

# **Recomendaciones**

para la atención telefónica  
de **situaciones de crisis**  
**de salud mental y/o riesgo**  
**de suicidio**

Primera versión 2023

Actualización 2025



**Ministerio de Salud**  
República Argentina

**Recomendaciones**  
para la atención telefónica  
**de situaciones de crisis de salud mental**  
**y/o riesgo de suicidio**

**Consenso**

## **AUTORIDADES**

**Presidente de la Nación** | Dr. Javier Gerardo Milei

**Ministro de Salud de la Nación** | Dr. Mario Iván Lugones

**Secretario de Gestión Sanitaria** | Dr. Alejandro Alberto Vilches

**Subsecretario de Institutos y Fiscalización** | Dr. Enrique Alberto Riffourcat

**Directora Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental** | Dra. Liliana G. Gonzalez

**Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio**

Bárbara Alter, Martín Cagide, Luciana Chinchilla, Mariana Di Pace, Agustina Garate, Ariadna Vázquez

## **Recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis de salud mental y/o riesgo de suicidio**

### **Coordinación General**

Bárbara Alter

### **Coordinación de Contenidos**

Natalia Schmeil

### **Elaboración de contenidos**

Bárbara Alter, Martín Cagide, Luciana Chinchilla, Mariana Di Pace, Agustina Garate, Patricia Mansi, Natalia Schmeil, Ariadna Vázquez.

## **Colaboraciones**

### **Dirección General de Salud Mental y Adicciones de Tucumán**

Lic. Irma Thomas

### **Programa Provincial de Prevención del Suicidio del Ministerio de Salud de Entre Ríos**

Tec. Anabel Hilgenberg, Lic. Soledad Carranza, Lic. Delfina Noé.

### **Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de Mendoza**

Dra. Alina del Canto

Lic. Claudia Motta

### **Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA)**

Dr. Demián Rodante

### **Revisores externos:**

Mg. Daniel Korinfeld

Lic. Marcelo Rossi

Se agradece la contribución técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella no representan necesariamente los de la OPS.

### **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES**

Las recomendaciones presentadas en el siguiente documento surgen de la aplicación de un consenso escogido por los autores y quedan bajo la órbita de su responsabilidad. “Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este procedimiento”

# Indice

---

- 
- 
- 06** Consideraciones iniciales.
  - 08** Objetivos, funciones y organización de la atención telefónica.
  - 09** Estrategias comunicacionales generales para la atención telefónica.
  - 11** Momentos del llamado telefónico.
  - 15** Conclusiones.
  - 16** ANEXO I: Evaluación del riesgo de suicidio.
  - 20** ANEXO II: Flujograma de atención.
  - 21** ANEXO III: Instrumento de Registro.
  - 26** Bibliografía.

# Consideraciones iniciales

La presente guía tiene como finalidad brindar lineamientos técnicos para el desarrollo de dispositivos de atención telefónica en situaciones de crisis y riesgo de suicidio. Este tipo de dispositivo tiene el propósito de ampliar la accesibilidad de la población a la atención y realizar una rápida categorización de riesgo que permita llevar adelante la intervención más apropiada.

La Ley Nacional de Prevención del Suicidio Nº 27.130 y su Decreto Reglamentario 603/2021 explicitan la necesidad de trabajar en conjunto entre la Autoridad de Aplicación y las jurisdicciones para el funcionamiento y/o fortalecimiento de servicios de atención telefónica gratuitos para la atención en crisis y riesgo suicida (Art. 7). En este sentido, los lineamientos técnicos que a continuación se desarrollan, son generales y deben ser adaptados según las necesidades y realidades locales.

Los dispositivos de atención telefónica promueven la detección temprana y oportuna de situaciones de crisis y riesgo de suicidio, facilitando el acceso de las personas a una primera atención a distancia. A su vez, permiten revertir estas situaciones mediante una evaluación, abordaje integral desde una perspectiva de cuidados y derivación asistida a la red local de servicios de salud, en el caso de ser necesario.

Las situaciones de crisis y riesgo de suicidio son, en la mayoría de las ocasiones, urgencias subjetivas que necesitan ser alojadas, brindando un abordaje específico y una respuesta eficaz.

La atención telefónica de estas situaciones implica un proceso que abarca distintos momentos:

- 1.** Recepcionar y establecer un contacto con la persona que llama, propiciando que sostenga la comunicación y el interés, para poder realizar una evaluación y categorización de la situación.
- 2.** Recabar información sobre la situación y necesidades para realizar una evaluación y determinación de riesgo.
- 3.** Realizar el manejo de la intervención según el nivel de complejidad que requiera la situación planteada. La intervención puede implicar:
  - a. Brindar orientación y/o información general.
  - b. Brindar asistencia telefónica en Salud Mental realizando Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y/o contención psicológica a la persona.
  - c. Brindar asistencia y contención psicológica con derivación a la Red Local de Salud Mental si la persona presenta un cuadro que así lo requiera.
  - d. Proporcionar una instancia de seguimiento según corresponda.
- 4.** Llevar a cabo el cierre de la atención telefónica.

Una intervención y acompañamiento oportuno puede ayudar a evitar grandes sufrimientos. Es importante alojar a quien realiza el llamado, conectando con su sufrimiento, no ignorando ni minimizando. Tres cuestiones fundamentales son: conectar con la persona (presentándonos, manteniendo la calma, sin prometer lo que no se puede cumplir), apoyar (escuchando, com-

prendiendo lo difícil de la situación que está atravesando) y proteger (sosteniendo el acompañamiento a la persona hasta que recupere el control interno). Por ejemplo, quien está atravesando una situación de riesgo de suicidio en general presenta cierta ambivalencia y no una decisión irrevocable. Por lo tanto, acompañar, sin hacer juicio de valor a quien se siente en esta encrucijada, puede hacer la diferencia.

En relación al riesgo de suicidio, hablar del tema NO provoca actos de autolesión; por el contrario, le permite a las personas expresarse acerca de los problemas y la ambivalencia que las atraviesa, percibiendo que pueden ser ayudadas y, en muchos casos, aliviando al menos momentáneamente la tensión psíquica. El riesgo es, por el contrario, que estas ideas permanezcan ocultas, sin haber encontrado algún interlocutor que las escuche y pueda dar cauce a esa problemática y al sufrimiento que produce.

Los pensamientos suicidas son más frecuentes que los intentos de suicidio o muerte por suicidio. La conducta suicida debe ser explorada en todas las personas que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas, discapacitantes o terminales, condiciones de violencia de género o situaciones como el embarazo no deseado, pérdida de un ser querido, entre otras.

## **Metodología:**

Para la elaboración de estas “Recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis de salud mental y/o riesgo de suicidio”, se llevó adelante un consenso de expertos/as conformado por asociaciones científicas, instituciones y organizaciones de salud mental. La metodología de trabajo estuvo definida por una ronda de consultas que consistió en el envío de un documento preliminar por correo electrónico, en forma personal a cada uno de los/as expertos/as. Este primer paso del proceso se llevó a cabo entre los meses de enero y mayo de 2023.

Las etapas siguientes estuvieron a cargo del equipo técnico del Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio, que se basaron en reformular y/o agregar los argumentos y aportes de los/as expertos/as participantes. En aquellos casos donde hubo desacuerdos los mismos se resolvieron por consenso. Luego de este proceso, y habiendo partido de la revisión bibliográfica existente al momento, se llegó al documento final.

# **Objetivos, funciones y organización en la atención telefónica**

Los objetivos de este tipo de dispositivos de atención telefónica (o remota) son:

- Facilitar el acceso de las personas al sistema de salud ya que se brinda respuesta de un equipo profesional capacitado para orientar, evaluar riesgo y enlazar con atención presencial cuando es necesario.
- Brindar atención remota a la persona que incluya la recepción, evaluación, manejo, seguimiento y derivación asistida, según corresponda.

Las funciones son:

**Orientación:** brindar asesoramiento sobre pautas de acción y recursos socio-sanitarios disponibles, con eje en la promoción de la salud. Implica una intervención desde una mirada integral más que una acción específica y asistencial centrada en el problema.

**Contención:** brindar a las personas un espacio oportuno de escucha activa y empática sobre su situación. Esta es una herramienta terapéutica necesaria para intervenir en situaciones con personas en crisis.

**Referencia-Contrarreferencia:** facilitar la vinculación de las personas y los diferentes actores de salud, con el propósito de brindar atención oportuna, integral y de calidad. Para ello, es necesaria la articulación previa con los efectores de salud correspondientes.

**Seguimiento-Monitoreo:** realizar un contacto posterior a la llamada inicial para evaluar la situación de la persona, si recibió la atención adecuada, si mejoró, si continúa el tratamiento, etc. El dispositivo de atención telefónica (o remota) debe tender a cumplir con estas funciones, que representan una complejidad progresiva y requieren un recurso humano capacitado para cumplirlas. Como el marco normativo indica, las y los operadores/as telefónicos deberán contar con formación previa en atención de crisis y riesgo suicida, con una coordinación a cargo de las autoridades sanitarias locales.

La organización del dispositivo de atención telefónica (o remota) puede llevarse adelante de diferentes maneras y presentar particularidades según las necesidades de cada territorio. Los principales puntos a tener en cuenta son:

- Disponibilidad de línea telefónica gratuita y accesible. Podrá complementarse con opción a otros canales alternativos (whatsapp, chat online o teleconsultas).
- La definición clara y precisa de las características de la línea telefónica y sus funciones.
- La necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos de la persona atendida e información que brinda. Se sugiere que esto sea comunicado en cada llamado telefónico. No obstante,

las situaciones de riesgo cierto o inminente implican una excepción que puede requerir transmitir cierta información a familiares y/o referentes afectivos a los fines de instrumentar acciones en la dirección de resguardar su integridad.

- La identificación de la población destinataria de la línea: personas que están atravesando una situación problemática, familiares o referentes vinculares, referentes de instituciones, comunidad en general. Puede estar dirigido a todas estas poblaciones o a algunas en particular, priorizando la persona con padecimiento y sus referentes afectivos.
- Un sistema de alerta propio que permita una rápida categorización del riesgo para llevar a cabo la intervención apropiada según la situación.
- La capacidad para dar respuesta a situaciones de urgencia mediante la articulación con el sistema sanitario en un plan de acción conjunta previamente protocolizado.
- Un instrumento de registro que permita contar con una fuente de datos sobre los llamados entrantes y salientes de la línea telefónica (datos de la persona, motivo de consulta, intervenciones realizadas, etc.).
- Una guía de recursos socio-sanitarios para realizar la orientación o referencia/contrareferencia adecuada y oportuna que deberá ser actualizada con frecuencia.
- En el caso de la referencia-contrareferencia o derivación asistida, se sugiere realizar la articulación previa entre las autoridades sanitarias y la red integrada de servicios socio-sanitarios, quedando formalmente establecido el fluograma de acción.
- El dispositivo de atención remota y/o intervención en crisis puede ser implementado a nivel central en las jurisdicciones o en los establecimientos de la red asistencial que las autoridades locales determinen.
- La posibilidad de incluir la atención específica de situaciones de riesgo de suicidio en un dispositivo de atención remota de situaciones de crisis y problemáticas de salud mental en general.

## **Estrategias comunicacionales generales para la atención telefónica**

Las personas que consultan en general están transitando una crisis o urgencia subjetiva. Es necesario tener en cuenta algunas pautas para poder mantener y sostener una comunicación efectiva y poder ayudar:

- Disponer del tiempo necesario para la atención de la llamada.
- Llamar a la persona por su nombre (si lo ha querido brindar) y hablar en forma calma.

- Utilizar un lenguaje sencillo, claro y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- Evitar juzgar o calificar a las personas por sus actitudes o comportamientos.
- Permitir que la persona haga preguntas a lo largo de la conversación.
- Resumir y repetir los puntos clave. Las personas que están atravesando una situación de riesgo de suicidio pueden presentar niveles de ansiedad elevados y dificultades para recordar lo que se les ha dicho u ordenar la información.
- Reconocer sus sentimientos y ofrecer apoyo emocional.
- Escuchar atentamente, dejando que la persona se exprese suficiente tiempo sin interrumpirla. Dependiendo de la situación, en ocasiones es necesario intervenir y pausar la verborragia causada por la angustia, en otras, es necesario respetar el silencio en determinados momentos de la conversación, o por último, puede ser necesario que el/la operador/a realice preguntas para que fluya el intercambio.
- Promover el respeto hacia la persona que consulta y una atención receptiva.

Por el contrario, no debe:

- Convertir la conversación en un interrogatorio o preguntar más allá de lo que desea contar la persona.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su comportamiento.
- Juzgar y/o emitir juicios de valor.
- Aumentar el volumen de voz para “hacernos oír”.
- Realizar promesas que no se puedan cumplir.
- Realizar interpretaciones.
- Si la persona está cursando un episodio delirante se sugiere no contradecir ni intentar falsear sus ideas. Por el contrario, es necesario expresar apoyo hacia la persona, referir que sabemos que sufre y queremos ofrecerle ayuda.

# Momentos del llamado telefónico

A continuación se presentan los distintos momentos del llamado telefónico: recepción, evaluación y abordaje. Esta división tiene una intencionalidad explicativa, sin embargo, en la práctica, la conversación se da en un continuo en el que puede ser más claro o difuso distinguir estos diferentes momentos.

## 1. Recepción del llamado

Implica el primer momento del llamado donde se recibe y se habilita un espacio de escucha de la situación que plantea la persona. Para este momento, las recomendaciones a tener en cuenta son:

- Generar un acceso fácil y rápido a la comunicación con una o un operador/a telefónico capacitado/a en la temática.
- Dar lugar a la presentación del/la operador/a telefónico/a y de la persona que se comunica, solicitando un teléfono de contacto para que en caso de que la comunicación se corte, pueda el o la operador/a comunicarse con la persona. En el caso que la persona no quiera brindar sus datos, continuar con la conversación siguiendo con las recomendaciones y evaluando si más adelante accede a brindar sus datos.
- Manifestar la confidencialidad de la información que se brinde.
- Mantener una escucha activa y empática de la situación que plantea la persona que consulta.
- Generar un vínculo de confianza con la persona, permitir el desahogo emocional y brindar contención y apoyo.
- Identificar el motivo de consulta, la razón principal por la que la persona está solicitando atención telefónica.
- Registrar los datos básicos de la persona (nombre, edad, teléfono, domicilio, DNI, etc).
- Si la persona que llama está transitando una crisis emocional de una intensidad tal que no le permite seguir el hilo de la conversación con el o la operador/a, solicite además un número telefónico de algún referente afectivo. En este punto, el/la operador/a telefónico/a puede ofrecerse como intermediario/a de aquello que la persona no está pudiendo comunicar a ese referente afectivo.

## **2. Evaluación situacional**

Es preciso evaluar la urgencia de la situación y las necesidades de intervención según el motivo del llamado, e identificar algún referente afectivo y contacto en el caso que se comunique una persona con riesgo suicida. Algunas sugerencias para esta instancia son:

- Realizar preguntas acordes a lo que la persona vaya relatando sobre la situación.
- Formular las preguntas sobre sus ideas de suicidio en forma gradual. Se sugiere que las mismas no sean exigentes ni coercitivas, sino planteadas de manera cálida y empática.
- Identificar si la persona afectada presenta alguna alteración emocional grave como agitación o ansiedad extrema, llanto inconsolable, desesperanza, conducta poco comunicativa, comunicación desorganizada, actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide, estado alucinatorio franco o confusión mental.
- Evaluar si la persona afectada presenta pensamientos o planes actuales de suicidio o autolesión, historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año.
- Identificar redes de apoyo de la persona, si mantiene actividades de la vida cotidiana, si realiza o ha realizado tratamiento de salud mental.
- En las situaciones donde se detecta riesgo de suicidio, es preciso tener en cuenta que el deseo de morir es ambivalente y transitorio. Por lo tanto, se sugiere apoyar el deseo de vivir y ofrecer esperanzas de resolución de su situación de malestar.
- Evaluar si el intercambio con la persona genera alguna modificación en la conducta. Generalmente hablar sobre lo que le pasa tiene efectos tranquilizantes que permiten la reflexión. En otras ocasiones, algún punto de la conversación puede generar enojo o molestia a quien consulta. La función del/la operador/a telefónico/a es no intensificar ese enojo ni contradecir o discutir, sino intentar correr el foco del tema que sensibilizó a la persona.

Es habitual que, en un primer momento, las personas tengan un alto nivel de angustia, sumidas en una crisis donde su conflicto interno se basa en la ambivalencia ante la conducta suicida. Por ello, en estos primeros momentos se sugiere poner el énfasis en estabilizar emocionalmente, ofreciendo una escucha calma, intentando rescatar las fortalezas de la persona, con el fin de reducir el riesgo de cometer el acto suicida.

**Si se detecta riesgo de suicidio, es necesario establecer una respuesta que garantice la atención de la persona. Es preciso categorizar el riesgo para asegurar, según la situación, la atención inmediata, programada y la continuidad de cuidados. En el apartado de "Evaluación del riesgo de suicidio" se explicita detalladamente cuando hay riesgo cierto de suicidio y es necesario derivar en forma inmediata.**

### **3. Abordaje y manejo de la situación**

Según la evaluación realizada se decidirá la intervención o abordaje a realizar:

#### **a) Orientación y acceso a información**

Se realizará orientación en las situaciones en que la persona que consulta requiere solamente información sobre el tema o sobre los servicios de salud disponibles. También en las situaciones en que se comunica un referente afectivo de una persona y se evalúa vulnerabilidad psicosocial, necesidad de acompañamiento y cuidados pero no se evalúa riesgo de suicidio.

#### **b) Apoyo emocional y herramientas de primera ayuda psicológica**

Si la persona afectada o referente afectivo que se comunica se encuentra en estado de conmoción o crisis es preciso brindar apoyo y contención. En varias ocasiones el alojar/escuchar lo que le pasa a la persona y hablar sobre eso ya genera cierta mejora del estado o disminución de la ansiedad.

#### **c) Derivación asistida a servicio de salud**

En las situaciones donde se evalúa riesgo de suicidio es preciso una derivación asistida al servicio de salud mental más cercano o de referencia según el lugar donde vive o está la persona. Existen diferentes posibilidades según la organización de la red de servicios, la disponibilidad y la urgencia de la situación. Se sugiere comunicar al servicio de salud un breve detalle de la situación y referenciar a la persona con ese servicio de salud. Según la situación:

En situaciones de urgencia, debe realizarse de manera inmediata, intentando garantizar el acompañamiento de un referente afectivo y haciendo un seguimiento hasta que llega al efector de salud. También en el caso de ser posible puede enviarse un servicio de emergencias al domicilio donde está la persona.

Cuando se evalúa algún grado de riesgo o vulnerabilidad pero no inminente, se referencia la situación al efector de salud en el corto plazo (24 a 48 hs.).

En las situaciones donde no hay riesgo inminente pero sí potencial puede realizarse una derivación asistida para una consulta programada en el plazo de una semana.

En todas las situaciones se sugiere indagar las posibilidades de la persona para concurrir al establecimiento de salud, y si es necesario dar indicaciones de cómo llegar.

#### **d) Seguimiento**

Algunas situaciones requieren seguimiento, principalmente cuando se ha realizado una primera ayuda psicológica o una derivación asistida. El seguimiento permite evaluar si la persona ha podido acceder al servicio de salud, cómo fue la atención y cómo se encuentra la persona.

Estas intervenciones vinculadas al manejo de situación no son excluyentes entre sí, pueden realizarse una o más acciones.

Momento	Qué hacer	Qué no hacer
1er momento: Recepción del llamado.	Escuchar.	Contar su propia historia.
2do momento: Evaluación de la situación.	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos.	Atenerse a preguntas con respuestas Si o No.
	Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario.	Ignorar o no evaluar el peligro suicida.
3er momento: Abordaje.	Establecer prioridades.	
	Abordar los obstáculos.	No explorar los obstáculos.
	Tomar medidas a tiempo.	Ser indeciso.
4to momento: Seguimiento.	Volver a tomar contacto para evaluar progreso o retroceso.	Dejar la evaluación a cargo de otra persona que no conoce el caso o no hacer el seguimiento.

## **Conclusiones**

Las líneas de atención en crisis brindan la oportunidad de recibir soporte inmediato en los momentos más difíciles cuando el apoyo social o el cuidado profesional no está disponible o por alguna razón no se desea (OPS, 2014).

Hablar sobre si existen ideas suicidas no incrementa el riesgo, por el contrario, es una oportunidad para iniciar las acciones preventivas. La escucha y la palabra son indispensables, es por eso que las líneas telefónicas de atención se vuelven herramientas fundamentales para acompañar a las personas en esos momentos desesperantes.

El suicidio es prevenible y con el apoyo y las herramientas adecuadas, existe la oportunidad de que la persona reflexione sobre lo que está por hacer, suministrando tiempo valioso hasta que la crisis se maneje. Se torna clave conocer, detectar y saber dar respuesta a tres cuestiones que pueden ser decisivas para una adecuada y eficaz intervención en situaciones de conductas suicidas, es decir, que quien consulta se mantenga al teléfono y no corte la llamada. La primera es la importancia de estar disponible durante todo el tiempo que dure la llamada, hacer notar a la persona que ha captado la atención, preocupación e interés hasta el extremo de impactar y conmover al profesional. La segunda es apaciguar la ideación suicida y validar la experiencia subjetiva, el sufrimiento extremo, el dolor y la soledad de la persona que llama. Por último, es fundamental realizar una derivación asistida que sea efectiva, es decir, confirmar que la persona sea atendida en el servicio de salud que se ha referenciado. Todo esto implica pensar la tarea de acompañamiento a la persona que se encuentra en crisis.

Es por eso que las líneas de crisis pueden servir a la comunidad de múltiples maneras. No solo proveen información y lidian con las crisis de suicidio, sino que juegan un rol esencial en proveer y brindar información valiosa a la población.

# **ANEXO I: Evaluación del riesgo de suicidio**

Una evaluación integral del riesgo de suicidio requiere analizar la presencia de conductas suicidas (sea ideación, elaboración de un plan y/o intento propiamente dicho), de alteraciones emocionales y vulnerabilidad psico-social, determinando el riesgo de muerte, teniendo en cuenta tanto los factores que pueden aumentar el riesgo de consumar el suicidio como los factores protectores, que pueden aminorarlo. Esta evaluación orienta el abordaje y las intervenciones a implementar por las y los operadores/as. La evaluación del riesgo es fundamental para una correcta toma de decisiones sobre la intervención a llevar a cabo.

No sólo la valoración del plan suicida es el criterio determinante del riesgo. Uno de los predictores significativos de un intento futuro de suicidio es que haya habido intentos previos, como así también antecedentes familiares de suicidio. Se estima que entre el 30 % y el 40 % de las personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año. Los sentimientos de pesimismo e impotencia exacerbán las tendencias suicidas, así como la percepción de ser una carga para los demás.

En el momento del llamado telefónico se sugiere evaluar si la persona presenta:

- **Alteraciones emocionales graves que no ceden en la conversación:** agitación o ansiedad extrema; llanto inconsolable o desesperanza; conducta poco comunicativa o desorganizada; actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide; estado alucinatorio franco o confusión mental.
- **Conducta suicida:** Pensamientos o planes actuales para cometer autolesión o suicidio; historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año; acceso a métodos de autolesión.

Si la persona presenta alguno de los signos vinculados a ambos puntos anteriores, se considera una situación de riesgo de suicidio que requiere derivación asistida en forma inminente.

Si no se detectan alteraciones emocionales graves pero existen antecedentes de pensamientos o plan de autolesión en el último mes o de un acto de autolesión en el último año, no se considera un riesgo inminente de autolesión/suicidio pero puede existir riesgo potencial, por lo tanto, es necesario derivar a un servicio de salud para evaluación diagnóstica, contención y proceso de cuidados con modalidad ambulatoria.

Asimismo, si se detectan alteraciones emocionales graves que no ceden a lo largo de la conversación, se recomienda la derivación asistida a un servicio de salud en el corto plazo para realizar una evaluación más detallada de la situación y realizar el abordaje adecuado.

Todas las valoraciones de suicidio deben contemplar:

- Revisión de los factores de riesgo relevantes.
- Historial completo de comportamiento suicida.
- Consumo problemático de sustancias.
- Enfermedades graves o discapacitantes, dolor crónico.
- Estresores precipitantes.
- Nivel de impulsividad y control personal.
- Situaciones de abuso o violencia sexual.
- Factores protectores.
- Otros datos atenuantes.

Evaluar estos puntos permite valorar el riesgo de suicidio en determinada situación y ayuda a definir la intervención a llevar a cabo. Sin embargo, vale aclarar que el suicidio implica una complejidad que puede exceder a los factores señalados, incluso puede poseer componentes enigmáticos que no puedan evaluarse o encuadrarse.

Por otro lado, existen **factores protectores** que pueden aminorar el riesgo de suicidio.

Por ejemplo:

- La existencia de una red de apoyo socio-familiar.
- La realización de tratamiento de salud mental previo.
- La capacidad de integración social, participación en la comunidad y/o vida social satisfactoria.
- La habilidad para la resolución de problemas, la confianza en sí mismo/a, las habilidades socioemocionales.
- La flexibilidad cognitiva y capacidad reflexiva.

Estos factores se consideran protectores porque permiten contrarrestar situaciones de tensión que vivencian las personas y posibilitan el afrontamiento. Entre los factores que pueden visualizarse como positivos en la evaluación, se encuentra el cambio de actitud en la conducta a lo largo de la conversación, asociado a la sensación de alivio y/o intención de control de los impulsos.

Por ejemplo, si en la asistencia telefónica una persona presenta cierta ideación suicida sin planificación del acto, con signos de ansiedad y angustia, que ceden a lo largo de la conversación, explicitando alivio al hablar sobre lo que le pasa y mostrando la presencia de apoyo socio-familiar, se puede evaluar una situación de riesgo potencial de suicidio que necesita atención por parte de un servicio de salud mental pero que puede realizarse de forma programada y no en forma inmediata, con apoyo de los referentes afectivos.

Tomando en consideración las categorizaciones de riesgo y los desarrollos de distintos países en la temática, puede utilizarse la siguiente escala de riesgo basada en un continuo de puntos que va desde el riesgo leve hasta el riesgo extremo de suicidio, pudiendo servir como guía general para una rápida categorización:

**1. Riesgo Bajo:** Hay ideación suicida sin planes ni preparativos concretos para hacerse daño y hay pocos factores de riesgo conocidos. No se visualizan alteraciones emocionales graves. La intención de suicidarse no es evidente, aunque hay ideación suicida; la persona no tiene un plan

concreto y no ha intentado suicidarse en el pasado. La persona podría ser capaz de revertir su conducta.

**Se sugiere:**

- Ofrecer apoyo emocional.
  - Centrarse en las fortalezas de la persona, orientando la conversación de modo que la persona identifique cómo ha resuelto problemas anteriormente.
  - Derivar a la persona a un equipo de Salud/Salud Mental en el plazo de una semana.
  - Realizar seguimiento para ver si la atención fue brindada oportunamente.
- 

**2. Riesgo Moderado:** Existen planes con ideación suicida y preparaciones evidentes, posibles antecedentes de intentos previos y por lo menos dos factores de riesgo adicionales. O bien, hay más de un factor de riesgo de suicidio y, aunque hay ideación e intención suicida, no hay un plan claro ni manifiesta querer realizarlo en forma inmediata; la persona presenta alguna alteración emocional que cede en la conversación y está motivada para mejorar su estado emocional y psicológico actual, si es posible.

**Se sugiere:**

- Ofrecer apoyo emocional, conversar sobre los sentimientos o ideas suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas.
- Centrar el abordaje en visualizar la ambivalencia sentida por la persona.
- Explorar alternativas de resolución del conflicto, diferentes del suicidio.
- Realizar acuerdos y pactar los pasos a seguir.
- Derivar en forma asistida a la persona al servicio de salud en 24/48 hs.

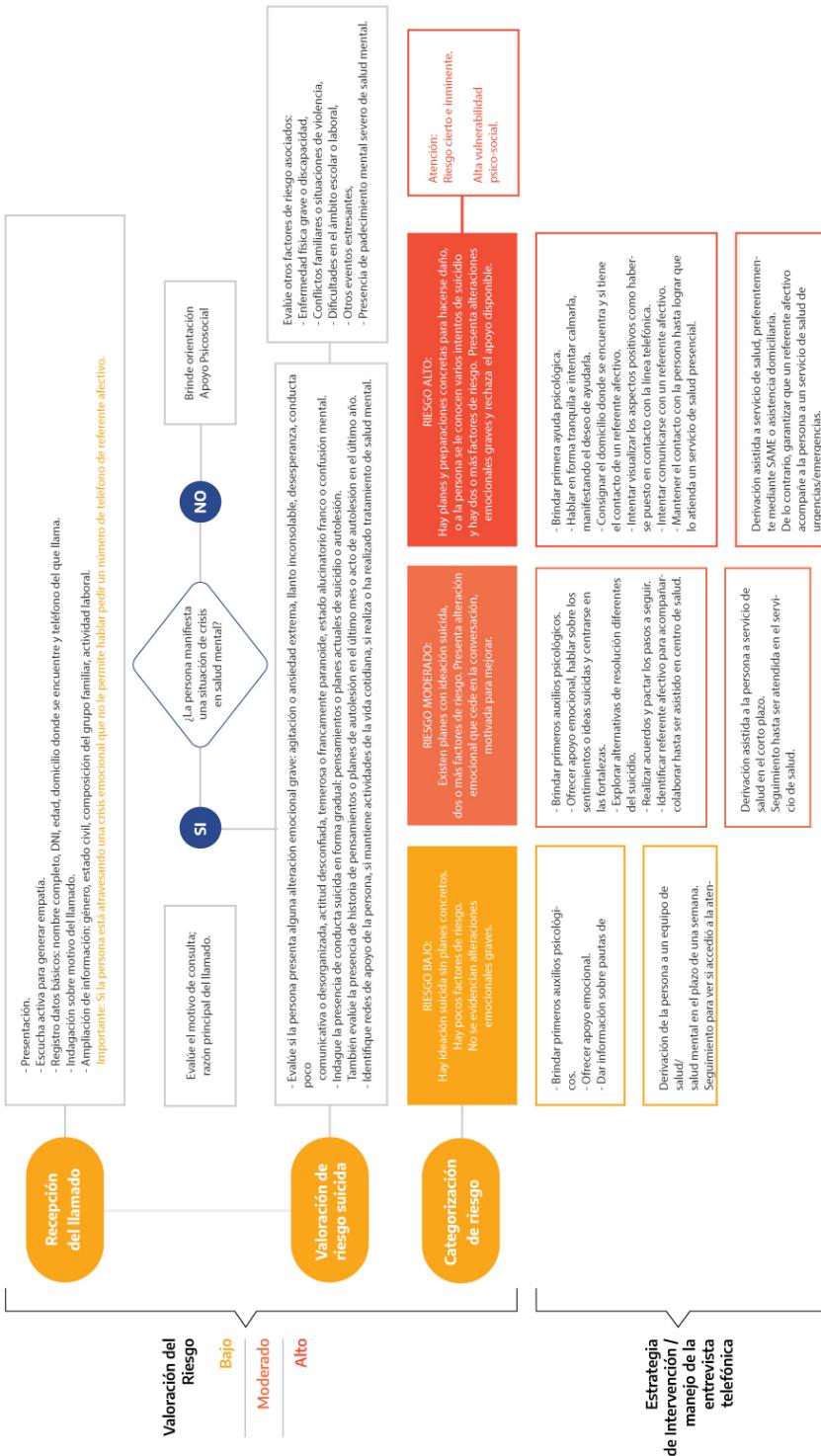
**3. Riesgo Alto:** Hay planes y preparaciones concretas para hacerse daño, o a la persona se le conocen varios intentos de suicidio y hay dos o más factores de riesgo. La ideación e intención suicida se expresan junto con un plan cuidadoso y los medios para llevarlo a cabo. Esta persona presenta alteraciones emocionales graves, demuestra desesperanza acerca del futuro y rechaza el apoyo social disponible. Es recomendable indicar al asistente que intente alejar aquellos medios letales disponibles, si la persona que llama tiene plan y medios disponibles.

**Se sugiere:**

- Hablar en forma tranquila con la persona e intentar calmarla.
- Consignar el domicilio donde se encuentra la persona y si tiene algún contacto de referente afectivo.
- Intentar visualizar los aspectos positivos como haberse puesto en contacto con la línea telefónica y haber establecido una comunicación.
- Manifestar el deseo de ayudar y apoyar emocionalmente.
- Intentar la comunicación con el referente afectivo.
- Realizar la derivación asistida al servicio de salud más cercano, priorizando que un móvil (preferentemente una ambulancia del sistema de salud) se acerque al domicilio de la persona en el caso que la persona no quiera o no pueda acercarse a un efector para garantizar la atención clínica.
- Mantener el contacto con la persona hasta lograr que lo atiendan en el servicio de salud.

En estas situaciones de gravedad, el o la operador/a puede necesitar el apoyo de otro/a operador/a para realizar la intervención en forma conjunta, contactando a un/a referente afectivo y/o servicio de salud mientras que se habla con la persona en crisis.

## ANEXO II: Flujoograma de intervención en crisis y/o riesgo de suicidio



Información extraída del documento "Recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis y riesgo de suicidio". Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación.

## **ANEXO III: Instrumento de registro**

### **Modelo de instrumento de registro para la atención telefónica de situaciones de crisis y riesgo de suicidio.**

Este instrumento sirve como modelo para realizar el registro en los dispositivos de atención telefónica en crisis. El registro tiene por objetivo consignar en forma sistemática y actualizada las acciones que el equipo de la línea telefónica lleva a cabo, con el fin de proporcionar información oportuna para la toma de decisiones en la planificación de políticas públicas.

\*Se sugiere acompañar este instrumento con un instructivo para su correcta utilización.

#### **I. INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE LA GUARDIA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA QUE RECEPCIONA EL LLAMADO.**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Profesión / rol: \_\_\_\_\_

(Por ej. opciones Psicólogo/a - Psiquiatra - Trabajador/a Social - Acompañante Terapéutico/a - Otro.)

#### **II. TIPO DE CONTACTO**

Especificar cómo se toma contacto con la persona consultante.

- Llamada entrante
- Llamada saliente
- Correo electrónico
- Otro \_\_\_\_\_

#### **III. DATOS IDENTIFICATORIOS DE LA PERSONA QUE CONSULTA**

1. Nombre y apellido \_\_\_\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_
3. DNI \_\_\_\_\_
4. Género \_\_\_\_\_
5. Domicilio \_\_\_\_\_
6. Localidad \_\_\_\_\_
7. Teléfono (agregar el prefijo de la ciudad antes del número telefónico) \_\_\_\_\_
8. Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

9. Especificar si la consulta es por otra persona  Si  No

Vínculo: Familiar / Vecino/a / Docente / Otro \_\_\_\_\_

Datos identificatorios y generales de la persona por quien se consulta.

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_

#### **IV. COBERTURA DE SALUD (de la persona en riesgo)**

1. La persona posee cobertura de salud.  Si  No

2. En caso de poseer cobertura de salud, especificar cuál: \_\_\_\_\_

#### **V. MOTIVO DE CONSULTA**

Consignar en este apartado cuál es el motivo de consulta que refiere la persona y/o se detecta en el discurso.

- 1. Problemática psicosocial
- 2. Crisis de salud mental
- 3. Diagnóstico de salud mental crónico
- 4. Autolesión
- 5. Comportamiento suicida
  - Ideación Suicida
  - Planificación Suicida
  - Autolesión
  - Intento de Suicidio

Especificar algunas cuestiones vinculadas al motivo de consulta si existieran:

- Dificultades de accesibilidad al sistema de salud
- Situación de vulnerabilidad psicosocial (desempleo, dificultades económicas, falta de documentación, inmigración)
- Problemática de Consumo de sustancias
- Problemática de Violencia
- Fallecimiento reciente de un familiar o referente afectivo
- Enfermedad grave o discapacitante, y/o dolor crónico
- Antecedente de pensamientos o plan de autolesión en el último mes o de un acto de autolesión en el último año
- Otros \_\_\_\_\_

## **VI. GRUPO DE APOYO VINCULAR**

1. Cuenta con apoyo vincular.  Si  No

2. Conformación de grupo de apoyo. Indicar la conformación del grupo de apoyo.

- Madre y/o padre
- Pareja
- Hijos/as
- Hermanos/as
- Amigos/as
- Vecinos/as
- Otro \_\_\_\_\_

3. Datos de referente de apoyo.

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

## **VII. INTERVENCIÓN REALIZADA**

- 1. Orientación
- 2. Primera Ayuda Psicológica (PAP)
- 3. PAP y derivación

En el caso de Orientación, sólo se debe especificar comentarios sobre la situación.

### **1. ORIENTACIÓN**

---

---

---

---

En el caso de 2. y 3. especificar los puntos que se desarrollan a continuación.

### **2. PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA (PAP)**

Consignar los indicadores que presenta la persona que requiere la Primera Ayuda Psicológica (PAP).

2.1 Reacciones emocionales que presenta:

- Miedo
- Ansiedad o agitación
- Angustia
- Desesperanza
- Tristeza o llanto inconsolable

- Aturdimiento, conducta poco comunicativa o desorganizada
- Impotencia
- Culpa
- Enojo o ira
- Shock
- Anestesia emocional
- Desgano
- Embotamiento
- Aislamiento
- No presenta

#### 2.2. Reacciones evitativas y/o de riesgo

- Reacciones violentas
- Reacciones depresivas
- Ansiedad extrema (pánico, fobia)
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo problemático de otras sustancias psicoactivas
- Pensamientos y/o recuerdos intrusivos
- Pesadillas
- Ideación Suicida
- Plan Suicida
- Intento de Suicidio
- Autolesión
- No presenta

#### 2.3. Cambios en algunos de los siguientes parámetros

- Alimentación
- Sueño ( insomnio, etc.)
- Humor/ Ánimo acelerado
- Humor/ Ánimo decaído
- No presenta

#### 2.4. Tratamiento en salud mental

Realiza tratamiento       Sí       No actualmente       Nunca  
 Tratamiento psicológico       Tratamiento psiquiátrico  
 Otro \_\_\_\_\_

#### 2.5. Medicación

Especificar si toma algún psicofármaco.       Si       No.

Dispone de medicación actualmente.       Si       No.

Especificar si la administración tiene seguimiento médico.       Si       No  
Actualmente       Nunca.

Indicar qué tipo de medicación. Opciones:  Antipsicótico  Antidepresivo  
 Ansiolítico  Estabilizador del ánimo  Otro \_\_\_\_\_

De ser necesario especificar dosis y nombres de los psicofármacos.

## **VIII. CATEGORIZACIÓN DE RIESGO**

Especificar el nivel de riesgo según lo evaluado en los puntos anteriores.

- RIESGO LEVE
- RIESGO MODERADO
- RIESGO GRAVE

## **IX. DERIVACIÓN**

- Si       No
- Especificar si la derivación es urgente.
- Especificar el efector al cual se realiza la derivación.

## **X. SEGUIMIENTO**

Especificar si se realizará seguimiento.     Si       No.

Especificar en el lapso de qué tiempo se realizará el seguimiento.

- Menos de 24 hs.
- 24 a 72 hs.
- 5 a 7 días.

## **OBSERVACIONES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# **Bibliografía utilizada y recomendada:**

Estadísticas Vitales Información Básica Argentina Año 2021 (2023) Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica - Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina (2019) Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud y UNICEF (2019).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2019). El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina.

IASC (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, Ginebra, Comité Permanente entre Organismos. -

Ley Nº 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. Sancionada: 28 de Septiembre de 2005. Promulgada de Hecho: 21 de Octubre de 2005.

Ley Nº 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: 25 de Noviembre de 2010. Promulgada: 2 de Diciembre de 2010.

Ley 27.130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Sancionada: Marzo 11 de 2015 Promulgada de Hecho: Abril 6 de 2015.

Ley 17.132 Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Buenos Aires, 24 de enero de 1967.

Ley 10.306. Ejercicio Profesional de la Psicología.

Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. Sancionada: Octubre 4 de 2000. Promulgada Parcialmente: Octubre 30 de 2000.

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes (2012). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Ministerio de Salud de la Nación - Dirección Nacional de Abordaje de Salud Mental y Consumos Problemáticos (2021) Recomendaciones para la asistencia telefónica de salud mental en el contexto de la pandemia por Covid-19.

OPS (2012). Primera Ayuda Psicológica: guía para trabajadores de campo.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014) Prevención del suicidio: un imperativo global.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016). Prevención de la conducta suicida.

Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, Chaudhury SR, Bush AL, Green KL. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*. (2018) Sep 1;75(9):894-900. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776. PMID: 29998307; PMCID: PMC6142908.

UNICEF (2021) MARCO OPERACIONAL MULTISECTORIAL GLOBAL en favor de la salud mental y el apoyo psicosocial de niños, adolescentes y cuidadores en distintos contextos



Línea telefónica nacional  
para urgencias en salud mental

**0800.999.0091**

Disponible las 24hs.