



**FLACSO**  
ARGENTINA

**ÁREA DE ÉTICA, DERECHOS Y BIENES PÚBLICOS GLOBALES**

**Maestría en Bioética**

**Muerte Voluntaria en Argentina:  
controversias bioético-jurídicas**

**Tesista: Lic. Valeria Alegre**

**Director: Dr. Luis Sanfelippo**

**Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Bioética**

**Fecha: (02/02/21)**

## **Resumen**

En virtud de su magnitud y relevancia epidemiológica, el suicidio es considerado como un problema grave de Salud Pública a nivel mundial, y figura entre los contenidos programáticos priorizados por las políticas sanitarias. La disminución de su incidencia y prevalencia es un tema de interés en la Argentina, en el marco de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley N°27.130, art.3°). Ahora bien, el advenimiento de un nuevo paradigma en el campo de la Salud Mental implica profundas transformaciones que incluyen superar una concepción patológica en los procesos de atención, y promover abordajes integrales, interdisciplinarios e intersectoriales; centrados en la búsqueda de los factores determinantes del padecimiento más que en la caracterización de una “anormalidad”.

El objetivo general de la presente tesis de Maestría en Bioética es repensar las concepciones y prácticas actuales en Salud Mental en lo relativo al campo del suicidio en Argentina. El objetivo específico de la investigación consiste en explorar las concepciones y las prácticas respecto de la ideación suicida y el intento de suicidio, por parte de profesionales del campo de la Salud Mental que se desempeñan en las guardias de diferentes efectores públicos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). La estrategia metodológica utilizada para la realización de este trabajo se basa en un estudio exploratorio y descriptivo a través de una encuesta autoadministrada de carácter voluntaria y anónima. Por su intermedio me propongo indagar la manera en que el problema del suicidio es abordado en el ámbito sanitario de la CABA, a fin de contribuir a una reflexión local.

**Palabras clave:** Suicidio - Argentina - Salud Pública - Salud Mental – Interdisciplina

## Índice

### Contenido

Agradecimientos.....	5
Nota aclaratoria.....	6
Listado de abreviaturas .....	7
Capítulo I. Introducción.....	8
1. Acerca de la relevancia del tema .....	8
1.1 Algunos datos epidemiológicos a nivel mundial .....	8
1.2 La situación de la Argentina.....	10
2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de suicidio? .....	11
2.1 Definiciones orientadas a la atención sanitaria.....	14
3. Aspectos normativos.....	16
3.1 Regulación nacional.....	16
3.2 Regulación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	19
4. Prevención de suicidios.....	20
5. La atención sanitaria .....	22
5.1 Atención en urgencias .....	25
5.2 Equipo Interdisciplinario.....	27
5.3 Restricción de la libertad con fines terapéuticos .....	28
5.4 Atención sanitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires .....	29
6. Antecedentes de investigación.....	31
Capítulo II. Objetivos y justificación .....	33
1. Justificación .....	33
2. Objetivo general.....	34
3. Objetivo específico .....	34
Capítulo III. Metodología .....	35
1. Diseño .....	35
2. Población y muestra.....	35
2.1 Criterios de inclusión .....	35
2.2 Criterios de exclusión.....	36
2.3 Muestra.....	36
3. Instrumento.....	36
3.1 Características .....	36
3.2 Prueba piloto .....	37
4. Procedimientos .....	38

5. Análisis .....	39
6. Aspectos éticos.....	39
6.1 Sobre el proceso de consentimiento informado .....	39
6.2 Sobre el anonimato y la confidencialidad de los datos.....	40
Capítulo IV. Resultados.....	41
1. Descripción de la muestra.....	41
2. Derechos y obligaciones de profesionales de la salud.....	42
3. Ideación suicida e intento de suicidio .....	44
Capítulo V. Discusión .....	58
Comentarios finales.....	72
Bibliografía consultada .....	81
ANEXO I. Dictamen Comité de Ética en Investigación .....	93
ANEXO II. Consentimiento Informado .....	95
ANEXO III. Encuesta a profesionales del campo de la Salud Mental.....	96
<b>A.</b> DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	96
<b>B.</b> DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES.....	97
<b>C.</b> ACERCA DE LA IDEACIÓN SUICIDA.....	97
<b>D.</b> ACERCA DEL INTENTO DE SUICIDIO .....	99

## Agradecimientos

A continuación, quisiera expresar algunos agradecimientos. En primer lugar, a Luis Sanfelippo, quien dirigió esta tesis. A Florencia Luna, por alentarme a seguir. A Sandra Gobet agradezco su disposición atenta. Al Jurado, por brindarme su tiempo y los lineamientos que permitieron ordenar el trabajo en una instancia de reformulación. A Mariana Cristina, mi gran compañera de ruta en FLACSO. Gracias a Leonardo Perelis por la orientación para llevar adelante la labor exploratoria en la que se basa este trabajo. Agradezco a Eliana Viescas, Nadia Senabre, Sabrina Morelli y Adrián Barrera, amigxs del ámbito *psí* e interlocutores fundamentales. A Marina Khoury por sus valiosas observaciones y sugerencias. A Patricia Ramos, Ana Helman, Andrés Calabria y Leandro Grendas, por ayudarme a repensar nudos problemáticos. Agradezco a Cecilia Kleine y Fernando Hunter, mis compañerxs de equipo en la guardia; con quienes transitar el mundo hospitalario es la parte más sencilla, incluso de cara a las limitaciones que caracterizan a nuestro sistema de salud en las condiciones actuales. Por último, gracias especiales a Diego, mi compañero en esta vida, por su sostén en los momentos más difíciles; y a Luca, mi hijo, por entender mis ausencias e inspirarme con su alegría a seguir adelante siempre.

## Nota aclaratoria

En el marco de la presente reformulación, entiendo que el título: *“Concepciones y prácticas en Salud Mental acerca de la ideación suicida y el intento de suicidio. Consideraciones a partir de un estudio exploratorio”*, refleja con mayor precisión los objetivos de la investigación en la que se basa la presente tesis de Maestría en Bioética.

Por último, si bien considero un paso importante haber podido problematizar el uso de un lenguaje genérico masculino, aún encuentro dificultades para incorporar, tanto en el habla como en producciones escritas, el uso de un lenguaje inclusivo y no sexista sin caer en meros binarismos<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A modo de ejemplo, aludo al uso simultáneo de pronombres las / los, etc.

## Listado de abreviaturas

**CABA** Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**DDHH** Derechos Humanos

**DNSMyA** Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

**EISM** Equipo Interdisciplinario de Salud Mental

**LNSM** Ley Nacional de Salud Mental

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**PNSM** Plan Nacional de Salud Mental

**RAE** Real Academia Española

# Capítulo I. Introducción

## 1. Acerca de la relevancia del tema

### 1.1 Algunos datos epidemiológicos a nivel mundial

En la actualidad, la efectiva disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio figura entre los contenidos programáticos priorizados por las políticas de Salud Pública a nivel mundial. En el año 2012 se registraron en el mundo cerca de 800.000 muertes por suicidio. No obstante, según consta en la literatura consultada (OMS, 2014, 2019; Bodón y Ríos, 2016), los datos deben ser tomados con precaución puesto que es probable que exista un subregistro de casos. Esto último, probablemente esté motivado, entre otras cuestiones, por el estigma, el tabú y los prejuicios que tradicionalmente se encuentran asociados al suicidio; factores que pueden funcionar al modo de un obstáculo para la búsqueda de ayuda y/o de atención sanitaria. Además, la insuficiente disponibilidad y calidad de los datos puede estar vinculada con el subregistro correspondiente a otras modalidades de conducta suicida, tales como: la ideación suicida, la planificación y el intento de suicidio<sup>2</sup>. Anualmente, el número de intentos de suicidio es muy superior al de suicidios consumados (OMS, 2014).

Según la literatura consultada (OMS, 2004, 2014, 2019), la existencia de un intento de suicidio previo constituye el factor de riesgo más importante entre la población en general. Entre los principales factores de riesgo suicida figuran las barreras para acceder a una atención sanitaria adecuada, la fácil disponibilidad de los medios pasibles de ser utilizados para quitarse la vida; así como la comunicación inapropiada por parte de los medios de difusión y comunicación, y el estigma asociado a los comportamientos de búsqueda de ayuda (OMS, 2014).

---

<sup>2</sup> Volveremos sobre algunas de tales manifestaciones al hacer referencia a algunas consideraciones sobre la atención sanitaria.



Entre los factores vinculados a la comunidad y las relaciones, cabe mencionar las guerras y los desastres, el estrés por desplazamiento y aculturación, la discriminación; así como las situaciones de abuso y violencia, los conflictos en las relaciones y el sentido de aislamiento (OMS, 2014).

Por último, otros factores de riesgo involucran los intentos de suicidio previos, el condicionamiento del afecto y la conducta por trastornos mentales, el consumo nocivo de alcohol, la pérdida laboral o financiera, la sensación de desesperanza, los dolores crónicos severos no controlados y los antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio consumado (OMS, 2014).

Entre los métodos utilizados con mayor frecuencia es posible mencionar la autointoxicación con plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego. Una regularidad presente en todos los países es la preponderancia del género masculino en la consumación de los suicidios, si bien las mujeres son protagonistas de la mayoría de las tentativas. Existe una excepción, China, país en el que se constata que las mujeres consuman el acto que pone fin a sus vidas en forma anticipada con mayor frecuencia que los varones. En la mayoría de las regiones del mundo las tasas de suicidio son más elevadas en personas de 70 años o más, tanto en varones como en mujeres. No obstante, en algunos países las tasas son más elevadas en el caso de los jóvenes, en particular adolescentes<sup>3</sup>. En el año 2016 el suicidio consumado fue la segunda causa de defunción en el grupo etario comprendido entre los 15 y 29 años, en todo el mundo, luego de los accidentes de tránsito (OMS, 2019).

Si bien se trata de un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo, los países de bajos y medianos ingresos son los que sobrellevan la mayor parte de la carga mundial del suicidio, en tanto suponen aproximadamente el 75% del total de los casos. Esto último puede encontrar fundamento en el hecho de que los servicios sanitarios y los recursos disponibles para la atención, si existen, suelen ser escasos y limitados para llevar adelante una labor de identificación temprana, así como un abordaje oportuno y eficaz de la problemática una vez detectada (OMS, 2014).

---

<sup>3</sup> A modo de ejemplo, se invita a ver la situación de la Argentina en el próximo apartado.

## 1.2 La situación de la Argentina

Según registros oficiales de la Argentina, en el período comprendido entre los años 2009-2018, se produjeron 198.833 muertes por causas externas y el 16% de ellas, un total de 31.527 muertes, correspondieron a suicidios consumados (DNSMyA, 2020)<sup>4</sup>.

Con respecto a la distribución según sexo, los varones alcanzan poco más de 80% del total de los casos. En relación a la edad, el grupo de 80 años (o más) fue el más afectado, seguido del grupo de 20 a 39 años. Entre los métodos utilizados con mayor frecuencia figura el ahorcamiento o sofocación. Los varones utilizan en mayor proporción armas de fuego, mientras que las mujeres, en general, recurren a distintas modalidades de envenenamiento. Dicha distribución se mantiene en los diferentes grupos de edad, pudiéndose observar que mientras aumenta la edad, se incrementa también la elección del uso de armas de fuego (DNSMyA, 2020).

Según datos aportados a través de un reciente informe publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (en adelante UNICEF), la tasa de mortalidad por suicidio entre las y los adolescentes de entre 15 y 19 años se incrementó en forma considerable en las últimas dos décadas en Argentina; habiéndose reducido de modo significativo en los grupos de mayor edad, quienes históricamente registraron las tasas más elevadas (UNICEF, Argentina, 2019)<sup>5</sup>.

En lo relativo a la distribución por regiones, la Patagonia (Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego) y el Noroeste argentino (Salta y Jujuy), se destacan como aquellas que presentan las mayores tasas de suicidio. Ahora bien, mientras la primera supone una tendencia descendente, la segunda muestra una tendencia al ascenso (DNSMyA, 2020).

---

<sup>4</sup> Para más detalles ver, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2020): "Epidemiología y Suicidio. Nociones introductorias".

<sup>5</sup> Para mayores desarrollos se invita a ver <https://www.unicef.org/argentina/media/5466/file/suicidio%20adolescente.pdf>

## 2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de suicidio?

Aunque pueda parecer un concepto simple, resulta complejo alcanzar una definición única y precisa del suicidio. A su vez las diferentes definiciones no surgen en el vacío, no son ingenuas. Por el contrario, suponen algún aspecto al que se le otorga un papel destacado<sup>6</sup>, y resultan funcionales a ciertos contextos de aplicación<sup>7</sup>. Algunas de las definiciones tradicionales que se han esgrimido para pensar el problema del suicidio han sido demasiado amplias, mientras que otras suponen un recorte excesivamente restringido o estricto. De modo que, si se admiten de manera acrítica tales definiciones, se ve abierto un campo en el que; por un lado, situaciones muy diversas o heterogéneas pueden verse agrupadas bajo un mismo nombre; o bien, por el contrario, frente a la existencia de demasiadas condiciones para calificar a un acto dentro del campo del suicidio, numerosos casos pueden no ser considerados como tales<sup>8</sup>.

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), el suicidio<sup>9</sup> supone: 1) la acción y efecto de suicidarse; y 2) una acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Por un lado, la primera acepción acentúa la idea de una acción y de un resultado que concierne al propio agente. En cuanto al verbo “suicidarse” es definido por la RAE como “quitarse voluntariamente la vida”<sup>10</sup>. La segunda acepción que propone el diccionario hace hincapié no sólo en la acción, sino también en la idea de un perjuicio (actual o posible), contra sí mismo.

---

<sup>6</sup> En ocasiones tiene preeminencia el criterio de la intencionalidad; en otras se destaca la idea de perjuicio o daño, etc.

<sup>7</sup> En el marco de esta tesis de Maestría en Bioética interesa detenernos, particularmente, en algunas de las definiciones en uso en el ámbito de la Salud Pública. Se invita a ver apartado sobre atención sanitaria.

<sup>8</sup> Este implica un nudo problemático destacado por D. Cohen Agrest (2012), quien distingue definiciones en sentido amplio y en sentido restringido acerca del suicidio, e invita a repensar tanto sus alcances como sus limitaciones (pp. 56-65).

<sup>9</sup> Para más detalle ver <https://dle.rae.es/suicidio>

<sup>10</sup> Ver <https://dle.rae.es/suicidarse>

De un modo similar, en el año 2010, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), define al suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida”; definición en la que tiene preeminencia el criterio de la intencionalidad. No obstante, según la revisión de la literatura (Bodón y Ríos, 2016), en el año 1976, la OMS proponía definirlo como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o del conocimiento del verdadero móvil”<sup>11</sup>. En este caso, lo que se subraya es la idea de daño por sobre los criterios de la intencionalidad y de la causa.

A lo largo de la historia en Occidente, el suicidio supone un asunto que ha suscitado profundos debates y controversias en diferentes ámbitos y áreas del conocimiento. Según la revisión de la literatura, (Durkheim, 2013 [1897]; Thévoz y Jaccard, 1993; Yampey *et al.*, 1998; Álvarez, 1999; Szasz, 2002; Améry, 2005; Farías, 2007; Cohen Agrest, 2012; Critchley, 2016), la adscripción tradicional sostiene una asociación entre campo del suicidio, psicopatología e irracionalidad.

En particular, a fines del siglo XIX la concepción del suicidio como hecho psicopatológico posiciona a la psiquiatría en un lugar central en el ordenamiento de la sociedad al legitimar, bajo la forma del conocimiento científico, ciertos valores dominantes que definen “lo sano” y “lo enfermo”, “lo normal” y “lo patológico”. Además, en tanto instancia de control del “anormal”, la psiquiatría verá ampliado su campo de intervención: al codificar la locura no sólo como *enfermedad* sino también como *peligro*, orientará su campo de acción a diagnosticar -y tratar-, al individuo *enfermo*, pero también; y, sobre todo, al individuo *peligroso* (Foucault, 2010 [1974-1975]).

---

<sup>11</sup> Para ampliar ver <https://www.google.com/search?q=suicidio+lineamientos+generales+para+la+comprensi%C3%B3n+detecci%C3%B3n+y+prevenci%C3%B3n&oq=Suicidio%3A+Lineamientos+generales+para+la+comprensi%C3%B3n%2C+detecci%C3%B3n+y+prevenci%C3%B3n.&aqs=chrome.1.69i57j0.3874j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

M. Thévoz y R. Jaccard (1993), destacan el dominio creciente de un “Estado terapéutico” que invade la vida privada e interviene con el propósito de “proteger” y/o “cuidar” a los individuos de sí mismos. En estrecha relación, afirman que el suicidio entendido en términos de patología pasa a depender de la competencia médica obedeciendo a un proceso general de medicalización (p. 37).

Yampey *et al.* (1998)<sup>12</sup>, sostienen, sin desarrollar su fundamento, la posibilidad de una “justificación racional” para “ciertas formas de autoeliminación” que no necesariamente deben ser consideradas patológicas (p. 13). No obstante, esta vía abierta por fuera del campo de la psicopatología y la irracionalidad no pareció derivar en mayores desarrollos teóricos, permaneciendo el planteo “aislado”, incluso, en el mismo texto. Tales autores destacan, fundamentalmente, “la gravedad del problema del suicidio”, en tanto “trastorno psíquico” o “serio trastorno mental”; que requiere tratamiento, y supone motivaciones múltiples y complejas, en especial psicológicas. Según lo entienden, el acto suicida se ejecuta en un momento de considerable “empobrecimiento o confusión del Yo”, e implica una suerte de recurso para huir de la vida y evitar el sufrimiento (Yampey *et al.*, 1998: 11).

G. Farías (2007, 2012) propone advertir la posibilidad de que el acto de quitarse la propia vida no se encuentre condicionado por alguna enfermedad o trastorno mental (tales como depresión mayor, esquizofrenia, etc.). En este caso, la persona reconoce la existencia de la opción de poner fin a su vida en el ámbito de su autodeterminación; y considera que la vida supone un valor importante, aunque relativo. Vale decir, que debe ser ponderado en función del peso de otros valores que pueden haber acompañado a la persona a lo largo de su historia de vida (Farías, 2007: 29-30, 2012: 41). Entre las posibles motivaciones del suicidio descripto, (también denominado “suicidio no patológico”), la autora menciona la defensa del propio honor, la realización de un sacrificio altruista<sup>13</sup> y/o la necesidad de poner término a un sufrimiento persistente e intolerable, sea este físico, psíquico o moral.

---

<sup>12</sup> Grupo de investigación sobre Crisis y Suicidio de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

<sup>13</sup> Como puede ser salvar a otro en una determinada situación.

Siguiendo su línea de argumentación, quien consuma un suicidio de este tipo, llega al acto que pone término a su propia vida luego de un proceso de reflexión y de toma de decisión, sin la presencia de trastornos cognitivos que puedan comprometer su competencia subjetiva<sup>14</sup>, y en posesión de su capacidad jurídica<sup>15</sup> (Farías, 2007: 30, 2012: 41).

Si bien en el marco esta tesis no nos detendremos en el problema del suicidio como acto centrado en la libre autodeterminación; la distinción que subraya la autora posee relevancia teórica y, sobre todo, clínica. En particular, en tanto que permite repensar críticamente la adscripción tradicional que tiende a asociar, en forma directa o lineal, campo del suicidio con la psicopatología y la irracionalidad. De esta manera, la problemática se amplía y complejiza.

## 2.1 Definiciones orientadas a la atención sanitaria

En nuestro país, en el marco de la atención sanitaria y con respecto al tema que nos ocupa, son consideradas tanto la definición reconocida por la OMS, como aquella que brinda el marco legal y normativo vigente en materia de suicidio. Además, en el marco de esta tesis orientada a la atención sanitaria interesa detenernos, particularmente, en algunas manifestaciones relacionadas con el suicidio, tales como la ideación suicida y el intento de suicidio; y sus correspondientes definiciones.

Las ideas suicidas suponen pensamientos que versan sobre la posibilidad de poner término a la propia vida, si bien persisten como ideaciones sin derivar necesariamente en un acto concreto (Cohen Agrest, 2012).

---

<sup>14</sup> Como advierte Salles (1998: 108), la *competencia* no supone un atributo global sino uno relativo a una tarea específica. Alude a la capacidad para desarrollar dicha tarea en particular. O bien, como afirma Ramos (2019): implica la capacidad de una persona de afrontar y resolver con éxito una situación determinada (tomar una decisión o ejecutar una tarea) haciéndose cargo de sus consecuencias. Comporta actitudes y funciones psicológicas suficientes que garanticen que una determinada decisión ha sido tomada en un contexto autónomo, es decir, sin coacción y en calidad de agente, esto es de manera intencionada (p.99).

<sup>15</sup> En cuanto a la *capacidad*, es un concepto jurídico que, en sentido amplio, supone la aptitud para ser titular de derechos (y para poder ejercerlos), así como para contraer obligaciones. Según lo afirman I. Maglio y M. A. Bello, en "*Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*" (2009), todas las personas gozan de capacidad de derecho. O lo que es lo mismo, de una aptitud para ser titular de derechos. En contrapartida, la posibilidad de ejercicio de derechos (capacidad de hecho), y entre ella por ejemplo la aptitud para participar del proceso de consentimiento informado, puede estar afectada o incluso ser inexistente (pp.116-117).

Con la expresión “intento de suicidio” se alude al comportamiento dirigido a darse muerte, sin llegar a conseguirlo (Cohen Agrest, 2012: 56). Según la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, el intento de suicidio supone: “toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal” (Ley N°27.130, art. 2°). En este caso, es posible recortar, al menos, dos enfoques que parecen destacarse en la definición. Por un lado, la muerte como equivalente a un daño; por el otro, y en estrecha relación, una concepción de daño entendido fundamentalmente como perjuicio contra la integridad física.

Según la revisión de la literatura (DNSMyA, 2018), tales manifestaciones no se asocian de manera lineal y consecutiva; y deben distinguirse de lo que se conoce como “conductas de riesgo”. En este último caso, la persona ejecuta determinadas acciones que pueden ser catalogadas como “riesgosas” para el observador común, pero sin ser (necesariamente) consciente de tales riesgos, ni tener la intención de morir o de acabar con la propia vida (Cohen Agrest, 2012: 56). Como ejemplos de comportamientos que se desarrollan según un “estilo de vida riesgoso”, es posible mencionar el conducir un vehículo, en forma habitual, luego de un consumo excesivo de alcohol u otras sustancias (lo que puede llevar a la producción de accidentes de tránsito -con las consecuentes pérdidas materiales-, pero también, y fundamentalmente, que puede ocasionar la muerte a otras personas o, incluso, poner término a la propia vida). Otro ejemplo posible está dado por la práctica habitual de deportes riesgosos, etc.

Por último, existen conductas autolesivas (tales como cortes superficiales autoinfligidos), que culminan en consultas por guardia en diferentes efectores de salud; y que acontecen sin la intención de morir; aunque pueden conllevar tal consecuencia. Ya sea por desconocimiento del uso del método de autolesión, por las circunstancias en las que se lleva a cabo la práctica y la posibilidad de ejercer (o no) un control de la situación. Esto último puede verse complicado, en ocasiones, por ejemplo, en el contexto de un estado de intoxicación aguda por sustancias, etc.

### 3. Aspectos normativos

Todas las conductas humanas se encuentran atravesadas por la distinción que el Derecho – en tanto marco normativo jerárquicamente superior-, establece entre lo permitido y lo prohibido. Determinando, en el último caso, el tipo y grado de sanción pertinente<sup>16</sup>.

#### 3.1 Regulación nacional

En nuestro país se reconoce el derecho de las personas a decidir libremente sobre su propia vida y su propio cuerpo en el ámbito privado. De esta manera, cualquier persona puede disponer de su vida, puede ejercer el derecho de ponerle término en forma anticipada y controlar el momento de su muerte, siempre que el acto se consume sin la participación de terceros, sea el Estado o cualquier otro. Según la Constitución Argentina (1994):

Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe. (art. 19°).

La legislación penal argentina prohíbe tanto la asistencia como la instigación al suicidio. Tales actos son calificados como delito pasible de sanción en los siguientes términos: “será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado” (Código Penal, art. 83°). No obstante, el intento de suicidio o su consumación, sin la intervención de terceros, no conllevan consecuencias de carácter penal de acuerdo a nuestro ordenamiento jurídico. En tal sentido, el intento de suicidio no debe ser denunciado ni se deben adoptar a su respecto medidas de encierro.

Ahora bien, cuando se trata de la idea o la intención de poner fin a la propia vida, el principio de autonomía personal suele despertar controversias. Sobre todo, cuando involucra

---

<sup>16</sup> En este punto se siguen las formulaciones de L. Ghioldi y E. Toro Martínez, en “Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros”, Cuadernos de Medicina Forense Argentina, Año 2-N°1; 25-35. En este artículo los autores orientan sus formulaciones a fomentar una reflexión crítica del concepto tradicional de peligrosidad, a fin de brindar sustento a dos tipos de internaciones: la que nombran como “urgente” y la “terapéutica” (basada, esta última, en un concepto clínico).



la evaluación o juicio de terceros, como es el caso de los agentes de salud que reciben en el ámbito sanitario a una persona con ideas suicidas o que ha intentado matarse. Frente a este tipo de circunstancias los profesionales de la salud tienen una responsabilidad legal y una obligación de medios / procesos, debiendo evaluar la situación de la persona en cada momento e instrumentar todas las medidas de atención posible.

Según lo expresa la Ley sobre el Ejercicio de la Medicina (1967)<sup>17</sup>, los profesionales que ejerzan la Medicina están obligados a respetar la voluntad del paciente en lo relativo a una posible negativa a tratarse o internarse, a excepción de “los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos”<sup>18</sup>. Y esto, sin perjuicio de lo establecido en el marco de otras disposiciones legales vigentes (Ley N°17.732, art. 19°, inc. 3°). La tentativa de suicidio es presentada junto al campo del delito, así como en relación a circunstancias en las que adquiere relevancia la referencia a algo “ajeno” a sí mismo que la persona no controla (“alienación mental”); incluyendo también situaciones en las que no es posible acreditar la competencia de la persona para efectuar una toma de decisión (se alude aquí a los “casos de inconsciencia”). Dicha inclusión en un mismo grupo resulta coherente con una tradición que ha sostenido, al menos, dos tipos de enlace: por un lado, una asociación entre la práctica suicida y el campo de la peligrosidad; por el otro, su estrecha relación con el campo de la psicopatología y la irracionalidad.

Por último, según se afirma en el cuerpo del mismo texto legal, otro aspecto para considerar remite a que los profesionales de la Medicina, en ejercicio de su función, están obligados a “promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta, signifiquen *peligro para sí mismas o para terceros*”<sup>19</sup> (Ley N°17.732, art. 19°, inc. 5°).

En los últimos años, el campo de la Salud Mental de nuestro país vivenció algunas transformaciones fundamentales. Entre ellas la aprobación con carácter de orden público<sup>20</sup> de

---

<sup>17</sup> Ley sobre el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de colaboración.

<sup>18</sup> Citado en Luna (1998: 238); Farías (2007: 106); Cohen Agrest (2012: 34).

<sup>19</sup> Énfasis añadido.

<sup>20</sup> Siendo su cumplimiento obligatorio, sin requerir la adhesión de las distintas jurisdicciones del país.

la Ley N°26.657 (en adelante LNSM), sancionada en el año 2010. El Decreto N°603/2013, que reglamenta a la LNSM, hace su ingreso en el terreno normativo argentino en el año 2013, al igual que el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).

La LNSM supuso una muestra del advenimiento de un nuevo paradigma en el campo de la Salud Mental orientado a superar una concepción patológica en los procesos de atención; y promover abordajes integrales, interdisciplinarios e intersectoriales. En tales coordenadas, la salud mental es reconocida como un proceso complejo determinado por múltiples componentes: históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos (LNSM, art. °3).

En este contexto, la presunción de daño sólo puede ser el resultado de una evaluación que se lleve a cabo en función de criterios terapéuticos de carácter interdisciplinario, con respecto a cada situación particular en un momento determinado, y no estar condicionada por la existencia previa de un diagnóstico en el campo de la Salud Mental (LNSM, art. 5°).

Según se afirma en su texto, en lo atinente a la modalidad de abordaje, la atención en Salud Mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario (LNSM, art. 8°). La internación en Salud Mental se considera como un “recurso terapéutico de carácter restrictivo”, que sólo puede implementarse cuando de la evaluación del equipo interviniente se desprenda que puede aportar mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social de la persona (LNSM, art. 14°).

La internación de una persona con padecimiento mental bajo una modalidad involuntaria debe concebirse como recurso terapéutico de carácter excepcional, fruto de su evaluación interdisciplinaria y actual; y sólo podrá realizarse en caso de que *a criterio del equipo*<sup>21</sup> de Salud Mental no sean posibles los abordajes ambulatorios, y mediere *situación de riesgo*<sup>22</sup> cierto e inminente para la persona o para terceros (LNSM, art.20°).

---

<sup>21</sup> Énfasis añadido.

<sup>22</sup> Énfasis añadido.

Según el decreto que reglamenta a la LNSM, se entiende por padecimiento mental “todo tipo de sufrimiento psíquico de la persona y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevisibles”. Pero también incluye situaciones más prolongadas de padecimiento, tales como trastornos y/o enfermedades (Decreto N°603/2013, art. 1°). El *riesgo cierto e inminente*<sup>23</sup> es definido como “aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable, que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”. En este caso, no se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no se encuentren condicionadas por un padecimiento mental (Decreto N°603/2013, art. 20°).

### 3.2 Regulación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A partir de la reforma de la Constitución Nacional, la Ciudad de Buenos Aires pasó a convertirse en Ciudad Autónoma. Desde entonces, sus habitantes participan de elecciones para conformar sus Poderes Ejecutivo y Legislativo. Lo antedicho favoreció que el sistema representativo formal de la Ciudad se modifique, y que, en la nueva Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada en el año 1996, se incluyan referencias explícitas a la salud mental<sup>24</sup>:

Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social. (Cap. II, art. 21, inc. 12).

Dicha referencia diferencia el concepto de salud mental con respecto a un concepto de salud más acotado y restringido a la asistencia médica. De esta manera, expresa una concepción de lo que la ciudad va a entender por salud mental, reconociendo la condición de sujetos de los asistidos y la obligación del Estado de brindar asistencia a ese malestar.

En el año 1999, la Ley Básica de Salud de la CABA (en adelante Ley N°153), expone cuáles son los lineamientos que contempla la concepción de salud mental. Por un lado, el

---

<sup>23</sup> Énfasis añadido.

<sup>24</sup> Para mayor detalle se invita a ver <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/smres.pdf>

respeto a la singularidad de los asistidos; por el otro, evitar modalidades terapéuticas segregacionistas que impongan al sujeto ideales sociales y culturales y, por último, promover la desinstitucionalización progresiva (Ley N°153, art. 48°). Poco tiempo después, la Legislatura de la Ciudad avanzó en lo dispuesto por la Constitución y por la Ley N°153 de CABA, y promulgó la Ley de Salud Mental N°448 (2000), cuyo objeto es: "garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" (Ley N°448, art. 1°). Este marco legal supuso uno de los antecedentes fundamentales de la LNSM.

#### 4. Prevención de suicidios

En el año 1999 la OMS presentó el programa SUPRE<sup>25</sup>, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio, a partir del cual se dio lugar a la elaboración de una serie de documentos e instrumentos dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, considerados fundamentales para llevar a cabo estrategias de prevención<sup>26</sup>.

Desde el año 2003, cada 10 de septiembre la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio<sup>27</sup> promueve el día Mundial para la Prevención del Suicidio<sup>28</sup>. Según datos oficiales de la OMS (2004), una vez declarado como problema epidemiológico central y prevenible en el campo de la Salud Pública<sup>29</sup>, la temática del suicidio pasó a ser considerada como uno de los objetivos prioritarios de las políticas públicas en materia de Salud Mental. Como una muestra de esto, cabe mencionar que la prevención del suicidio forma parte del Primer Plan de Acción sobre Salud Mental<sup>30</sup> en la historia de la OMS, el cual se propuso, hacia el año 2020, reducir en un 10% la tasa de suicidio en los países.

---

<sup>25</sup> Suicide Prevention.

<sup>26</sup> Tal es el caso del personal sanitario que cumple función en atención primaria de salud, médicos generalistas, docentes, profesionales de los medios de comunicación, etc.

<sup>27</sup> IASP, por sus siglas en inglés.

<sup>28</sup> Asimismo, la IASP creó un sitio web oficial orientado a la prevención del suicidio.

<sup>29</sup> Para más detalle, ver Organización Mundial de la Salud (2004): Centro de Prensa. El suicidio: un problema de Salud Pública, enorme y sin embargo prevenible. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

<sup>30</sup> Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (plan que fue adoptado por la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, en el mes de mayo del año 2013).

En consonancia, el primer informe mundial sobre el suicidio<sup>31</sup> procura alertar respecto de la magnitud y gravedad del problema, y sobre la necesidad de implementar medidas inmediatas para su abordaje oportuno y eficaz.

Desde un enfoque de Salud Pública algunas de las actividades de índole preventiva se procuran mediante campañas de sensibilización de la población, el control de acceso a los medios / métodos pasibles de ser utilizados para consumir la idea o intención de poner fin a la propia vida, y el trabajo con los medios de comunicación para promover el manejo adecuado de las noticias (OMS, 2019).

Asimismo, las actividades de prevención de la conducta suicida procuran desarrollarse también a partir de la asistencia de personas que ingresan a los efectores de salud presentando ideas de muerte y/o suicidas persistentes o un intento de suicidio<sup>32</sup>.

En la Argentina cada año se promueve el Día Nacional de la Prevención del Suicidio, en concordancia con el día mundial<sup>33</sup>. A su vez, nuestro país participa del programa SUPRE antes mencionado. En este contexto, la prevención del suicidio figura entre los objetivos principales de las líneas estratégicas en Salud Mental.

La Ley Nacional de Prevención del Suicidio, sancionada y promulgada en el año 2015, tiene por objeto “la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención<sup>34</sup>” (Ley N°27.130, art. 3°). Entre sus objetivos se incluyen el abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática, así como el desarrollo de acciones y estrategias de sensibilización de la población. A su vez, el desarrollo de los servicios asistenciales, la continua y sistemática formación / capacitación profesional<sup>35</sup>,

---

<sup>31</sup> Para mayores detalles ver, “*Prevención del suicidio. Un Imperativo Global*”, publicado por la OMS en 2014.

<sup>32</sup> A tal fin existen una serie de protocolos de atención preestablecidos para el ámbito sanitario.

<sup>33</sup> A su vez, recordemos que el 10 de octubre de cada año se conmemora el Día Mundial de la Salud Mental y que en el 2019 se centró, precisamente, en la prevención del suicidio.

<sup>34</sup> Las acciones de carácter posventivo están orientadas a atemperar los efectos en el círculo íntimo o familiar de la persona que ha consumado el acto suicida.

<sup>35</sup> En el contexto de un cambio de marco normativo que promueve transformaciones en los saberes y en las prácticas, adquieren relevancia las actividades de formación y capacitación de los recursos humanos en salud. En esta línea, la LNSM insta al Ministerio de Salud de la Nación a “desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas”, haciendo hincapié en la importancia de que la formación de los profesionales del campo de la Salud Mental sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento con la mencionada ley. Se destaca el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y Salud Mental. Asimismo, en su texto se afirma la relevancia de “promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñan en servicios públicos de salud mental en todo el país” (LNSM, art. 33°).

para la detección y atención de las personas en situación de riesgo de suicidio, así como la promoción de la creación de redes de apoyo de la sociedad civil (Ley N°27.130, art. 4°)<sup>36</sup>.

Si bien la elaboración de una estrategia nacional de prevención del suicidio constituye una muestra del compromiso de un gobierno en lo relativo a ocuparse del tema; esto, a su vez, debe estar sujeto a una evaluación sistemática, a fin de detectar la necesidad de modificaciones y/o ajustes, en aras de brindar una respuesta integral y adecuada. Asimismo, se requiere hacer de la prevención una prioridad multisectorial, que incluya no sólo al sector de la salud, sino también bienestar social, educación, trabajo, justicia, medios de comunicación, etc. Por último, deben asignarse los recursos necesarios para alcanzar los objetivos planteados a corto, mediano y largo plazo.

## 5. La atención sanitaria

Un cambio fundamental en el mundo sanitario ha sido el pasaje de un modelo tradicional paternalista hacia un nuevo paradigma en la relación médico - “paciente”<sup>37</sup>, produciendo un desplazamiento del centro de decisión desde el primero al segundo.

D. Cohen Agrest (2012) advierte que, puesto que la idea de quitarse la vida es entendida como patológica desde la perspectiva de la psiquiatría tradicional; la amenaza de un suicidio real y concreto es considerada como una justificación suficiente para un tratamiento forzado, en tanto se debe impedir que la persona *atente*<sup>38</sup> contra sí misma. Subraya lo que nombra en términos de “una suerte de reduccionismo”, o bien “una patologización del suicidio enmascarada tras la figura de un diagnóstico común y corriente” (Cohen Agrest, 2012: 242).

---

<sup>36</sup> A tales fines, el Ministerio de Salud de la Nación, en calidad de autoridad de aplicación de la mencionada ley, debe cumplir un rol rector en el desarrollo de programas de capacitación y formación continua y sistemática de los recursos humanos en salud, la elaboración de protocolos de atención sanitaria, así como de campañas y recomendaciones a los medios de comunicación para el abordaje responsable de las noticias (Ley N°27.130, art. 6°).

<sup>37</sup> Problematizar la idea de “paciente”<sup>37</sup> se vuelve necesario como un punto de partida, en tanto las distintas formas de nominación se inscriben en posicionamientos que, a su vez, pueden orientar (o condicionar) un comportamiento profesional determinado.

<sup>38</sup> Énfasis añadido.

Lo cierto es que, tradicionalmente, la Medicina ha respondido a la ideación suicida y al intento de suicidio, como lo ha hecho en lo que respecta a otros problemas; mediante intervenciones orientadas, fundamentalmente, a: 1) evitar que las personas mueran<sup>39</sup>; y 2) adoptar una aptitud paternalista.

En términos generales, y en lo atinente al campo del suicidio, con la expresión “intervenciones paternalistas”, en el marco de esta tesis, se alude a aquellas intervenciones que tienen lugar más allá de la decisión y la voluntad de la persona considerada en riesgo. En un sentido más específico, de acuerdo a un *paternalismo puro*, interceder en la libertad de una persona en aras de impedir que atente contra su propia vida, supone una conducta legítima en nombre de su propio bien<sup>40</sup>. En este caso, se parte del supuesto básico de que la muerte no redundaría en un interés de la persona<sup>41</sup>. Vale decir, continuar con vida es, sin excepción alguna, lo mejor para ella (Cohen Agrest, 2012: 232).

En definitiva, que una persona diga que quiere terminar con su vida (y rechace un “tratamiento” considerado necesario a criterio del personal sanitario que interviene en su atención), resulta un asunto problemático; en especial cuando no supone la presencia de signos claros de patología, y la persona no presenta demanda alguna (ya sea de curación, atención o de algún tipo de tratamiento, etc.). Asimismo, las manifestaciones asociadas al suicidio, codificadas como síntomas patológicos, son entendidas, fundamentalmente, como algo a ser evitado, erradicado o curado.

En los casos de personas que no se encuentran en condiciones de tomar decisiones autónomas (ej. casos de inconsciencia), la intervención de índole paternalista parece erigirse como obligación perfecta, vale decir, que no admite excepciones. Ahora bien, el conflicto podría surgir en el caso de personas competentes, en pleno uso de sus facultades mentales y de su capacidad jurídica. Según A. Salles (1998), los pacientes competentes tienen derecho

---

<sup>39</sup> Uno de los objetivos principales ha sido el de “salvar vidas”.

<sup>40</sup> Esta perspectiva, propia del modelo médico tradicional, impide concebir al suicidio como fruto de una decisión voluntaria o por fuera de algún tipo de condicionamiento.

<sup>41</sup> Lo cierto es que, desde la ética médica tradicional la pregunta acerca de si la vida de una persona vale la pena de ser vivida no es formulada en ningún caso. En tanto suscribe al principio de santidad de la vida, todas las vidas sin excepción son intrínsecamente valiosas y deben ser preservadas en cualquier circunstancia.

a no ser sometidos a tratamiento sin su consentimiento voluntario e informado (p.108). No obstante, como veremos, la presencia de *riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros*, evaluada a partir de la intervención de un equipo de salud mental; puede conllevar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos, más allá de la voluntad y decisión de la persona<sup>42</sup>.

J. Childress (1998)<sup>43</sup> nos permite repensar este problema cuando afirma que, si bien el principio de respeto a la autonomía de la persona supone un “importante límite moral” en la ética biomédica; al mismo tiempo, es “limitado en su alcance y peso”. Y esto, en tanto ha de interactuar con otros principios con los que puede entrar en conflicto y frente a los cuales, quizás, tenga que ceder (p. 135). Es a fin de impedir la consumación de un acto suicida considerado inminente que el principio de beneficencia puede tomar un lugar de preeminencia.

En el ámbito de la salud, y en particular en el campo de la Salud Mental, y más aún en las guardias, la temática suicidio es considerada un problema grave de Salud Pública, que conduce a determinadas intervenciones orientadas a evitar que el acto suicida se consuma. Tales intervenciones se encuentran fundadas en normativas y en protocolos de Salud Mental, así como en concepciones clínicas.

En el marco de la atención sanitaria se incluye un amplio espectro de manifestaciones relacionadas con el suicidio: ideación suicida, elaboración de un plan concreto (que incluye la elección de un determinado tipo de método para concretarlo), obtención de los medios para llevarlo a cabo, y/o consumación del acto suicida. Estas manifestaciones no se presentan de manera consecutiva y deben distinguirse de las conductas de riesgo<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Si en ocasiones, frente a la presencia de ideación suicida persistente o de un intento de suicidio, se concede la posibilidad de efectivizar internaciones por Salud Mental bajo una modalidad voluntaria; esto supone, al menos, que la persona se encuentra en condiciones de “comprender” su situación y de aceptar la necesidad de un modo de abordaje terapéutico. De todas maneras, como veremos, el padecimiento mental no implica necesariamente el campo de la psicopatología, como tampoco una presunción irrevocable de competencia.

<sup>43</sup> Citado en Luna y Salles (1998).

<sup>44</sup> Entre los cuadros o manifestaciones más comunes en la urgencia también se incluyen la excitación y/o inhibición psicomotriz, los estados confusionales, las crisis de ansiedad, los episodios de angustia, así como los estados delirantes y/o alucinatorios, los síndromes relacionados con el uso de psicofármacos, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y las situaciones de maltrato / abuso sexual.



Ante presencia de idea suicida debe valorarse, entre otros aspectos, la persistencia o estabilidad temporal de la ideación, así como la posición adoptada frente a la posibilidad de concretarla<sup>45</sup>, etc. En el caso particular del intento de suicidio, deben considerarse en forma diferencial los métodos empleados por la persona. Estos pueden ser de alta, mediana o baja letalidad.

Entre los intentos de suicidio de alta letalidad se mencionan el lanzarse desde altura, los intentos de ahorcamiento y el uso de arma de fuego; mientras que entre los de mediana letalidad, suelen nombrarse la ingesta de cierto tipo de medicación, así como los cortes autoinfligidos de considerable profundidad, etc. Entre los intentos de suicidio de baja letalidad figura la ingesta de benzodiazepinas, así como los cortes autoinfligidos superficiales, etc.<sup>46</sup> (DNSMyA, 2018). A su vez, debe ser ponderado el grado de premeditación o de impulsividad del intento. El intento de suicidio puede ser el resultado de un proceso de reflexión prolongado, con premeditación. Otras veces se produce como una reacción rápida y de carácter impulsivo.

En el marco de la LNSM y su decreto reglamentario, la evaluación de riesgo debe llevarse a cabo, en todos los casos, más allá de la supuesta intencionalidad calculada por el equipo de salud interviniente y del grado de letalidad del método empleado por la persona.

## 5.1 Atención en urgencias

El abordaje inicial de una situación de urgencia incluye distintas medidas, las cuales deben sostenerse a lo largo de todo el proceso de atención<sup>47</sup>. Es importante brindar una atención no sólo inmediata sino también, y, sobre todo, receptiva; a fin de disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis. En todos los casos, privilegiando la escucha y.

---

<sup>45</sup> En este caso, cabe destacar, algunas personas piensan en matarse, pero por diferentes motivos (religiosos, etc.) afirman que no lo harían.

<sup>46</sup> Para mayores detalles, ver: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018): "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes", pp. 9 y 18. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>

<sup>47</sup> Para mayores detalles, ver: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019): "Atención de las urgencias en Salud Mental", pp. 15-16. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001401cnt-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental-2019.pdf>

favoreciendo una comunicación clara y comprensiva, sin emitir juicios de valor y/o evitando intervenciones desde la sanción moral.

En este contexto, resulta fundamental disponer del tiempo necesario para la atención, así como de un ambiente donde se vean garantizadas condiciones de privacidad e intimidad. Un aspecto central remite al acompañamiento de la persona, ya sea por parte de referentes vinculares y/o personal sanitario. En caso de que la persona ingrese sola al efector de salud, se debe intentar localizar, lo antes posible, referentes vinculares; procurando identificar a aquellos que pudiesen resultar figuras tranquilizadoras (y aquellos que se muestren dispuestos a prestar colaboración en todo el proceso de atención). En todos los casos, las intervenciones deben estar orientadas a generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus referentes o acompañantes.

Con respecto a la implementación de otras medidas de cuidado, se debe procurar no dejar a su alcance objetos potencialmente riesgosos (ej.: elementos cortopunzantes), y mantener a la persona alejada de otras situaciones que puedan, eventualmente, revestir un riesgo para ella misma o terceros (ej.: asegurar permanencia en el sector planta baja de la institución, a distancia de ventanas, etc.). En todos los casos, se deben garantizar condiciones de seguridad para el equipo de salud interviniente u otros (personal sanitario que no forme parte del equipo de Salud Mental, otras personas usuarias del sistema sanitario, familiares y/o referentes vinculares de la persona, etc.).

Frente a determinadas situaciones debe ser considerada la necesidad de solicitar presencia y colaboración por parte de personal de seguridad y/o fuerzas públicas. Según lo establece el Decreto N°603/2013, en su art. 20°, las fuerzas de seguridad que tomen conocimiento acerca de una situación de riesgo para la persona o terceros, por presunto padecimiento mental, deben intervenir a fin de evitar daños.<sup>48</sup>

En esta coyuntura adquieren un lugar de relevancia la legislación vigente y los protocolos de atención. Además, en el ámbito sanitario, los agentes de salud se ven en la

---

<sup>48</sup> Existen a tal fin protocolos de intervención.

obligación de observar cada uno de los criterios institucionales; con las posibilidades, pero también con las limitaciones que tales criterios imponen al quehacer clínico. Vale decir, las características de la institución, los recursos materiales y humanos disponibles, etc., van a condicionar, de alguna u otra manera, el tipo de intervenciones que puedan ser puestas en marcha efectivamente.

Con respecto a la posibilidad, o no, de garantizar continuidad en las medidas de cuidado, de acompañamiento y terapéuticas, es importante que los equipos de guardia de los diferentes efectores de salud promuevan la articulación de estrategias junto a la red vincular de la persona (si posee), otros profesionales y efectores sanitarios, así como otros sectores; que se encuentren en condiciones de brindar seguimiento por especialidad u otros recursos. Cuando no se cuenta con esto, o esto se ve obstaculizado, las intervenciones en Salud Mental pueden tener un alcance más limitado.

## 5.2 Equipo Interdisciplinario

Toda persona que presente ideas de muerte persistentes y/o suicidas, o que haya realizado un intento de suicidio, tiene derecho a recibir una atención en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente. Todo efector de salud debe ofrecer a tal fin un equipo interdisciplinario conformado en los términos de la LNSM, asegurando el acompañamiento de la persona en todo el proceso de atención (Ley N°27.130, arts. 8° y 9°). En ese contexto, el mencionado equipo de salud debe llevar adelante una evaluación de riesgo y definir la estrategia de intervención acorde a cada caso. Esta tendrá por resultado la implementación de medidas que pueden incluir, con adecuada justificación, hasta la restricción de la libertad de la persona, durante el menor tiempo posible.

A partir de la modalidad de intervención interdisciplinaria se presenta el desafío de articular el trabajo de distintas profesiones de la salud con el fin de construir y sostener una labor conjunta que pudiese enriquecer la posibilidad de diagnóstico, abordaje y resolución de la urgencia. En esta línea, lo que se requiere es una “construcción conceptual común del problema”, que en modo alguno supone un borramiento de las especificidades, sino más bien

una articulación o entramado a partir de los diferentes aportes (Casas Martínez, 2008: 98)<sup>49</sup>. En virtud de lo antedicho, es posible arribar a un diagnóstico situacional desde una perspectiva integradora.

### 5.3 Restricción de la libertad con fines terapéuticos

En el marco de la atención sanitaria, la restricción de libertad con fines terapéuticos<sup>50</sup> queda reservada sólo a los casos en que está en juego el cumplimiento de criterios de riesgo cierto e inminente. Se entiende por riesgo cierto “la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte”. A su vez, se entiende por inminente “aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio” (DNSMyA, 2019: 31).

La presencia de tales criterios, evaluados por un EISM, es lo único que puede justificar una internación de la persona, aun contra su decisión y en nombre de su bienestar. Ni siquiera la existencia de diagnóstico en el campo de la Salud Mental autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño, “lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado” (LNSM, art. 5°).

Ahora bien, la evaluación integral y la determinación del riesgo, no se reducen al cuadro individual; sino que incluyen la consideración y valoración de otros recursos: ya sea familiares<sup>51</sup>, de posibilidades de abordaje terapéutico con las que cuenta (o no) la persona, etc. La decisión de internación debe incluir la evaluación de continuidad de la atención; la cual puede ser considerada necesaria -a criterio del equipo de salud interviniente-, aunque insuficiente en modalidad ambulatoria. Ya sea porque la persona se encuentra realizando un seguimiento por Salud Mental y no se alcanzó mejoría sintomática alguna, o ésta no es

---

<sup>49</sup> De esta manera, la mera yuxtaposición de los saberes de diversas disciplinas, cada una abocada a su especificidad sin que exista relación entre ellas, no constituye una labor interdisciplinaria.

<sup>50</sup> Se alude a la internación involuntaria por Salud Mental.

<sup>51</sup> Red sociofamiliar adecuada o continente, o bien insuficiente, inadecuada, etc., desde la perspectiva de los profesionales intervinientes.

significativa frente a los elevados niveles de padecimiento de la persona; sea porque el acto suicida se considera inminente, o bien porque la persona no acepta continuidad de la atención en dispositivo ambulatorio, habiendo sido evaluada la necesidad de continuidad de seguimiento por especialidad, etc.

En el caso de que el EISM evalúe como significativa la posibilidad de que la ideación o intención suicida se lleve a cabo en lo inmediato (por ej.: debido a la presencia de ideación suicida persistente con un tenor afectivo significativo y/o en razón de la presencia de un plan suicida avanzado, etc.), tendrá la obligación de efectivizar la internación de la persona. En el informe “Atención de las Urgencias en Salud Mental” (2019) se afirma: “Se podrá aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado de la persona si es urgente y necesario para impedir un daño inmediato a sí mismo o a otros” (DNSMyA, 2019: 13). Esto encuentra fundamento en la LNSM y su decreto reglamentario. Según se expresa en el documento, en caso de cumplimiento de criterios de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros, deberá efectivizarse una internación de carácter involuntaria, “teniendo en cuenta que el bien superior es cuidar la vida por sobre el bien de la libertad” (DNSMyA, 2019: 30).

#### 5.4 Atención sanitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En CABA, se cuenta con la posibilidad de atención en guardia en los diferentes efectores públicos de salud, las 24 horas del día, los 365 días del año. En este caso se enfatiza la importancia de un diagnóstico, sobre todo situacional y diferencial, el abordaje integral y la valoración de eventual necesidad de seguimiento por especialidad<sup>52</sup>.

Tradicionalmente la función de la guardia en una institución hospitalaria es brindar una respuesta sanitaria a las urgencias, situaciones disruptivas e imprevistas que involucran una

---

<sup>52</sup> Además, según la revisión de la bibliografía, en nuestro país se dispone de una línea telefónica para la atención de personas en crisis. Por último, según algunas de las referencias consultadas, “CALMA” supone la primera aplicación interactiva en español, en particular dirigida a adolescentes y jóvenes, y diseñada por un grupo de investigadores del Instituto de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, (profesionales de la salud de Argentina), orientada al manejo de situaciones de crisis a partir de herramientas basadas en la terapia dialéctico comportamental (DBT, por sus siglas en inglés), un tipo de terapia de base cognitivo conductual. Asimismo, provee herramientas por fuera de la situación de crisis, a fin de disminuir la vulnerabilidad y la propensión a generar nuevas crisis. Dicha aplicación no es presentada en reemplazo del abordaje especializado en Salud Mental, sino como posible complemento.

crisis de causas diversas, ya sea orgánicas, psíquicas y/o sociales; y gravedad variable, respecto de las cuales es necesario evaluar y decidir en un plazo perentorio una estrategia de intervención adecuada. (DNSMyA, 2018: 19).

En particular, bajo la denominación “Urgencias en Salud Mental” quedan incluidas todas las situaciones de carácter transitorio que irrumpen y alteran las funciones psíquicas de la persona y su desempeño habitual; al mismo tiempo que suponen un alto nivel de padecimiento, y conducen a que la propia persona, su entorno vincular y/o el personal sanitario consideren que requiere atención inmediata<sup>53</sup>. Resulta necesario descartar, en todos los casos, la existencia o no de causa médico-clínica que justifique el cuadro que presenta la persona (DNSMyA, 2018: 19).

La modalidad de ingreso al efector de salud supone ya una primera aproximación a la situación de la persona en crisis. Con frecuencia su ingreso se produce una vez activado el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME). Otras veces la persona consulta en la guardia por sus propios medios, sola o estando acompañada; o bien, llega por derivación desde otro efector sanitario o, incluso, desde algún servicio del mismo hospital. En otras ocasiones, la persona es traída por intervención de fuerzas públicas, presentando (o no) pedido judicial de evaluación interdisciplinaria<sup>54</sup>, a fin de que sea informado si cumple o no, al momento de la evaluación, criterios de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros, en los términos de la LNSM (Kligmann *et al.*, 2017).

En lo que respecta a la figura del equipo de salud mental, está enlazada con la necesidad de implementar estrategias de carácter interdisciplinario. En diferentes efectores públicos de salud de CABA, los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISM) están conformados por un/a psicólogo/a, un/a trabajador/a social y un/a psiquiatra. Si esto no es así,

---

<sup>53</sup> Para mayor detalle, ver: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001388cnt-2018-12\\_recomendacion-en-hospitales-generales.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001388cnt-2018-12_recomendacion-en-hospitales-generales.pdf)

<sup>54</sup> En relación a lo antedicho, resulta llamativo que, incluso en el marco de todos los avances en materia legislativa en el campo de la Salud Mental, muchas de las personas que ingresan a los efectores públicos de salud junto a personal de las fuerzas públicas, presentando solicitud de evaluación interdisciplinaria se pide al equipo de salud mental que determine si la persona en cuestión “es peligrosa para sí y/o terceros”.

en general el problema radica en una falta de nombramientos para cargos titulares y/o suplentes.

## 6. Antecedentes de investigación

En la revisión de la literatura no se encontraron investigaciones que aborden la temática en nuestro país desde la perspectiva del personal sanitario, a excepción de un estudio centrado en el impacto en los profesionales a partir del suicidio consumado de pacientes<sup>55</sup>. El artículo, titulado: "Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes"<sup>56</sup>, fue publicado en el año 2018.

El objetivo del estudio fue evaluar el impacto emocional en el personal sanitario y los cambios en su comportamiento como consecuencia del suicidio consumado de pacientes en Argentina. En cuanto a la estrategia metodológica se utilizó una encuesta de carácter anónima, la cual fue enviada por correo electrónico a los profesionales de la salud registrados en la base de datos del Departamento de Psiquiatría del Instituto Universitario CEMIC. Se obtuvo un total de 250 respuestas.

Entre las personas encuestadas, el 50,6% afirmó que había proporcionado tratamiento a personas que pusieron fin a su propia vida en forma anticipada. La tasa se elevó al 62,5% entre las/os especialistas pertenecientes al campo de la psiquiatría. Los profesionales que dieron una respuesta afirmativa fueron evaluados con Horowitz Impact of Event Scale para determinar la gravedad del trauma. La puntuación media de la muestra fue de 19,6 (gravedad leve), con una media más alta observada en las mujeres (21,2). Se encontró diferencia en el grupo de profesionales más jóvenes (20-29 años), quienes revelaron un mayor impacto del evento, con gravedad moderada (29,0). Esta diferencia fue numérica y no fue estadísticamente significativa. Sólo el 11,5% de las personas participantes refirió a la

---

<sup>55</sup> Como criterio de búsqueda se consideró el uso de determinadas palabras-clave y publicaciones de los últimos 5 años. Se utilizó el motor de búsqueda Pubmed, el Google académico, la Biblioteca Virtual en Salud y el Directorio de Revistas Scielo. La búsqueda tuvo resultado positivo en cuanto a publicaciones centradas en la asociación suicidio-psicopatología y suicidio-factores de riesgo y/o protección.

<sup>56</sup> Para mayores detalles se invita a ver: Guzzo E, Taragano F, Heisecke S, Krupitzki H, Tondo, L. (2018): Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes. Vertex. May; XXIX (139):172-177.

necesidad de someterse a tratamiento como resultado del suicidio consumado. Sin embargo, el 41,5% experimentó un impacto negativo en su salud física o mental. Aproximadamente el 60% de los profesionales realizaron cambios en su práctica clínica luego del suicidio de una persona con la que habían tenido un vínculo terapéutico. Aproximadamente el 80% de las personas encuestadas admitieron que no habían recibido suficiente formación sobre el problema del suicidio.



## Capítulo II. Objetivos y justificación

### 1. Justificación

En virtud de su magnitud y relevancia epidemiológica, el suicidio es considerado como un problema grave de Salud Pública a nivel mundial, y figura entre los contenidos programáticos priorizados por las políticas sanitarias.

En el informe “Atención de las Urgencias en Salud Mental” (2019), el suicidio es mencionado entre las problemáticas más prevalentes y con mayor impacto en la salud de la población, junto a la depresión, las psicosis, el consumo problemático de sustancias (en particular alcohol) y las violencias. En este caso, a pesar de su carácter heterogéneo, son presentados en un mismo grupo categorías nosográficas junto con otros “problemas” que no necesariamente suponen el campo de la psicopatología. Tales eventos de relevancia en materia de Salud Pública estarían determinados por múltiples factores, presentan una marcada tendencia al aumento y requieren medidas adecuadas para su abordaje oportuno e integral (DNSMyA, 2019: 10).

Las transformaciones legislativas de los últimos años en nuestro país en materia de protección de los derechos de las personas con padecimiento mental han propiciado el advenimiento de un nuevo paradigma en el campo de la Salud Mental. Estas modificaciones incluyen superar una concepción patológica en los procesos de atención y promover abordajes integrales, interdisciplinarios e intersectoriales, centrados en la búsqueda de los factores determinantes del padecimiento. Las intervenciones orientadas en tal sentido podrían implicar ir un paso más allá de aquellas orientadas meramente a evitar que el suicidio se consume.

Dadas las transformaciones recientes relacionadas con la atención sanitaria en el campo de la Salud Mental, resulta relevante indagar sobre las concepciones y las prácticas actuales en lo relativo al campo del suicidio.

## 2. Objetivo general

El objetivo general de la presente tesis de Maestría en Bioética fue repensar las concepciones y prácticas actuales en Salud Mental en lo relativo al campo del suicidio en Argentina.

## 3. Objetivo específico

El objetivo específico del estudio fue explorar las concepciones y prácticas respecto de la ideación suicida y el intento de suicidio por parte de profesionales de la Salud Mental que se desempeñan en las guardias de efectores públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## Capítulo III. Metodología

### 1. Diseño

Se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo mediante el uso de un cuestionario semiestructurado y autoadministrado, dirigido a profesionales del campo de la Salud Mental que se desempeñan en el ámbito sanitario de la CABA. El instrumento fue confeccionado a los fines de esta tesis, y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía” (ANEXO I).

### 2. Población y muestra

El universo estimado fue de 357 profesionales, sobre una base de 17 efectores de salud (14 polivalentes y 3 monoivalentes) pertenecientes al subsector público de CABA<sup>57</sup>, con 21 profesionales que se desempeñan en el Departamento de Urgencias<sup>58</sup> por institución sanitaria (equipo conformado por psicólogo/a, psiquiatra y trabajador/a social, por día de guardia).

#### 2.1 Criterios de inclusión

- 1) Profesionales del campo de la Salud Mental (psicólogas/os, psiquiatras y trabajadoras/es sociales)
- 2) Tanto titulares como suplentes quienes desempeñan funciones en el Departamento de Urgencias de efectores públicos de salud de la CABA.

---

<sup>57</sup> Los efectores públicos de salud polivalentes incluidos fueron: Hospital Donación Francisco Santojanni, Hospital Dr. Abel Zubizarreta, Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”, Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, Hospital General de Agudos José María Penna, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Hospital Pirovano. Asimismo, se decidió incluir en el estudio a profesionales del campo de la salud mental que cumplen función en el dispositivo de guardia del Centro Médico Dra. Cecilia Grierson. Por último, fueron incluidos también profesionales de tres efectores de salud monoivalentes de CABA: Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear, Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda y Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

<sup>58</sup> Se utilizan de modo indistinto las expresiones “dispositivo de guardia” y “Departamento de Urgencias”, a fin de facilitar la lectura del texto.

3) Aceptar participar del estudio (consentimiento informado previo a completar la encuesta).

## 2.2 Criterios de exclusión

1) Pertener a alguno de los hospitales pediátricos de la CABA.

2) Profesionales de la salud que cumplen función en efectores públicos sin conducta de internación por Salud Mental desde la atención en urgencias (Hospital Muñiz).

## 2.3 Muestra

Al momento de la confección de la encuesta se disponía de tres grandes grupos de WhatsApp, uno por cada especialidad profesional del campo de la Salud Mental (psicólogos/as, psiquiatras y trabajadores/as sociales), que se desempeñan en el Departamento de Urgencias de diferentes efectores públicos de salud de la CABA. La muestra estuvo conformada por 97 profesionales, que han tenido, según especialidad, diverso grado de participación en la encuesta. Sólo dos profesionales rechazaron en forma explícita la propuesta de participación aludiendo disconformidad y enojo con las condiciones de trabajo en la institución sanitaria de la que forman parte. De esta manera, la muestra representa el 27,2% del universo teórico.

## 3. Instrumento

### 3.1 Características

Un cuestionario electrónico fue diseñado especialmente en un formulario online para poder ser completado de forma anónima. El cuestionario cuenta con cuatro apartados:

- A) Datos sociodemográficos.
- B) Derechos y obligaciones del personal sanitario.
- C) Opiniones y prácticas en caso de ideación suicida.
- D) Opiniones y prácticas en caso de intento de suicidio.

El apartado A incluyó preguntas que se orientaron a recabar información acerca de datos sociodemográficos: rango etario, género<sup>59</sup>, nacionalidad. También se preguntó al personal sanitario por máximo nivel de estudios alcanzado, especialidad como agente de salud perteneciente al dispositivo de guardia, si cumplían su rol profesional en calidad de titulares o suplentes, tipo de institución (polivalente o monovalente), y cuál era el tiempo estimado de desempeño en el Departamento de Urgencias.

A su vez, en el siguiente apartado, se preguntó acerca del conocimiento sobre derechos y obligaciones del personal sanitario ante una persona que ingresa al efector de salud manifestando ideación o tentativa de suicidio (apartado B).

Los últimos dos apartados versaron sobre preguntas relacionadas con concepciones y prácticas concretas en torno al campo del suicidio, tomando en consideración dos dimensiones: ideación suicida e intento de suicidio (apartados C y D).

### 3.2 Prueba piloto

El instrumento exploratorio fue probado con la participación de cinco profesionales del campo de la Salud Mental, con conocimiento sobre el campo del suicidio y el plexo normativo vigente. Las personas que participaron de esta instancia de prueba reportaron que demoraron en promedio 15 minutos para completar la encuesta. En esta instancia piloto los objetivos fueron: 1) Conocer si las preguntas estaban formuladas de modo claro y adecuado; 2) Probar si las preguntas eran fácilmente comprendidas; 3) Advertir si los participantes brindaban algún tipo de observación y/o sugerencia. Vale decir, si consideraban pertinente efectuar algún tipo de modificación en el instrumento; 4) Calcular el tiempo aproximado que requería la realización de la encuesta; y, 5) Corroborar que no pudiesen ser identificadas las personas que enviaron sus respuestas tras completar el formulario autoadministrado.

---

<sup>59</sup> No se relevó información acerca de la variable "sexo biológico", puesto que se consideró la variable "género" acorde a los lineamientos normativos vigentes (Ley N°26.743 de Identidad de Género).

## 4. Procedimientos

El contacto con las/os participantes se produjo a través de dos vías. Tomando en consideración la situación de emergencia en materia sanitaria y la necesidad de adopción de medidas por parte del Estado, tales como el aislamiento social, preventivo y obligatorio; se implementaron formas de comunicación que minimizaran el contacto personal.

Por un lado, el personal sanitario del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”, al que pertenezco, fue contactado en forma directa vía telefónica. Por otro lado, el resto de las/os profesionales potenciales participantes, pertenecientes a otros efectores públicos de salud; en un primer momento fueron contactadas/os a través de un referente elegido - uno por hospital -, con quien se estableció comunicación directa, también vía telefónica, a los fines de que pudiese conocer la propuesta y el modo de participación.

En todos los casos se evaluó que tales referentes se encontrasen en condiciones de transmitir los objetivos del estudio, sus alcances y fundamentos, en forma clara y precisa, y que se encontrasen capacitadas/os también para corroborar la comprensión de la información por parte de las/os potenciales participantes de la investigación.

Transcurrida aproximadamente una semana, considerando el bajo nivel de respuesta obtenido hasta ese momento, se estableció contacto individual a través de diferentes grupos de WhatsApp de listas telefónicas de las guardias, recurso que favoreció un mayor alcance del instrumento.

Todas/os las/os profesionales de la salud, ya sea en forma directa (vía telefónica) o indirecta (a través del referente), recibieron una explicación detallada sobre la manera de completar el cuestionario. Asimismo, se les brindó la posibilidad de realizar preguntas acerca de todo aquello que les generara dudas, en cualquier momento. En todos los casos, se trató de personas voluntariamente dispuestas a responder.

## 5. Análisis

Cuantitativo: Los resultados de preguntas cerradas se presentan con frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos se tabularon en Excel y se procesaron mediante SPSS versión 26, obteniéndose tablas de frecuencias y cruces entre variables para lograr una segmentación de las respuestas. Para explorar diferencias entre grupos se utilizó prueba de exacta de Fisher (a dos colas). Se consideró significativo un valor de  $p$  menor a 0.05.

Cualitativo: Se realizó un análisis de contenido para las respuestas de conocimiento de obligaciones del personal sanitario. Se definieron tres categorías acordes con los contenidos de la LNSM y los lineamientos de práctica clínica del Ministerio de Salud de la Nación:

- 1) Conocimiento del marco legal y normativo vigente.
- 2) Implementación de medidas de cuidado.
- 3) Evaluación de riesgo y pertinencia de una indicación de internación por Salud Mental.

## 6. Aspectos éticos

### 6.1 Sobre el proceso de consentimiento informado

La participación del personal sanitario se produjo, en todos los casos, de forma voluntaria y anónima. Previamente recibieron una explicación sobre el estudio, su objetivo principal y la posibilidad de contactar a la investigadora principal, en cualquier momento, si así lo deseaban o consideraban necesario. Se brindó la correspondiente vía de contacto telefónica. Se les aclaró que la realización del estudio fue revisada y avalada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”, tras evaluar el cumplimiento de la normativa ética nacional e internacional y velar por los derechos de las/os participantes. En ANEXO II se encuentra a disposición el modelo de consentimiento aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”.

## 6.2 Sobre el anonimato y la confidencialidad de los datos

Se tomaron las precauciones para preservar el anonimato de las personas participantes. En este sentido, en el cuerpo de la encuesta no se solicitaron datos que pudieran permitir identificar a quienes aceptaran responder al cuestionario electrónico. No se le solicitó a ningún participante que aclare datos filiatorios, ni nombre de la institución en la que se desempeñaba como agente de salud del Departamento de Urgencias. A fin de garantizar la confidencialidad de los datos fue seteado el Google Form, de modo que no fuera posible recibir los teléfonos desde los cuales las/os participantes enviaran sus respuestas. Se les aclaró, también, que los datos no serían usados para ningún otro propósito fuera de lo estipulado por la investigación.



## Capítulo IV. Resultados

### 1. Descripción de la muestra

Se analizaron los datos de 97 encuestas respondidas por profesionales del campo de la Salud Mental. El 97,9% del total de la muestra refirió ser de nacionalidad argentina. El 77,3% se encontraba en un rango de edades entre los 30 a los 49 años. El 78,4% refirió ser de género femenino. En la tabla 1 se presenta la descripción de la muestra.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Característica	Profesionales (n=97)
Nacionalidad	
Argentina	95 (97,9%)
Género	
Femenino	76 (78,4%)
Masculino	21 (21,6%)
Rango etario	
20 a 29 años	2 (2,1%)
30 a 39 años	36 (37,1%)
40 a 49 años	39 (40,2%)
50 a 59 años	11 (11,3%)
60 o más años	9 (9,3%)
Profesión	
Psicóloga/o	66 (68%)
Psiquiatra	20 (20,6%)
Trabajador/a Social	9 (9,3%)
Máximo nivel de estudio	
Título de grado	20 (20,6%)
Posgrado	62 (63,9%)
Maestría	13 (13,4%)
Doctorado	2 (2,1%)
Cargo en la guardia	
Titular	64 (65,9%)
Suplente	33 (34%)
Antigüedad en el cargo	
de 0 a 5 años	27 (27,8%)
de 6 a 10 años	30 (30,9%)
más de 10 años	40 (41,2%)
Tipo de efector	
Polivalente	88 (90,7%)
Monovalente	9 (9,3%)

Los resultados se informan como *n* (%)

El 68% cumplía función como psicóloga/o y el 63,9% refirió un máximo nivel de estudios alcanzado de posgrado. El 65,9% era titular del cargo de guardia. Un 41,2% de las personas participantes refirió desempeñarse en la guardia desde hace más de 10 años. El 90,7% desarrollaba su actividad en un efector polivalente.

## 2. Derechos y obligaciones de profesionales de la salud

El 81,4% del total de la muestra (n=79) refirió conocer sus derechos y obligaciones ante persona que manifiesta ideación o intento suicida tras su ingreso a la guardia de un efector de salud; el 68% del total de la muestra (n=66) explicitó los que recordaba; el 6,2% (n=6) dijo no conocerlos y el 12,4% (n=12) “No contesta”.

A continuación, se presentan los resultados del análisis cualitativo sobre obligaciones del personal sanitario en las tres categorías definidas:

### **Conocimiento del marco legal y normativo vigente**

De un total de 66 respuestas, 14 profesionales mencionaron Leyes de Salud Mental, de los cuales sólo uno hizo referencia a la Ley N°448 de la CABA. Del total de las respuestas (n=66), sólo una hizo referencia a los lineamientos de atención en guardia sobre intentos de suicidio. Ningún agente de salud mencionó el protocolo de atención de urgencias en Salud Mental. La Ley Nacional de Prevención del Suicidio fue nombrada en dos ocasiones.

### **Implementación de medidas de cuidado**

De un total de 66 respuestas, la importancia de la valoración clínica de la persona que ingresa a la guardia de un efector de salud fue mencionada por 3 profesionales. Otros 12 respuestas hicieron hincapié en la idea de “cuidado” / resguardo” / “preservación” y/o “protección” de la integridad física y de la vida.

Al menos 4 profesionales mencionaron la importancia de asegurar el acompañamiento de la persona que ingresa a la guardia manifestando la idea y/o la intención de poner fin a su propia vida. La relevancia de una contención y/o red familiar, como algo a ser evaluado, fue nombrada por 6 profesionales.

En al menos 8 de las respuestas también tuvo un lugar destacado la intervención de fuerzas públicas, 5 de las cuales hablan de la necesidad de efectuar una denuncia frente a un intento de suicidio.

Al menos 4 profesionales otorgan un lugar destacado a la palabra de la persona (en una ocasión se subraya la labor de *“historizar la situación presente”*, otra de las respuestas destacó la importancia de *“brindar un espacio de escucha activa con fines terapéuticos”*; mientras que otra enfatiza la idea de *“ofrecer escucha a todo sujeto sufriente”*, etc.).

### **Evaluación de riesgo y pertinencia de una indicación de internación por Salud Mental**

Del total de las respuestas (n=66), la “evaluación de riesgo” fue mencionada entre las obligaciones por 25 profesionales del campo de la Salud Mental (en 16 de tales respuestas se especificó tipo de riesgo al aclarar, a continuación, *“cierto e inminente para sí”* o *“cierto e inminente para sí y/o terceros”*).

En al menos 6 respuestas se mencionó el carácter interdisciplinario de la evaluación. También se hizo referencia al carácter situacional de aquello que se evalúa. Sólo en una ocasión fue mencionado en forma explícita el carácter transitorio del padecimiento mental. La importancia de intervenir a partir de la opción menos restrictiva (internación como último recurso) es nombrada por 3 profesionales en forma explícita. No obstante, en otra respuesta se mencionó una “internación de tipo preventiva en guardia para observación”.

Al menos 3 profesionales dejaron abierta la posibilidad de internación en modalidad voluntaria, aunque en una ocasión se subraya que éste supone un asunto controvertido, sujeto a debate al interior de algunos EISM. La internación voluntaria acontece, según afirma, en casos “muy específicos”. Otros 5 profesionales mencionaron como relevante el consentimiento informado de la persona.

Al menos 3 profesionales, ante la pregunta por derechos y obligaciones ante persona que ingresa al efector de salud con idea o intención suicida, sólo respondieron “internación

involuntaria”, sin aclarar la necesidad de una evaluación previa de la situación ni agregar otro tipo de comentario.

### **Derechos de los profesionales**

Sólo 3 profesionales hicieron referencia a algunos derechos de los profesionales ante persona que ingresa a un efector de salud con idea o intención de poner fin a su propia vida.

### **3. Ideación suicida e intento de suicidio**

En la tabla 2 se presentan las frecuencias de respuestas en lo que respecta a “Opiniones” acerca de la ideación y el intento de suicidio, por parte de los profesionales de Salud Mental. Las diferencias significativas se observaron sólo en preguntas formuladas diferente para ideación suicida e intento de suicidio.

Respecto a que “puede formar parte de los pensamientos / decisiones de cualquier ser humano”, se respondió en el 69,1% para ideación y en el 53,6% para intento de suicidio, y la diferencia fue estadísticamente significativa.

Un 37,1% consideró que la ideación es un indicador de psicopatología que requiere siempre una intervención activa por parte de un equipo de salud para disuadirla; pero un 57,1% consideró que el intento de suicidio es un indicador de psicopatología que requiere una intervención activa por parte del equipo de Salud Mental para evitar su recurrencia. La diferencia fue estadísticamente significativa.

Tabla 2. Opiniones. Frecuencia de respuestas afirmativas en 97 personas encuestadas.

Opinión	Ideación suicida	Intento de suicidio	Valor de p
Se puede presentar en cualquier persona, sólo en el contexto de una “crisis” / Se puede presentar en cualquier persona, siempre en el contexto de una “crisis” #	42 (43,3%)	50 (51,5%)	0.3142
Puede formar parte de los pensamientos de cualquier ser humano / Puede formar parte de las decisiones de cualquier ser humano#	67 (69,1%)	52 (53,6%)	0.03868

Siempre se presenta / manifiesta siempre en el contexto de un síndrome depresivo#	3 (3,1%)	7 (7,2%)	0.3307
Es un indicador de psicopatología que requiere siempre una intervención activa por parte de un equipo de salud para disuadirla / Es un indicador de psicopatología que requiere una intervención activa por parte del equipo de Salud Mental para evitar su recurrencia#	36 (37,1%)	56 (57,7%)	0.006151
Indica un estado de disminución de la capacidad de juicio de la persona / Indica un estado previo de disminución de la capacidad de discernimiento y juicio de la persona#	7 (7,2%)	15 (15,5%)	0.1114
Es un fenómeno más que puede presentar cualquier persona, en cualquier momento de su existencia	56 (57,7%)	47 (48,5%)	0.2497
Atenta contra la dignidad de la persona	4 (4,1%)	7 (7,2%)	0.5368
Involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo	2 (2,1%)	2 (2,1%)	0.9999999
Es moralmente repudiable por la mayoría de las personas	6 (6,2%)	6 (6,2%)	0.9999999
No involucra necesariamente un problema moral	76 (78,4%)	78 (80,4%)	0.8593

Los resultados se informan como *n* (%). # En los casos en que se presentan dos afirmaciones en la columna correspondiente a "Opinión", la primera corresponde al apartado sobre ideación suicida, mientras que la segunda al apartado sobre intento de suicidio.

En la tabla 3 se presentan las frecuencias de respuestas brindadas por los profesionales del campo de la Salud Mental, acerca de la ideación suicida y el intento de suicidio, en lo que respecta a "Actividad Profesional".

Tabla 3. Actividad profesional. Frecuencia de respuestas afirmativas en 97 encuestadas/os.

Como parte de su actividad profesional	Ideación suicida	Intento de suicidio	Valor de p
<b>Explora o considera esperable su presencia en:</b>			
Personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida	74 (76,3%)	73 (75,3%)	0.9999999
Personas con antecedentes personales o familiares de padecimiento mental	59 (60,8%)	62 (63,9%)	0.7670
Personas que presentan antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	73 (75,3%)	71 (73,2%)	0.8697
Personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	47 (48,5%)	34 (35,1%)	0.08034

<b>Si una persona piensa o intenta quitarse la vida:</b>			
Lo entiende como signo inequívoco que requiere intervención de un equipo especializado / Lo entiende como signo inequívoco de padecimiento mental que requiere intervención de un equipo especializado#	61 (62,9%)	45 (46,4%)	0.03025
Piensa que debe cursar una internación por Salud Mental, con acompañamiento permanente especializado / Piensa que debe cursar una internación por Salud Mental, con acompañamiento permanente#	27 (27,8%)	25 (25,8%)	0.8714
Considera que en todos los casos el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación de la idea suicida / Considera que en todos los casos el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación del acto suicida#	41 (42,3%)	52 (53,6%)	0.1505
Se dispone a profundizar en esa idea y/o en las motivaciones del intento de suicidio, antes que adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos	76 (78,4%)	77 (79,4%)	0.9999999
<b>Frente a una persona que presenta ideación o intento suicida:</b>			
Siempre es conveniente que permanezca en la institución un tiempo / Siempre es conveniente que permanezca en la institución durante un tiempo, aunque haya cesado el riesgo de la urgencia#	13 (13,4%)	18 (18,6%)	0.4336
La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de intento de suicidio / La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de reintentarlo#	84 (86,6%)	86 (88,7%)	0.8278
Es necesario indicar acompañamiento permanente, como primera medida/ Es necesario indicar acompañamiento permanente siempre, como primera medida#	52 (53,6%)	60 (61,9%)	0.3090

Los resultados se informan como *n* (%)

Se observó una diferencia significativa en la frecuencia de entender como signo inequívoco que requiere intervención de un equipo especializado, entre la ideación (62,9%) y el intento de suicidio (46,4%). En el caso del intento de suicidio, se agregó la noción de “padecimiento mental” en la opción de respuesta.

En las tablas 4 y 5 se presentan las frecuencias de otras respuestas acerca de la ideación suicida y el intento de suicidio, respectivamente.

Tabla 4. Otras opiniones acerca de la ideación suicida.

Opinión	Ideación suicida
Se explica siempre por la presencia de un padecimiento del campo de la Salud Mental	24 (24,7%)
Implica siempre riesgo de intento de suicidio, potencial o inminente	30 (30,9%)
Casi siempre es la antesala de un intento de suicidio	8 (8,2%)
No necesariamente requiere intervención de un equipo especializado en Salud Mental	6 (6,2%)
Debe alertar al profesional de salud para evaluar eventual indicación de internación	54 (55,7%)
Requiere una evaluación desde Salud Mental para determinar qué significa	93 (95,9%)
No supone criterio determinante para indicar internación por Salud Mental	40 (41,2%)

Los resultados se informan como *n* (%)

Tabla 5. Otras opiniones acerca del intento de suicidio.

Opinión	Intento de suicidio
Se explica en todos los casos por un problema de salud mental	22 (22,7%)
Implica siempre la presencia de ideación suicida previa	24 (24,7%)
Requiere acompañamiento policial para evitar retiro sin alta, sin comprender la gravedad de la situación	35 (36,1%)
No requiere en todos los casos acompañamiento policial. La persona puede permanecer sola	20 (20,6%)
El equipo de salud debe dar aviso al 911 y al entorno sociofamiliar de la persona para advertir acerca de lo peligroso del acto	21 (21,6%)
Involucra una acción privada de la persona. Es necesario conocer las motivaciones para determinar la pertinencia de cualquier intervención	59 (60,8%)
Es determinante para indicar internación por Salud Mental	20 (20,6%)

Los resultados se informan como *n* (%)

En la tabla 6 se presentan las frecuencias de respuestas, sobre opiniones, según género, para ideación suicida.

Tabla 6. Respuestas sobre opiniones, según género, para ideación suicida.

Opinión	Femenino (n=76)	Masculino (n=21)	Valor de p
Se puede presentar en cualquier persona, sólo en el contexto de una "crisis"	33 (43,4%)	9 (42,9%)	0.9999999
Puede formar parte de los pensamientos de cualquier ser humano	48 (63,2%)	19 (90,5%)	<b>0.02478</b>
Siempre se presenta en el contexto de un síndrome depresivo	2 (2,6%)	1 (4,8%)	0.9999999
Es un indicador de psicopatología que requiere una intervención activa por parte del equipo de Salud Mental para disuadirla	28 (36,8%)	8 (38,1%)	0.9999999
Indica un estado previo de disminución de la capacidad de juicio de la persona	6 (7,9%)	1 (4,8%)	0.9999999
Es un fenómeno más que puede presentar cualquier persona, en cualquier momento de su existencia	45 (59,2%)	11 (52,4%)	0.7511
Atenta contra la dignidad de la persona	4 (5,3%)	0 (0%)	0.7406
Involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo	1 (1,3%)	1 (4,8%)	0.7758
Es moralmente repudiable por la mayoría de las personas	6 (7,9%)	0 (0%)	0.4425
No involucra necesariamente un problema moral	57 (75%)	19 (90,5%)	0.2125
Se explica siempre por la presencia de un padecimiento del campo de la Salud Mental	22 (28,9%)	2 (9,5%)	0.1108
Implica siempre riesgo de intento de suicidio, potencial o inminente	23 (30,3%)	7 (33,3%)	0.9820
Casi siempre es la antesala de un intento de suicidio	6 (7,9%)	2 (9,5%)	0.9999999
No necesariamente requiere intervención de un equipo especializado en Salud Mental	5 (6,6%)	1 (4,8%)	0.9999999
Debe alertar al profesional de salud para evaluar eventual indicación de internación	39 (51,3%)	15 (71,4%)	0.1608
Requiere una evaluación desde Salud Mental para determinar qué significa	72 (94,7%)	21 (100%)	0.7406
No supone criterio determinante para indicar internación por Salud Mental	31 (40,8%)	9 (42,9%)	0.9999999

Los resultados se informan como *n* (%)

Se observó una diferencia significativa en considerar que la ideación puede formar parte de los pensamientos de cualquier ser humano entre mujeres (63,2%) y varones (90,5%).

En la tabla 7 se presentan las frecuencias de respuestas, sobre opiniones, según género, para intento de suicidio.



Tabla 7. Respuestas sobre opiniones, según género, para intento de suicidio.

Opinión	Femenino (n=76)	Masculino (n=21)	Valor de p
Se puede presentar en cualquier persona, siempre en el contexto de una "crisis"	38 (50%)	12 (57,1%)	0.7407
Puede formar parte de las decisiones de cualquier ser humano	37 (48,7%)	15 (71,4%)	0.1064
Siempre se manifiesta en el contexto de un síndrome depresivo	7 (9,2%)	0 (0%)	0.3404
Es un indicador de psicopatología que requiere siempre una intervención activa por parte de un equipo de salud para evitar su recurrencia	44 (57,9%)	12 (57,1%)	0.9999999
Indica un estado previo de disminución de la capacidad de discernimiento y juicio de la persona	14 (18,4%)	1 (4,8%)	0.2232
Es un fenómeno más que puede presentar cualquier persona, en cualquier momento de su existencia	33 (43,4%)	14 (66,7%)	0.1001
Atenta contra la dignidad de la persona	7 (9,2%)	0 (0%)	0.3404
Involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo	1 (1,3%)	1 (4,8%)	0.7758
Es moralmente repudiable por la mayoría de las personas	6 (7,9%)	0 (0%)	0.4425
No involucra necesariamente un problema moral	58 (76,3%)	20 (95,2%)	0.08631
Se explica en todos los casos por un problema de salud mental	20 (26,3%)	2 (9,5%)	0.1723
Implica siempre la presencia de ideación suicida previa	19 (25%)	5 (23,8%)	0.9999999
Requiere acompañamiento policial para evitar retiro sin alta, sin comprender la gravedad de la situación	28 (36,8)	7 (33,3%)	0.9795
No requiere en todos los casos acompañamiento policial. La persona puede permanecer sola	16 (21,1%)	4 (19%)	0.9999999
El equipo de salud debe dar aviso al 911 y al entorno sociofamiliar de la persona para advertir acerca de lo peligroso del acto	19 (25%)	2 (9,5%)	0.2125
Involucra una acción privada de la persona. Es necesario conocer las motivaciones para determinar la pertinencia de cualquier intervención	44 (57,9%)	17 (71,4%)	0.08632
Es determinante para indicar internación por Salud Mental	15 (19,7%)	5 (23,8%)	0.8904

Los resultados se informan como *n* (%)

En la tabla 8 se presentan las frecuencias de respuestas para actividad profesional, según género, para ideación suicida.

Tabla 8. Respuestas sobre actividad profesional, según género, para ideación suicida.

<b>Como parte de su actividad profesional</b>	Femenino (n=76)	Masculino (n=21)	Valor de p
<b>Explora presencia de ideación suicida en:</b>			
Personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida	57 (75%)	17 (81%)	0.8034
Personas con antecedentes personales o familiares de padecimiento mental	46 (60,5%)	13 (61,9%)	0.9999999
Personas que presentan antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	54 (71,1%)	19 (90,5%)	0.1108
Personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	37 (48,7%)	10 (47,6%)	0.9999999
<b>Si una persona piensa en quitarse la vida de modo persistente:</b>			
Lo entiende como signo inequívoco que requiere intervención de un equipo especializado	50 (65,8%)	11 (52,4%)	0.3825
Piensa que debe cursar una internación por Salud Mental, con acompañamiento permanente especializado	21 (27,6%)	6 (28,6%)	0.9999999
Considera que en todos los casos el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación de la idea suicida	33 (43,4%)	8 (38,1%)	0.8571
Se dispone a profundizar en esa idea antes que adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos	57 (75%)	19 (90,5%)	0.2125
<b>Frente a una persona que presenta ideación suicida:</b>			
Siempre es conveniente que permanezca en la institución un tiempo	10 (13,2%)	3 (14,3%)	0.9999999
La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de intento de suicidio	63 (82,9%)	21 (100%)	0.06553
Es necesario indicar acompañamiento permanente, como primera medida	41 (53,9%)	11 (52,4%)	0.9999999

Los resultados se informan como *n* (%)

En la tabla 9 se presentan las frecuencias de respuestas, para actividad profesional, según género, para intento de suicidio.

Tabla 9. Respuestas sobre actividad profesional, según género, para intento de suicidio.

<b>Como parte de su actividad profesional</b>	Femenino (n=76)	Masculino (n=21)	Valor de p
<b>Considera esperable un intento de suicidio en:</b>			
Personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida	56 (73,7%)	17 (81%)	0.7099
Personas con antecedentes personales o familiares de padecimiento mental	48 (63,2%)	14 (66,7%)	0.9795
Personas que presentan antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	54 (71,1%)	17 (81%)	0.5412
Personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	27 (35,5%)	7 (33,3%)	0.9999999
<b>Si una persona intenta quitarse la vida:</b>			
Lo entiende como signo inequívoco de padecimiento mental que requiere intervención de un equipo especializado	35 (46,1%)	10 (47,6%)	0.9999999
Piensa que debe cursar una internación por Salud Mental, con acompañamiento permanente	22 (28,9%)	3 (14,3%)	0.2788
Considera que en todos los casos el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación del acto suicida	39 (51,3%)	13 (61,9%)	0.5413
Se dispone a profundizar en las motivaciones del intento de suicidio, antes que adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos	59 (77,6%)	18 (85,7%)	0.6336
<b>Frente a una persona que presenta intento suicida:</b>			
Siempre es conveniente que permanezca en la institución durante un tiempo, aunque haya cesado el riesgo de la urgencia	15 (19,7%)	3 (14,3%)	0.8313
La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de reintentarlo	66 (86,8%)	20 (95,2%)	0.5182
Es necesario indicar acompañamiento permanente siempre, como primera medida	48 (63,2%)	12 (57,1%)	0.7958

Los resultados se informan como *n* (%)

En las tablas 10 y 11 se presentan las frecuencias de respuestas para opiniones, según profesión, para ideación e intento de suicidio, respectivamente.

Tabla 10. Respuestas para opiniones, según profesión, para ideación suicida.

Opinión	Psicólogo/a (n=68)	Psiquiatra (n=20)	Trabajador/a social (n=9)	Valor de p
Se puede presentar en cualquier persona, sólo en el contexto de una "crisis"	29 (42,6%)	8 (40%)	5 (55,6%)	0.7221
Puede formar parte de los pensamientos de cualquier ser humano	46 (67,6%)	15 (75%)	6 (66,7%)	0.8114
Siempre se presenta en el contexto de un síndrome depresivo	2 (2,9%)	1 (5%)	0 (0%)	0.7652
Es un indicador de psicopatología que requiere siempre una intervención activa por parte de un equipo de salud para disuadirla	23 (33,8%)	8 (40%)	5 (55,6%)	0.4278
Indica un estado de disminución de la capacidad de juicio de la persona	6 (8,8%)	1 (5%)	0 (0%)	0.5744
Es un fenómeno más que puede presentar cualquier persona, en cualquier momento de su existencia	36 (52,9%)	13 (65%)	7 (77,8%)	0.2788
Atenta contra la dignidad de la persona	4 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0.4108
Involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo	2 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0.6470
Es moralmente repudiable por la mayoría de las personas	4 (5,9%)	2 (10%)	0 (0%)	0.5753
No involucra necesariamente un problema moral	52 (76,5%)	17 (85%)	7 (77,8%)	0.7172
Se explica siempre por la presencia de un padecimiento del campo de la Salud Mental	19 (27,9%)	3 (15%)	2 (22,2%)	0.4907
Implica siempre riesgo de intento de suicidio, potencial o inminente	19 (27,9%)	7 (35%)	4 (44,4%)	0.5464
Casi siempre es la antesala de un intento de suicidio	5 (7,4%)	2 (10%)	1 (11,1%)	0.8822
No necesariamente requiere intervención de un equipo especializado en Salud Mental	4 (5,9%)	1 (5%)	1 (11,1%)	0.8043

Debe alertar al profesional de salud para evaluar eventual indicación de internación	38 (55,9%)	12 (60%)	4 (44,4%)	0.7361
Requiere una evaluación desde Salud Mental para determinar qué significa	64 (94,1%)	20 (100%)	9 (100%)	0.4108
No supone criterio determinante para indicar internación por Salud Mental	29 (42,6%)	6 (30%)	5 (55,6%)	0.3947

Los resultados se informan como  $n$  (%)

Tabla 11. Respuestas para opiniones, según profesión, para intento de suicidio.

Opinión	Psicólogo/a (n=68)	Psiquiatra (n=20)	Trabajador/a social (n=9)	Valor de p
Se puede presentar en cualquier persona, siempre en el contexto de una "crisis"	35 (51,5%)	10 (50%)	5 (55,6%)	0.9621
Puede formar parte de las decisiones de cualquier ser humano	31 (45,6%)	16 (80%)	5 (55,6%)	0.001384
Siempre se manifiesta en el contexto de un síndrome depresivo	3 (4,4%)	3 (15%)	1 (11,1%)	0.2451
Es un indicador de psicopatología que requiere siempre una intervención activa por parte de un equipo de salud para evitar su recurrencia	39 (57,4%)	12 (60%)	5 (55,6%)	0.9687
Indica un estado previo de disminución de la capacidad discernimiento y juicio de la persona	13 (19,1%)	1 (5%)	1 (11,1%)	0.2865
Es un fenómeno más que puede presentar cualquier persona, en cualquier momento de su existencia	31 (45,6%)	10 (50%)	6 (66,7%)	0.4872
Atenta contra la dignidad de la persona	5 (7,4%)	1 (5%)	1 (11,1%)	0.8384
Involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo	2 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0.6470
Es moralmente repudiable por la mayoría de las personas	4 (5,9%)	2 (10%)	0 (0%)	0.5753
No involucra necesariamente un problema moral	54 (79,4%)	17 (85%)	7 (77,8%)	0.8394
Se explica en todos los casos por un problema de salud mental	17 (25%)	4 (20%)	1 (11,1%)	0.6134
Implica siempre la presencia de ideación suicida previa	20 (29,4%)	2 (10%)	2 (22,2%)	0.2058

Requiere acompañamiento policial para evitar retiro sin alta, sin comprender la gravedad de la situación	26 (38,2%)	7 (35%)	2 (22,2%)	0.6388
No requiere en todos los casos acompañamiento policial. La persona puede permanecer sola	12 (17,6%)	4 (20%)	4 (44,4%)	0.1744
El equipo de salud debe dar aviso al 911 y al entorno sociofamiliar de la persona para advertir acerca de lo peligroso del acto	16 (23,5%)	4 (20%)	1 (11,1%)	0.6828
Involucra una acción privada de la persona. Es necesario conocer las motivaciones para determinar la pertinencia de cualquier intervención	42 (61,8%)	11 (55%)	6 (66,7%)	0.8030
Es determinante para indicar internación por Salud Mental	14 (20,6%)	5 (25%)	1 (11,1%)	0.6936

Los resultados se informan como *n* (%)

El 80% de los psiquiatras consideró que el intento de suicidio puede formar parte de las decisiones de cualquier ser humano, y la diferencia fue significativa con psicólogos/os (45,6%) y trabajadoras/es sociales (55,6%).

En la tabla 12 se presentan la comparación de respuestas sobre actividad profesional frente a ideación suicida en grupos definidos según disciplinas.

Tabla 12. Respuestas sobre actividad profesional, según disciplinas, para ideación suicida.

<b>Como parte de su actividad profesional</b>	Psicólogo/a (n=68)	Psiquiatra (n=20)	Trabajado r/a social (n=9)	Valor de p
<b>Explora presencia de ideación suicida en:</b>				
Personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida	54 (79,4%)	17 (85%)	3 (33,3%)	0.0055 55
Personas con antecedentes personales o familiares de padecimiento mental	40 (58,8%)	15 (75%)	4 (44,4%)	0.2448

Personas que presentan antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	53 (77,9%)	17 (85%)	3 (33,3%)	0.0075 30
Personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	29 (42,6%)	15 (75%)	3 (33,3%)	0.0249 1
<b>Si una persona piensa en quitarse la vida de modo persistente:</b>				
Lo entiende como signo inequívoco que requiere intervención de un equipo especializado	44 (64,7%)	10 (50%)	7 (77,8%)	0.3050
Piensa que debe cursar una internación por Salud Mental, con acompañamiento permanente especializado	17 (25%)	9 (45%)	1 (11,1%)	0.1076
Considera que en todos los casos el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación de la idea suicida	31 (45,6%)	8 (40%)	2 (22,2%)	0.4002
Se dispone a profundizar en esa idea antes que adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos	53 (77,9%)	17 (85%)	6 (66,7%)	0.5346
<b>Frente a una persona que presenta ideación suicida:</b>				
Siempre es conveniente que permanezca en la institución un tiempo	12 (17,6%)	1 (5%)	0 (0%)	0.1600
La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de intento de suicidio	59 (86,8%)	18 (90%)	7 (77,8%)	0.6689
Es necesario indicar acompañamiento permanente, como primera medida	37 (54,4%)	11 (55%)	4 (44,4%)	0.8449

Los resultados se informan como *n* (%)

El 75% de los psiquiatras consideró como parte de su actividad profesional explorar la presencia de ideación suicida en personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados; y la diferencia fue significativa con psicólogos/os (42,6%) y trabajadoras/es sociales (33,3%).

En la tabla 13 se presentan la comparación de respuestas sobre actividad profesional frente a intento de suicidio en grupos definidos según disciplinas.

Tabla 13. Respuestas sobre actividad profesional, según disciplinas, para intento de suicidio.

<b>Como parte de su actividad profesional</b>	Psicólogo/a (n=68)	Psiquiatra (n=20)	Trabajador/a social (n=9)	Valor de p
<b>Considera esperable un intento de suicidio en:</b>				
Personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida	47 (69,1%)	19 (95%)	7 (77,8%)	0.06100
Personas con antecedentes personales o familiares de padecimiento mental	39 (57,4%)	16 (80%)	7 (77,8%)	0.1186
Personas que presentan antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	46 (67,6%)	19 (95%)	6 (66,7%)	0.04714
Personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados	19 (27,9%)	10 (50%)	5 (55,6%)	0.07672
<b>Si una persona intenta quitarse la vida:</b>				
Lo entiende como signo inequívoco de padecimiento mental que requiere intervención de un equipo especializado	32 (47,1%)	6 (30%)	7 (77,8%)	0.05676
Piensa que debe cursar una internación por Salud Mental, con acompañamiento permanente	18 (26,5%)	6 (30%)	1 (11,1%)	0.5446
Considera que en todos los casos el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación del acto suicida	38 (55,9%)	10 (50%)	4 (44,4%)	0.7596
Se dispone a profundizar en las motivaciones del intento de suicidio, antes que adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos	53 (77,9%)	17 (85%)	7 (77,8%)	0.7842
<b>Frente a una persona que presenta intento suicida:</b>				
Siempre es conveniente que permanezca en la institución durante un tiempo, aunque haya cesado el riesgo de la urgencia	15 (22,1%)	3 (15%)	0 (0%)	0.2503



La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de reintentarlo	59 (86,8%)	18 (90%)	9 (100%)	0.4892
Es necesario indicar acompañamiento permanente siempre, como primera medida	42 (61,8%)	13 (65%)	5 (55,6%)	0.8889

Los resultados se informan como *n* (%)

El 95% de los psiquiatras, como parte de su actividad profesional, consideró esperable un intento de suicidio en personas que presentan antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio consumado; y la diferencia fue significativa con psicólogas/os (67,6%) y trabajadoras/es sociales (66,7%).

## Capítulo V. Discusión

Las transformaciones legislativas de los últimos años en nuestro país propiciaron el advenimiento de un nuevo paradigma en el campo de la Salud Mental. A partir de tal modificación comienza a adquirir relevancia superar una concepción patológica en los procesos de atención y promover abordajes integrales, interdisciplinarios e intersectoriales; centrados en la búsqueda de los factores determinantes del padecimiento, más que en la caracterización de una “anormalidad”.

Algunos autores invitan a revisar críticamente la tendencia a considerar la “salud mental” como lo opuesto a la “enfermedad mental”. Proponen repensar que “la ausencia de enfermedad no asegura la salud mental y la presencia de enfermedad no excluye la posibilidad de una vida saludable en términos mentales”<sup>60</sup>. En el art. 20° del Decreto N°603/2013, que reglamenta a la LNSM, es posible apreciar que la noción de padecimiento es más amplia que la idea de trastorno o enfermedad. Vale decir, hay padecimiento sin patología. A su vez, la idea de “Urgencia en Salud Mental” como una situación transitoria, asociada a una crisis y a un padecimiento que no necesariamente supone un diagnóstico psicopatológico, está presente en los lineamientos de práctica clínica (protocolos de atención del Ministerio de Salud de la Nación). Se plantea la necesidad de una evaluación actual e integral por parte de un equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no se reduzca exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

En el ámbito sanitario contar con una estructura o andamiaje para el abordaje clínico (se alude, nuevamente, a los protocolos de atención), puede proveer un efecto “tranquilizador” al personal sanitario, pero también puede hacer las veces de obstáculo si el abordaje se reduce a poner en juego respuestas sanitarias cerradas, unívocas, “para todos por igual”. El fortalecimiento de los sistemas de salud no depende en forma exclusiva de la solución de un problema de escasez de recursos materiales en la atención de la salud, aunque este suponga

---

<sup>60</sup> Para mayores desarrollos se invita a ver: Alba, P., Agrest, M., Stagnaro, J. C. (2012): *Salud mental, la polisemia de un concepto*, en Vertex N°101 – Volumen XXIII: 1-3.

un aspecto central (en tanto, por ej., la falta de recursos materiales puede generar, en ocasiones, una mayor prolongación de las internaciones); depende también de que el equipo sanitario con competencia en Salud Mental pueda brindar una atención sanitaria a partir de una estrategia de intervención interdisciplinaria y particularizada. En este contexto, es importante que el personal de salud se encuentre en consonancia con la LNSM y su decreto reglamentario, y promueva la desestructuración de los estereotipos, prejuicios y estigmas; así como la orientación de los abordajes integrales, en pos de deslindar los diferentes factores que contribuyen al surgimiento del padecimiento mental<sup>61</sup>. Esto puede derivar en una mejora en la calidad de la atención sanitaria, y, sobre todo, puede conllevar un efectivo alivio del padecimiento subjetivo, cualquiera sea su modalidad de presentación.

La investigación realizada se basó en una aproximación de carácter exploratorio a las concepciones y prácticas respecto de la ideación suicida y el intento de suicidio, por parte de profesionales del campo de la Salud Mental que se desempeñan en las guardias de diferentes efectores públicos. Por su intermedio, mi propósito fue indagar la manera en que el problema del suicidio es abordado en el ámbito sanitario de CABA, a fin de contribuir a una reflexión local circunscripta al contexto de la guardia.

Por tratarse de un estudio exploratorio, los resultados se utilizaron para generar nuevas preguntas, pero no para contestar o testear hipótesis. Se encuestó a 97 profesionales, la muestra presentó mayoría de mujeres entre 30 y 49 años, psicólogas/os, con más de 6 años de antigüedad en el cargo. El 81,4% contestó conocer sus derechos y obligaciones ante una persona que manifiesta ideación o intento suicida tras su ingreso a la guardia de un efector de salud, aunque sólo el 68% del total explicitó los que recordaba.

---

<sup>61</sup> El PNSM (2013) menciona como uno de los problemas fundamentales (Problema N°5) que la formación y capacitación continua de los recursos humanos en Salud/Salud Mental no se adecua a lo establecido en el texto de la Ley Nacional N°26.657 y su decreto reglamentario. En función de lo antedicho, entre los objetivos del PNSM se incluyen: consensuar y revisar junto a las universidades públicas, privadas y otras instituciones formadoras, las currículas de grado y posgrado de las diferentes disciplinas que involucran a los integrantes del equipo interdisciplinario. El eje radica en contribuir a garantizar la calidad de la formación en el marco de la LNSM y su decreto reglamentario, con base en el modelo comunitario, lo que supone también la apertura a nuevas prácticas. Asimismo, adquiere relevancia planificar, monitorear y evaluar la capacitación continua para los recursos humanos que se encuentran involucrados en los equipos interdisciplinarios (p. 25).

Las respuestas otorgaron un papel destacado a las intervenciones acordes al marco legal y normativo en materia de Salud Mental; en particular aquellas orientadas a la necesidad de evaluar la presencia o no de criterios de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros, en los términos de la LNSM; cuya determinación por parte del EISM puede implicar, con adecuada justificación, la restricción de la libertad de la persona -con fines terapéuticos-, incluso contrariando su decisión y voluntad. En las respuestas también tienen un lugar de relevancia las medidas iniciales de cuidado que, según hemos podido apreciar a partir de la revisión de la literatura (DNSMyA, 2018, 2019), deben ser sostenidas a lo largo de todo el proceso de atención.

A partir de otras respuestas acerca de los derechos y obligaciones del personal sanitario; resulta posible recortar, en principio, al menos dos enfoques: 1) Por un lado, la muerte como equivalente a un daño; 2) Por el otro, una concepción de daño entendido fundamentalmente como perjuicio contra la integridad física. Lo antedicho supone una idea presente en la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, en cuyo texto se entiende por intento de suicidio “toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal” (Ley N°27.130, art. 2°). Sin embargo, esta delimitación no deja de ser lo bastante general. La muerte no supone, necesariamente, un daño para todas las personas en todas las circunstancias. En ocasiones, y en particular para aquellas personas inmersas en un contexto de sufrimiento, (sea este físico, psicológico, etc.), la muerte puede suponer, incluso, una suerte de alivio o “solución”; y el daño algo que incluya otras dimensiones diferentes a la integridad física.

E. Rivera López (2011), nos invita a repensar este problema cuando afirma que el hecho de que la muerte no constituya un daño en determinadas circunstancias depende de una ponderación. Esto, por ejemplo, es algo a pensar al comparar el daño que puede representar la muerte considerada “en forma aislada”, con respecto a ciertos beneficios que también puedan ser alcanzados a partir de ella, como puede ser la ausencia de todo sufrimiento para la persona (p. 61).

A excepción de 3 respuestas, no fueron mencionados derechos de las/os profesionales ante una persona que se presenta a un efector de salud manifestando la idea o intención de poner fin a su propia vida. A modo de ej.: si bien, salvo expresa mención en contrario, se sobreentiende que la indicación de internación por Salud Mental expresa el acuerdo del equipo terapéutico; podría suceder que, al interior de un EISM, no todos las/os profesionales que lo conforman acuerden con la necesidad de implementar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos al momento de definir una conducta por especialidad. Esto no fue considerado por ninguna de las respuestas.

En líneas generales, los resultados obtenidos a partir de las respuestas a los apartados sobre ideación suicida (apartado C) e intento de suicidio (apartado D), muestran una actitud de disposición a la escucha (se sostiene la importancia de profundizar en la significación de la ideación suicida o bien en las motivaciones del intento de suicidio, antes de adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos, etc.). Las diferencias significativas en las opiniones para ideación e intento de suicidio se observaron en pocas preguntas que fueron formuladas de manera diferente.

Por otra parte, si bien en el plano discursivo, la concepción del intento de suicidio como acción concerniente al ámbito privado presentó un lugar de relevancia; en el plano de la práctica concreta la toma de decisión se inclina hacia opciones que representan un mayor “control” de la situación. Esta cuestión es más evidente, en lo relativo al intento de suicidio, cuando se apela al acompañamiento policial o a indicar permanencias en guardia “preventivas” (según algunas de las respuestas al apartado B). O bien, cuando en apartado D se afirma que “siempre es conveniente que permanezca en la institución durante un tiempo, aunque haya cesado el riesgo de la urgencia”, etc.

La opinión sobre que cualquier persona en crisis puede presentar tanto ideación como intento de suicidio fue frecuente (43,3% para ideación suicida y 51,5% para el intento de suicidio). Este resultado es consistente con la revisión de los lineamientos de práctica clínica (DNSMyA, 2019), según los cuales la “Urgencia en Salud Mental” se caracteriza, sobre todo, por su carácter disruptivo y transitorio, asociado a la idea de padecimiento de una persona en

situación de crisis. Lo cierto es que, en Salud Mental, concebir un “padecimiento” sin codificarlo, en principio, como enfermedad (en tanto la idea de padecimiento incluye tanto a personas que puedan encontrarse atravesando una “crisis”, como a aquellas que puedan manifestar problemas -o patologías-, de salud mental), puede llevar a intervenciones que no se reduzcan a intentar “curar” al individuo, o bien, meramente a arbitrar todos los medios posibles para evitar su muerte. En tal sentido, podría tratarse de intervenciones que apunten a operar sobre las causas o determinantes (en la comunidad) del padecimiento.

La mayoría de las/os participantes consideró fundamental la intervención del EISM (62,9% ante la presencia de ideación suicida y 46,4% para el intento de suicidio, sin diferencias significativas según la profesión de la persona encuestada). Esta cuestión es destacada en el texto de la Ley Nacional sobre Prevención del Suicidio, donde se subraya el derecho a la asistencia por parte de un “equipo interdisciplinario conformado en los términos de la ley 26.657 de Salud Mental”, también denominado “equipo asistencial especializado” (Ley N°27.130, art. 9°).

Ahora bien, conviene recordar, que se requiera un EISM no significa, al menos no necesariamente, que se suponga patológico el “cuadro” que presenta la persona. La concepción amplia de salud mental que sostiene la LNSM y su decreto reglamentario puede implicar también ocuparse de padecimientos no patológicos. Del total de las personas encuestadas, contestó que “supone un signo de padecimiento mental que requiere de la intervención de un EISM” el 46,4% para el intento de suicidio y el 24,7% para la ideación suicida.

La importancia del acompañamiento de la persona en crisis que ingresa a la guardia de un efector de salud figura en los lineamientos de práctica clínica en Salud Mental, como una de las “medidas iniciales de cuidado” que debe ser sostenida a lo largo del proceso de atención (DNSMyA, 2018, 2019). Ante ideación suicida, el 53,6% del total de la muestra respondió que es necesario un acompañamiento permanente como primera medida. En el caso del intento de suicidio, el 61,9% acordó con la necesidad de un acompañamiento permanente como primera medida.

En el contexto de la guardia las/os profesionales tienen una responsabilidad legal en términos de “obligación de medios / procesos” para actuar en el marco de protocolos de atención que orientan la toma de decisiones. El 42,3% consideró que el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación de la idea suicida, mientras que el 53,6% afirmó que, en caso de intento de suicidio, la principal intervención profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación del acto suicida. Ahora bien, conviene tener presente que la idea de evitar la consumación de un suicidio no necesariamente se condice con el objetivo de reflexionar acerca de las posibles motivaciones.

En el marco de la atención sanitaria, la restricción de la libertad con fines terapéuticos queda reservada sólo a los casos en que está en juego el cumplimiento de criterios de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros, en los términos de la LNSM y su decreto reglamentario. Con respecto a la posibilidad de implementar una medida restrictiva de la libertad ante la presencia de ideación suicida, si bien el 55,7% consideró que debe alertar al profesional para evaluar la pertinencia de una internación, el 41,2% consideró que la presencia de ideas suicidas no supone un criterio determinante para indicar una internación por Salud Mental. El 86,6% respondió que, ante presencia de ideación suicida, la indicación de internación por especialidad sólo puede efectivizarse ante riesgo de intento de suicidio; y el 88,7% coincidió que, ante un intento de suicidio, se decide la internación sólo en caso de ser evaluado un riesgo de nuevo intento de suicidio.

Los antecedentes de intentos de suicidio o suicidios consumados son mencionados en la literatura (OMS, 2014; DNSMyA, 2019), como uno de los factores de riesgo más importantes en el campo del suicidio; y, por ende, un asunto de relevancia a ser evaluado, al igual que los antecedentes de enfermedad crónica o amenazante para la vida, entre otros factores. El 76,3% refirió explorar la presencia de ideación suicida y el 75,3% consideró esperable la manifestación de un intento de suicidio en personas que padecen una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida. La exploración de ideación suicida ante la presencia de antecedentes personales y/o familiares de padecimiento mental fue considerada necesaria por el 60,8%. El 63,9% consideró que un intento de suicidio es una manifestación esperable

ante la presencia de antecedentes personales y/o familiares de padecimiento mental. El 75,3% explora la presencia de ideación suicida en el caso de que la persona presente antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados. Mientras que el 73,2% considera esperable un intento de suicidio ante la presencia de tales antecedentes familiares. En este último caso, la diferencia fue significativa entre psiquiatras (95%), psicólogo/as (67,6%) y trabajadoras/es sociales (66,7%). El 48,5% dijo explorar la presencia de ideación suicida incluso ante la inexistencia de antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados. En este caso, nuevamente, la diferencia fue significativa entre psiquiatras (75%), psicólogo/as (42,6%) y trabajadoras/es sociales (33,3%). El 35,1% consideró esperable un intento de suicidio incluso habiendo sido evaluada la ausencia de antecedentes de relevancia en términos de intentos de suicidio o suicidios consumados. El 30,9% del total de la muestra sostuvo que la ideación suicida implica siempre riesgo de intento de suicidio. No obstante, sólo el 8,2% afirmó que la ideación suicida siempre es la antesala de un intento de suicidio. El 24,7% sostuvo que el intento de suicidio supone siempre la presencia de ideación suicida previa.

Según la definición amplia de salud mental que sostiene la LNSM y su reglamentario, el padecimiento mental no se reduce a la idea de “enfermedad mental” como un estado definitivo e inmutable (LNSM, art. 7°, inc. n), sino que incluye también a las crisis no patológicas. Hemos podido apreciar también que, según el Decreto N°603/2013, en su art.1°, el padecimiento mental implica “todo tipo de sufrimiento psíquico de la persona y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevisibles, así como a situaciones más prolongadas de padecimiento, incluyendo trastornos y/o enfermedades”. El 37,1% sostuvo que la ideación suicida es un indicador de psicopatología que requiere siempre la intervención de un equipo de salud para disuadirla. Sólo el 3,1% afirmó que la ideación suicida siempre se presenta en el contexto de un síndrome depresivo. Con respecto al intento de suicidio, el 57,7% lo consideró un signo de psicopatología. Sin embargo, sólo el 22,7% afirmó que el intento de suicidio se explica en todos los casos por un problema del campo de



la Salud Mental. El 7,2% afirmó que el intento de suicidio se manifiesta siempre en el contexto de un síndrome depresivo.

A partir de las transformaciones en materia de Salud Mental fue problematizado un modo de intervención sanitaria basada, fundamentalmente, en las nociones de “peligrosidad” e “incapacidad”; en las que, por cierto, durante décadas se sustentaron las internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos. Esto implicó un cambio no sólo discursivo; sino también, y, sobre todo, una propuesta de transformación de los modos de abordaje del padecimiento en Salud Mental. En este sentido, resulta innegable el cambio en la concepción de sujeto que ha cobrado protagonismo a partir de la sanción de la LNSM: de “enfermo mental” y “asistido”, asociados a la presunción de incapacidad y peligrosidad; a “usuario” -expresión asociada a la presunción de capacidad-, participante activo del “proceso de atención”<sup>62</sup> que le concierne<sup>63</sup>. O bien, “persona con padecimiento mental”; adquiriendo preeminencia también una noción de sujeto de derecho “en su relación con los servicios de salud”. El 7,2% consideró que la presencia de ideación suicida y el 15,5% que un intento suicidio supone un estado de disminución del juicio de la persona.

La noción de padecimiento mental y su estrecha relación con el diagnóstico situacional, por el cual el primero no se concibe como un estado inmodificable (LNSM, art. 7° inc. n), determina que un fenómeno emergente, como puede ser la presencia de ideas de muerte, ideación o intento suicida, pueda estar determinado por diversas variables; pero, además, abre la posibilidad a pensar intervenciones que no se reduzcan simplemente a procurar evitar o impedir la consumación del acto suicida (aunque este se constituya, insisto, como intervención fundamental bajo la idea de “obligación de medios / procesos, según lo estipula el marco legal y normativo vigente en la materia y los lineamientos de práctica clínica en Salud Mental). El 13,4% sostuvo que ante una persona que presenta ideación suicida lo más conveniente es que permanezca en la institución durante un tiempo, el 27,8% consideró que la persona debe cursar una internación por Salud Mental con acompañamiento permanente

---

<sup>62</sup> No utiliza el término “tratamiento”.

<sup>63</sup> Para mayores desarrollos ver PNSM (2013: 14-15).

especializado. El 18,6% que tras un intento de suicidio es conveniente que la persona permanezca en la institución, aunque haya cesado el riesgo de la urgencia. El 21,6% contestó que considera necesario dar aviso al 911 y entorno de referencia de la persona, para advertir acerca de lo peligroso del acto. El 20,6% afirmó que un intento de suicidio es determinante para indicar internación por Salud Mental y el 25,8% sostuvo que en todos los casos es pertinente indicar internación por especialidad con acompañamiento permanente. El 36,1% afirmó que es necesario acompañamiento policial para evitar el retiro sin alta, sin comprender la gravedad de la situación.

El diagnóstico situacional señala que aquello que aparece como emergente y las posibilidades de intervención, no pueden vincularse rápida y únicamente a una patología que sería *del* individuo, sino que se trata de algo que depende de múltiples factores. A modo de ejemplo, aludo a la situación económica de la persona y quienes componen su red vincular más próxima; el nivel y calidad de la contención sociofamiliar (el estado de los lazos y vínculos afectivos); la existencia -o no- de una perspectiva a futuro por parte de la persona; las posibilidades de abordaje terapéutico a ofertar y las posibilidades concretas para su implementación en la práctica, etc. Los suicidios pueden implicar determinación decidida a terminar con la vida, o, incluso, la respuesta apasionada a una situación puntual en la cual la persona ya no se halla inmersa o no se reconoce. Pueden implicar el acto que intenta terminar en términos absolutos con la situación que se está viviendo, o el intento desesperado de que alguien responda y aloje. Puede implicar un proceso biológico y/o psicológico, pero también situaciones económicas y/o sociales que se han vuelto problemáticas, etc. Puede ser una decisión que se modifica con acompañamiento familiar o abordaje terapéutico, pero también puede ser algo incoercible, etc. El 69,1% del total de la muestra consideró que la ideación suicida puede formar parte de los pensamientos de cualquier persona. El 57,7% respondió que se trata de una idea que puede presentar cualquier persona en cualquier momento de su existencia. El 53,6% afirmó que el intento de suicidio supone una decisión que puede tomar cualquier persona. El 48,5% contestó que el intento de suicidio puede darse en cualquier persona en cualquier momento de su existencia.

Los “suicidios” pueden incluir una patología mental franca, un estado de “alienación mental” o bien de “obnubilación de la consciencia”, un condicionamiento anómalo de la conducta y el pensamiento; pero también pueden no incluirlo, y tratarse de un acto que la persona, quizás motivada por ciertos factores, pero en pleno uso de sus facultades mentales y de su capacidad jurídica, decide realizar. La disposición de los profesionales de la salud a no comprender rápidamente o, al menos, a no brindar respuestas inmediatas, fue afirmada con frecuencia. Es evidente que dos presentaciones clínicas, aunque descriptivamente idénticas, no suponen necesariamente las mismas o similares motivaciones o causas. Es necesario que sea posible hablar acerca de “eso” para poder comenzar a recortar sus coordenadas en cada caso y en circunstancias específicas. Pero aún más, es necesario conocer el significado que la persona le otorga. De esta manera, tal vez resulte más apropiado desconfiar del uso en singular y, al menos, dejar abierta la posibilidad de hablar de “los” suicidios, habida cuenta de que, cuando coloco en el banquillo el término “suicidio” lo que me interesa es llamar la atención sobre lo relativo “de una noción que intenta generalizar una clínica rica y diversa” (Moscón, 1998: 52)<sup>64</sup>. Supone también advertir la necesidad de repensar las posibles implicancias del uso apresurado de ciertas formas de nominación frente al padecimiento subjetivo. De esta manera, el plural –“los” suicidios- permanece en el horizonte como modo de preservar la idea de lo singular, y la necesidad de preguntarnos de qué se trata sin intentar comprender rápidamente. Esto adquiere relevancia en el marco de una guardia, tradicionalmente caracterizada por la atención inmediata. En particular en las guardias es donde podrían producirse ciertas asunciones inmediatas. El uso del término “intento de suicidio” al momento del ingreso de una persona que presenta algún tipo de autolesión, incluso antes de haber sido realizada la evaluación por parte de un EISM, supone un ejemplo de lo que intento transmitir. Es en este punto donde propongo una suerte de pausa a fin de advertir que la expresión empleada en forma casi automática es engañosa; puesto que, si tomamos el asunto en un sentido descriptivo no significa, *a priori*, nada en absoluto. El

---

<sup>64</sup> Tomo este modo de expresión de Julio Moscón, un autor que centra sus formulaciones en lo que concibe como “las” urgencias.

78,4% dijo que se dispone a profundizar en la ideación antes de adoptar medidas restrictivas. El 95,9% afirmó que la presencia de ideación suicida requiere de la evaluación de un equipo de Salud Mental para determinar qué significa. El 79,4% se dispone a profundizar en las motivaciones del intento de suicidio antes de adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos (internación por Salud Mental).

Si bien el suicidio supone un acto del que, eventualmente, cualquier persona puede disponer en forma privada; la libre disposición del propio cuerpo y de la propia vida puede verse problematizada una vez que la persona ingresa al ámbito sanitario, momento en el que las fronteras entre lo público y lo privado se tornan difusas. Tras atravesar el umbral de la guardia existe un marco legal y normativo, así como reglas de procedimiento, que obligan al personal sanitario a intervenir, y que ponen en cuestión la mencionada autonomía cuando se trata del campo del suicidio que interpela a terceros en el ámbito sanitario. El 60,8% se inclinó a considerar al intento de suicidio como una acción del ámbito privado. El 20,6% consideró que la persona, luego de un intento de suicidio, puede permanecer sola.

Es fundamental la disposición a la escucha del personal sanitario, y, en particular, no intervenir desde la sanción moral. Tradicionalmente, el suicidio supone un asunto controvertido que implica profundas aristas morales. Lo cierto es que, con respecto a los profesionales sanitarios, (lo adviertan o no), sus concepciones, así como sus valores, prejuicios, convicciones, etc., acerca de la corrección o incorrección de la decisión de la persona de poner fin a su propia vida en forma anticipada, también son los “elementos” que les permitirán ponderar (o no) un abanico de intervenciones posibles, y seleccionar las que consideren más apropiadas a cada caso. Vale decir, tales “elementos” tienen implicancias en el ámbito sanitario en el cual se desempeñan, en tanto van a condicionar de alguna manera, (o incluso crear), sus prácticas concretas. Es necesario estar advertidos de los prejuicios en torno al campo del suicidio que puedan operar en el imaginario profesional. Además, resulta evidente que, en el carácter que se le atribuya a la ideación suicida o al intento de suicidio tendrá implicancias también la valoración que realiza una cultura y una sociedad. Los resultados permiten pensar que la mayoría del personal sanitario no selecciona opciones de

respuesta que, en forma expresa, remitan a una carga moral (en términos de “lo bueno”, “lo malo”, “lo correcto”, “lo incorrecto”, etc.). Sólo el 4,1% sostuvo que la ideación suicida atenta contra la dignidad de la persona y el 2,1% que la ideación suicida involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo. El 6,2% afirmó que es moralmente repudiable por la mayoría de las personas. El 7,2% sostuvo que el intento de suicidio atenta contra la dignidad de la persona. El 2,1% afirmó que el intento de suicidio involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo y el 6,2%, que es moralmente repudiable por la mayoría de las personas.

Un criterio mediante el cual podemos decir si existe o no un problema moral, es el de la relación con los otros. O. Guariglia y G. Vidiella (2011), permiten pensar este asunto en los siguientes términos: “... para que haya un conflicto moral, una o ambas alternativas del conflicto tienen que tener una incidencia directa en los demás. En términos más generales, entonces, hablamos de un problema moral cuando se da un conflicto entre dos intereses” (p. 18). Ahora bien, yendo a un planteo más específico, luego se preguntan: “¿Qué es, pues, lo que se requiere para que en el ámbito interpersonal aparezca de un modo más preciso la dimensión moral?” (p. 19). Al responder, permiten vislumbrar que el aspecto moral aparece allí donde el encuadre legal puede dejar márgenes para la toma de decisiones, las cuales deben estar regidas respetando ciertas reglas o normas. Estas últimas suponen, ante todo, la existencia de determinadas obligaciones. Se trata, entonces, de un plano más universal, un nivel más homogéneo, válido para todos. En lo que respecta al tema que nos ocupa, a mi modo de ver, el problema moral puede suponer el conflicto que se le presenta (o puede presentar) a las/os profesionales de la salud, sobre "qué hacer" frente a la persona que ingresa a la guardia de un efector de salud manifestando idea o intención de poner fin a su propia vida. Vale decir, la evaluación interdisciplinaria de las situaciones de urgencia supone la participación de una toma de decisión por parte de aquellos que intervienen en la atención. Y está sujeta, por ende, a la ponderación y análisis que estos como equipo hagan (o puedan hacer)<sup>65</sup> de la situación en cada caso. Esta evaluación (y la determinación de “riesgo”), puede

---

<sup>65</sup> Aludo al abanico de posibilidades que puede (o no) abrirse en función de nuestra disposición a tal apertura.

diferir entre distintos equipos de salud; o, incluso, entre los diferentes profesionales (y, por ende, disciplinas) al interior de un mismo equipo<sup>66</sup>. Esto, a su vez, muestra lo controvertido del concepto de “riesgo cierto e inminente”; cuya sola existencia debería conminarnos a advertir la importancia de dar razones. Vale decir, de justificar cada intervención, en especial aquella que supone la restricción de la libertad con fines terapéuticos, en el marco de la LNSM y su decreto reglamentario. Lo cierto es que los cambios en los modos de concebir algún problema controvertido no se producen de una vez y para siempre, y a menudo lo anterior perdura bajo formas más sutiles. En esta línea, tales “criterios” suponen un nuevo campo problemático que es necesario analizar críticamente. En particular, si advertimos el hecho de que implican la determinación por parte de un equipo de salud de una suerte de “umbral” a partir del cual un riesgo “potencial” se transforma en un riesgo seguro e indubitable. De la consideración del “riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros” pueden desprenderse al menos dos criterios operacionales: “grado de certeza” e “inmediatez”; una definición/determinación sólo en apariencia a-problemática que involucra en su seno un juicio de valor. Futuras investigaciones pueden estar orientadas a deslindar, entonces, cuál es el estatuto de los resultados obtenidos en este caso. El 78,4% afirmó que la ideación suicida no involucra necesariamente un problema moral y el 80,4%, que el intento de suicidio no involucra necesariamente un problema moral.

Resulta interesante comentar que hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de considerar que la ideación puede formar parte de los pensamientos de cualquier ser humano al comparar mujeres (63,2%) y varones (90,5%); también los profesionales psiquiatras (80%) consideraron más frecuentemente que el intento de suicidio puede formar parte de los pensamientos de cualquier ser humano al comparar con psicólogas/os (45,6%) y trabajadoras/es sociales (55,6%).

---

<sup>66</sup> Se sobreentiende que la indicación de internación por Salud Mental expresa el acuerdo del equipo terapéutico, salvo expresa mención en contrario.

Las transformaciones de los saberes y las prácticas en Salud Mental suponen construcciones sociales históricamente contingentes. A pesar de las normativas vigentes se observó una frecuencia no despreciable de respuestas que no se condicen totalmente con las mismas. Es posible que, dado que el suicidio (o cualquiera de las manifestaciones asociadas), no es el resultado de un único factor o un hecho aislado, sino más bien el producto de una compleja interacción entre múltiples factores; para poner en contexto el carácter transitorio de los padecimientos y/o las problemáticas de salud mental, la sola vía de protocolos, “válidos para todos” para su abordaje, pueda resultar insuficiente.

Lo cierto es que, en el ámbito de la salud, y en particular en el campo de la Salud Mental, y más aún en las guardias, adquiere relevancia repensar de qué manera ciertos discursos tienen en sí mismos efectos de verdad y poder independientemente de su estructura racional propia, en función del sujeto que los enuncia<sup>67</sup>. Es posible afirmar que, más allá de la aceptabilidad del propio contenido de la evaluación interdisciplinaria, adquiere relevancia otra dimensión referida a alguna suerte de autoridad (en sentido retórico) que la ha sostenido. Vale decir, un otro - que en este caso puede estar representado por el EISM-, con competencia (supuestamente probada) para evaluar la situación de la persona que ingresa a la institución sanitaria manifestando la idea de quitarse la vida, o tras haber intentado ponerle término a aquella. Por cierto, los informes en Salud Mental emitidos con carácter interdisciplinario no suelen ser objeto de oposición, aun cuando pueden cambiar el curso de la existencia de una persona. En tal sentido, precisar las razones que legitiman una determinada intervención, en particular aquella de índole restrictiva de la libertad con pretendidos fines terapéuticos, supone una tarea necesaria y fundamental. Vale decir, importa lo que hacemos como profesionales de la salud, pero también, y, sobre todo, las razones que podemos esgrimir para fundamentar aquello que hacemos.

---

<sup>67</sup> Algunas formulaciones de M. Foucault (2010) nos permiten repensar y problematizar esta cuestión (p. 24).

## Comentarios finales

“El suicidio es un hecho que forma parte de la naturaleza humana. A pesar de lo mucho que se ha dicho y hecho acerca de él en el pasado, cada uno debe enfrentarse a él desde el principio, y en cada época debe repensarlo”.

**JOHANN WOLFGANG VON GOETHE<sup>68</sup>**

La presente tesis de Maestría en Bioética titulada: *Muerte voluntaria en Argentina: controversias bioético-jurídicas*, es el resultado de un largo recorrido. Por un lado, la pregunta por los motivos que podrían llevar a alguien a poner término a su propia vida, en determinado momento de su existencia, me resultó inquietante a muy temprana edad. Es probable que dicho interrogante haya tenido influencia, también, en mi formación de grado y en parte de mi trayecto académico posterior. Luego, desde los inicios de mi quehacer profesional como psicóloga perteneciente a un efector público de salud, no demoré en recortar la guardia como un lugar de preferencia entre diferentes dispositivos de atención. Desde un inicio, la guardia supuso, -y aún supone-, un espacio propicio para la revisión y problematización de las respuestas sanitarias, en particular aquellas protocolizadas, “para todos por igual”. Necesarias bajo determinadas circunstancias, pero insuficientes frente al requerimiento de una estrategia de intervención particularizada. Finalmente, el taller de tesis fue una instancia fundamental para comenzar a pensar la posibilidad de articular tales intereses a partir de la elección del tema y el modo de abordaje.

Podemos decir que una persona ingresa a la guardia de un efector de salud y se constituye en destinataria de la intervención del personal sanitario, en la medida en que algo de lo que funcionaba hasta ese momento sosteniendo una “escena” habitable en su vida se ha quebrantado comprometiéndola subjetivamente. Vale decir, porque los recursos de los que disponía hasta ese momento demuestran su insuficiencia<sup>69</sup>. Un sujeto atravesado por una

---

<sup>68</sup> Citado en Szasz (2002: 5).

<sup>69</sup> Lo que conlleva una vacilación o ruptura en el curso de la vida de esa persona.



situación de estas características vivencia tal situación, precisamente, en términos de que “no hay tiempo” o “no hay salida” (Kligmann *et al.*, 2017). La guardia, entonces, se constituye como una apuesta para la producción de un encuentro, entre alguien que consulta sin tiempo, con prisa y apremio; y alguien (que puede estar representado por un equipo de salud), a la espera de esa consulta que oferta escucha y tiempo. Con ese movimiento se oferta también un lugar destinatario de esa urgencia para hacerla hablar.

En esta línea, las intervenciones en guardia deben tener en el horizonte intentar promover la instauración de un tiempo; necesario, sobre todo, frente a lo perentorio que caracteriza a las situaciones que suelen presentarse en ese contexto. Pero también intervenciones orientadas a deslindar los múltiples factores que podrían estar determinando la urgencia. En definitiva, con respecto al tema que nos ocupa, intervenciones no centradas únicamente en la persona como si la “manifestación suicida” se tratase de una problemática individual; aunque tampoco enfocadas en la conducta suicida en sí misma (como algo a impedir y como algo aislado). De esta manera, en el marco de esta tesis se ve problematizado el objetivo central de neutralizar la idea y/o intención de acabar con la propia vida a través de medidas meramente restrictivas, o reducir la intervención a una atención sanitaria protocolizada.

La urgencia supone, ante todo, no precipitarse a un hacer automatizado, abriendo la posibilidad a un abanico de intervenciones. Se trata, ante todo, de poner en cuestión (o al menos revisar) muchas de las “certezas” que, en ocasiones, pueden implicar la puesta en juego de respuestas más bien cerradas a un asunto que requiere tiempo para su elucidación, y una respuesta particularizada. Aún en el dispositivo de guardia caracterizado por el “empuje” hacia la atención inmediata para la “resolución” de las urgencias. En concordancia, resulta fundamental una evaluación integral que incluya valoración de la red sociofamiliar, otros recursos, etc.; y que las intervenciones no se reduzcan a la internación o a las medidas restrictivas de cualquier otra índole, sino que incluyan trabajar sobre otros actores y factores (sociales, económicos, etc.) más allá de la persona considerada en crisis y en riesgo. Esto

supone pensar la articulación entre equipos de guardia, con otros efectores de salud, y con otros sectores que permitan la continuidad de un “tratamiento”, no meramente de la persona, sino, fundamentalmente, de su situación.

Ahora bien, aun cuando los nuevos avances normativos en Salud Mental permitan pensar la existencia de padecimientos sin patologías, el lugar central otorgado al “riesgo” en la determinación de internación no supone un asunto exento de problemas. En especial, en tanto puede conducir, en ocasiones, a que cualquier idea de muerte sea leída como factor inequívoco de internación (exista o no patología que condicione la conciencia y la voluntad de la persona). En este punto, no resulta desdeñable señalar lo que entiendo como ciertas contradicciones o tensiones pasibles de ser pensadas en lo que respecta a la LNSM en las condiciones actuales del sistema de salud en nuestro país. Ley que, por un lado, insta a respetar la autonomía de la persona, es reconocida como Ley de Derechos Humanos (DDHH), se orienta a despatologizar en los procesos de atención, considera padecimientos que no son entendidos en términos de “enfermedad” (lo que no implica que no requieran que se les brinde una respuesta). Mientras que, por otro lado, supone una concepción del riesgo que puede llevar a inscribir el suicidio en el terreno de lo “anómalo”, y a la internación casi como única medida o medida estándar en la práctica.

En estrecha relación, resulta llamativo, y sobre todo cuestionable, la importancia dada a las medidas de carácter restrictivo con pretendidos fines terapéuticos “en caso de riesgo”; y su contracara, la ausencia de acciones concretas y efectivas para atemperar, erradicar o, al menos, minimizar el efecto o impacto de otros factores que pueden ser determinantes de la idea o intención suicida<sup>70</sup>. El Estado tiene la obligación de velar por el bienestar de los ciudadanos, cuestión que, por otra parte, no implica necesariamente intervenciones fuertemente paternalistas. A la vez, tales intervenciones pueden tener efectos adversos

---

<sup>70</sup> En el marco de la presente tesis interesa no dejar en un segundo plano las consideraciones sobre una estructura socioeconómica cimentada en condiciones de inequidad y desigualdad; factores que, por otra parte, en ocasiones para muchas personas se erigen como determinantes de la intención de anticipación de la propia muerte.

cuando se consideran en forma aislada. En este sentido, un aspecto esencial supone contar con una efectiva implementación de políticas públicas para continuar el avance hacia un proceso de reforma de los sistemas de salud hacia el fortalecimiento de redes integradas de Salud Mental con base en la comunidad. Este, por cierto, supone un nivel en el cual se requieren decisiones políticas y actos de gestión concretos.

Entonces, aun cuando se afirme que es necesario evitar que el acto suicida se consume, ¿esa evitación sólo se logra con medidas restrictivas? ¿O puede pensarse en una evitación que busque operar sobre las motivaciones -y los múltiples factores-, en lugar de apelar a restringir la libertad de la persona? El paternalismo puede, en ocasiones, estar justificado, no pretendo objetar tal afirmación. No obstante, en ciertos casos, la resolución de una situación de urgencia puede derivar en un paternalismo excesivo. Mientras que, en el otro extremo, la renuncia acrítica al paternalismo puede comportar consecuencias perjudiciales para la persona librada a su “libre albedrío”. Tampoco pretendo negar el carácter potencialmente “terapéutico” de una internación. Ahora bien, según lo entiendo, aquello que no debemos dejar de considerar implica: las circunstancias del caso y el contexto en que se lleva a cabo la intervención.

En tales coordenadas, los criterios que subraya Farías (2007) para diferenciar suicidio patológico y no patológico, permiten ampliar y complejizar la problemática. No obstante, mi impresión es que podrían permanecer, en ocasiones, casi como un impensable en el terreno de la guardia, precisamente, por la pregnancia del supuesto de que, en el marco de una situación de urgencia, la mera presencia de ideas de muerte o ideas suicidas (o bien un intento de suicidio), puede llevarnos a pensar en patología o, al menos, en una caracterización de “anormalidad”.

En relación a lo antedicho, no resulta desdeñable detenernos someramente en la transformación que supone el Manual Diagnóstico y Estadístico de Clasificación DSM 5. Si tomamos en consideración el DSM-IV-TR<sup>71</sup>, la conducta suicida es considerada desde la

---

<sup>71</sup> Citado en Daray *et al.* (2016).

perspectiva de un modelo categorial y se encuentra clasificada como síntoma de un trastorno mental. En particular, son nombrados el trastorno depresivo mayor, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos psicóticos y de ansiedad, así como por abuso de sustancias (Daray *et al.*, 2016: 209). Un cambio se produce con el advenimiento de una 5ta edición, en la cual se menciona el “Trastorno de comportamiento suicida”<sup>72</sup> en el apartado “Afecciones que necesitan más estudio”. La existencia de tal apartado, no asociado necesariamente a determinados cuadros psicopatológicos clásicos; por un lado, vendría a subrayar la necesidad de una exploración más exhaustiva. Pero, por el otro, es un dato que en sí mismo puede ser ambiguo; y puede orientar, según lo entiendo, la posibilidad de diagnóstico y abordaje terapéutico en, al menos, dos direcciones: 1) Puede conducir a acentuar la separación entre el campo del suicidio y ciertos cuadros clínicos tradicionalmente asociados a aquel (depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.). O, incluso, otorgar un lugar más destacado a otros factores que puedan estar determinando la situación (factores no necesariamente psicopatológicos, aunque sí puedan generar padecimiento en la salud mental entendida en sentido amplio). Y, por lo tanto, tender a una despatologización y a una mirada más integral que abarque otro tipo de variables (sociales, económicos, de red familiar / vincular, de contención y acompañamiento, etc.). Pero también, 2) puede favorecer una tendencia a psicopatologizar otras conductas o manifestaciones, arribando a nuevos modos de denominación (nuevos cuadros clínicos). Es decir, señalando, por ejemplo, que ciertas presentaciones que antiguamente no estaban asociadas a la cuestión del riesgo se encuentran vinculadas a aquel, favoreciendo a la vez que se vea acentuada la implementación de ciertas medidas de carácter restrictivo y el control sobre tales “cuadros”.

Sin desconocer que una manifestación suicida pueda estar asociada al terreno de lo psicopatológico; el problema surge, a mi entender, cuando la idea o intención suicida no es considerada desde una perspectiva más amplia. Pero además, otra cuestión no menos importante involucra el hecho de que al momento de repensar el campo del suicidio en las

---

<sup>72</sup> Cuya manifestación fundamental, según se afirma, es un intento de suicidio.

coordinadas del ámbito sanitario, y en particular considerando el contexto de la guardia, se erige como tarea fundamental problematizar no sólo la asociación sólo en apariencia indisoluble entre suicidio, psicopatología e irracionalidad; sino también el supuesto de autonomía como equivalente a los dichos explícitos de alguien a quien se le puede suponer plena voluntad para decidir poner fin a su vida en su condición de agente moral autónomo. Y esto, habida cuenta de las características propias del mencionado dispositivo de atención que, en ocasiones, supone un único encuentro con la persona.

En relación a lo antedicho, si bien la diferenciación que subraya Farías (2007) posee relevancia teórica y, sobre todo, clínica en el terreno de los Cuidados Paliativos<sup>73</sup>; considero que las nociones de diagnóstico situacional y padecimiento mental; y su posible articulación con la idea de “capas de vulnerabilidad” propuesta por F. Luna (2008), resulta una herramienta conceptual más operativa para repensar el problema del suicidio en el marco de las guardias de los diferentes efectores de salud, permitiendo trascender opciones dicotómicas y ponderar el asunto de manera integral. En este sentido su alcance tampoco es meramente teórico, sino también y, fundamentalmente, práctico; en tanto podría permitir analizar la múltiple determinación del padecimiento mental, y, derivar en la construcción de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial, más adecuado a cada caso (abriendo la posibilidad a deslindar varias intervenciones posibles), dejando de lado cualquier solución que se pretenda única y general.

Según nos invita a pensar Luna (2008), los análisis tradicionales basados en subpoblaciones han conducido a una visión demasiado rígida del concepto de vulnerabilidad, al definirlo “en términos de sus condiciones necesarias y suficientes” (p. 7). Lo antedicho implica rotular a un grupo como vulnerable; o lo que es lo mismo, hacerlo destinatario de una

---

<sup>73</sup> Por ejemplo, en aras de minimizar e incluso erradicar la tendencia a patologizar ciertas formas de malestar, como puede ser aquella motivada por un dolor no controlado que requiera su adecuado manejo, y no meramente la intervención de un EISM que defina la presencia de “criterios de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros, en los términos de la LNSM y su decreto reglamentario.

etiqueta. Luego de esto, nos dice, dos consecuencias han cobrado preeminencia<sup>74</sup>: por un lado, las dificultades para remover el rótulo dado, lo que lleva a manejarse con estereotipos y categorías establecidas que permanecen fijas; por el otro, la dificultad para dar cuenta de cambios o situaciones que *acentúan* la vulnerabilidad. De esta manera, el concepto de vulnerabilidad que nos propone “está estrechamente relacionado a las circunstancias, a la situación que se está analizando y al contexto. No se trata de una categoría, un rótulo o una etiqueta que podamos aplicar” (p. 8). Siguiendo su línea de argumentación:

... la vulnerabilidad no debería ser entendida como una condición permanente y categórica, una etiqueta que es aplicada a alguien bajo ciertas circunstancias (...) y que persiste durante toda su existencia. No es un concepto de todo o nada: un rótulo, que incluye o excluye a un grupo particular. (Luna, 2008: 9).

El planteo de la autora permite repensar la “enfermedad mental” como rótulo fijo, que lleva a respuestas o modos de abordaje simplistas. A la vez, abre la posibilidad a identificar distintas capas o estratos que puedan permitir arribar a una visión más compleja y contextualizada de la situación de la persona que ingresa a una guardia presentando la idea o intención de poner término a su vida en forma anticipada.

Otra manera de entender esta propuesta, también relevante en el marco de la presente tesis, es considerar que *una situación específica puede convertir o hacer vulnerable* a una persona. En este caso, lo que pretendo se advierta es que, en las internaciones por Salud Mental la persona se ve expuesta a situaciones en las que es posible que adquiera nuevas capas de vulnerabilidad. Esto último, entre otras cuestiones, permite problematizar las condiciones actuales en las que se efectivizan las internaciones por Salud Mental con pretendidos “fines terapéuticos”<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> Asimismo, la autora señala que otro tipo de análisis es el existencial, enfoque centrado en plantear que todos somos igualmente (y esencialmente) vulnerables, en tanto seres frágiles y finitos, tras lo cual queda opacado el hecho de que algunas personas pueden requerir salvaguardas o protecciones especiales.

<sup>75</sup> En el marco de las internaciones por Salud Mental, las condiciones materiales de permanencia en la institución no respetan en todos los casos -por no decir en ninguno- el grado de calidad requerido. Por un lado, son varios los efectores de salud que no cuentan al momento con sala de internación por Salud Mental ni camas destinadas a tal fin en otras unidades. En ellos una persona internada en la guardia tendrá que permanecer días o incluso semanas en un box, será evaluada diariamente por los distintos equipos de salud mental que rotan cada 24 horas, (vale decir, no tendrá un equipo único asignado), dormirá en una camilla durante horas o, incluso, días. Las dificultades para efectivizar derivaciones a otras instituciones, acordes a las necesidades de atención de la persona, suele ser moneda corriente; pero incluso el pase a sala común por fuera de la guardia se ve obstaculizado. Sin privacidad o intimidad de ningún tipo, con perjuicio de la confidencialidad relativa a la información que brinde durante las entrevistas (vale decir, las áreas específicas para atención en Salud Mental son escasas, cuando no inexistentes);

El aporte de Luna (2008) en lo atinente al concepto de vulnerabilidad, así como las nociones de diagnóstico situacional y padecimiento mental, permiten ubicar la posible incidencia de múltiples factores determinantes en la idea o intención suicida. Pero más importante aún, se resalta la idea de factores potencialmente modificables, cuestión que la noción de “enfermedad” puede, en ocasiones, complicar, al funcionar como una suerte de etiqueta fija.

Resumiendo. Lo antedicho invita a relanzar la discusión relativa a pensar otras intervenciones diferentes a la internación involuntaria como única respuesta o respuesta estándar en la práctica; y posibilita analizar la legitimidad de nuestras intervenciones y advertir la necesidad de medidas que trasciendan las meras opciones dicotómicas. Se trataría entonces de valorar las diversas “capas”, aristas o variables que cada caso supone para intentar erradicar o, al menos, reducir a su mínima expresión los factores determinantes del padecimiento; pero, al mismo tiempo, una vez advertidos de las mismas, procurar no sumar otras con nuestras intervenciones. Asimismo, permite ubicar una concepción del suicidio y del daño desde una perspectiva más amplia; el primero como algo que trasciende un mero problema individual, el segundo como algo que trasciende un perjuicio contra la integridad física. En relación a esto último, podría permitir visibilizar y repensar los posibles efectos adversos de las internaciones dadas sus condiciones materiales actuales, así como cuestiones relativas a un nivel macrosocial.

Desde el momento en que una persona ingresa a la guardia de un efector de salud entre los deberes de los profesionales que intervienen en su atención prima el no dañar, y en íntima conexión, el deber de asistencia y de no abandono. En líneas generales, nadie objeta tal afirmación. Ahora bien, el asunto es cómo vamos a posicionarnos frente a la ideación o

---

espacio donde en no pocas ocasiones verá puesta en cuestión su seguridad personal y la de otros, durante su permanencia. En este último caso, aludo a la exposición a situaciones disruptivas mientras se cursa una internación en el sector de Urgencias; aunque también hago referencia a la exposición a patologías clínicas agudas de permanente circulación en la guardia, etc. Asimismo, los boxes de atención suelen ser de pequeñas dimensiones, con poca o ninguna ventilación, con irregulares condiciones de higiene y limpieza, etc. De esta manera, nuestro sistema de salud en las condiciones actuales tiene el potencial de acentuar las *condiciones de vulnerabilidad* de cualquier persona, se encuentre afectada o no en su salud mental.

intención suicida, en cada caso. Está claro que pretender silenciarlas mediante intervenciones meramente restrictivas no mitigará el sufrimiento de quien, lisa y llanamente, podría no encontrar razones suficientes para mantenerse sujeta/o a su propia existencia. Lo que intento defender es que, si las razones por las cuales una persona afirma querer terminar con su vida se vinculan con un sufrimiento, tal vez vale la pregunta por la posibilidad de ofertar un “tratamiento” de ese sufrimiento o de sus causales, sin necesariamente posicionarse en una opción binaria de “todo” o “nada”: intervenir fundamentalmente para impedir la consumación del acto suicida; o bien dejar actuar a la persona según su decisión, sus preferencias, valores, y convicciones. Lo cierto es que cualquier pequeña diferencia que logremos inscribir en un contexto de sufrimiento, tal vez pueda representar que la vida de una persona sea, al menos, un poco más vivible para ella misma:

Es mi deseo que este escrito haya alcanzado su principal objetivo: constituirse como una invitación a repensar el suicidio a pesar de todo lo dicho y hecho a su respecto a lo largo de la historia en Occidente. Después de todo en esto consiste la bioética, en tanto área de reflexión que desconfía de toda respuesta que se formule de manera simplista, unívoca y cerrada<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> Para más detalle ver Luna (2008).



## Bibliografía consultada

- Abric, J. C (coord.) (2001): *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Alba, P., Agrest, M., Stagnaro, J. C. (2012): *Salud mental, la polisemia de un concepto*, en Vertex N°101 – Volumen XXIII: 1-3.
- Alemaný, M.; Rodríguez, B. (2019): Ética y Promoción de la Salud. Libertad-Paternalismo, *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas* N°52, pp. 15-29. Barcelona.  
<https://www.google.com/search?q=Alemaný%2C+M.%3B+Rodr%C3%ADguez%2C+B.+%282019%29%3A+%C3%89tica+y+Promoci%C3%B3n+de+la+Salud.+Libertad-Paternalismo%2C&oq=Alemaný%2C+M.%3B+Rodr%C3%ADguez%2C+B.+%282019%29%3A+%C3%89tica+y+Promoci%C3%B3n+de+la+Salud.+Libertad-Paternalismo%2C&aqs=chrome..69i57.9456j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Álvarez, A. (1999): *El dios salvaje. Un estudio del suicidio*. Bogotá: Editorial Norma.
- Álvarez-Cienfuegos Fidalgo, J. (2004): *Sobre la Muerte Voluntaria*. Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi; No 4 Universitat Jaume I. <http://www.e-revistetes.uji.es/index.php/recerca/article/view/257>
- Améry, J. (2005): *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia: Pre-Textos.
- Ariès, P. (2012): *Morir en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Banchs, M. (2000): “Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales”, *Papers on Social Representations. Textes sur représentations sociales* (Londres), vol. 9, pp. 3.1-3.15.
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra*, 29 (3), 19-27.
- Bodón, M. C.; Ríos, M. A. (2016): Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención.

<https://www.google.com/search?q=suicidio+lineamientos+generales+para+la+comprension+de+suicidio+en+Argentina+lineamientos+de+deteccion+y+prevencion+de+suicidio+en+Argentina+lineamientos+de+deteccion+y+prevencion+de+suicidio+en+Argentina&oeq=Suicidio%3A+Lineamiento+s+generales+para+la+comprension%3A+de+deteccion+y+prevencion%3A+de+suicidio+en+Argentina.&aqs=chrome.69j57j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Bonoris, B. (2019): *El nacimiento del sujeto del inconsciente*. Buenos Aires: Letra Viva.

Butler, J. (2012): *Dar cuenta de sí mismo: Violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Blanco, L. (1997): *Muerte Digna. Consideraciones Bioético-jurídicas*. Buenos Aires: Ed. Ad Hoc, 2012.

Bobbio, N. (1997): "La naturaleza del prejuicio. Racismo, hoy. Iguales y diferentes", en *Elogio de la templanza y otros escritos morales*, Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S. A.

Camus, A. (1942). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza, 1999.

Casado, M. (2001): Una bioética para el S. XXI. De pacientes a ciudadanos. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/casado-m-una-bioetica-para-el-s-xxi-de-pacientes-ciudadanos-plenario-edicion-electronica-online-2001>

Casado, M. (2002): ¿Por qué Bioética y Derecho? *Acta Bioethica* 2002; año VII, N°2, 183-193.

Casas Martínez, M. (2008): Introducción a la metodología de la investigación en bioética. Sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria. *Acta Bioethica*; 14 (1): 97-105.

Casado, M. (2016): "Argumentos para el debate en torno a la eutanasia", en *Morir en Libertad*. Barcelona: Universidad de Barcelona, p. 21. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115990/1/9788447540167%20%28Creative%20Commons%29.pdf>

Childress, J. (1998): "El lugar de la autonomía en la Bioética"; en: Luna, F.; Salles, A.L.F.: *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana, 133-144.

Clepios 65. *Revista de profesionales en formación de salud mental*. Suicidio y Muerte. Octubre 2014/febrero 2015. XX (3). Buenos Aires: Polemos.

<http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios65.pdf>

Clepios 66. *Revista de profesionales en formación de salud mental*. Urgencias en Salud Mental. Marzo/junio 2015. XXI (1). Buenos Aires: Polemos.

<http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios66.pdf>

Clepios 78. *Revista de profesionales en formación de salud mental*. Riesgo cierto e inminente. Marzo/junio 2019. XXV (1). Buenos Aires: Polemos.

<http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios78.pdf>

Clepios 80. *Revista de profesionales en formación de salud mental*. Salud Mental y Derechos Humanos. Octubre 2019/marzo 2020. XXV (3). Buenos Aires: Polemos.

<http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios80.pdf>

Cohen Agrest, D. (1998): Con las mejores intenciones: consideraciones acerca de la autonomía y la beneficencia frente a conductas suicidas. *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, 3 (6), 40-58.

Cohen Agrest, D. (2000): El suicidio ¿condena o defensa?, los argumentos filosóficos en torno de la muerte voluntaria. *Ágora: Papeles de Filosofía*, ISSN 0211-6642, 19 (2) 107-126.

Cohen Agrest, D. (2007): *La buena muerte*, Diario La Nación.

<https://www.lanacion.com.ar/opinion/la-buena-muerte-nid875303/>

Cohen Agrest, D. (2007): Alcances y límites de una política de intervención del suicidio. 5to. Congreso Internacional de Cardiología por Internet.

<http://www.adolescenciaalape.com/sites/www.adolescenciaalape.com/files/Alcances%20y%20L%C3%ADmites%20de%20Pol%C3%ADtica%20de%20Intervenci%C3%B3n%20del%20Suicidio%20una%20Diana%20Cohen%20Agrest.pdf>

Cohen Agrest, D. (2012): *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Cohen Agrest, D. (2017): *¿Qué piensan los que no piensan como yo?: Nuevas controversias éticas*. Buenos Aires: Debate.

Constitución de la Nación Argentina (1994): Primera Parte, Capítulo primero: Declaraciones, Derechos y Garantías, art. 19. Buenos Aires: G. Guevara Lynch.  
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0039.pdf>

Critchley, S. (2016): *Apuntes sobre el suicidio*. Barcelona: Ediciones Alpha Decay.

Cuevas Cajiga, Y. (2016): *Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa*. Cultura y representaciones sociales. vol.11 no.21 México sep. 2016: 109-140.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-81102016000200109](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102016000200109)

Daray, F. M., Grendas, F. y Rebok F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 73 (3), 205-211.  
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457>

Decreto N°603/2013, reglamento de la ley de derecho a la protección de la Salud Mental N°26.657.

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/normativas\\_legislaciones/reglamentacion\\_ley26657.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/reglamentacion_ley26657.pdf)

Dirección General de Docencia, investigación y Desarrollo Profesional, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Consultado el jueves 6 de agosto de 2020.

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/residenciasyconurrencias/presentacion-de-residencia-y-conurrencias>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2016): *“Comunicación responsable: Recomendaciones para el tratamiento de temas de Salud Mental en los medios”*.

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000479cnt-recomendaciones-tratamiento-temas-salud-mental-medios.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018): “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”.

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018): Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales.

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001388cnt-2018-12\\_recomendacion-en-hospitales-generales.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001388cnt-2018-12_recomendacion-en-hospitales-generales.pdf)

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019): “Atención de las urgencias en Salud Mental”.

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001401cnt-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental-2019.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2020): “Epidemiología y Suicidio. Nociones introductorias”.

Durkheim, E. (1897): *El suicidio*. Buenos Aires: Terramar Ediciones, 2013.

Dworkin, R. (1998): *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Ariel.

Dworkin, R. (1998): “El derecho a la muerte”, en: Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana, 280-296.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (21 de octubre de 2009). *Ley N°26.529. Ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Boletín oficial de la República Argentina.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (25 de noviembre de 2009). *Ley N°26.657. Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín oficial, N° 32041 de la República Argentina del 3/12/2010. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (9 de mayo de 2012). *Ley N°26.742. Ley de los Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado*. Boletín oficial de la República Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (11 de marzo de 2015). *Ley N°27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio*. Boletín oficial de la República Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>

Farías G. (2007): *Muerte Voluntaria*. Buenos Aires: Editorial Astrea.

Farías G. (2012). Desobedecer a la vida: Abismos de la libertad. *Perspectivas Bioéticas*. 17 (32),122-130.

Farrell, M. (1996). Apresurando la propia muerte. *Perspectivas Bioéticas en las Américas*. 1 (1) 92-111.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/media/5466/file/suicidio%20adolescente.pdf>

Foucault, M. (1976). *La historia de la sexualidad. Volumen I: La voluntad de Saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2014.

Foucault, M. (1976): *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

Foucault, M. (1974-1975): *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

Foucault, M. (2011). *Enfermedad mental y psicología*. Buenos Aires: Paidós, 2016.

- Ghioldi, L. y Toro Martínez, E., en “Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros”, Cuadernos de Medicina Forense Argentina, Año 2-Nº1; 25-35.
- Guariglia, O., Vidiella, G. (2011): *Breviario de Ética*. Capítulo 1: pp. 17-25. Buenos Aires: Edhasa.
- Guzzo E, Taragano F, Heisecke S, Krupitzki H, Tondo L. (2018): Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes. Vertex. May; XXIX (139):172-177.
- Hardwig, J. (1998): “¿Y la familia?”; en: Luna F., Salles, A.L.F.: *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana, 145-159.
- Hume, D. (1783): *Sobre las falsas creencias. Del suicidio, la inmortalidad del alma y las supersticiones*. Buenos Aires, Argentina: El Cuenco de Plata, 2009.
- Jaccard, R.; Thévoz, M. (1993). *Manifiesto por una muerte digna*. Barcelona: Kairós.
- Kant, I. (1785): *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Buenos Aires: Losada, 2015.
- Kass, L. (1998): “¿Hay un derecho a morir?”; en: Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana, 255-279.
- Kligmann, L. et al. (2017): *Ficha de Cátedra: La práctica del psicoanálisis en los dispositivos hospitalarios*. Práctica Profesional. La angustia en la experiencia analítica. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Departamento de Publicaciones.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (25 de enero de 1999). *Ley N°153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Boletín oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 703 del 28/05/1999.  
<https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/19990528.pdf>
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (13 de diciembre de 2018). *Ley 6106. Ley Prevención del Suicidio en la Ciudad de Buenos Aires*. Boletín oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 5538 del 16/01/2019.

[https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck\\_PL-LEY-LCABA-LCBA-6106-19-5538.pdf](https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCBA-6106-19-5538.pdf)

- León, P; Navarrete, E.; Winter, M. (2012): Consideraciones en torno a la muerte voluntaria. Norte de salud mental, X, (42): 30-36.
- López Bruce, D. (2017): El alcance de la dimisión libertaria de Robert Nozick. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Filosofía, Bogotá, 18-23.
- López García, M. B.; Hinojal Fonseca, R. & Bobes García, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3. 309-411.
- Luna, F. (1995): "Introducción"; en: Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires: Sudamericana, 109-125.
- Luna, F. (1998): "Introducción"; en: Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana, 227-254.
- Luna, F. (2008): Capítulo V: *Problemas al final de la vida: el suicidio asistido*, en *Segunda parte: momentos de decisiones*, en Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: FCE.
- Luna, F. (2008): *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*. Jurisprudencia Argentina, IV, fascículo N°1, 60-67.
- Luna, F. (2008): "Nuevas dimensiones para la bioética: Antropología filosófica y bioética", en *Revista de Bioética y Derecho*, Número 14: 10-18.  
[http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD14\\_ArtLuna.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD14_ArtLuna.pdf)
- Luna, F. (2008): Capítulo I: *Planteos clásicos y teoría de los principios*, en *Primera parte: Bases teóricas de la Bioética*, en Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: FCE, 2008.
- Luna, F. (2008): La moral, la costumbre, la técnica. *Página 12*.  
<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-4009-2008-04-04.html>



- Luna, F. (2015): Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Clase 3. Bloque I. Maestría en Bioética: Problemas particulares de la bioética, FLACSO Argentina, disponible en [Flacso.org.ar/Flacso-virtual](http://Flacso.org.ar/Flacso-virtual).
- Luna, F. (septiembre, 2017): Entrevista con la Dra. Florencia Luna, directora del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Argentina. *Ética, Bioética y Ética Médica*, Número 19. <http://www.fundaciondpt.com.ar/site/index.php/noticias-y-novedades/boletin-dpt/boletin-dpt-19/1343-entrevista-con-la-dra-florencia-luna-directora-del-programa-de-bioetica-de-la-facultad-latinoamericana-de-ciencias-sociales-flacso-argentina>
- Macklin, R. (1995): "Consentimiento, coerción y conflictos de derechos"; en: Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires: Sudamericana, 126-138.
- Maglio, F. (2001): "Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales". *Revista Argentina de Cardiología*, julio-agosto, Vol. 69, N°4: 444-447.
- Maglio, I; Bello, M. A. (2009): "Derechos Humanos e investigación clínica en Salud Mental"; en Fantin, J. C.; Fridman, P. [Comps.]. (2009): *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos, pp. 89-122.
- Meneu R. (2012): Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*. Ética y Salud Pública N°27, pp. 10-33. Barcelona.
- Mill, J. S. (1859): *Sobre la Libertad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial, 2010.
- Ministerio Público Tutelar (2014): *Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*". [https://www.academia.edu/6306057/AGT\\_2014\\_Internaciones\\_por\\_Salud\\_Mental\\_en\\_Hospitales\\_Generales\\_de\\_Agudos\\_de\\_la\\_Ciudad\\_Aut%C3%B3noma\\_de\\_Buenos\\_Aires](https://www.academia.edu/6306057/AGT_2014_Internaciones_por_Salud_Mental_en_Hospitales_Generales_de_Agudos_de_la_Ciudad_Aut%C3%B3noma_de_Buenos_Aires)

- Moreno, D.; Carrillo, J. (2019): Normas APA, 7ª edición. Guía de citación y referenciación. Bogotá, D. C., Colombia: Ediciones Universal Central. <https://www.ucentral.edu.co/sites/default/files/inline-files/guia-normas-apa-7-ed-2020-08-12.pdf>
- Moscón, J. (1998): "Las urgencias y el psicoanálisis"; en *Psicoanálisis y Hospital*. 7 (13) 52-54.
- Niño, L. (1994): *Eutanasia. Morir con Dignidad. Consecuencias jurídico-penales*. Buenos Aires: Universidad.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2004): Centro de Prensa. El suicidio: un problema de Salud Pública, enorme y sin embargo prevenible. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- OMS (2014): Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.
- OMS (2018): *Alto Comisionado de Derechos Humanos: El Derecho a la Salud*. <https://acnudh.org/el-derecho-a-la-salud-folleto-informativo-no-31/>
- OMS (2019): Suicidio. Nota descriptiva. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
- Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (1966): *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Protocolo Facultativo*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
- Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 19 de octubre de 2005. *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/723\\_etica2/cursada/bibliografia\\_digital/declaracion\\_sobre\\_bioetica.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/cursada/bibliografia_digital/declaracion_sobre_bioetica.pdf)
- Pániker, S. (1993): Prólogo de *Manifiesto por una muerte digna*. Barcelona: Editorial Kairós.

- Pérez, P. L.; Navarrete Betancort, E.; Winter Navarro, M. (2012): Consideraciones en torno a la muerte voluntaria. *Norte de salud mental*, vol. X, N°42: 30-36.
- Poder ejecutivo de la Nación Argentina. (24 de enero de 1967). *Ley N°17.132, Ley de Ejercicio de la Medicina, odontología y actividades de colaboración*. Boletín oficial de la República Argentina.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>
- Puyol, A.; Segura, A. (2019): Ética y Promoción de la Salud. Libertad-Paternalismo, *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas* N°52, pp. 7-11 Barcelona.  
<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/1022105129/q52/09cc770e-0557-4848-a67f-0c062117b049>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23 ed.)  
<https://dle.rae.es/suicidio>
- Rivera López, E. (2011). *Problemas de vida o muerte: Diez ensayos de Bioética*. Madrid: Marcial Pons.
- Royes, A. (coord.) (2016): *Morir en Libertad*. Barcelona: Universidad de Barcelona.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115990/1/9788447540167%20%28Creativ%20Commons%29.pdf>
- Salles, A. L. F. (1998): "Introducción"; en: Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana, 107-132.
- Salles, A. L. F. (2008): Capítulo III: La relación médico-paciente, en Segunda parte: momentos de decisiones, en Luna, F.; Salles, A. L. F.: *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Primera edición. Buenos Aires: FCE.
- Sanfelippo, L. (2020): Coronavirus: ¿guerra o desastre? En *Revista Paco*.  
<https://revistapaco.com/coronavirus-querra-o-desastre/>
- Santi, M. F. (2018): Conceptos fundamentales para realizar una tesis y para organizar el proyecto de tesis. Clase 1. Bloque I. Maestría en Bioética: Taller de tesis, FLACSO Argentina, [Flacso.org.ar/Flacso-virtual](http://Flacso.org.ar/Flacso-virtual).

- Santi, M. F. (2018): La búsqueda bibliográfica y el proyecto de tesis. Clase 2. Bloque I. Maestría en Bioética: Taller de tesis, FLACSO Argentina, Flacso.org.ar/Flacso-virtual.
- Santi, M. F. (2018): La redacción de la tesis y el proyecto de tesis. Clase 3. Bloque I. Maestría en Bioética: Taller de tesis, FLACSO Argentina, Flacso.org.ar/Flacso-virtual.
- Santi, M. F. (2013): *Ética de la Investigación en Ciencias Sociales. Un análisis de la vulnerabilidad y otros problemas éticos presentes en la investigación social*. Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1638>
- Singer, P. (1997): *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Stagnaro, J. C. (2009): "Apuntes para una reflexión sobre la perspectiva bioética en psiquiatría"; en Fantin, J. C.; Fridman, P. [Comps.]. (2009): *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos, pp. 207-230.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy: Suicide. *Publicado por primera vez el 18 de mayo de 2004; revisión sustantiva Vie 21 de julio de 2017.* <https://plato.stanford.edu/entries/suicide/>
- Szasz, T. (1974): *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós, 1981.
- Szasz, T. (2002): *La libertad fatal. Ética y política del suicidio*. editor digital. Titivillus.
- Terlizzi, M. S. (2015): "Bioética y propiedad intelectual. Debates actuales en torno de las patentes sobre los Medicamentos de Alto Costo (MAC)", *Rev.Redbioética/UNESCO*, Año 6, 2 (12): 121 - 121 julio - diciembre 2015 <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art9-Terlizzi-Revista12.pdf>
- Thévoz y Jaccard (1993): *Manifiesto por una muerte digna*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Tolstói, L. (1886): *La muerte de Iván Illich*. Buenos Aires: Losada, 2013.
- Yampey, N. (comp.) (1998): *Crisis y Suicidio*. Buenos Aires: Grupo de Investigación sobre Crisis y Suicidio.

# ANEXO I. Dictamen Comité de Ética en Investigación



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Buenos Aires, 6 de mayo de 2020

De acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, este Comité ha evaluado el proyecto de investigación que a continuación se menciona.

Código de registro: 1100

Título del protocolo: Muerte Voluntaria en Argentina: Controversias Bioético-Jurídicas

Patrocinador: no corresponde

Investigador principal: Valeria Micaela Elizabeth Alegre

Institución donde se desarrollará: Multicéntrico Nacional (por subgración)

Con relación al mismo se ha recibido la siguiente documentación.

- Autorización de jefe superior
- Protocolo Fecha: 13 / 04 / 2020 Versión: 2
- Consentimientos / asentimientos Detalle: Consentimiento informado versión 1 del 13/03/2020.
- Material que se entrega a los sujetos, avisos de reclutamiento y otros documentos Detalle: No corresponde
- Declaración jurada conforme modelo del Anexo III, Resolución 2476/MSGC/2019
- CV del investigador principal

Categorización de riesgo asignado por el CE': Sin riesgo

Los miembros del Comité han discutido convenientemente el proyecto.

De igual forma, han procedido a evaluar la documentación que respalda la idoneidad del investigador principal, incluyendo título profesional, matrícula profesional, curriculum vitae, certificación de especialista y capacitación en

buenas prácticas clínicas. También se ha considerado la adecuación de las instalaciones para el desarrollo del estudio en evaluación.

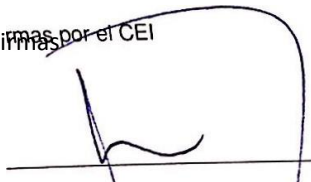
Luego de considerar todo lo antes mencionado, el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía ha decidido aprobar el protocolo de referencia para su realización en Multicéntrico Nacional, dirigido por Alegre, Valeria Micaela Elizabeth como investigador principal. El presente dictamen tiene una vigencia de un (1) año.

Con relación a esta aprobación, se deja constancia que se han aprobado específicamente los documentos que se mencionan a continuación:

- Protocolo, fecha: 13 1 04 1 2020, versión: 2
- Consentimientos/asentimientos: Consentimiento informado versión 1 del 13/03/2020.
- Material que se entrega a los sujetos, avisos de reclutamiento y otros documentos: No corresponde

La investigación de referencia será supervisada de manera continua por este Comité de acuerdo con lo contemplado en sus Procedimiento Operativos Estandarizados.

Firmas por el CEI

  
\_\_\_\_\_  
Lic. LEONARDO PERELIS  
PRESIDENTE  
COMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
Hospital Gral. de Agudos "J.M. Ramos Mejía" \_\_\_\_\_

## ANEXO II. Consentimiento Informado



### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El objetivo de este consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación lleva por título **“Muerte voluntaria en Argentina: controversias bioético-jurídicas”**, es dirigida y coordinada por la Licenciada en Psicología Alegre Valeria.

El propósito de este estudio es explorar las representaciones sociales en torno al suicidio por parte de los profesionales de Salud Mental que se desempeñan en el Departamento de Urgencias de diferentes efectores públicos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Lo invitamos a participar porque usted es un profesional del campo de la Salud Mental que se desempeña en el Departamento de Urgencias de un efector público de salud de CABA. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá que complete una encuesta online. La encuesta es autoadministrada y le tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Completar y enviar la encuesta, implica dar su consentimiento a participar del estudio.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los que esta investigación involucra. Sus respuestas serán anónimas. No le pediremos su nombre ni lugar de trabajo.

Si tiene alguna duda sobre el presente estudio o alguna pregunta sobre su participación en el mismo, puede comunicarse con la investigadora principal, Lic. Valeria Alegre, al siguiente teléfono de contacto: 15-5892-3405. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómoda, tiene usted el derecho de no responderla.

El Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”, revisó y avaló la realización de este estudio. El Comité de Ética es un grupo de personas independientes del estudio, que evalúa el cumplimiento de la normativa ética nacional e internacional y vela por los derechos de los participantes.

Para consultas sobre sus derechos como participante de la investigación debe comunicarse con: Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”. Gral. Urquiza 609 - Buenos Aires. TELÉFONOS: 4127-0203 / 4127-0204 codei\_rm@yahoo.com.ar/ [www.hospitalramosmejia.com](http://www.hospitalramosmejia.com)

Desde ya, agradecemos su participación

**FCI 13/03/2020, versión 1**

## ANEXO III. Encuesta a profesionales del campo de la Salud Mental

### A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Encuestado/a: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Suplente
2. Rango etario: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> de 20 a 29 años <input type="radio"/> de 30 a 39 años <input type="radio"/> de 40 a 49 años <input type="radio"/> de 50 a 59 años <input type="radio"/> 60 o más años
3. Género: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro
4. Máximo nivel de estudios alcanzado: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> Título de grado <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado
5. Tipo de institución en la que cumple su rol profesional: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> Monovalente <input type="radio"/> Polivalente
6. Especialidad: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> Psicólogo/a <input type="radio"/> Psiquiatra <input type="radio"/> Trabajador/a Social
7. Nacionalidad: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> Argentina <input type="radio"/> Boliviana <input type="radio"/> Brasileña <input type="radio"/> Colombiana <input type="radio"/> Chilena <input type="radio"/> Ecuatoriana <input type="radio"/> Paraguaya <input type="radio"/> Peruana <input type="radio"/> Uruguaya <input type="radio"/> Venezolana <input type="radio"/> Otra
8. Tiempo de desempeño en el Departamento de Urgencias: (marcar sólo una opción)	<input type="radio"/> de 0 a 5 años <input type="radio"/> de 6 a 10 años <input type="radio"/> más de 10 años



## **B. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES ANTE PACIENTE CON IDEACIÓN O TENTATIVA SUICIDA QUE INGRESA A LA GUARDIA DE UN EFECTOR DE SALUD**

a. ¿Conoce sus derechos y obligaciones como profesional de la salud ante un paciente que ingresa por ideación o tentativa suicida a la guardia donde Ud. cumple su rol profesional? (marcar sólo una opción)

<input type="checkbox"/>	Sí.
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No contesta

b. En caso afirmativo, mencione los que recuerde:

## **C. ACERCA DE LA IDEACIÓN SUICIDA**

a.- **En su opinión, la ideación suicida:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Se puede presentar en cualquier persona, sólo en el contexto de una “crisis”
2. Se explica siempre por la presencia de un padecimiento del campo de la salud mental
3. Puede formar parte de los pensamientos de cualquier ser humano
4. Siempre se presenta en el contexto de un síndrome depresivo
5. Otro

b.- **En su opinión, la presencia de ideación suicida:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Implica siempre riesgo de intento de suicidio, potencial o inminente
2. Es un indicador de psicopatología que requiere siempre una intervención activa por parte de un equipo de salud para disuadirla
3. Indica un estado de disminución de la capacidad de juicio de la persona
4. Es un fenómeno más que puede presentar cualquier persona, en cualquier momento de su existencia
5. Otro

c.- **Como parte de su acto profesional, Ud. explora la presencia de ideación suicida en:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida
2. Personas con antecedentes personales o familiares de padecimiento mental
3. Personas que presentan antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados
4. Personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados
5. Otro

d.- **Si una persona piensa en quitarse la vida de modo persistente, Ud.:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Lo entiende como signo inequívoco que requiere intervención de un equipo especializado
2. Piensa que debe cursar una internación por Salud Mental, con acompañamiento permanente
3. Considera que en todos los casos el acto profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación de la idea suicida
4. Se dispone a profundizar en esa idea, antes que adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos
5. Otro

e.- **Según su opinión, la presencia de ideación suicida:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Casi siempre es la antesala de un intento de suicidio
2. Es una idea que no necesariamente requiere intervención de un equipo especializado en Salud Mental
3. Debe alertar al profesional de salud para evaluar eventual indicación de internación
4. Requiere una evaluación desde el campo de la salud mental para determinar qué significa exactamente
5. Otro

f.- **Frente a una persona que presenta ideación suicida, Ud. considera que:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Siempre es conveniente que permanezca en la institución un tiempo
2. La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de intento de suicidio
3. Es necesario indicar acompañamiento permanente, como primera medida
4. No supone un criterio determinante para indicar internación por Salud Mental
5. Otro

g.- **En su opinión, la presencia de ideación suicida:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Atenta contra la dignidad de la persona
2. Involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo
3. Es moralmente repudiable por la mayoría de las personas
4. No involucra necesariamente un problema moral
5. Otro

## D. ACERCA DEL INTENTO DE SUICIDIO

a.- **En su opinión, el intento de suicidio:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Se puede presentar en cualquier persona, siempre en el contexto de una “crisis”
2. Se explica en todos los casos por un problema de salud mental
3. Puede formar parte de las decisiones de cualquier ser humano
4. Se manifiesta siempre en el contexto de un síndrome depresivo
5. Otro

b.- **En su opinión, todo intento de suicidio:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Implica siempre la presencia de ideación suicida previa
2. Es un indicador de psicopatología que requiere una intervención activa por parte del Equipo de Salud Mental para evitar su recurrencia
3. Indica un estado previo de disminución de la capacidad de discernimiento y juicio de la persona
4. Es un fenómeno más que puede presentar cualquier persona, en cualquier momento de su existencia
5. Otro

c.- **Según su criterio profesional, Ud. considera esperable la manifestación de un intento de suicidio en:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica, progresiva y/o amenazante para la vida
2. Personas con antecedentes personales o familiares de padecimiento mental
3. Personas que presentan antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados
4. Personas que no presentan antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio o suicidios consumados
5. Otro

d.- **Si una persona intenta quitarse la vida, Ud.:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Lo entiende como signo inequívoco de padecimiento mental que requiere intervención de un equipo especializado
2. Considera en todos los casos pertinente indicar internación por Salud Mental con acompañamiento permanente
3. Considera que la principal intervención profesional consiste en arbitrar los medios para evitar la consumación del acto suicida
4. Se dispone a profundizar en las motivaciones de dicho intento autolítico, antes que adoptar medidas restrictivas de la libertad con fines terapéuticos.
5. Otro

e.- **Frente a una persona que intentó quitarse la vida, Ud. considera que:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Siempre es conveniente que permanezca en la institución durante un tiempo, aunque haya cesado el riesgo de la urgencia
2. La internación es pertinente sólo, si a criterio del Equipo de Salud Mental, se evalúa riesgo de reintentarlo
3. Es necesario indicar acompañamiento permanente siempre, como primera medida
4. Es determinante para indicar internación por Salud Mental
5. Otro

f.- **Si una persona presentó un intento de suicidio, Ud. piensa que:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Debe estar acompañada por una consigna policial, para evitar que se retire sin alta de la institución, sin alcanzar a comprender la gravedad de la situación
2. Puede permanecer sola, no se requiere en todos los casos personal policial acompañante
3. El equipo de salud debe dar aviso al 911 y al entorno socio-familiar del/de la paciente para que estén advertidos de lo peligroso del acto
4. Dicho intento involucra una acción privada de la persona y es necesario conocer las motivaciones para evaluar la pertinencia de cualquier intervención
5. Otro

g.- **En su opinión, todo intento de suicidio:** (marcar todas las opciones que considere)

1. Atenta contra la dignidad de la persona
2. Involucra una suerte de cobardía y/o egoísmo
3. Es moralmente repudiable por la mayoría de las personas
4. No involucra necesariamente un problema moral
5. Otro

¡Muchas gracias por su tiempo!