



Ministerio
**de Salud
Pública**

Dirección General
de la Salud

Área programática
de salud mental

Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Uruguay, 2024



Autoridades

Ministerio de Salud Pública

Ministra de Salud Pública

Dra. Karina Rando

Subsecretario

Lic. José Luis Satdjian

Director General de Secretaría

Sr. Gustavo Cardoso Muñoz

Directora General del Sistema Nacional de Salud

Cra. Alicia Rossi

Directora General de Salud

Dra. Adriana Alfonso

Subdirectora General de Salud

Dra. Jacquelin Coronato

Directora General de Coordinación

Dra. Mariela Anchen

Directora General de Fiscalización

Dra. Carolina Rebagliati

Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Adaptación a Uruguay de la Guía de intervención humanitaria mhGAP: El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias

Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud
Área Programática para la Atención en Salud Mental

Equipo redactor del documento

Área Programática para la Atención en Salud Mental - Ministerio de Salud Pública (MSP)

Dra. Alejandra Moreira (responsable)

Lic. Psic. Laura de Álava

Lic. Psic. Matías Rodríguez

Dra. Psic. Denisse Dogmanas

Contribuciones

Lic. Enf. Sandra Pérez, Área Programática para la Atención en Salud Mental, MSP

Mag. Agustín Lapetina, Área Programática para la Atención en Salud Mental, MSP

Dr. Álvaro Usher, Área Programática para la Atención en Salud Mental, MSP

Prof. Tit. Dra. Vanesa Ems, Unidad Académica de Psiquiatría, Facultad de Medicina,
UDELAR

Prof. Agda. Dra. Cristina Larrobla, Unidad Académica de Psiquiatría, Facultad de
Medicina, UDELAR

Ex. Pof. Tit. Dra. Sandra Romano, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Dr. Horacio Porciúncula, Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay

Lic. Psic. Inés Lago, MEC, Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio
Prof. Adj. Dra. Paola Pereira, Unidad Académica de Psiquiatría, Facultad de Medicina,
UDELAR

Dr. Andrés Bálsamo, Dirección General de la Salud, MSP

Prof. Emérito Dr. Ricardo Bernardi, Academia Nacional de Medicina

Ex. Prof. Agda. Dra. Alicia Canetti, Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta
Suicida, UDELAR

Prof. Adj. Dra. Graciela Castellano, Depto. de Medicina Prev. y Soc., Facultad de
Medicina, UDELAR

Lic. Soc. Cecilia Cristar, INJU-MIDES, Comisión Nacional Honoraria de Prevención del
Suicidio

Lic. Psic. Denisse Defey, Centro de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas, FUPSI

Prof. Adj. Mag. Gabriela Dotti, Facultad de Enfermería, UDELAR

Prof. Agdo. Dr. Fabrizio Martinez, Facultad de Enfermería, UDELAR

Prof. Agda. Dra. Adriana Martínez, Cátedra de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de
Medicina, UDELAR

Dra. Patricia Nava, Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Prof. Adj. Dr. Joseli Otegui, Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina,
UDELAR

Prof. Asist. Lic. Enf. Kelly Turcatti, Facultad de Enfermería, UDELAR

Mag. Valera Valazza, Área Programática de Adolescencia y Juventud, MSP

Dra. Clara Vainer, Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Agradecimientos

Se agradece a la Representación de OPS/OMS en Uruguay por facilitar los materiales del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental mhGAP para la adaptación para Uruguay de los contenidos referidos a la evaluación, manejo y seguimiento de la autolesión y el suicidio; en especial a la Consultora en Salud Mental Lic. Psic. Camila Solís.

Esta publicación es una adaptación de la obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC: OPS, 2016. Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS.

El presente documento puede ser citado de la siguiente forma:

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Adaptación a Uruguay de la Guía de intervención humanitaria mhGAP: El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. MSP.

Nota: Cuando en el texto se alude a adultos, se incluyen mujeres y varones. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía del lenguaje y procura una lectura más fluida, sin que ello implique discriminación de género.

Índice

Contenido

1. Introducción	6
1.1. Situación nacional del suicidio	7
1.2. Definiciones	8
2. Objetivo	10
2.1. Población objetivo	10
3. Metodología para la adaptación a Uruguay	10
4. Evaluación	11
4.1. Motivos de consulta.....	11
4.2. Screening	11
4.3. Recomendaciones generales para hablar de suicidio	11
5. Diagnóstico	13
Pregunta 1. ¿La persona ha intentado autolesionarse recientemente?	13
Pregunta 2.¿hay un riesgo inminente de autolesión o suicidio?.....	14
Pregunta 3. ¿Está presente alguna afección concomitante?	14
6. Plan de manejo básico	18
7. Continuidad de la atención y seguimiento	20
8. Apoyo a los cuidadores	21
9. Recursos de apoyo en situaciones de crisis	23
10. Referencias bibliográficas	24
11. Lista de cuadros	28
12. Abreviaciones y terminología	28
13. Anexos	29
Anexo 1. Orientaciones para personas en riesgo y sus referentes afectivos.	29
Anexo 2: Síntesis de las prestaciones del Plan de Prestaciones en Salud Mental	32
Anexo 3. Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del PNA	35

1. Introducción

El presente documento se deriva de una adaptación de la *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias de la Organización Panamericana de la Salud* (2016).

Tiene como fin **contribuir en la toma de decisiones para la atención en salud**. El cumplimiento de las recomendaciones no es obligatorio ni sustituye el juicio clínico.

La decisión final de cualquier procedimiento debe ser realizada por el equipo tratante a la luz de las diversidades de cada situación y de cada ser humano.

A nivel mundial cada año se suicidan más de 700 000 personas y, según informa la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023), entre el 2000 y 2019 el suicidio fue la tercera causa de muerte entre niñas y mujeres de 15 a 29 años, y la cuarta causa entre niños y jóvenes del mismo grupo etario. Según un informe de la OMS (2023), la tasa de mortalidad por suicidio a nivel mundial se ha visto descendida en un 29 % entre el 2000 y el 2019. En contraposición, en la Región de las Américas esta tasa se ha visto aumentada en un 28 % en el mismo periodo (OMS, 2023).

La investigación ha proporcionado amplia evidencia que respalda la idea de que una de las medidas más efectivas para prevenir el suicidio es ofrecer atención oportuna, de calidad e integral a las personas que presentan factores de riesgo (Zalsman, 2016; OMS, 2021).

La disparidad en el acceso a los servicios de SM especializados, incluso en países de ingresos altos, plantea desafíos sustanciales (OPS, 2023a). La brecha asistencial es un problema de índole compleja que impacta de manera significativa en la capacidad de los sistemas de salud para abordar adecuadamente las necesidades de la población (Ministerio de Salud Pública [MSP]c, 2023; OPS, 2023a). Esta problemática sumada al impacto de la pandemia de COVID-19 en el bienestar de las comunidades y especialmente en el sector salud ha llevado a que la OPS destaque la necesidad de priorizar la Salud Mental (SM) en la región.

En este contexto, el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) puede desempeñar un papel crucial y estratégico, reduciendo la demanda del nivel

especializado y respaldando una distribución más equitativa de los recursos disponibles.

En el año 2021, la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS) publicó la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025, en la cual participó un diverso grupo de especialistas provenientes de distintos sectores de la sociedad. El objetivo de esta estrategia es abordar esta problemática desde múltiples perspectivas y desarrollar intervenciones efectivas que promuevan la prevención y el bienestar emocional en la población. Una de las acciones priorizadas es la elaboración e implementación de guías de diagnóstico y tratamientos basados en la mejor evidencia científica disponible para asegurar la calidad de la atención en el abordaje de la conducta suicida.

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS ha puesto en marcha desde el año 2008 el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés). La Guía de intervención mhGAP (GI-mhGAP) se publicó en 2010 como parte de este programa, para abordar los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, dirigida a los proveedores de asistencia sanitaria general que trabajan en servicios no especializados, en particular en los países de ingresos bajos y medianos (OPS, 2016). El presente documento se basa en la adaptación a esta, en su versión para intervención humanitaria (2016).

Se recomienda como herramienta de apoyo el curso virtual “Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud” de la OPS, que cuenta con una adaptación para Uruguay disponible en la plataforma virtual del MSP (<https://capacitacion.msp.gub.uy>).

1.1. Situación nacional del suicidio

En el contexto global, la mayor parte de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos, representando un 79 % del total (OMS, 2019). Uruguay, a pesar de ser clasificado como un país de ingresos altos (OPS, 2023b), presenta una de las tasas más altas de la región, situándose en 2022 en 23,2 c/100 000 habitantes (MSPa, 2023).

En relación con otras causas de muerte violenta en nuestro país, se observa que el suicidio supera a los accidentes de tránsito y a los homicidios; en 2022 la tasa de muerte por accidentes de tránsito fue de 12,1 cada 100 000 habitantes y por homicidio de 10,7 cada 100 000 habitantes (UNASEV, 2022; Rojido et al., 2022).

En cuanto a la distribución según sexo, tanto en la Región de las Américas como en nuestro país, la proporción de muertes por suicidio en los hombres es mayor que en las

mujeres (OPS, 2022), mientras que los intentos de autoeliminación (IAE) son realizados en mayor medida por mujeres.

Respecto a la distribución por edad, las tasas más altas de suicidio en la Región de las Américas, al igual que en el Uruguay, se observan en personas mayores de 75 años o más (OPS, 2022; MSPa, 2023). En adolescentes y jóvenes ha sido una de las principales causas de mortalidad. El Programa de Adolescencia y Juventud del MSP, en colaboración con diversas instituciones, elaboró una guía con el objetivo de proporcionar a los profesionales del PNA herramientas para la detección, prevención y abordaje de la conducta suicida en esta población específica (MSPb, 2023).

1.2. Definiciones

El **suicidio** es considerado un problema mayor de salud pública (CNHPS, 2021; OPS/OMS, 2022), definido como el acto de causar deliberadamente la propia muerte (OMS, 2014). Es considerado un fenómeno multicausal, en el que intervienen diversos factores, que van desde lo político, económico y ambiental hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta enormemente en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones (CNHPS, 2011). Por este motivo su abordaje debe ser multisectorial, implicando a todos los sectores de la comunidad.

Diversos estudios a nivel mundial han trascendido el concepto de acto suicida, reconociendo las conductas suicidas no como un evento aislado, sino como un **continuum** que **puede involucrar una progresión de pensamientos y acciones que varían en gravedad y riesgo** (Sarkhel, Vijayakumar & Vijayakumar, 2022; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Canetti, 2017).

La noción de **conducta suicida** abarca un espectro que va desde los pensamientos suicidas con diversos grados de intensidad, los planes, el intento de autoeliminación (IAE) y el suicidio consumado (OPS, 2014; Canetti, 2017).

Para la presente guía se utilizarán los conceptos propuestos por Larrobla, Canetti, Hein, Novoa y Duran (2013) en la Guía de prevención de la conducta suicida elaborada para los sectores Educación y Salud, en colaboración con la UDELAR, el MSP y ASSE. Se definen:

Ideación de muerte: Pensamiento en cuyo contenido manifiesto se expresan fantasías de muerte, o aquellos en lo que se infiere dicha fantasía pero que no se acompañan de intención suicida explícita o implícita. Generalmente asociados a la fantasía de finalizar con estados de angustia. Se diferencia de la ideación suicida en que en la idea de

muerte la intención de producirse un daño no se expresa, ni se infiere, o a veces puede directamente negarse. Sin embargo, aun cuando no se exprese o no se verifique intención de realizar un acto para concretarlo, las ideas de muerte pueden corresponderse con fantasías inconscientes de suicidio y/o se asocian o se continúan con ideación, intención o actos suicidas.

Ideas de autoagresión/lesión: Pensamiento manifiesto y/o intención explícita o implícita de realizar un acto o conducta de autoagresión.

Conducta autolesiva: Acto deliberado con intención de ocasionarse dolor, agresión o lesión, sin intención manifiesta o evidencia explícita o implícita de ocasionarse la muerte (los más frecuentes son: ingesta de medicamentos y/o sustancias tóxicas, lesiones autoinflingidas intencionales superficiales).

Ideación suicida: Pensamiento o ideación de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir. Puede variar en severidad dependiendo de la especificidad del plan y del grado de intención. Es importante, aunque no sencillo, diferenciarla de la ideación de muerte.

Intención suicida: Expectativa y deseo subjetivo de realizar un acto autodestructivo que finalice con la muerte. Se diferencia de la ideación suicida en que en este caso se agrega la intención explícitamente.

Plan suicida: Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

Conducta suicida: Toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiese finalizar en dicha acción, aun cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta.

Se utiliza la definición de **IAE** de la OMS (2014): “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinflingida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (p. 12).

2. Objetivo

Proporcionar pautas específicas para la detección, evaluación de riesgo y abordaje de la conducta suicida en adultos, con el fin de aportar a la mejora de la calidad de la atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

2.1. Población objetivo

Esta guía clínica está diseñada para el personal de salud no especializado en salud mental que desempeña funciones en el PNA.

3. Metodología para la adaptación a Uruguay

La adaptación de la *Guía de intervención humanitaria mhGAP: El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias* (2016) de OPS fue realizada utilizando los criterios recomendados en el *Manual operativo del mhGAP* (OPS, 2020) para su adaptación al contexto nacional, incorporando aportes de la bibliografía internacional y de expertos en la temática. Las etapas se detallan a continuación.

Etapas 1: Definición de un equipo operativo. Se estableció un equipo operativo en el Área Programática para la Atención en Salud Mental del MSP para liderar y orientar la adaptación de la guía al contexto nacional y cultural siguiendo la metodología planteada.

Etapas 2: Conformación de un grupo de trabajo con expertos. Se convocó a un grupo de trabajo conformado por académicos representantes de diferentes disciplinas del sector salud.

Etapas 3: Taller de adaptación del mhGAP. Se realizaron reuniones virtuales de forma periódica entre el equipo operativo y el grupo de expertos. Se presentaron los materiales del mhGAP y se analizaron posibles adaptaciones, considerando las directrices locales para la práctica clínica, los servicios disponibles y la terminología utilizada en el país.

Etapas 4: Redacción de la versión adaptada. El equipo operativo elaboró una versión de la guía adaptada a partir de la retroalimentación del grupo de expertos, normativa y planes nacionales, así como de las guías clínicas internacionales que reúnen la mayor evidencia disponible.

Etapa 5: Validación. La versión preliminar del documento adaptado fue compartida con las asociaciones académicas y científicas más importantes de nuestro medio para recibir sus aportes y su validación.

Etapa 6: Incorporación de aportes para la versión final del documento.

4. Evaluación

4.1. Motivos de consulta

Los motivos de consulta pueden ser diversos y poco precisos. La temática puede abarcar desde vivencias de sufrimiento emocional hasta problemas físicos, que en un primer momento podrían parecer no relacionados. Identificar la verdadera demanda (a veces subyacente) y alcanzar la evaluación del riesgo suicida es una habilidad esencial.

4.2. Screening

Dado que constituyen una población de riesgo, es fundamental evaluar cualquier pensamiento o plan de autolesión en el último mes, así como los actos de autolesión en el último año, en todas las personas de 10 años de edad o más que presenten:

- Estrés agudo.
- Duelo.
- Depresión.
- Discapacidad intelectual.
- Uso problemático de drogas.
- Situaciones de maltrato, abuso o explotación sexual.
- Ansiedad.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Psicosis.
- Epilepsia.
- Otros síntomas de la esfera emocional.

4.3. Recomendaciones generales para hablar de suicidio

Algunos trabajadores de la salud desconocen cómo y qué preguntar a una persona que ha contemplado el suicidio, ya que temen que esto la inspirará a tratar de suicidarse. Sin embargo, hablar acerca del suicidio reduce la ansiedad de la persona en torno a sus pensamientos, la ayuda a sentirse comprendida, y le brinda la oportunidad de indagar sobre el problema en profundidad.

Acceder al campo emocional del otro requiere de un proceso social de intersubjetividad, que se manifiesta en la interacción y comunicación entre individuos. En este espacio se da un encuentro, se intercambian significados, experiencias y entendimientos mutuos. La empatía emerge como una herramienta poderosa que

brinda consuelo, reduce el estrés, la sensación de soledad y aislamiento (factores de riesgo significativos para el suicidio).

La Guía de intervención humanitaria mhGAP (OPS, 2016) recomienda seguir los siguientes pasos:

A. Prepare un entorno seguro y privado donde la persona pueda sentir comodidad

Muéstrese tranquilo y en disposición de una escucha activa, no juzgue, habilite los silencios, **permita que la persona exprese libremente sus motivos de sufrimiento y descargue su angustia, sin proveer opiniones.** Habilite el ingreso de referentes afectivos si la persona lo consiente y desea.

No empiece por proponer posibles soluciones a los problemas de la persona.

Comparta experiencias de superación personal.

Dígale, por ejemplo, que:

Muchas personas que han atravesado situaciones similares a la suya (que se sentían desesperadas y deseaban estar muertas), más tarde descubrieron que había esperanzas, y sus sentimientos mejoraron con el tiempo.

Esto le podría ayudar a comprender que la vida tiene momentos de todo tipo, que el cambio es posible y que el bienestar es alcanzable.

El sufrimiento a menudo es desestimado por no alcanzar los estándares de gravedad del otro. Calificar una conducta como una reacción exagerada amplifica el dolor, la sensación de aislamiento e impotencia.

La desesperanza es un factor de riesgo que puede dificultar la búsqueda de ayuda y la adhesión al tratamiento, ya que la persona puede sentir que no vale la pena intentar o que no será capaz de superarlo.

No cuantifique la magnitud del problema expresado por la persona. Las experiencias traumáticas afectan a cada persona de manera diferente. La forma en que un evento se percibe depende de parámetros personales. Es necesario tener presente que puede ser traumático cualquier acontecimiento impactante que despoje a una persona de su sentido fundamental de seguridad. El trauma siempre es relativo, personal y único, nadie tiene el poder de decidir por nadie qué es y qué no es traumático.

B. Plantee una serie de preguntas cuya respuesta lleve de manera natural a otra pregunta. Vaya de menos a más. Por ejemplo:

- *[Empiece por el momento presente]* ¿Cómo se siente?
- *[Haga alusión a los sentimientos de la persona]*. Se ve triste. Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de esto.
- ¿Qué expectativas tiene para su futuro?
- Algunas personas que han pasado por lo mismo que usted me han contado que sienten que la vida ya no vale la pena. Cuando se acuesta a dormir, ¿lo hace deseando no despertar?
- ¿Piensa en hacerse daño?
- ¿Ha elaborado un plan para quitarse la vida?
- En ese caso, ¿cómo se propone hacerlo?
- ¿Tiene con qué quitarse la vida? ¿Tiene acceso a armas de fuego?
- ¿Ha pensado en cuándo lo va a hacer?
- ¿Ha intentado suicidarse alguna vez?

C. Si la persona expresa ideas suicidas

- Mantenga una actitud tranquila y solidaria.
- Evite hacer preguntas culpabilizantes que puedan aumentar la angustia de la persona en riesgo.
- No haga promesas falsas.

5. Diagnóstico

Pregunta 1. ¿La persona ha intentado autolesionarse recientemente?

» Compruebe si presenta:

- Lesiones autoinflingidas, sobredosis de medicamentos, ahorcamiento o asfixia, envenenamiento, intoxicación alcohólica o por uso de drogas.
- Signos que requieren tratamiento médico urgente.
 - Hemorragia por alguna herida autoinflingida.
 - Pérdida del conocimiento.
 - Letargo intenso.
- Interrogue acerca del IAE. Es necesario conocer los detalles del IAE: método, móvil, premeditación, precauciones tomadas por la persona para no ser encontrada, reiteración, escalada suicida, repercusiones causadas y rectificación.
- Es necesario conocer el contexto en el que se realiza el intento.

Pregunta 2. Si no ha intentado autolesionarse, ¿hay un riesgo inminente de autolesión o suicidio?

» Pregúntele acerca de:

- Las ideas o planes de suicidio (en el presente o en el último mes).
- Los actos de autolesión en el último año.
- El acceso a los medios para suicidarse (por ejemplo: armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos, cuchillos u otros métodos potencialmente letales).

» Compruebe la presencia de:

- Sufrimiento emocional profundo o desesperanza.
- Comportamiento violento o agitación extrema.
- Retraimiento o renuencia a comunicarse.
- Conductas equivalentes (por ejemplo: accidentes) que podrían tener una intencionalidad, pero no explícita.
- Duelos recientes altamente traumáticos, especialmente en referencia a sentimientos de culpabilidad.
- Problemas de salud mental que requieran tratamiento.

» Se considera que la persona se encuentra en riesgo inminente de suicidio o autolesión si está presente cualquiera de los siguientes síntomas:

- Ideas, planes o actos suicidas en el momento actual.
- Ideas o planes de autolesión en el último mes o intentos de autolesión en el último año en una persona que ahora se encuentra sumamente agitada, violenta, perturbada o angustiada.

Pregunta 3. ¿Está presente alguna afección concomitante que se asocie con la tendencia al suicidio o la autolesión?

» Evalúe y oriente al tratamiento de cualquier posible afección concomitante.

» Evalúe factores de riesgo y factores protectores.

Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida, así como determinar posibles diagnósticos de trastornos mentales subyacentes y estimar riesgo de muerte. **Muchas veces son varios los factores de riesgo que actúan acumulativamente y aumentan la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida** (OMS, 2014). Se han descrito diversos factores de riesgo a evaluar (MSP, 2007; MSP 2022; OPS, 2014; SAMHSA, 2009; Moutier, Pisani y Stahl, 2021), los cuales se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo de suicidio

<p>Individuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Intentos de autoeliminación previos. Las investigaciones han demostrado que las personas que intentan suicidarse tienen significativamente más probabilidades (30-40 veces) de morir finalmente por suicidio que aquellas que nunca antes lo han intentado. ● Comportamiento autolesivo. ● Abandono del cuidado personal. ● Problemas de salud mental (especialmente los trastornos del humor, trastornos psicóticos, trastornos de personalidad del grupo B, consumo problemático de alcohol/sustancias, trastorno por déficit atencional con hiperactividad, trastorno por estrés postraumático). La comorbilidad y el reciente comienzo aumentan el riesgo. ● Enfermedad médica grave en curso, enfermedades terminales. ● Historial de lesión cerebral traumática. ● Eventos vitales adversos, frustraciones intensas. ● Historia de abuso físico o sexual. ● Edad (adolescencia y juventud, personas mayores). ● Estigma y discriminación (particularmente en población LGBTQ+). ● Desesperanza, angustia o dolor (físico y/o mental). ● Estilo cognitivo inflexible y perfeccionista. ● Efectos secundarios de instaurar un tratamiento con psicofármacos o el cambio en la dosis de tratamiento.
<p>Familiares, sociales y culturales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Funcionamiento familiar problemático o disfuncional. ● Historia familiar de suicidio o problemas de salud mental. ● Factores genéticos de trastornos mentales severos en primer grado de consanguinidad. ● Abandono afectivo y desamparo. ● Familia inexistente. ● Desarraigo. ● Tensión social y catástrofes. ● Exposición al suicidio de otras personas. ● Violencia doméstica, de género, intergeneracional, <i>bullying</i>. ● Barreras para el acceso a la atención en salud, específicamente salud mental y tratamiento por consumo problemático de sustancias. ● Estigma asociado a la búsqueda de ayuda.

Situacionales

- **Duelos.**
- **Pérdida de empleo.**
- **Eventos o pérdidas** que causen humillación, vergüenza, desesperación o rechazo.
- **Aislamiento y soledad.**
- Cambio de posición **socioeconómica.**
- **Problemas con las redes sociales de apoyo.**
- **Cambios en la atención a la salud** (egreso hospitalario, cambio de prestador de salud o profesional tratante).
- **Acceso a medios letales** (armas de fuego, sustancias tóxicas u otros métodos potencialmente letales).

Por otra parte, los **factores protectores** son un componente importante en la evaluación del riesgo. En general, incluso personas con alto riesgo de suicidio suelen tener razones trascendentes para continuar viviendo (Moutier, Pisani y Stahl, 2021). Incluso, en un estado de desesperación, dolor y desesperanza la mayoría de las personas encuentran una manera de recuperar un sentido de esperanza, recuperar su resiliencia y encontrar una manera de afrontar la situación de maneras más adaptativas que quitarse la vida.

La literatura a nivel internacional y nacional ha descrito diversos factores de protección relevantes para evaluar y potenciar (OPS, 2014; MSP, 2007; SAMHSA, 2009; Moutier, Pisani y Stahl, 2021), los cuales se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Factores protectores de suicidio

Internos

- **Estrategias de afrontamiento del estrés.**
- **Tolerancia a las frustraciones.**
- Pensamiento **flexible.**
- Mantenimiento de la **esperanza** ante circunstancias difíciles.
- **Optimismo y resiliencia.**
- Encontrar **sentido y propósito** incluso ante adversidades.
- Actitudes y creencias religiosas, espirituales y culturales que desalientan la conducta suicida y respaldan la **búsqueda de ayuda como señal de fortaleza.**

Externos

- **Relaciones interpersonales sólidas.**
- **Responsabilidad** por niños o mascotas queridas.
- **Relaciones terapéuticas positivas.**
- **Sensación de conexión** con personas o con roles y actividades.
- **Soporte social:** Apoyo familiar, grupos de referencia y amistades.
- **Integración social a través del trabajo.**
- Participación en actividades significativas durante el **tiempo de ocio.**
- **Participación activa de las redes sanitarias** y sociocomunitarias.
- **Accesibilidad para la atención en salud**, particularmente en Salud Mental.

» Evalúe el nivel de riesgo

La evaluación del nivel de riesgo está basada en el juicio clínico. Se recomienda seguir los pasos propuestos en la *Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud* (MSP, 2022) adaptada de la versión original en inglés *Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T)* (SAMHSA, 2012).

Esta guía para profesionales del PNA propone 5 pasos:

- 1. Identificar factores de riesgo:** Tomar en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo (*consultar tabla de factores de riesgo en el capítulo 5 de la presente guía*).
- 2. Identificar factores protectores:** Tomar en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo (*consultar tabla de factores protectores en el capítulo 5 de la presente guía*).
- 3. Indagar sobre conductas suicidas:** Considerar pensamientos suicidas, planes, comportamientos, intención e intentos. Mientras más estructurado esté el plan, mayor será el riesgo.
- 4. Determinar el nivel de riesgo e intervención adecuada:** Determinar el riesgo, distinguiendo entre riesgo leve, moderado y grave, según se observa en tabla 3. Seleccione la conducta apropiada para abordar y disminuir el riesgo.
- 5. Registrar:** Dejar registro en la historia clínica (HC) sobre la valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento (*en caso de IAE consultar capítulo 6*).

Tabla 3. Posibles intervenciones según el nivel de riesgo, los factores de riesgo y protección y suicidabilidad

Nivel de riesgo	Factores de riesgo y protectores	Suicidalidad	Posibles intervenciones
ALTO	Trastornos psiquiátricos con síntomas severos o eventos agudos precipitantes; con escasa presencia de factores protectores	Intento de suicidio potencialmente letal, ideación persistente con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida
MODERADO	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
BAJO	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

Valore el riesgo suicida durante la evaluación inicial, y luego de forma periódica según cada individuo y entorno considerando la presencia de pensamientos, planes y actos de autolesión. Recuerde a la persona o sus cuidadores los recursos disponibles del prestador de salud ante eventuales situaciones de crisis, así como la **línea telefónica de Prevención del Suicidio 0800 0767** (ver sección Recursos de apoyo en situaciones de crisis).

6. Plan de manejo básico

Si la persona ha intentado suicidarse o está en riesgo inminente de suicidio o autolesión:

» **Proporcione atención médica:**

Dependiendo de la gravedad del IAE, las funciones vitales deben ser rápida y eficazmente evaluadas. Durante el examen primario las situaciones de riesgo vital deben ser identificadas y tratadas simultáneamente (vía aérea, ventilación, circulación y manejo del dolor). No se debe omitir ningún paso ni pasar al siguiente sin controlar el precedente (Ottolino y Vivas, 2008).

Si se trata de una intoxicación por fármacos o envenenamiento, se recomienda contactar con el **Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT)** al número **1722**. Este centro pertenece al Departamento de Toxicología del Hospital de Clínicas, proporciona información a nivel nacional sobre sustancias potencialmente tóxicas durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Además, se ofrece asesoramiento sobre el diagnóstico y tratamiento precoz y específico de las intoxicaciones.

Algunas sustancias, cuando se consumen en dosis tóxicas, pueden tener un inicio de acción retardado, lo que significa que los síntomas no se manifiestan de inmediato y pueden aparecer horas después de la ingestión. Esto puede deberse a varios factores, como la velocidad de absorción del fármaco en el cuerpo, su metabolismo y su distribución en los tejidos. Respete los tiempos de observación sugeridos para cada sustancia.

Si se trata de un intento de ahorcamiento o estrangulación, considere que casi todas las estructuras críticas que el cuerpo requiere para funcionar viajan a través del cuello. La alteración de alguna de estas estructuras puede provocar secuelas graves e incluso la muerte. Considere seriamente la evaluación con estudios de imagen aunque la lesión parezca leve a primera vista (Valdés, 2021; Goldstein, 2020).

Se recomienda en todos los casos de intentos de autoeliminación un período de observación mínimo de 24 horas.

Supervise a la persona cuidadosamente para evitar que intente autolesionarse nuevamente. Busque el apoyo de familiares continentales, el personal del hospital no siempre puede vigilar de cerca a una persona con tendencias suicidas. No es adecuado que la persona aguarde en sala de espera al especialista.

Trate a las personas que se han autoinfligido lesiones con la misma atención y respeto a la privacidad que en otros casos, no las castigue.

Una vez que el riesgo vital ha sido descartado, las lesiones han sido tratadas y la persona se encuentra lúcida y en oportunidad de ser entrevistada será el momento de contactar con un médico especialista en Psiquiatría, quien indicará:

- Tratamiento de las condiciones de salud mental existentes.
- Ingreso en sala de internación de Salud Mental, de ser necesario.
- Alta hospitalaria para continuación del tratamiento de forma ambulatoria.

» Una vez culminada la etapa de evaluación, si determina que la persona ha realizado un IAE, debe registrarlo en el Sistema de Registro Digital de IAE del MSP

La Ordenanza 1323/022 establece la obligatoriedad de que el registro de los intentos de autoeliminación se realice a través del Sistema de Registro Digital de IAE del MSP. Este debe ser completado en cada puerta de emergencia de los prestadores de salud públicos y privados, en un plazo no mayor a 24 horas de ingresado el usuario.

El registro oportuno de los IAE permite realizar un seguimiento diario del cumplimiento del Protocolo de Atención y Seguimiento a Personas con IAE en el SNIS (Ord. Min. 384/017).

7. Continuidad de la atención y seguimiento

El período posterior al egreso hospitalario, denominado “periodo de transición” entre la atención hospitalaria y la ambulatoria es de alto riesgo de suicidio. Estudios han evidenciado que la tasa de muerte por suicidio en estas personas es 300 veces mayor que la de la población general en la primera semana y 200 veces mayor en el primer mes (Chung et al., 2017; Chung et al., 2019; Zero Suicide, s. f.).

» Asegúrese de poner en funcionamiento el Protocolo de Atención y Seguimiento a personas con IAE en el SNIS (Ord. 384/017):

- Agendar fecha y hora para una **consulta ambulatoria con un integrante del equipo de salud mental en un máximo de 7 días posegreso**. Al momento del egreso la persona debe contar con una fecha y hora agendada. Si la persona se encuentra hospitalizada, la consulta ambulatoria de seguimiento debe ser coordinada previo al egreso (tanto si se encuentra internada en su prestador como en un servicio tercerizado por este).
- **En caso de inasistencia a la consulta, un miembro del equipo de salud mental deberá llamar al usuario y/o al referente afectivo**. La visita domiciliaria será considerada como herramienta privilegiada en estos casos.
- Realizar un **seguimiento activo durante un mínimo de seis (6) meses**.

» Asegúrese de que haya un plan concreto para las sesiones de seguimiento y que los cuidadores se involucren en él de modo de hacer todo lo posible por su cumplimiento (ver anexo 1).

» Mantenga un contacto periódico con la persona (por ejemplo: por teléfono, mensajes de texto o visitas a domicilio). Se recomienda realizar un seguimiento telefónico

inmediato en un plazo máximo de 2 días desde el egreso, realizado por un integrante del equipo de Salud Mental.

» **Considere la indicación de abordajes psicoterapéuticos. Si la persona ha realizado un IAE, realice la derivación al equipo de Salud Mental siguiendo las pautas y plazos establecidos en el Protocolo de Atención y Seguimiento a personas con IAE (Ord. 384/017).**

Los abordajes psicoterapéuticos y psicosociales que se brindan en el Sistema Nacional Integrado de Salud están regulados por el Decreto 305/011 y el Decreto 114/024. El *Plan de Prestaciones en Salud Mental* (MSP, 2011) establece las prestaciones y modalidades de acción psicoterapéutica para diferentes poblaciones objetivo. Se presenta en el anexo 2 un cuadro de síntesis de las prestaciones en Salud Mental vigentes.

Modalidad de las prestaciones:

- Las personas que han realizado un IAE tienen derecho a acceder al MODO 2, el cual incluye **atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 24 o 48 sesiones anuales** con un copago preestablecido igual al del MODO 3.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el Decreto 114/024 establece:

- Los antidepresivos **Fluoxetina** y **Sertralina** tienen subvención total de las tasas moderadoras asociadas, y **Escitalopram**, una tasa moderadora topeada (sin perjuicio del cobro del timbre profesional).

8. Apoyo a los cuidadores

Previo al alta y durante el tratamiento de las personas con conducta suicida es importante orientar a sus cuidadores o referentes afectivos y brindarles atención si lo necesitan. Se recomienda la utilización de la cartilla elaborada por el Área Programática para la Atención en Salud Mental del MSP “Prevención del Suicidio. Orientaciones para personas en riesgo y sus referentes afectivos”, disponible en el Anexo 1.

» **Psicoeducación: brinde mensajes fundamentales.**

- La red de relaciones sociales es importante para proporcionar apoyo social.
- Es importante que la familia o referentes afectivos tengan un rol activo en el cuidado y tratamiento.
- Escuchar y hablar con la persona sobre el tema, sin juzgarla, a menudo le ayudará a sentirse aliviada, menos ansiosa y mejor comprendida.

- Tener un episodio de autolesión es un indicador de sufrimiento emocional grave. La persona no ve una opción o una solución. Por consiguiente, es importante apoyar a la persona de forma inmediata para afrontar los problemas emocionales y los factores estresantes.
- Si la persona se encuentra en riesgo, debe brindarle acompañamiento y apoyo constante. No dejarla sola en una situación de crisis.
- Reduzca la posibilidad de acceso a métodos con los que se puede hacer daño (armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos, cuchillos). Se recomienda que la medicación prescrita (si corresponde) sea administrada por un referente afectivo.
- Pida ayuda telefónica o concurra a la emergencia del prestador de salud en caso de notar situaciones de riesgo, cambios en la conducta habitual (alteración del sueño, de la alimentación, aislamiento social), si la persona menciona intenciones de hacerse daño, o si evoluciona negativamente.

» **Los cuidadores y los familiares de las personas en riesgo de autolesión con frecuencia presentan estrés grave.** Informe a los cuidadores que, aunque puedan sentirse frustrados con la persona, deben evitar manifestar hostilidad y críticas severas hacia la persona en riesgo de autolesión/suicidio.

» **Las personas que forman parte de la red de apoyo también pueden necesitar atención en salud mental. Informe a familiares y/o referentes afectivos sobre sus derechos de atención en el SNIS (Decreto 305/011).**

El Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece la atención en MODO 1, con atención grupal de carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para:

- **Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano que haya realizado un IAE** en el último año.
- **Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar** (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).

» Recuerde a la persona con IAE y a sus familiares y referentes afectivos que lo que le dicen a usted tiene **carácter confidencial**, pero dado que está en riesgo la vida **hay aspectos que no se pueden mantener bajo secreto profesional**, como lo estipula el Código de Ética Médica y demás disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

9. Recursos de apoyo en situaciones de crisis

Línea telefónica de Prevención del Suicidio - 0800 0767 o *0767. Es gestionada por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

- Se encuentra disponible **para toda la población del país**, sean usuarios del sector público o del sector privado.
- Funciona todos los días del año durante las **24 horas** del día.
- Es **gratuita**.
- **Atendida por Lic. en Psicología.**

Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT) - 1722.

Este centro pertenece al Departamento de Toxicología del Hospital de Clínicas, proporciona información a nivel nacional sobre sustancias potencialmente tóxicas durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Además se ofrece asesoramiento sobre el diagnóstico y tratamiento precoz y específico de las intoxicaciones.

10. Referencias bibliográficas

- Canetti, A. (2017). La conducta suicida desde la perspectiva psiquiátrica. Una revisión de la situación en Uruguay en C. Larrobla, P. Hein, G. Novoa, C. Heuguerot, V. Gonzalez, M. Torterolo, y L. Rodriguez. 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. CSIC-UDELAR. Montevideo.
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (2021). *Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP ESTRATEGIA NACIONAL PREVEN CION SUICIDIO 2021 2025.pdf>
- Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Sascha S., Olfson, M. & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open.*; 9:e023883. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023883
- Chung, D., Ryan, C., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S., Stanton, C. & Large, M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Goldstein, S. (2020). Hanging Injuries and Strangulation Clinical Presentation. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/826704-clinical?form=fpf#b2>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t). https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., & Durán, M. (2013). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. CSIC-UDELAR. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública (2007). *Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas*. <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652,70790>
- Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*.

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2017). *Protocolo de Atención y Seguimiento a personas con IAE en el SNIS*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Protocolo%20IAE%20.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2022). *Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud*. MSP.

Ministerio de Salud Pública (2023a). Día Nacional de Prevención del Suicidio. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-para-prevencion-del-suicidio-salud-mental-prioridad>

Ministerio de Salud Pública (2023b). *Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-abordaje-frente-riesgo-suicida-adolescentes-para-profesionales>

Ministerio de Salud Pública (2023c). Modelo de estimación prospectivo de especialistas. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/primer-modelo-prospectivo-para-planificacion-especialistas-medicos>

Ordenanza Ministerial 1323/022 de 2022 [Ministerio de Salud Pública]. Por la cual se aprueba el Formulario de Registro Digital de IAE. 28 de septiembre de 2022.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. ISBN: 9789240051966.

Organización Mundial de la Salud (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

Organización Panamericana de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>

Organización Panamericana de la Salud (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418>

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Manual Operativo del mhGAP*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>

- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. informe regional correspondiente al período 2015-2019*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55737>
- Organización Panamericana de la Salud (2023a). *Atlas de salud mental de las Américas 2020*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58886>
- Organización Panamericana de la Salud (2023b). *Estrategia de Cooperación de país entre la OPS/OMS y el Uruguay 2023-2027*. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-opsoms-con-republica-oriental-uruguay-2023-2027>
- Ottolino, P., y Vivas, L. (2008). *Manejo Integral del Paciente Politraumatizado*. 1era. Ed. Editorial Panamericana.
- Rojido, E., Cano, I., y Borges, D. (2023). *Diagnóstico de los homicidios en Uruguay 2012-2022*. Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay, Laboratorio de Análisis de la Violencia. <https://www.gub.uy/ministerio-interior/sites/ministerio-interior/files/documentos/publicaciones/Rojido%20et%20al.%202023%20Diagn%C3%B3stico%20de%20los%20homicidios%20en%20Uruguay.pdf>
- Sapien Labs (2023). *El estado mental del mundo en 2022*. https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2023/04/Mental-State-of-the-World-2022_spanish.pdf
- Sarkhel, S., Vijayakumar, V. & Vijayakumar, L. (2022). Clinical Practice Guidelines for management of Suicidal Behaviour. *Indian J Psychiatry*, 65(2), pp. 124-130.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009). SAFE-T Pocket Card: Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage for Clinicians. SAMHSA. <https://store.samhsa.gov/product/safe-t-pocket-card-suicide-assessment-five-step-evaluation-and-triage-clinicians/sma09-4432>
- Tausch A., Olivera R., Viciano C., Cayetano C., Barbosa J., Hennis A. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health - Americas* Vol. 5, 100118. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- Unidad Nacional de Seguridad Vial/Uruguay Presidencia (2022). *Tercer Informe de Gestión y Estadística de Seguridad Vial 2022*. https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/sites/unidad-nacional-seguridad-vial/files/2023-07/2022_Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%20y%20Estad%C3%ADstica%20en%20Seguridad%20Vial_versi%C3%B3n_digital.pdf

Valdés, E. (2021). Lesiones laringotraqueales por ahorcamiento fallido. *Revista Cubana de Cirugía*, 60 (2).

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

Zero Suicide (s.f) Transition individuals through care with warm hand-offs and supportive contacts. <https://zerosuicide.edc.org/toolkit/transition>

11. Lista de cuadros

Tabla 1. Factores de riesgo de suicidio

Tabla 2. Factores protectores de suicidio

Tabla 3. Posibles intervenciones según el nivel de riesgo, los factores de riesgo y protección y suicidabilidad

Tabla 4. Población objetivo modo 1 adultos y niños, niñas y adolescentes

Tabla 5. Población objetivo modo 2 adultos y niños, niñas y adolescentes

Tabla 6. Población objetivo modo 3 adultos y niños, niñas y adolescentes

12. Abreviaciones y terminología

Sigla	Significado
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
CIAT	Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico
CNHPS	Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio
DSM IV/V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (cuarta y quinta edición)
ENPS	Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025
HC	Historia Clínica
IAE	Intento de autoeliminación
LGBTQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Queers y más
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
SAFE-T	Guía Valoración del riesgo suicida - 5 pasos para evaluación y triage (guía para profesionales) (por sus siglas en inglés "Five-Step Evaluation and Triage for Clinicians").
SM	Salud Mental
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud

13. Anexos

Anexo 1. *Prevención del Suicidio. Orientaciones para personas en riesgo y sus referentes afectivos.*

Esta cartilla fue elaborada por el Área Programática para la Atención en Salud Mental del MSP como insumo para los prestadores de salud del SNIS, en el marco de las *Metas Asistenciales 2024-2025, COMPONENTE 5: SALUD MENTAL, Indicador 5) Seguimiento inmediato de afiliados con intento de autoeliminación*. Para su elaboración se consultó evidencia científica sobre las principales recomendaciones para el período de transición entre la atención hospitalaria y la ambulatoria de personas con IAE.

Descripción del tratamiento integral

Próxima consulta con salud mental

La fecha y hora indicadas deberá ser máximo 7 días post egreso.

Medicación

Si corresponde, detallar en formato amigable fármacos indicados, principales beneficios y efectos colaterales, formas y horarios de administración de manera clara y tiempos estimados de tratamiento.

Otras indicaciones

Si corresponde, detallar.

Seguimiento telefónico

Se contactará al usuario/a o en su defecto a un referente afectivo.

Un integrante del equipo de salud mental se contactará telefónicamente en los próximos 2 días

Recomendaciones para referentes afectivos

Es importante que la familia o referentes afectivos tengan un rol activo en el cuidado y tratamiento.

Escuchar y hablar con la persona sobre el tema, evitando juzgarla.

Brindar acompañamiento y apoyo constante a la persona en riesgo. No dejarla sola en una situación de crisis.

Reducir la posibilidad de acceso a métodos con los que se puede hacer daño (armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos, cuchillos). Se recomienda que la medicación prescrita (si corresponde) sea administrada por un referente afectivo.

Pedir ayuda telefónica o concurrir a la emergencia del prestador de salud en caso de notar situaciones de riesgo, cambios en la conducta habitual (alteración del sueño, de la alimentación), si la persona menciona intenciones de hacerse daño, si evoluciona negativamente.

Las personas que forman parte de la red de apoyo también pueden necesitar atención en salud mental

El Decreto 305/011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en Modo 1.

Recursos de ayuda ante situaciones de crisis

Número telefónico de contacto del prestador de salud

Línea telefónica de Prevención del Suicidio (*gratuita, disponible todos los días 24 horas*)

0800 0767 o *0767

Anexo 2. Síntesis de las prestaciones incluidas en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (2011) (Decreto 305/011 y Decreto 114/024).

Modo 1: atención grupal con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

Tabla 4. Población objetivo modo 1 adultos y niños, niñas y adolescentes.

Niños, niñas y adolescentes	Jóvenes y adultos
<p>1. Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente (grupos-talleres de orientación en desarrollo y crianza).</p> <p>2. Padres (o familiares, o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista (TEA).</p> <p>3. Adolescentes (Espacios de intercambio).</p> <p>4. Embarazadas primerizas.</p> <p>5. Puérperas y/o pareja parental primeriza.</p> <p>6. Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.</p> <p>7. Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia (Grupos-talleres de orientación).</p> <p>8. Niños con dificultades en la inserción escolar.</p> <p>9. Niños con indicación de intervenciones quirúrgicas (psicoprofilaxis quirúrgica).</p>	<p>1. Familiares de personas con Uso Problemático de Sustancias (COC, PBC).</p> <p>2. Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave.</p> <p>3. Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).</p> <p>4. Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano que haya realizado un IAE en el último año.</p> <p>5. Personas en situación de violencia doméstica.</p> <p>6. Docentes de enseñanza primaria, secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.</p> <p>7. Personal de la salud que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.</p>

Modo 2: atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 24 o 48 sesiones anuales.

En el sector privado este modo tiene un copago preestablecido. En el caso de las personas con IAE, el copago es igual al del Modo 3.

Tabla 5. Población objetivo modo 2 adultos y niños, niñas y adolescentes.

Niños, niñas y adolescentes	Jóvenes y adultos
<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="228 580 746 647">1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.<li data-bbox="228 680 740 748">2. Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje.<li data-bbox="228 781 759 1133">3. Niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones.<li data-bbox="228 1167 657 1234">4. Niños que tengan intervención quirúrgica de alta complejidad.<li data-bbox="228 1267 652 1301">5. Niños y adolescentes con IAE.	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="852 580 1114 613">1. Usuarios con IAE.<li data-bbox="852 647 1337 748">2. Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 30 años de edad inclusive.<li data-bbox="852 781 1334 920">3. Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF).<li data-bbox="852 954 1353 1021">4. Docentes de enseñanza secundaria y técnica.<li data-bbox="852 1055 1219 1088">5. Trabajadores de la Salud.

Modo 3: atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales. Esta atención psicoterapéutica estará orientada a la rehabilitación. En el sector privado este modo tiene un copago preestablecido, que es menor al establecido en el modo 2.

Tabla 6. Población objetivo modo 3 adultos y niños, niñas y adolescentes.

Niños, niñas y adolescentes	Jóvenes y adultos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el modo anterior. 2. Situaciones de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud. 3. Discapacidad física, mental y TEA. 4. Consumo problemático de sustancias (PBC y COC). 5. Trastornos disruptivos. 6. Trastornos del humor. 7. Trastornos de ansiedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias: cocaína, pasta base de cocaína. 2. Usuarios con Trastornos Mentales Severos (TMS). Comprende a personas con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar (F20 y F31).

Anexo 3. *Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud (MSP, 2022).*



VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

5 pasos para evaluación y triage
Guía para profesionales



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

Área programática
de salud mental

1 Identifique factores de riesgo

Tome en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo

2 Identifique factores protectores

Tome en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo

3 Indague sobre conductas suicidas

Pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos

4 Determine el nivel de riesgo/intervención

Determine el riesgo. Elija la conducta apropiada para abordar y reducir el riesgo

5 Registre

Valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento

La valoración del riesgo suicida debe hacerse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsiguiente, el aumento de la ideación suicida o cualquier cambio clínico que lo amerite. En pacientes internados se debe hacer antes de cualquier cambio en el nivel de cuidados y previo al alta.

1 Factores de riesgo

Comportamiento suicida: historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento autolesivo.

Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos: especialmente trastornos del humor, trastornos psicóticos, abuso de alcohol/sustancias, trastorno por déficit atencional con hiperactividad, traumatismo intracraneal, trastorno por estrés post traumático, trastornos de personalidad del grupo B (antisocial, límite, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad).

La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.

Síntomas clave: anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio.

Antecedentes familiares: de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

Factores precipitantes/estresores/vínculos: eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos o desesperanzadores (por ej.: ruptura de relación, pérdida de estatus financiero o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso. Disturbios familiares/caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social.

Cambios en el tratamiento: alta de hospital psiquiátrico, cambio en el proveedor de la atención.

Acceso a armas de fuego u otros métodos potencialmente letales.

2 Factores protectores

Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo.

Internos: capacidad de afrontamiento del estrés, creencias religiosas, tolerancia a frustraciones.

Externos: responsabilidad por niños o mascotas queridas, relaciones terapéuticas positivas, soporte social.

3 Indagación de conducta suicida

Interrogatorio específico sobre pensamientos, planes, comportamientos, intencionalidad

Ideación suicida: frecuencia, intensidad, duración en las últimas 48 hs., el último mes y en el peor momento.

Plan: momento, lugar, letalidad, disponibilidad, actos preparatorios.

Comportamientos: intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (como probar nudos, cargar armas) versus conductas auto lesivas, no suicidas.

Intencionalidad: grado en que el paciente: 1) espera llevar a cabo el plan y 2) cree en la potencia del método letalidad versus daño. Explorar ambivalencia: razones para morir versus razones para vivir.

En jóvenes: preguntar a sus referentes socioafectivos sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, cambios en el humor, comportamiento o disposición.

Indagar ideas homicidas: cuando esté indicado sobre todo en trastornos del carácter o en personalidades paranoides espacialmente en hombres lidiando con pérdidas o humillación. Indague en las 4 áreas listadas arriba.

4 Nivel de riesgo/intervención

- La evaluación del nivel de riesgo está basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3.
- Revaloración en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien.

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
ALTO	Trastornos psiquiátricos con síntomas severos, o eventos agudos precipitantes; con escasa presencia de factores protectores	Intento de suicidio potencialmente letal, ideación persistente con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida.
MODERADO	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
BAJO	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

(Este cuadro está previsto para representar un rango de niveles de riesgo e intervenciones, no para tomar determinaciones específicas)

5 Registro

Registrar: nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar para la reducción del riesgo actual (por ej.: restringir el acceso a medios letales, lugar de atención, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulta). Para jóvenes el plan de tratamiento debe incluir el rol de los padres/cuidadores.

Recursos de interés

Los usuarios tienen el derecho de recibir atención integral en salud mental por parte de su prestador de salud.

Líneas telefónicas gratuitas de apoyo las 24 horas los 365 días del año

Prevención de suicidio | *0767 / 0800 0767

Apoyo emocional | *1920 / 0800 1920

Línea drogas | *1020 / 2309 1020

**Línea de orientación y derivación de mujeres en situación de violencia doméstica
*4141 / 0800 4141**

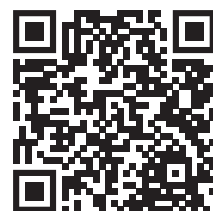
Elaboración de la guía

Esta guía ha sido traducida y adaptada de "Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage" (SAFE-T), basada en el trabajo de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), a cargo del área programática de salud mental del Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Área Programática de salud mental / Dirección General de la Salud / Ministerio de Salud Pública
Av. 18 de Julio 1892, Montevideo. / saludmental@msp.gub.uy



Puede encontrar esta guía y otros materiales en:
www.msp.gub.uy



Dirección:
Avda. 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 1934



msp.gub.uy