

PROFESIONALES EN CRISIS



COMO MIEMBROS DE LA FEDERACIÓN DE PROFESIONALES DE CÓRDOBA QUE PRESIDE LA DRA. EUGENIA PEISINO, MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NUESTRO CONSEJO DE MÉDICOS, A TRAVÉS DE SU OBSERVATORIO ANUAL SOBRE LAS CONDICIONES LABORALES DE PROFESIONALES, INFORMÓ QUE EL 18,6 %, DE SUS INTEGRANTES AFIRMÓ QUE PERDIÓ AL MENOS UN TRABAJO O FUENTE DE INGRESO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO¹.

El relevamiento que este año alcanzó a 3.336 profesionales de toda la Provincia, muestra que la fragilidad laboral no se reduce al desempleo. Si bien el 91 % se encuentra trabajando y el 2,7 % está desocupado y busca empleo, una parte significativa enfrenta la inestabilidad debido a la pérdida de trabajos, clientes o fuente de ingreso.

Según la Dra. Peisino, “ante el escenario alarmante que nos muestran los datos de este estudio, queremos resaltar que el sector profesional representa un pilar fundamental para el desarrollo científico, tecnológico, económico y social de nuestra comunidad. La falta de una justa retribución y la ausencia de condiciones dignas no solo desalientan la formación continua, sino que impulsa la pérdida de talento calificado hacia otros mercados –fuga de cerebros– y precarizan la calidad de los servicios profesionales prestados”.

Los datos

Entre los 18,6 que perdieron al menos un trabajo, el 43 % lo atribuyó a la caída de la demanda o una decisión propia frente a la coyuntura. Le siguieron la finalización de los contratos laborales (23 %), los despidos por reducción de personal (15 %) y los despidos por reestructuración de la organización (9 %).

El sector privado concentró 75 % de las pérdidas de empleo o contratos profesionales, mientras que el sector público, representó 22 % y las ONG/ONC el 2,5 %.

El 44 % de los profesionales debe recurrir a más de un empleo, consolidando el pluriempleo como una modalidad habitual del trabajo profesional, mientras que cerca de cuatro de cada 10 trabajan 10 horas o más por día.

Hay un 11 % que debe trabajar en relación de dependencia encubierta con monotributo y 3 % que se encuentra en situaciones como becas, informalidad o trabajo ad honorem.



El Bolsillo

La mediana de ingresos fue de \$ 2.000.300 en 2026, 37 % más que en 2025. Esto significa que la mitad de los profesionales tienen ingresos mensuales iguales o inferiores a ese monto.

10 % de los profesionales con mayores ingresos logran facturar más que los profesionales que se ubican dentro del 10 % del nivel más bajo.

55 % afirma no haber logrado ahorrar durante el último año y 36 % manifestó dificultades de llegar a fin de mes. Entre las estrategias utilizadas aparecen la reducción de consumos habituales, el uso de tarjetas

de créditos para cubrir gastos corrientes. La ayuda económica de familiares y la búsqueda de fuentes adicionales.

La pérdida de fuentes de ingreso, en 2026, las mujeres perciben ingresos medios 35 % inferiores a los hombres.

“Durante los últimos años – concluyó Peisino– hemos sido testigos de un deterioro progresivo de los ingresos profesionales, quienes enfrentan salarios rezagados frente a la inflación y una precarización de sus modalidades de contratación”.

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

Somos mucho más que un seguro

Porque acompañamos hace

25 AÑOS
a todos los colegas





SUICIDIO, UNA MUERTE SIN RESPUESTA

EL 10 DE SEPTIEMBRE SE CONMEMORÓ EL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN. EN EL 2025, SEGÚN UN INFORME DEL OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE LA MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA, SE PRODUCERON TRES SUICIDIOS POR SEMANA. LA TASA SE UBICÓ EN 10,3 FALLECIMIENTOS CADA 100 MIL HABITANTES. EL CRECIMIENTO FUE SIGNIFICATIVO, YA QUE EN 2019, SE REGISTRARON 91 CASOS. EN EL 2025 LA CIFRA TREPÓ A 155 CASOS. EN EL ANÁLISIS DE LOS CASOS CADA CIENTO MIL HABITANTES ASCENDIÓ EN 55%, EN SIETE AÑOS, AL PASAR DEL 6,6 EN 2019 A 10,3 EN SIETE AÑOS. LOS CASOS VIENEN CRECIENDO EN FORMA MUY VISIBLE EN ADOLESCENTES VARONES DE 15 A 19 AÑOS. EN 2025, LA TASA SE UBICÓ EN 12 % CADA 100 MIL HABITANTES. TAMBIÉN HAY UN INCREMENTO EN ADULTOS MAYORES DE SEXO MASCULINO SOBRE TODO EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS. EL INFORME DA CUENTA QUE LOS NIVELES MÁS ALTOS DE SUICIDIOS, SE PRODUCEN EN BARRIOS CON MAYOR CANTIDAD DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS. FRENTE A ESTA REALIDAD, ETHICA DIGITAL ACUDIÓ A DOS MIRADAS SOBRE EL TEMA: EN PRIMER LUGAR AL DR. MARIO VIGNOLO, MIEMBRO DE NUESTRA JUNTA DIRECTIVA Y EXPERTO EN EL TEMA Y, EN SEGUNDO LUGAR, A LA ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS DE CÓRDOBA (APSPC).

Dr. Mario Vignolo

El 10 de septiembre se conmemoró el Día Mundial para la Prevención del Suicidio. En realidad, todos los días debemos actuar incansablemente para que esta situación tan luctuosa y desagradable, que nos duele tanto y, desgraciadamente, cada vez naturalizamos más en nuestros entornos, deje de ocurrir.

No sólo sucede que el índice de suicidios aumenta año tras año, sino que, además, preocupa que la edad de ocurrencia de los mismos haya disminuido a igual ritmo. En las décadas de 1980 y 1990 la media etaria era de 55 años y en la actualidad bajó a 35 años, al tiempo que el 43% ocurre en el segmento de entre 20 y 39 años. Por otra parte, es

significativo el aumento de suicidios en adolescentes y post adolescentes e incluso, en algunos casos, en niños. En la población de entre 15 y 34 años, por primera vez en la historia, las muertes por suicidio superaron el número de decesos por homicidios y accidentes.

En 2025, el número de fallecimientos por suicidio ascendió a la alarmante cifra de 5209, registrando así un incremento del 57,7% en relación con 2017, cuando ocurrieron 3304 casos. De esa manera, la tasa nacional llegó a 11,8 casos cada 100.000 habitantes ubicando a nuestro país en el tercer puesto en Sudamérica.

En cuanto al género, el 80% corresponde a varones, aunque las tentativas fallidas son mayores en el caso de las mujeres, quienes acuden al consumo de psicofármacos, los que les producen alteraciones del sensorio e incluso hasta comas, pero rara vez la muerte.

El escritor e investigador francés especialista en educación y pedagogía Philippe Meireu sostenía que “la pobreza protege del suicidio”, ya que en los años 50 era excepcional que una persona de condición humilde se quitara la vida. En 1990, en nuestra tesis de médicos generalistas del Hospital J.B. Iturraspe de San Francisco, se indicaba que el 85% de los suicidios ocurrían en personas de clase media o alta, mientras que, en la actualidad, más del 70% de los suicidios ocurren en personas de clase socioeconómica baja.

Factores asociados

Entre los factores asociados, podemos mencionar problemas de salud mental desatendidos; falta de contención emocional; aislamiento; depresión; ansiedad; situaciones de hostigamiento, como el ciberacoso o el grooming; problemas socioeconómicos, y la falta de proyectos a largo plazo especialmente en jóvenes.

En los últimos años, especialmente en la adolescencia y la juventud, se sumaron dos situaciones especiales como el consumo de drogas y sustancias ilícitas, el consumo de alcohol y los juegos en línea y demás ludopatías.

Es importante tener en cuenta que, muchas veces, el intento fallido es el último aviso antes del desenlace y no debemos subestimarlos, como tampoco reprochar y cargar de culpas a quien tiene la autoestima deteriorada o inexistente. Ante el cuestionamiento, quizá bien intencionado, del entorno, no hacemos más que colmar la copa para que quien tenía tomada la decisión pase a la acción y se autoelimine por sentirse una carga.

No hay que pensar que, por las mejoras del estado de ánimo que se producen luego de una crisis, el riesgo ya ha pasado. Muchas veces, no es más que un signo de alarma, ya que el potencial suicida se muestra relajado porque ya concretó su propio duelo y tomó la decisión de suicidarse.

El suicidio generalmente es un acto que se analiza en pasado. Escuchamos relatos como “me parecía que estaba mal”, “notaba que no estaba bien” o, simplemente, “ya no era el mismo, estaba siempre angustiado”. Nunca es un análisis en tiempo presente, como: “Che, amigo que te pasa”, “en que te puedo ayudar”, o bien “algo te pasa, contame”. Muchas veces, ese análisis en presente y ese ofrecimiento de ayuda o de atención es la herramienta necesaria para poder aclararle el camino y la realidad a un amigo, a un familiar o solamente a un conocido, pero vivimos en un mundo tan acelerado, egoísta y autorreferente, que cuando nos damos cuenta, ya es tarde y nada podemos hacer más que arrepentirnos, porque una sola palabra o gesto hubieran sido la diferencia entre la vida y la muerte.

Pandemia

El aislamiento prolongado que sufrió el mundo como consecuencia de la pandemia de Covid 19 influyó negativamente en la población y fue el principal impacto negativo y residual en adultos mayores y niños que tuvieron que modificar su vida en relación, muchos de ellos sin poder reinsertarse de la manera en que lo hacían antes.

En conclusión, podemos decir que los cambios sociales y económicos que atraviesa la sociedad mundial y nuestro país en particular han marcado un cambio de paradigma en el que no se respetan los procesos y hay una competencia salvaje por lograr el estado de confort que nos torna seres egocéntricos y ansiosos. Nos olvidamos de que, sin proceso, no hay proyecto y todo lo que parece mágico se esfuma también rápido, lo que nos lleva a una crisis existencial y emocional en la que, al vernos atosigados por la realidad y sin claridad de conceptos y habilidades para reiniciarnos, nos encontramos con estas decisiones extremas y fatales.

El consumismo y la inmediatez son los dos pilares negativos de este mundo mágico que culminan muchas veces en fracasos. La cultura del “no somos lo que somos y lo que sentimos sino lo que consumimos” se suma a la insatisfacción de no poder cumplir con esos deseos mate-

riales y cada vez más demandados innecesariamente. La magia del “todo ya”, “sea rico en dos meses”, “adelgace 15 kilos sentado en una silla en un mes”, “conquiste el éxito y la belleza de manera mágica”, incrementa nuestras necesidades y gastos a cambio de algo efímero que solo nos produce sensación de fracaso y potencia nuestra agresividad e intolerancia hacia nuestro entorno y hacia nosotros mismos. Además, incide en un aumento geométrico de la violencia familiar, social y urbana, lo que verifica el viejo dicho de que “cuando la miseria entra por la puerta, el amor se va por la ventana”. Es por ello que surge la baja tolerancia a las frustraciones, se transfieren las culpas y surgen las autojustificaciones.

Otro factor asociado es el uso creciente de sustancias, incluidos los psicofármacos, especialmente drogas de abuso, ya sea como manera de evasión a nuestro padecimiento o como el falso consumo recreativo cada vez más común en la vida cotidiana y en los festejos sociales, especialmente en adolescentes y jóvenes menores de 35 años. En los últimos años, en nuestra experiencia personal en autopsias realizadas por suicidios en menores de 30 años, se evidenció la presencia de cocaína o marihuana en un 80% de los casos. Es posible que también haya otras sustancias, pero para muchas de ellas no contamos con reactivos para su detección.

El deporte, un estimulante natural que podría repercutir favorablemente en la calidad de vida de muchas personas, también se encuentra actualmente distorsionado por una competitividad esforzada y forzada. A veces, solo hay plazas para algunos, pero apetencia y deseos de todos (muchas veces por exigencia de familiares) y priva del placer y del disfrute personal a quienes quieren practicarlos.

Otras sustancias

A nivel mundial, también se incrementaron los suicidios en el mundo, especialmente en clases socioeconómicas altas como consecuencia de consumo de hongos, sales de baño como las catinonas, MDPV o nefedrona, conocidas como “droga caníbal”, debido a la extrema violencia y

delirios especialmente paranoicos que ocasionan en quienes las consumen, sumado a una hipertermia intolerable que los inducen a autoagresiones, siendo muy común el arrojar al vacío (L'appel du vide) o “llamada del vacío”. Hasta épocas recientes era excepcional, pero cada vez es más frecuente y no siempre se investiga correctamente, porque se desconoce el fenómeno.

Cabe mencionar que, en los últimos meses, muchos organismos estatales de varias provincias y municipios han mostrado preocupación e interés por la problemática del suicidio, para lo cual crearon diferentes centros de asistencia y contención. Es nuestro deseo que respondan a una intención clara y no a una moda más que dura mientras tenga rédito político y social.

El suicidio es un problema universal y presente desde que existe el mundo, pero el mundo cambió de manera acelerada y sin respetar tiempos y procesos. Esto se suma a la competencia salvaje por lograr todo a cualquier precio, no siempre por capacidad propia, sino valiéndose de cualquier método por justo, moral o lógico que creamos pese a que la realidad nos diga lo contrario.

En resumen, eduquemos desde la infancia a nuestros niños y jóvenes y también vivamos de manera más integrada, compartiendo valores, dejando de lado lo efímero y sin potencial placentero. Prestémonos atención entre nosotros ya que un oído puesto a tiempo, o un gesto de apoyo ante un amigo o allegado al que notamos angustiado o ausente, pueden ser la diferencia entre una vida o una muerte que lamentaremos por siempre. Imitemos a los ciclistas de elite que marchan en pelotón como un proyecto en común y asistiéndose colectivamente. Que sea en la recta final que el que más actitudes tenga despegue y no el que se valió de malas artes. Ante un éxito sin cimientos, muchas veces se pierde el sentido a la vida cuando sí lo hay.

Cuando se consuma un suicidio, todas las hipótesis carecen de sentido, porque quien tiene la respuesta, ya no la puede dar.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UNA RESPONSABILIDAD COLECTIVA Y EL LUGAR DE LA PSIQUIATRÍA



El Día Mundial para la Prevención del Suicidio volvió a poner en agenda un tema que nos preocupa. Sin embargo, en la práctica médica cotidiana, todavía se lo mira de reojo, como un problema exclusivo de salud mental ajeno al estetoscopio o la receta clínica. Lejos de serlo es un problema de salud pública que atraviesa los distintos ámbitos de la práctica médica y cuya prevención no puede limitarse a una fecha en el calendario.

Si miramos los números, el mapa impresiona. La Organización Mundial de la Salud hablaba de más de 727.000 muertes en el mundo durante 2021, ubicándolo como la tercera causa de muerte entre los 15 y los 29 años. En Argentina, desde que los intentos pasaron a ser de notificación obligatoria a mediados de 2023 hasta finales de 2025, se registraron más de 22.000 eventos. En la Capital de Córdoba, los últimos datos presentados por la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones muestran también la magnitud del problema. Durante el período 2019-2025 se registraron 732 muertes por suicidio; en 2025 fueron 155, con una tasa de 10,3 cada 100.000 habitantes,

frente a 6,7 en 2019. Pero los números muestran la magnitud del problema, no explican por sí solos su complejidad.

Comprender la conducta suicida exige evitar explicaciones únicas. En su aparición pueden intervenir condiciones de vida, vínculos, violencias, experiencias traumáticas, pérdidas, enfermedades médicas, trastornos mentales y consumo de sustancias. Ninguno de estos factores, por sí solo, permite explicar una conducta suicida.

La adversidad sostenida también puede afectar la salud. El estrés crónico compromete mecanismos neuroendocrinos, autonómicos e inmunológicos, mostrando cómo las experiencias vitales interactúan con el funcionamiento corporal. Esta complejidad también se expresa de manera diferente según la edad y el género. La conducta suicida no se presenta de la misma manera en todas las etapas de la vida ni en varones y mujeres.

Las mujeres presentan con mayor frecuencia intentos no fatales, mientras que los varones presentan una mayor mortalidad por suicidio. Según los datos de vigilancia publicados en el Boletín Epidemiológico Nacional N.º 788,

entre abril de 2023 y el 31 de octubre de 2025 se registraron 22.249 eventos en el país: el 61 % correspondió a mujeres y la letalidad fue cinco veces mayor en varones.

Esta diferencia, conocida como paradoja de género, requiere una lectura que evite simplificaciones. Las formas de expresar el sufrimiento, la búsqueda de ayuda, el aislamiento, los consumos, las condiciones sociales y culturales y las características de los métodos utilizados pueden intervenir de manera diferente en varones y mujeres.

El escenario epidemiológico infanto-juvenil merece especial atención. Más de 1 de cada 5 adolescentes argentinos escolarizados refirió haber tenido pensamientos suicidas durante los 12 meses previos a la encuesta. Entre quienes tuvieron esos pensamientos, **más de la mitad había realizado al menos un intento de suicidio** durante ese mismo período. El dato surge de un estudio publicado en 2024, basado en la Encuesta Global de Estudiantes Escolarizados de Argentina 2018, que incluyó 56.898 adolescentes: 11.962 refirieron ideación suicida y, entre ellos, 6.033 habían realizado al menos un intento (51,67 %).

La adolescencia actual transcurre, además, en entornos digitales que forman parte de su vida cotidiana. Una revisión sistemática y metaanálisis de 61 estudios encontró asociaciones entre la cybervictimización y el uso problemático de redes sociales y la presencia de pensamientos y conductas autolesivas, incluida la ideación y los intentos de suicidio. La frecuencia de uso de las redes, considerada de manera aislada, no mostró una asociación significativa.

También se ha estudiado la relación entre el juego e ideación suicida. Una revisión sistemática que reunió 12 estudios y 88.732 participantes encontró una asociación positiva entre ambos fenómenos. Los autores advierten que los estudios incluidos fueron transversales, por lo que estos resultados muestran una asociación, pero no permiten establecer una relación causal.

En las personas mayores, en cambio, el sufrimiento intenso o el deseo de morir no deberían naturalizarse como parte inevitable del envejecimiento. Depresión, enfermedades médicas, dolor, discapacidad, duelo, aislamiento social y pérdida de autonomía pueden requerir una evaluación clínica específica.

Cada etapa de la vida presenta vulnerabilidades y recursos diferentes. También cambian las formas de pedir ayuda, los vínculos y las posibilidades de acceso al sistema sanitario. **Dentro de esta valoración, hay otro aspecto que merece especial atención: la relación entre consumo de sustancias y conducta suicida.**

El alcohol y otras sustancias pueden favorecer la desinhibición y la impulsividad, agravar conflictos y coexistir con otros trastornos mentales. La evidencia muestra una asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y la conducta suicida, aunque esto no implica una relación causal directa en cada caso.

Los datos de Córdoba aportan una dimensión territorial. Un estudio sobre 1.136 muertes por suicidio ocurridas entre 2020 y 2024 encontró resultados toxicológicos positivos en una proporción importante de los casos, con presencia destacada de alcohol y cocaína. Estos hallazgos no permiten establecer causalidad, pero muestran la relevancia de considerar los consumos en la evaluación clínica.

La relación con el riesgo no es necesariamente igual para todas las sustancias. En el caso de la cocaína, distintos estudios han descrito una asociación con conductas suicidas y mayor mortalidad por suicidio en personas con consumo regular o problemático. El cannabis también merece consideración, particularmente en población joven: una revisión sistemática y metaanálisis observó una asociación entre su consumo y mayor riesgo de ideación, planificación e intento de suicidio en personas de 11 a 21 años.

En la práctica clínica, explorar los consumos debería formar parte de toda valoración del riesgo suicida, independientemente de la edad o el género. Preguntar qué se consume, con qué frecuencia, en qué circunstancias y qué función cumple permite identificar situaciones que pueden aumentar el riesgo, especialmente durante una crisis, y orientar una intervención específica cuando sea necesaria.

Pero hay otra dimensión que también merece ser mirada: la de quienes estamos del otro lado de la consulta. En nuestra profesión estamos acostumbrados a ocupar el lugar de quien escucha, evalúa, indica y cuida, y puede resultar difícil reconocer cuándo somos nosotros quienes necesitamos ayuda.

En Argentina, un estudio reciente realizado en 967 médicos encontró que casi el 15% había presentado idea-

ción suicida durante el último año y que el 1,76% había realizado un intento de suicidio. El 62,87% de los participantes eran psiquiatras. Los autores encontraron asociación con menor edad, síntomas depresivos, antecedentes de diagnóstico psiquiátrico y menor satisfacción con la remuneración.

Los estudios de autopsia psicológica en médicos que murieron por suicidio también muestran la presencia de problemas de salud mental, consumo de sustancias y dificultades laborales, vinculares y económicas, que suelen coexistir y no pueden reducirse a una única explicación.

Mirar también a quienes cuidan implica reconocer que la formación, el rol profesional y el acceso al conocimiento no nos vuelven inmunes al sufrimiento. Los médicos también podemos enfermar, atravesar una crisis, desarrollar una adicción o necesitar ayuda. Reconocerlo a tiempo también es prevención. **Todo esto vuelve a llevarnos a un espacio concreto: nuestra consulta.**

La consulta médica se convierte en una oportunidad concreta para reconocer sufrimiento psíquico y riesgo suicida. Una revisión sistemática de 44 estudios encontró que, en promedio, **el 80% de las personas que murieron por suicidio había tenido contacto con atención primaria durante el año previo y el 44% durante el último mes.** Muchas personas consultan por insomnio, dolor, síntomas inespecíficos, cambios en el peso, consumo de sustancias o descompensaciones de enfermedades previas, sin plantear inicialmente su malestar emocional.

Reconocer estas señales no implica transformar cada consulta en una evaluación psiquiátrica. Significa advertir cuándo algo requiere ser explorado y animarse a preguntar de manera directa: “¿Ha pensado que no vale la pena seguir viviendo, que preferiría estar muerto/a o que podría hacerse daño?” Una pregunta directa puede abrir una conversación que de otro modo no se produciría. Si la respuesta es afirmativa, es necesario conocer la situación actual: presencia de ideación suicida, intención o planificación, antecedentes de intentos o autolesiones, consumo de sustancias, síntomas afectivos o psicóticos y recursos de sostén.

No todas las situaciones requieren la misma respuesta. Ante ideación activa con intención o planificación, un intento reciente, intoxicación, agitación grave, síntomas psicóticos o imposibilidad de garantizar condiciones míni-

mas de seguridad, la evaluación debe ser inmediata. En otros casos, la oportunidad y modalidad de la interconsulta dependerán de la situación clínica y de la red de atención disponible. **Es en este punto donde resulta necesario precisar el lugar de la psiquiatría.**

La psiquiatría tiene un lugar específico en la valoración clínica y del riesgo, el diagnóstico diferencial, el tratamiento especializado cuando es necesario y la continuidad de los cuidados. Pero ese lugar no implica asumir en soledad un problema que pertenece al campo de la salud pública.

Requiere, por el contrario, una articulación efectiva con las demás especialidades y niveles de atención.

Esto resulta especialmente relevante cuando existen enfermedades médicas concomitantes, dolor crónico, enfermedades neurológicas u oncológicas, trastornos endocrinológicos, condiciones gineco-obstétricas, tratamientos farmacológicos complejos o consumo de sustancias, situaciones que pueden interactuar con la salud mental.

¿Qué nos exige el escenario actual?

Nos exige integrar la salud mental a la práctica clínica habitual. La ideación suicida puede estar presente como síntoma en distintos cuadros y contextos clínicos, aun cuando no constituya el motivo explícito de consulta. Esto implica que la consulta médica también sea un espacio donde pueda preguntarse, escucharse y reconocerse el sufrimiento psíquico. Ya no podemos seguir pensando la salud desde una separación entre mente y cuerpo. Antonio Damasio lo planteó desde la neurociencia hace más de tres décadas, en *El error de Descartes*. El desafío actual no es demostrarlo, sino incorporarlo efectivamente a la práctica clínica.

Nos exige también fortalecer el trabajo en red. Una respuesta sanitaria efectiva no se construye solamente con la existencia de especialistas, sino con la posibilidad concreta de consultar, comunicarse, derivar y trabajar de manera articulada. En esa red, la psiquiatría tiene un lugar específico: aportar la valoración, la intervención y el seguimiento, en articulación con los demás actores del sistema de salud.

Prevenir el suicidio es una responsabilidad colectiva. Puede comenzar con una pregunta y continuar con una respuesta adecuada.