitar los eufemismos que dificultan hablar claro, evitar el tono dramático o de pánico, que puede hacer que la persona se cierre, y evitar los juicios morales o las frases que minimizan el dolor, como *“eso no es nada”* o *“pensá en positivo”*. Incluir mensajes de esperanza realista, indicando que la ayuda existe, que el malestar puede abordarse y que la persona no está sola, forma parte activa de una comunicación que protege.

Cómo preguntar directamente

Uno de los mayores obstáculos para la prevención es el **miedo a preguntar**. Es común pensar que mencionar la palabra “suicidio” puede resultar invasivo o peligroso, pero la evidencia científica es clara: preguntar de manera directa, calma y sin juzgar no aumenta el riesgo, y en la mayoría de los casos alivia a la persona, que muchas veces está esperando que alguien note su sufrimiento y le dé permiso para hablar de eso.

Una forma clínicamente recomendada de acercarse al tema es hacerlo de manera progresiva. Primero, preguntar por el malestar general, con preguntas abiertas como “¿Cómo estás en realidad?” o “Te noto distinto últimamente, ¿qué te está pasando?”. Si la respuesta confirma un malestar importante, se puede avanzar hacia una pregunta directa sobre la ideación, del tipo “¿Llegaste a pensar en hacerte daño o en no querer seguir viviendo?”. Si la persona lo confirma, acompañamos en la búsqueda de ayuda profesional, dejando en claro que vamos a estar junto en él en el proceso, demostrando nuestro afecto.

Preguntar de esta manera no reemplaza una evaluación profesional, pero sí es un primer paso fundamental: permite que la persona se sienta escuchada, reduce el aislamiento y facilita el paso siguiente, que siempre es acompañarla a buscar ayuda profesional (psicólogo o psiquiatra, muchas veces, ambas)

Factores de riesgo y factores protectores

Ningún factor por sí solo determina que una persona vaya a intentar quitarse la vida: el riesgo se construye a partir de la combinación y acumulación de distintos elementos, algunos que lo aumentan y otros que lo reducen.

Entre los factores de riesgo más estudiados se encuentran los intentos de suicidio previos (predictor individual más fuerte), los trastornos de salud mental como la depresión, el trastorno bipolar o los trastornos de ansiedad, el consumo problemático de sustancias, el dolor crónico o las enfermedades físicas graves, las pérdidas significativas (duelos, separaciones, desempleo), el aislamiento social, la exposición previa al suicidio de una persona cercana o conocida, el acceso a medios letales (es decir, objetos, sustancias o instrumentos que una persona podría usar para hacerse daño de forma grave o mortal, y que están al alcance en su entorno cotidiano), el haber atravesado maltrato, abuso o bullying, y pertenecer a grupos que enfrentan discriminación o exclusión social, como la comunidad LGBTIQ+.

Entre los factores protectores se destacan el sostén de vínculos afectivos sólidos y el sentido de pertenencia, el acceso efectivo a la atención en salud mental, las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, la limitación del acceso a medios letales, la existencia de razones concretas para vivir (hijos, proyectos, mascotas, vínculos significativos) y el tratamiento adecuado y sostenido de los trastornos de base cuando los hay. Fortalecer estos factores, a nivel individual y comunitario, es una de las estrategias de prevención más efectivas de las que disponemos.

Señales de alerta según la etapa vital

Las señales de alerta no se manifiestan igual a lo largo de la vida: varían según el momento del desarrollo, el lenguaje disponible para expresar el malestar y el contexto personal y social de cada edad. Conocer estas particularidades ayuda a no pasarlas por alto.

◆ En la infancia

Durante mucho tiempo se pensó que si un niño hablaba de “*querer morir*” no entendía en realidad lo que estaba diciendo, y que era solo una *forma de expresarse o llamar la atención*. Hoy sabemos que no es así: la investigación en niños pequeños con depresión muestra que, cuando expresan pensamientos de querer morir, comprenden el significado de la muerte (puntualmente que es definitiva y que no se puede volver de ella) tan bien o mejor que otros niños de su misma edad. Es decir, detrás de esas palabras suele haber una comprensión emocional real, y por eso nunca deberían restarse importancia por la corta edad de quien las dice.

En cuanto a las causas, los estudios que analizaron muertes por suicidio en niños de entre 5 a 11 años encontraron que suelen presentarse múltiples factores combinados: un problema de salud mental o una conducta suicida previa, haber atravesado una situación traumática (maltrato, negligencia, violencia en el hogar, o la muerte o el suicidio de alguien cercano), conflictos familiares sostenidos, y problemas en la escuela o con otros chicos, incluido el acoso o bullying. A diferencia de lo que ocurre en la adolescencia, en la infancia el suicidio ocurre con menos frecuencia junto a un diagnóstico psiquiátrico ya identificado, lo que indica que la impulsividad y el conflicto del momento pesan proporcionalmente más.

A partir de esto, conviene prestar especial atención a los antecedentes de maltrato o de exposición a violencia, a la presencia de acoso escolar, y a cualquier mención sobre querer morir o desaparecer, incluso si parece dicha al pasar. En esta etapa, la observación atenta de los adultos de referencia como familia y docentes, es la principal herramienta de detección.

◆ En la adolescencia

La adolescencia es la etapa donde las señales de alerta se estudiaron con mayor profundidad, en parte porque el suicidio es una de las principales causas de muerte en este grupo a nivel mundial. Conviene prestar atención a los cambios sostenidos en el estado de ánimo o en la conducta habitual, al descenso brusco en el rendimiento escolar, a la aparición de autolesiones, al consumo de alcohol excesivo u otras sustancias, al retraimiento social y al alejamiento de actividades que antes resultaban placenteras, a comentarios o publicaciones vinculados con la muerte o el sinsentido de vivir, a la preocupación excesiva por temáticas de muerte en la música, la escritura o el dibujo, y a situaciones de acoso escolar o cyberbullying.

Regalar objetos personales de valor afectivo, la calma repentina o alivio aparente pasado un período de profunda angustia, despedirse de manera inusual o mostrar un desinterés súbito por el futuro son también señales que ameritan una conversación directa y, si hay dudas, una consulta profesional.

◆ En la adultez

En la adultez, las señales de alerta suelen entrelazarse con el estrés laboral y económico, las rupturas de pareja, la crianza y las exigencias cotidianas, lo que a veces dificulta distinguir el malestar habitual de un riesgo real. Es importante prestar atención al aumento del consumo de alcohol o sustancias, a expresiones de desesperanza o de sentirse una carga para los demás, al abandono progresivo de responsabilidades laborales o familiares, al ordenamiento inusual de asuntos personales (hacer testamento, saldar deudas, despedirse sin una razón aparente, reglar sus pertenencias), a un intento de suicidio previo, y a la aparición de un diagnóstico médico grave o de dolor crónico. También es una etapa donde el malestar suele ocultarse detrás de la exigencia de “sostener” a otros, lo que puede retrasar tanto el pedido de ayuda como su detección por parte del entorno.

◆ En la vejez

En la vejez, el riesgo suicida está fuertemente asociado a la acumulación de pérdidas: la muerte de la pareja o de amigos cercanos, el deterioro de la salud física, el dolor crónico, la pérdida de autonomía funcional y el aislamiento social, muchas veces agravado por la jubilación o la distancia de la familia. Las personas mayores suelen expresar menos verbalmente sus pensamientos suicidas (por motivos generacionales y de estigma).

Conviene prestar atención a los comentarios sobre sentirse una carga para la familia, al desinterés repentino por actividades o vínculos antes significativos, a la entrega de pertenencias u objetos de valor, y a los cambios en el estado de ánimo que a veces se confunden, o se superponen, con un cuadro de deterioro cognitivo, por lo que ante la duda se recomienda buscar ayuda profesional, tanto de una consulta con psicología o psiquiatría, como con neuropsicología para realizar una evaluación neurocognitiva.

Cómo intervenir

Cuando identificamos que un familiar está atravesando una crisis suicida, hay pasos que la evidencia respalda como efectivos. Lo primero es **no dejarlo solo mientras el riesgo sea agudo, y acompañarlo activamente en la búsqueda de ayuda profesional**: comunicarse con su psicólogo o psiquiatra tratante si ya tiene uno, acudir a la guardia de un hospital, o llamar a una línea de crisis. En paralelo, es fundamental **restringir el acceso a medios letales** (armas de fuego, medicación en cantidades peligrosas, objetos cortopunzantes), ya que limitar ese acceso es una de las estrategias de prevención con mayor respaldo científico: el tiempo que se gana reduciendo el acceso inmediato puede ser suficiente para que la crisis pase.

Es importante **no prometer guardar el secreto**. Frases como *“no se lo cuentes a nadie”* suelen surgir del miedo o la vergüenza, pero cuando hay riesgo de vida, la confidencialidad no puede primar sobre la seguridad de la persona: hay que buscar ayuda, aunque eso implique romper una promesa.

Recordá que las frases de aliento y amor que quieras transmitirle no deben minimizar su malestar. Tal vez tengas que cambiar ese *“no pasa nada, todo está bien”*, por un *“entiendo cómo te sentís y por eso nos estamos ocupando, te voy a acompañar todo lo que sea necesario para que vuelvas a sentirte bien”*

Una vez pasada la crisis aguda, el trabajo no termina: junto con el equipo tratante conviene elaborar un **plan de seguridad personalizado** que incluya señales de alerta propias, estrategias de afrontamiento, contactos de confianza y de emergencia y sostener el acompañamiento en las semanas posteriores, que son, según la evidencia, el período de mayor riesgo, especialmente tras un alta hospitalaria.

Informate con sus profesionales de la salud sobre cómo puedes ayudarlo. No tengas miedo o vergüenza de preguntarles.

Cómo acompañar a un amigo o familiar en un mal momento

Más allá de las situaciones de crisis aguda, **acompañar a alguien que atraviesa un mal momento, aunque no haya ideación suicida presente, también es una forma de prevención:** Escuchar sin apurarse a resolver, validar lo que la persona siente sin necesidad de estar de acuerdo o reafirmar sus pensamientos más oscuros, y evitar minimizar su dolor comparándolo con el de otros, son gestos simples pero poderosos. Ofrecer ayuda concreta, como acompañar a una consulta, ayudar a conseguir un turno, estar disponible en un horario puntual, suele ser más efectivo que frases genéricas como *“cualquier cosa, avisame”*. Mantener el contacto de manera sostenida, también importa: muchas personas en sufrimiento tienden a aislarse, y un mensaje o una llamada regular puede sostener el vínculo sin presionar.

Por último, es central **cuidarse uno mismo en este rol de acompañante.** Sostener a alguien en un momento difícil puede generar angustia, cansancio o sensación de sobrecarga, y no es un signo de debilidad buscar apoyo (de otros vínculos, o de un espacio terapéutico propio) para poder sostener el acompañamiento en el tiempo. **La responsabilidad de la recuperación de la otra persona nunca recae en un solo vínculo:** siempre es un trabajo compartido con otros miembros del círculo y el equipo profesional tratante.

Qué evitar

Así como hay acciones que ayudan, hay actitudes frecuentes que pueden dificultar el acompañamiento. Conviene evitar juzgar o moralizar la situación, minimizar el sufrimiento de la persona o compararlo con el de otros, prometer confidencialidad absoluta cuando hay riesgo de vida, dejarla sola en medio de una crisis aguda, reaccionar con pánico o dramatismo excesivo, dar consejos simplistas o soluciones rápidas, y detenerse a indagar exhaustivamente por qué antes de garantizar la contención y la seguridad inmediata: **en el momento agudo, escuchar y acompañar es más urgente que entender el origen del malestar**, algo que sí podrá trabajarse después, con el profesional tratante.

Palabras finales

El suicidio es una de las problemáticas de salud pública más silenciadas, y a la vez una de las más prevenibles cuando se aborda con información, sin juicio y con acompañamiento oportuno. Ninguna persona, familiar, docente o amiga, tiene la responsabilidad de “salvar” sola a otra persona, pero todos podemos aprender a mirar con más atención, a preguntar sin miedo, y a acompañar hacia la búsqueda de ayuda profesional que cada situación necesita. Espero que esta guía te haya acercado herramientas concretas e información basada en evidencia para acompañar(te) mejor.

Recordá: esta guía es un complemento a la búsqueda de ayuda profesional, nunca un reemplazo.

Con cariño y compromiso,

Lic. Prof. Martina B. Schieda

Psicoterapeuta y Neuropsicóloga

@lic.martinaschieda