



GUÍAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS

**Ministerio de Salud Pública
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
Programa Nacional de Salud Mental**

INTRODUCCIÓN

Dado el incremento de Suicidios que se está sufriendo desde hace varios años en nuestro país, la prevención del mismo es una prioridad del MSP y de la comunidad en general.

El Suicidio es un fenómeno multicausal que preocupa a las uruguayas, a los uruguayos y está presente en lo cotidiano, transformándose generalmente en una tragedia en el plano individual, familiar o social.

La conducta suicida y el intento de autoeliminación no constituyen ella misma una enfermedad, "sino una complicación en la vida de las personas".

El gesto de quitarse la vida incluye muchos aspectos desconocidos.

En el suicidio se entraman, de modo complejo factores neurobiológicos, socio ambientales y subjetivos, cuyo grado de incidencia puede variar en cada persona o cada grupo humano, en diferentes circunstancias y momentos históricos.

Del equilibrio o no de estos aspectos, es que surge la acción de quitarse la vida o no.

La probabilidad del suicidio aumenta en las personas que padecen enfermedades mentales que no han sido detectadas o cuando no están recibiendo tratamiento integral permanente o adecuado.

En los grupos de riesgo, por Ej., el de los Adultos Mayores, que pueden llegar a afrontar situaciones vitales adversas y complejas, acrecentadas con un sesgo de pérdida general, las enfermedades físicas suelen tener una repercusión emocional y no contar con el sostén apropiado.

En niños y jóvenes, los impactos estresantes vinculados a la familia, los cambios personales, la soledad y la falta de apoyo social favorecen la aparición de conductas suicidas diversas.

A este colectivo, se suman aquellas circunstancias de crisis con alto sufrimiento subjetivo y falta de posibilidades visibles de resolución, lo que incrementa el riesgo.

La tentativa suicida y/ o su consumación , impacta, a corto , mediano y largo plazo sobre el entorno y suele transcurrir sin asistencia adecuada a la familia y allegados (Postensión), lo que seria una medida de primera necesidad para reducir el daño y prevenir la posibilidad de conductas imitativas del entorno.

Es de suma importancia lograr un compromiso integrando las prácticas hacia la Promoción del Bienestar y de la Vida.

Debemos difundir en forma clara pautas de prevención del Suicidio, detección de factores de riesgo individuales y sociales y tomar medidas de intervención adecuadas, pero sobre todo promover conductas y hábitos saludables en toda la población, trabajando en el fortalecimiento de los factores de protección individuales y sociales.

Es importante el compromiso en un quehacer intrainstitucional, interinstitucional, socio- comunitario, mediante un sistema de Redes que nos involucren en un accionar conjunto, a todos los ciudadanos de nuestro país.

Se pretende apelar a la Solidaridad Social, ya que el intento de autoeliminación (IAE) y su consumación en el suicidio es una situación que nos implica a los trabajadores de la Salud, las ONGs y a toda la Comunidad.

Es primordial al respecto, la capacitación de los operadores, técnicos sanitarios y la formación de líderes y referentes comunitarios, para propiciar el empoderamiento de la comunidad en la gestión y accionar socio- sanitario.

Lic. Renée del Castillo
Programa Nacional de Salud Mental-Comisión Asesora Técnica
Permanente
DIGESA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Octubre 2007

GUÍAS DE DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS

1. GUÍA ACERCA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La conducta suicida es un problema complejo, un grave problema de Salud Pública, donde el control y la Prevención, es una tarea difícil pero no imposible.

Las entrevistas a pacientes con conductas suicidas se realizan habitualmente en una sala de emergencia, en policlínica, en algunas oportunidades en su propio domicilio, en lugares de trabajo, estudio, en espacios públicos, etc.

Toda conducta suicida debe ser evaluada por un médico psiquiatra.

Para analizar el suicidio se requiere evaluar comportamientos, factores de riesgo, determinar diagnóstico de los posibles trastornos mentales subyacentes y riesgo de muerte. La mayoría de las conductas suicidas se dan en personas con trastornos mentales.

1.a. Ideación suicida: Pensamiento de quitarse la vida sin intentarlo, puede ir desde ideas frustras hasta planes vagos.

1.b. Intento de autoeliminación: (en adelante IAE) suicidio frustrado, ya sea con un plan previo para realizarlo o movido por una conducta impulsiva.

Si bien no hay un estilo global de IAE podemos destacar las siguientes señales de advertencia de conductas suicidas:

- Ausencia de interés por el bienestar personal, baja productividad laboral, bajo rendimiento académico.
- Alteración de los patrones: del sueño, de las interrelaciones sociales, de las conductas alimentarias.
- Preocupación por el tema de violencia, mejoría repentina del estado del ánimo, promiscuidad, desesperanza, aislamiento, trastornos psiquiátricos, baja tolerancia a la frustración, etc.

1.c. Conducta parasuicida: conducta de riesgo que puede llevar a la muerte sin un deseo consciente.

1.d. Suicidio: resultado fatal de la conducta suicida

1.e. Signos y Señales de alerta:

- Somatizaciones.
- Tiempo libre sin aprovechar.
- Desmotivaciones.
- Falta de concentración.
- Trastornos alimentarios.
- Desesperanza.
- No sentirse querido.
- Sentirse una carga para su familia y allegados.
- No poder proyectarse.
- No tolerar los elogios.

1.f. Seguimientos: Es fundamental que el paciente tenga un fácil acceso a las consultas técnicas de control.

Para ello es necesario acudir a las redes existentes de atención y trabajar en forma ágil, coordinada con los prestadores de salud y en conexión con los soportes y redes socio-comunitarias.

2. FACTORES GENERALES DE RIESGO:

Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los **factores de riesgo (F.R.)** asociados al **comportamiento suicida**, así como determinar posibles diagnósticos de trastornos mentales subyacentes y estimar riesgo de muerte.

2.a. F.R. Sociales:

- Tensión social.
- Cambio de posición socio económica.
- Problemas con las redes sociales de apoyo.
- Pérdidas personales.
- Pérdida de empleo.
- Catástrofes.
- Desarraigo.
- Aislamiento
- Exposición al suicidio de otras personas.
- Violencia ambiental, de género y violencia intergeneracional.

2.b. F.R. Familiares:

- Funcionamiento familiar problemático.
- Alta carga suicida familiar.
- Abandono afectivo y desamparo.
- Familia inexistente.
- Violencia doméstica.
- Abuso sexual.

2.c. F.R. Psicológicos

- Intento de autoeliminación anterior.
- Pérdidas familiares.
- Frustraciones intensas.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Cambio brusco del estado anímico.
- Alteraciones del sueño.
- Abandono personal.

2.d. F.R. Biológicos

- Trastornos metabólicos.
- Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad.
- Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia.
- Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras).

- Enfermedades terminales.
- Trastornos psiquiátricos.
- Deterioro cognitivo.

3. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO.

3.a. Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si ideación suicida. Rectifica su conducta, presencia de autocrítica.

3.b. Moderado: Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.

3.c. Grave: Preparación concreta de hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.

3.d. Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, puede estar presente como agravante la auto agresión.

4. GUÍA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN GENERAL

Como primera medida corresponde identificar los mitos y señales de riesgo suicida, para lo que es necesario instrumentar y educar a los profesionales de la salud (médico de primer nivel, Lic. y Aux. de Enfermería, Trabajador/a Social, Psicólogos, Psiquiatras), a los de la educación (Profesores, Maestros y funcionarios no docentes cercanos a la población estudiantil, ej. adscriptos), a los comunicadores y agentes comunitarios en general. La capacitación debe llevarse a cabo a través de:

- Divulgación del tema en forma de cursillos o talleres, adecuados a la población objetivo.
- Difusión utilizando los medios de comunicación en forma adecuada ya que la libertad de expresión debe de ir de la mano de la responsabilidad.

El tema deberá aparecer:

- Sin sensacionalismo.
- Sin fotografías.
- De manera escueta.
- En páginas centrales.
- Sin descripción del método utilizado y detalles.
- No hacer énfasis únicamente en los aspectos positivos del occiso.
- No utilizar la palabra suicidio como sinónimo de opción, salida, solución.

Otros elementos:

- Promocionar los lugares de derivación
- Difundir las líneas telefónicas de orientación, contención y asistencia en crisis. Estas deben estar a disposición las 24 horas los 365 días del año atendidas por operadores idóneos en la temática.
- Capacitar a los equipos de Salud y miembros de la Comunidad como Promotores de Salud.

Fomento de factores protectores:

- Desarrollo de habilidades sociales y de comunicación.
- Aumento de la auto-estima.
- Propiciar la resiliencia
- Fomentar la autonomía y la toma de decisiones.
- Respeto por la diferencia y la integridad física y emocional especialmente en niños y adolescentes.
- Facilitar la convivencia armónica en lo familiar y lo social.

- El fomento de espacios de recreación, a saber, deportes, actividades artísticas, otros, con la finalidad de promover un estilo de vida saludable.
- Fortalecer las redes de apoyo social: prevención de la violencia intra-familiar y violencia social.
- Apoyar las acciones relacionadas con los Programas de Salud Integrales.

4.a. Mitos:

Los mitos sobre el suicidio son criterios equivocados, culturalmente aceptados, que no reflejan una veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos que entorpecen la prevención de dicha conducta.

Con cada mito se intenta justificar determinadas actitudes que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte. Por ello se hace necesario difundirlos, para que sean erradicados y se faciliten de esa manera las acciones de prevención.

- **EL QUE DICE QUE SE VA A MATAR NO LO HACE.** Es un mito porque todo aquel que ha cometido IAE o suicidio lo ha manifestado verbalmente.
- **EL QUE REALMENTE SE QUIERE MATAR NO LO DICE.** Criterio erróneo, de cada 10 personas que se suicidan, 9 lo manifestaron claramente.
- **EL QUE SE HA RECUPERADO DE UNA CRISIS SUICIDA NO LO VOLVERÁ A INTENTAR.** Falso, se ha visto que en general reinciden a corto plazo.
- **LOS QUE INTENTAN EL SUICIDIO NO DESEAN MORIR, SÓLO ES UN LLAMADO DE ATENCIÓN.** Este es un prejuicio muy difundido y descalificante en general con el sexo femenino, no se tiene en cuenta que sus mecanismos de adaptación han fallado y no encuentran alternativas adecuadas.
- **EL SUICIDIO SE HEREDA.** Falso, aun no se ha demostrado el carácter genético del suicidio aunque en una familia varios de sus miembros se hayan quitado la vida en todo caso es una conducta aprendida.
- **TODOS LOS QUE SE SUICIDA ESTÁN DEPRIMIDOS.**
La depresión puede ser una causa pero no la única. No todos los deprimidos se suicidan.
- **TODOS LOS QUE SE SUICIDAN PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.** No todos los enfermos mentales se suicidan, ni todos los que se suicidan son enfermos mentales.
- **EL HABLAR DE SUICIDIO INCENTIVA A QUE SE REALICE.** Por el contrario, el ponerlo en palabras disminuye el riesgo.

- EL SUICIDIO NO PUEDE SER EVITADO PORQUE OCURRE POR UN IMPULSO. Falso, ya hemos manifestado que existe un síndrome pre-suicidal.
- SOLO LOS PSICÓLOGOS Y PSIQUIÁTRAS PUEDEN PREVENIR EL SUICIDIO. Cualquier persona sensible e informada puede ayudar a evitar el suicidio. La prevención del suicidio es tarea de quien se encuentre más cerca y sepa a quien acudir.
- ES IMPOSIBLE EVITAR QUE UNA PERSONA SE SUICIDE. Falso, cualquier individuo puede ser agente de prevención si posee los conocimientos adecuados.
- EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN COBARDE. Criterio erróneo, el que pretende suicidarse es una persona que sufre.
- EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN VALIENTE. Falso, la persona que intenta quitarse la vida está desesperanzada y su "visión túnel" solo le permite considerar la muerte como opción.
- SOLO LOS POBRES SE SUICIDAN. El suicidio no es "privilegio" exclusivo de las clases bajas. Es un fenómeno democrático, atañe a todas las clases sociales, edades (especialmente adolescentes y adultos mayores) y credos.
- LOS NIÑOS NO SE SUICIDAN. Falso, es imposible negar esta triste realidad social. Una vez adquirido el concepto de muerte los niños pueden suicidarse.

5. GUÍA DE PREVENCIÓN:

La tarea de prevención de suicidio implica una amplia gama de actividades que van desde la educación de los niños, el trabajo familiar, el control ambiental de los factores de riesgo, las tareas educativas de la comunidad, hasta el tratamiento de las patologías psiquiátricas.

Importa reforzar los factores de protección y reducir los de riesgo:

5.a. Intervenciones frente a la conducta suicida:

- Tomar medidas para disminuir los riesgos.
- Generar un espacio de confiabilidad, de escucha, de continentación
- No ser críticos frente a la situación.
- Reforzar los recursos de la persona, su potencial de vida.
- Garantizar la seguridad personal.
- Accesibilidad frente a otros medios, redes sanitarias, sociales, etc.
- Accesibilidad a planes terapéuticos y farmacológicos.
- Posibilidad de acceder a una internación.
- Realizar contacto con familiar referente o sustituto.
- Creerle.
- Buscar respuestas alternativas.
- Ayudarlo a que exprese sus sentimientos.
- Apoyo, orientación e integración de la familia a la propuesta.
- Explorar el motivo de IAE.
- No emitir juicios de valor.
- Crear un entorno de confianza, seguridad y afecto.
- Hablarle en forma tranquila y pausada.
- Propiciar la comunicación de la persona en situación de riesgo con grupos de autoayuda.
- Seguimiento por un equipo técnico por un periodo no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen la reincidencia.
- Agente comunitario: derivación a los recursos sanitarios existentes, promotores sociales y redes socio comunitarias.

5.b. Factores de Protección:

- Apoyo a la familia.
- Apoyo a los grupos de referencia y pertenencia.
- Estimular una vida social satisfactoria.
- Promover la integración social a través del trabajo y el saludable uso del tiempo libre.
- Facilitar el acceso a servicios de asistencia.

- Promover la participación activa de las redes sanitarias y socio comunitaria.

5.c. Factores y situaciones de riesgo:

Riesgo Leve:

- Entrevista psiquiátrica, derivación a seguimiento por el equipo de salud más próximo.
- Conectarlo a redes sociales y familiares.

Riesgo Moderado:

- Intervención médico psiquiátrica, muy factiblemente tratamiento farmacológico.
- Valorar el sostén familiar a fin de determinar posibilidad o viabilidad de internación.
- Derivación a policlínica o red sanitaria de Salud Mental y conectarlo con redes sociales y familiares.

Riesgo Grave:

- Internación (voluntaria y o compulsiva).
A - Sanatorio médico cuando hay riesgos vitales con intervención especializada.
B - Intervención inmediata con psicofármacos por cuadro de excitación, angustia, excitación psicomotriz cuadro de ansiedad extrema.
C - Internación en sanatorio psiquiátrico con vigilancia permanente, control médico especializado diario, con ajuste de medicación según evolución.

Riesgo Extremo:

- Internación voluntaria o compulsiva con medidas de contención y seguimiento especializado estricto.
- Medidas de contención físicas.

Factores y situaciones de riesgo

Social:

- Aislamiento prolongado
- Tensión social.
- Cambio de situación socio-económica.
- Perdida de empleo.
- Exposición a suicidio de personas allegadas.
- Acontecimientos violentos en su entorno.

- Violencia ambiental, de género e intergeneracional.

Familiares:

- Familia inexistente.
- Familia disfuncional en lo social y en lo afectivo.
- Pérdidas, separaciones.
- Integrantes de la familia con IAE, suicidios, auto agresión.
- Violencia doméstica.
- Abuso sexual.

Individual:

- Trastornos mentales.
- Depresión.
- Alcoholismo.
- Abuso de sustancias psicoactivas.
- Baja autoestima.
- Problema por su orientación sexual.
- Enfermedad física con dolor crónico.
- Personas sin apoyo afectivo
- Baja tolerancia a la frustración.
- IAE previos.

Intervenciones farmacológicas más utilizadas en crisis

- **Leve y Moderada** Benzodiazepinas, Lorazepan, Alprazolam vía sublingual. Midazolam intravenosa o intramuscular.
- **Severa y Extrema** Intravenosa Midozolam, Haloperidol.

6. GUÍA DE POSVENCIÓN

Apoyo a los sobrevivientes de un suicidio (personas que han padecido una pérdida por autoeliminación)

Comprende a quien haya estado en contacto con la persona que se suicidó. Atraviesan un duelo con CARACTERÍSTICAS MUY PARTICULARES, por sentir que no pudieron visualizar el problema y prevenirlo.

Vive en una situación que los impacta fuertemente y que les origina vivencias con sentimientos encontrados de:

CULPA
DESOLACION,
IMPOTENCIA (sentir que no se pudo hacer algo para evitarlo)
ENOJO

Sintomatología

- Estados de ansiedad.
- Hiperemotividad.
- Angustia.
- Cuadros depresivos.
- Ingesta abusiva de sustancias psicoactivas.
- Manejo abusivo de la medicación psicofarmacológica.
- IAE.

Cómo Trabajar:

Es fundamental el diagnóstico especializado, para detectar cual es la intervención adecuada.

- **Seguimiento individual** (psicológico y /o psiquiátrico y según la situación con promotor social capacitado)
- **Internación**
- **Trabajo grupal**
- **Trabajo familiar**
- **Grupos de auto ayuda**

Seguimiento

- Necesario un año mínimo.

7. GUIA DE CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La adolescencia puede ser considerada como una etapa “bisagra” entre la infancia y la adultez.

No es fácil hacer una delimitación cronológica, pero suele ubicarse entre los 10 a los 19 años. En la actualidad se observa una adolescentización generalizada que nos lleva a extender el límite hasta cerca de los 30 años.

Es una etapa con características especiales, donde el individuo debe atravesar por varios duelos: el duelo por la pérdida del cuerpo infantil, la pérdida de los padres “idealizados” de la niñez y la disyuntiva de tener que elegir por sí mismo, y la búsqueda de una identidad propia lo que implica también la pérdida de la dependencia de sus figuras parentales.

Desde el punto de vista grupal familiar podríamos hablar de una situación adolescente, ya que involucra también a los padres, en los que puede movilizar conflictos, así como generar ambivalencia y resistencia al crecimiento de los hijos.

Son preocupantes los intentos de autoeliminación que han sido detectados a edades menores como el aumento de factores de riesgo que puedan predisponer dichas conductas en niños y adolescentes.

7.a. Factores generales de riesgo suicida

Sociales:

- Discriminación.
- Bullying (hostigamiento en los centros educativos fundamentalmente)
- Pertenencia a una minoría étnica.
- Exilio, emigración, migración interna, des ruralización.
- Institucionalización.
- Problemas con la ley.
- Abandono escolar.
- Expulsión escolar.
- Inflexión académica o mal rendimiento.
- Trabajo infantil.
- Primeras horas luego de un arresto.

Familiares:

- Maltrato.
- Negligencia.
- Sobreprotección.

- Ausencia de límites.
- Crisis disciplinaria.
- Trastornos en la relación padre-hijo.
- Confusión de roles familiares.
- Patología psiquiátrica en el núcleo familiar.
- Brecha generacional amplia con los mismos.
- Paternidad adolescente.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Separación de los progenitores por muerte, abandono o divorcio.
- Mudanzas frecuentes.
- Situaciones de hacinamiento.
- Pérdida de autoridad de los progenitores.
- Frecuentes riñas y querellas en el hogar.
- Falta de comunicación intra-familiar.
- Llamados de atención humillantes.
- Muerte de Familiar significativo.
- Conflicto familiar reciente.
- Suicidio de un ser querido.

Individuales:

- Abuso sexual en la infancia y/o adolescencia.
- Imposibilidad de postergar la realización de deseos (baja tolerancia a la frustración).
- Trastornos de ansiedad (temor, nerviosismo, hiperactividad, tensión).
- Trastornos de conducta.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos del humor (excitación, depresión).
- Abuso de sustancias (cualquier tipo de droga).
- Deseo de reunión con ser querido fallecido.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo de vida.
- Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnía).
- Trastornos alimentarios.
- Aislamiento.
- Hipocondría.
- Amores contrariados.
- Enfermedades crónicas.
- Conflictos graves con amigos.
- Problemas relacionados con su sexualidad.
- Muerte de una figura importante o idealizada.
- Presenciar la muerte de un ser querido.
- Antecedentes personales de IAE.
- Baja autoestima.
- Culpa.
- Alta hospitalaria reciente.

7.b. Factores y Señales

ES IMPORTANTE DIFERENCIAR ENTRE FACTORES Y SEÑALES DE RIESGO SUICIDA. ENTENDEMOS POR FACTORES AQUELLAS CONDICIONES QUE FAVORECERÁN LA PRECIPITACIÓN DE UN ACTO SUICIDA EN LAS PERSONAS VULNERABLES.

POR SEÑALES CONSIDERAMOS AQUELLAS MANIFESTACIONES VERBALES Y/O NO VERBALES POR PARTE DEL SUJETO QUE NOS ALERTAN ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE AUTO-ELIMINACIÓN.

➤ Señales verbales:

El sujeto manifiesta ideas de muerte de manera directa o indirecta. Ej.:

- "Estarían mejor sin mí"
- "En esta casa estoy demás"
- "La vida no vale la pena"
- "Si esto... sigue así me mato"
- "Quisiera terminar con todo"
- "Quisiera dormirme y no despertar"
- "Voy a matarme"
- "Cuando ya no esté se van a arrepentir"
- "Fulano hizo bien en matarse, la tenía clara..."
- Y otras.

➤ Señales no verbales

- Auto mutilaciones.
- Bajar el rendimiento escolar.
- Regalar cosas significativas sin motivo aparente.
- Abandono de actividades que antes disfrutaba.
- Aislamiento.
- Abandono personal.

7.c. IAE en Instituciones Educativas.

Cuando el suicidio del joven afecta a la institución educativa se debe tender a las siguientes medidas:

- Evitar explicaciones simplistas del hecho.
- Evitar la mitificación del hecho presentándolo como heroico, romántico, aceptable como opción, otros.

- En el caso de que hubiera existido un problema de salud mental, relacionarlo con el acto suicida.
- Mostrar a los estudiantes que otros jóvenes en igual o peor situación buscaron y encontraron otras soluciones.
- Involucrar a todos en la búsqueda de otra posible salida a la situación del compañero muerto.
- Formar grupos de posvención con los miembros de la Institución.
- Capacitar a los maestros y profesores para que identifiquen potenciales alumnos en situaciones de riesgo.

7.d. Indicación para quien recibe a un menor en situación de riesgo suicida.

Las indicaciones para aquellas personas o agentes comunitarios que reciben a un adolescente en situación de riesgo, son similares a las que se detallaron con anterioridad para los casos generales.

- Establecer la relación con el menor.
- Habilidadar que explique su versión y exprese su sentimiento.
- Transmitir empatía respecto a sus sentimientos.
- No culpabilizar.
- No prometer confidencialidad al menor cuando existe riesgo de IAE.

7.e. Guía de actuación

IAE

- Todos los niños y adolescentes que realicen un IAE deberán ser hospitalizados.

Ideación suicida o conductas parasuicidas

- Si presenta ideación suicida o conducta para suicida, evaluar el riesgo.

Riesgo Elevado:

- Admite su intención suicida.
- Plan suicida.
- Patología psiquiátrica.
- Acceso a métodos de autolesión.
- Antecedentes personales o familiares de IAE.
- Suicidio reciente en el entorno.
- Impulsividad.

- Desesperanza o desesperación.
- Deseo de reunión con un ser querido fallecido.
- Si presenta riesgo elevado: Hospitalización.
- Si no presenta riesgo elevado: Pase Urgente a Policlínica de Psiquiatría Pediátrica y contrarreferencia para asegurar la consulta.
- Asegurar acompañamiento permanente por figura de referencia hasta las indicaciones del Psiquiatra.

Factores de riesgo sin ideación suicida aparente.

- Con población de riesgo profundizar en la investigación; valorar la existencia de ideas suicidas y de la posibilidad de acciones que impliquen riesgo de vida.

8. GUÍA DE CONDUCTA SUICIDA DEL ADULTO MAYOR

Esta franja etaria de la vida, posee el triste privilegio de contar con el porcentaje más alto de suicidios en nuestro país y en los países del primer mundo.

Actualmente, debido a los adelantos científicos ésta es una generación que le ha tocado vivir una etapa más prolongada, aproximadamente 20 años más después de la jubilación, hecho del cual no existe antecedentes, pero ésta prolongación de la vida no ha ido de la mano de la promoción de una buena calidad de la misma.

Otra experiencia nueva que se está observando es que los padres ven envejecer a sus hijos y también morirse.

Y debido a la emigración de muchas familias jóvenes, han quedado muchos adultos solos, adultos que en el momento de la separación eran auto válidos pero al paso de los años se fueron transformando en seres dependientes sin apoyo familiar.

8.a. Factores generales de riesgo suicida

Sociales:

- Prejuicios contra la vejez.
- Soledad.
- Aislamiento.
- Reducción de ingresos con cambios bruscos de situación.
- Jubilación.
- Jubilación compulsiva.
- Pérdida de roles sociales.
- Eventos humillantes como consecuencia de los prejuicios sociales.
- Cuando se tiene más años, mayor riesgo suicida.

Familiares:

- Ser viudo, sobre todo en el primer año de duelo.
- Considerarse una carga para su familia.
- Poseer antecedentes familiares de suicidio.
- Ser víctima de maltrato en todas sus formas (física, psicológica, patrimonial, sexual y negligencia).
- Institucionalización.
- Sobreprotección negativa generando pérdida de autonomía.
- Pérdida de autonomía.
- Mudanzas con pérdidas de lugares privados.
- Pérdida de privacidad.

Biológicas:

- Enfermedades terminales.
- Etapas iniciales de la Enfermedad de Alzheimer.
- Alcoholismo.

Psicológicos:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Miedos.
- Baja autoestima.
- Cambios en los hábitos de comer.
- Cambios bruscos en los estados de humor.
- Cambios en los hábitos de dormir.
- Abandono o negligencia de su cuidado personal.
- Duelos de seres queridos o amigos.
- Obsesión por la muerte.
- Desesperación.
- Desesperanza.
- Desarrollar vínculos simbióticos.
- No aceptar la vejez por narcisismo patológico.
- Agresividad.

Señales no verbales

- Repartir objetos queridos.
- Realizar testamento.
- Expresar deseos sobre su funeral.

Señales verbales

Expresar:

- "La vida no tiene sentido".
- "No sé por qué vivo".
- "Deseo descansar del todo".
- "No quiero dar más trabajo".
- "No quiero vivir más, ya viví bastante".
- Manifestar tener mala auto percepción de su salud.

Grupo de Trabajo para la elaboración de las Guías de abordaje a la problemática del Suicidio conformado por:

a. Integrantes de la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP)

Lic. Martha Balidizan; Lic. Rita Amaral, Lic. Nibia Reinaldo, Lic. Claudia Vázquez, Lic. Susana Yaben, Lic. Graciela Geschi; Lic. Enf. Celia Celhay

Participaron en algunas reuniones de trabajo: Dra. Gabriela Garrido; Dra. Sandra Resquin; Dra. Fabiana Azambuya; Dra. Cristina Grela; Dr. Álvaro Berruti; Iris Maresca; Lic. Alicia Fernández; Lic. Cristina Sandes; Laura Barceló;

b. Equipo del Programa Nacional de Salud Mental que trabajó en las Guías

Lic. Renée del Castillo; Dra. María Mautone; Lic. Daniela Osore; Lic. Verónica Somma; Lic. Alejandro Pereira; Bach. Carlos Nuñez; Dr. Julio Trindade

Referencias Bibliográficas

1. **Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas:** El Grupo de Trabajo estuvo integrado por: Mabel Acevedo, Paulo Alterwain, Rita Amaral, Federico Dajas, Rosa Dibono, Susana Escames, Alicia Fernández, Gabriela Garrido, Ángel M Ginés, Alicia Hoppe, María Mautone, Sandra Resquin, Nibia Reynaldo, Julio Trindade y Claudia Vázquez; también participaron en algunas sesiones de trabajo: Natalia Díaz, Irene García, Carlos Kachinovsky, Rossana Lucero, Iris Maresca, Silvia Peláez, Hugo Rodríguez, Máximo Rossi y Luis Villalba. 2006. Uruguay.
2. **Stratégie Québécoise D'Action Face Au Suicide. Québec. Canadá. 1998**
3. **Prevención del Suicidio: recursos para consejeros.** Departamento de Salud mental /Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales. OMS. Ginebra. 2006.
4. **Dra. Alicia Canetti** Prof. Facultad de Medicina, Área de Salud mental de Medicina General Familiar y Comunitaria, Lic. Enf. Celia Celhay, directora Escuela de Sanidad Scosería
5. **Material acerca del Suicidio-** de la Lic. Enf. Natalia Dutra, Lic. Enf. Cristina Pagani; Lic.Enf. Ana Rappanello; Lic.Enf.Margarita Garay; Lic.Enf.Laura Fascioli;Lic.Enf.Inés Budzinsky;Lic. Enf. Pierina Marcolini
6. **Dr. Sergio Pérez Barrero,** Presidente y creador de la Red Mundial de Suicidiología, "El sobreviviente. características y terapia.", Revista Futuros Nº 9, 2005, Vol. 3, en <http://www.revistafuturo.info>.
7. **La investigación médico forense del comportamiento suicida en una infrecuente muerte violenta infantil.** José Luis Pacheco De La Cruz, Felio Palomino Paz, Nancy Elizabeth De La Cruz Chamilco, Gissela Paniagua Alvarado. Facultad de Medicina Humana - Instituto de Patología Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) Lima, Perú
8. **Bobes García, J. y otros.-** "Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas" Editorial Masson, Reimpresión 1998, Barcelona España.
9. **Calles Paz, S.-** "Antología del Suicidio" Editorial de la Universidad del Zulia, 1983, Maracaibo, Venezuela.
10. **Clemente, M. González, A. -** "Suicidio" Editorial Biblioteca Nueva, 1996. Madrid, España.
11. **Guibert Reyes, W. -**"El Suicidio" Editorial Científico-Técnica. 2002 La Habana Cuba.
12. **Rolla, E. -** "Senescencia" Editorial Galerna. 1991, Buenos Aires, Argentina.

13. **Sarró, B.**, de la Cruz, C. "Los Suicidios". Editorial Martínez Roca, 1991, Barcelona, España.
14. (**Yampey, N. y otros** - "Desesperación y Suicidio ". Ediciones Kargieman, 1992. Buenos Aires, Argentina.
15. **Centro Latinoamericano de Desarrollo** "Jornada sobre la "Prevención de los Intentos de Autoeliminación y de los suicidios" - Montevideo 12-2004

Octubre 2007

MSP

DIGESA- Salud de la Población -

Programa Nacional de Salud Mental

Comisión Asesora Técnica Permanente

PAUTAS Y RECOMENDACIONES EN RELACION A LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Documento elaborado por el Grupo de Trabajo N° 8 “Violencia y muerte violenta” de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM).

El Grupo de Trabajo estuvo integrado por: Mabel Acevedo, Paulo Alterwain, Rita Amaral, Federico Dajas, Rosa Dibono, Susana Escames, Alicia Fernández, Gabriela Garrido, Angel M Ginés, Alicia Hoppe, María Mautone, Sandra Resquin, Nibia Reynaldo, Julio Trindade y Claudia Vázquez; también participaron en algunas sesiones de trabajo: Natalia Díaz, Irene Garcia, Carlos Kachinovsky, Rossana Lucero, Iris Maresca, Silvia Pelaez, Hugo Rodríguez, Máximo Rossi y Luis Villalba.

Enviar sugerencias y comentarios a saludmental@msp.gub.uy

I. Estado de situación.

El principal indicador para medir la magnitud y la evolución de este relevante problema de salud y el efecto de las políticas sanitarias y sociales para afrontarlo es **la tasa de suicidios y su devenir histórico.**

Nuestro país cuenta con un registro confiable que cubre la evolución del suicidio desde comienzos del siglo XX⁶. En cambio los datos sobre intentos de suicidio, más difíciles de registrar, son parciales y esporádicos.

Del estudio de la curva histórica del suicidio^{1, 2, 8, 9, 10, 12}, en el último medio siglo, se distinguen claramente dos períodos:

1) Entre 1961 y 1990 la tasa de suicidios se mantuvo en el entorno de 10,4 suicidios por cien mil habitantes por año; con oscilaciones entre un máximo de 12,4 (1973) y un mínimo de 8,5 (1987).

2) A partir de 1991 y hasta 2005 la curva de suicidios muestra un incremento significativo con una tasa promedio para el período de 14,5 cada cien mil habitantes, con una tasa mínima de 12,5 (1991) y máxima de 17,8 (2002). Luego de ese máximo en 2002 (17,8), las tasas descendieron en 2003 a 16,1; en 2004 a 15,5 y en 2005 a 14,8.

Si comparamos los promedios de ambos períodos el incremento es de 40 %.

Si comparamos los máximos de ambos períodos el incremento es de 43,5 %.

Estos datos permiten concluir que en nuestro país, en los últimos 15 años, se ha producido un incremento significativo de suicidios en el entorno del 40 % en relación a los promedios históricos observados hasta 1990.

Luego de un máximo en 2002 los suicidios descendieron en 2003, en 2004 y en 2005.

La curva por sexos y por edad.

Los hombres, en general, han triplicado y hasta sextuplicado a las mujeres en el número de suicidios. El incremento de suicidios en los últimos 15 años, que afectó a ambos sexos, fue más notable en hombres.

La muerte por suicidio predominó y se incrementó en los adultos mayores; en los jóvenes, también se ha producido un incremento con disminución en la edad de consumarlo.

Comparada con la mortalidad global el suicidio provocó el 1,5 % de las muertes en hombres y el 0,5 % de las muertes en mujeres. Entre los adultos jóvenes, donde otras causas tienen menor incidencia, provocó el 12 a 15 % del total de las muertes.

Los métodos empleados para el suicidio.

El método empleado es de interés para su prevención, en la ocasión de consumarlo.

El arma de fuego, el ahorcamiento, la precipitación y los tóxicos, en ese orden, fueron los métodos empleados con mayor frecuencia en nuestro país. Un estudio del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina comunicó que en el interior del país predominó el ahorcamiento (40%), en Montevideo el arma de fuego (44 %); el arma de fuego se empleó por igual en ambos sexos; el ahorcamiento predominó en hombres; la precipitación y los tóxicos en las mujeres

La distribución nacional del suicidio.

Se han señalado alarmas en algunos Departamentos y localidades de nuestro país respecto de la incidencia en ellas del suicidio, con información anecdótica o de cortos períodos. No disponemos aun de curvas históricas por Departamentos, sin embargo, un relevamiento de 2004 ⁶, muestra que en ese año las tasas comparativas entre Departamentos variaron entre un mínimo de 10,9 y un máximo de 30,5 (!) por cien mil.

La comparación internacional

Los datos provenientes de distintos países varían en la calidad del registro y en la continuidad de la información aportada. Por ese motivo las afirmaciones comparativas deben establecerse con cautela. La mala calidad de la información tiene diversos motivos: en algunas sociedades, por razones religiosas y culturales se tiende a notificar los suicidios como "causa externa no intencionada" para evitar las repercusiones culturales, sociales y judiciales del evento; en otras existen dificultades para establecer con claridad las circunstancias en que se producen las muertes violentas; también existen deficiencias en el registro y procesamiento de la información.

El registro nacional del Ministerio de Salud Pública, proveniente de los certificados de defunción, puede considerarse confiable. Más aún, en 1998 y 2002 se investigaron las muertes por "causa externa no determinada" ¹⁴, que reclasificadas por médico legista mostraron en esos años un cierto subregistro que habrá que seguir investigando en años sucesivos, para valorarlo con precisión.

En función de la magnitud de la tasa de suicidios los países del mundo se pueden clasificar en cuatro grupos: ³ Un *Primer Grupo*, con tasas más altas de 25 por cien mil; un *Segundo Grupo*, con tasas entre 19 y 25; un *Tercer Grupo* con tasas entre 12 y 18 y, un *Cuarto Grupo* con tasas menores a 11 por cien mil.

Hasta 1990 nuestro país estuvo siempre oscilando en los límites entre el *Cuarto* y el *Tercer Grupo*. A partir de 1991 ingresa francamente en el *Tercer Grupo*.

En 1993, con las precauciones señaladas, las situación comparativa para algunos países era la siguiente:

Primer Grupo: Lituania (47.6), Rusia (43.7), Estonia (42.9), Hungría (36,1), China (33,8), Finlandia (27.7).

Segundo Grupo: Ucrania (23.7), Croacia (23.1), Dinamarca y Austria (22.4), Suiza y Francia (21.5), Cuba (19.2).

Tercer Grupo: Bulgaria (17.5), Japón (17), Suecia (16.2), Alemania (15,7), Polonia (14.5), Noruega (13.8), Canadá y Uruguay (13.2), Estados Unidos (12.1), Australia (11.6).

Cuarto Grupo: Puerto Rico (9), Italia (8.1), Corea del Sur (8), España (7.2), Israel (7), Chile (4.9), Colombia (3,1), Albania (2.3), Azerbaizhan (1.6), Malta (0.5).

2. La multicausalidad del suicidio y las causas de su significativo incremento.

La primera cuestión que nos desafía es que *"darse muerte a uno mismo" incluye muchos aspectos desconocidos*. En el suicidio, como en cualquier conducta humana, se entrelazan de modo complejo factores neurobiológicos, sociales y subjetivos, cuyo peso relativo puede variar en cada persona, cada grupo humano y en diferentes circunstancias históricas.

Este gran e intrincado conjunto de factores se organiza en tendencias contradictorias o conflictivas: la decisión de "darse muerte" o "seguir existiendo" resulta del predominio de una de esas tendencias, en el momento de consumarlo.

La conducta suicida y el intento suicida no constituyen ellas mismas una enfermedad sino una complicación en la vida de las personas. La probabilidad del suicidio es varias veces superior en las personas que padecen una enfermedad mental, sobre todo cuando no están recibiendo tratamiento integral permanente y adecuado. El riesgo suicida también se incrementa en adultos mayores, que sin haber padecido una enfermedad mental crónica, afrontan condiciones existenciales adversas frecuentes en ese momento vital, y en especial, cuando se agregan enfermedades físicas con repercusión espiritual y sin sostén apropiado, y en niños y jovencitos, cuando los impactos estresantes familiares y sociales pueden favorecer la aparición de conductas suicidas diversas.

A todas esas personas se agregan, en los períodos de derrumbe social y cultural, aquellas que, en circunstancias de alto sufrimiento subjetivo con desesperanza, incrementan la probabilidad de consumir suicidio.

La tentativa suicida o su consumación implica en primer lugar a su protagonista pero debe subrayarse la fuerte repercusión sobre el entorno, a corto, mediano y largo plazo. La atención de la familia y los allegados, que casi nunca se realiza, es una medida principal para prevenir los daños psicológicos traumáticos del entorno e interrumpir el círculo recurrente de la apelación al suicidio.

El incremento de 40 % de los suicidios en nuestro país, se corresponde con un período histórico caracterizado por el grave deterioro de las condiciones sociales y culturales con notorio sufrimiento subjetivo y mortificación espiritual de personas y grupos humanos. El padecimiento de los individuos, sus familias y las comunidades incluye un conjunto

de eventos adversos y penosos permanentes que interactúan multiplicando sus efectos y expandiendo la desesperanza.

La experiencia histórica internacional muestra el incremento del riesgo suicida en circunstancias similares.

En este penoso e intrincado panorama la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, en su documento programático "*Salud Mental en la Emergencia Social y en el Nuevo Modelo Asistencial*"¹³ advierte sobre la **prevalencia o problemática de fin siglo** en los siguientes términos. "Existe un nuevo perfil en la demanda masiva a los servicios de asistencia y una notoria inadecuación en la respuesta. Se incluyen aquí las molestias y quejas corporales -que no correlacionan con trastornos somáticos consistentes-, los problemas emocionales y del estado de ánimo, entrelazados con problemáticas existenciales: *Trastornos por estrés, Trastornos adaptativos, Trastornos depresivos y Situaciones de padecimiento personal, familiar y social que merecen asistencia sin constituir trastorno.* Alta prescripción de medicamentos, "medicina alternativa" y expansión de propuestas folklóricas -que contrastan con la prodigación, sin apropiada evaluación científica, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de tecnología especializada- traducen las dificultades para responder con propiedad a las actuales necesidades de personas y comunidades.

De especial preocupación resulta **la violencia social, familiar y el maltrato infantil y sus consecuencias, y la incidencia creciente de la muerte violenta.** La violencia y las muertes violentas (homicidio, suicidio y accidentes considerados en conjunto), por sus causas y en especial por sus consecuencias se han convertido en un problema principal de salud. Entrelazados a la violencia, **el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones** y diversas condiciones de **padecimiento en la vida cotidiana.** Las modificaciones de la conducta de las personas y los grupos sociales, con tendencia al egocentrismo y a la devaluación de los vínculos solidarios; la exaltación competitiva sin consideración por el prójimo y por sí mismo; la incertidumbre y enajenación en la actividad laboral con desempleo, subempleo y multiempleo; los fenómenos de emigración, marginación y fragmentación social, constituyen un complicado entramado de riesgos y daños.

Los espacios de crecimiento y de formación de los seres humanos, la familia, los ámbitos de convivencia e intercambio creativo y recreativo y la actividad laboral, resultan fuertemente perturbados y hasta desmantelados, afectando especialmente a niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores.

En Uruguay estos fenómenos de fin de siglo aparecieron con relativo retraso y menor intensidad pero ya están instalados en forma endémica y se han expresado con especial malignidad luego del desastre financiero de 2002. Esta **Emergencia Social** propone a la sociedad y al personal de salud el desafío de cooperar en nuevos campos donde las prácticas tradicionales resultan insuficientes y donde las acciones en salud mental resultan imprescindibles.

Estos y otros problemas aparecen sobre una compleja inflexión de la cultura en el último tercio del siglo, condicionada por cambios económicos, tecnológicas y sociales con fuerte y creciente concentración regresiva de bienes materiales y culturales”.

3. Factores de riesgo y factores de protección.

La conducta suicida en su momento crítico supone, en general, un conflicto subjetivo entre tendencias contradictorias y, además, la ocasión fatal de disponer de medios para realizarla. La alternativa se decide entre el empleo de la violencia contra sí o el reconocimiento doloroso de la problemática que motivó la disyuntiva de morir o sostener la vida. En la enfermedad mental severa este margen de libertad por lo general desaparece, sustituido por la convicción irreductible de morir.

Algunos factores de riesgo suicida.

Los estudios realizados en condiciones de relativa estabilidad social muestran:

- asociación entre suicidio y desórdenes mentales; principalmente depresión (64 %), alcoholismo (15 %), esquizofrenia (3 %), ansiedad (3 %).
- antecedentes de conductas suicidas en la persona y/o la familia.
- consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, especialmente, en personas vulnerables.
- disponibilidad de medios mortíferos en el hogar (armas, tóxicos, medicaciones letales en sobredosis, etc.).
- el aislamiento social, pérdida reciente de personas o vínculos significativos.
- la desinserción laboral y educativa.
- la ausencia de consulta especializada o la negativa a realizarla; muchos estudios muestran el descenso significativo de la tasa de suicidio en los grupos que reciben tratamiento apropiado.

A esos factores se agregan, en las situaciones de crisis y emergencia, el derrumbe social con incremento de la desesperanza y la atmósfera

de violencia, favoreciendo la "solución" violenta de los conflictos personales.

Tan importante como los factores de riesgo son los factores de protección. Una vida con sentido personal y social, una historia de superación de situaciones problemáticas, una trama familiar, social, laboral o educativa abierta a un futuro esperanzador, son factores favorables. En el caso de los trastornos mentales, el tratamiento integral, permanente y de largo plazo con apertura a la vida comunitaria, favorecen esa perspectiva.

4. Plan de Acción.

El plan debe incluir medidas para disminuir los riesgos suicidas y para fortalecer los factores de protección. Estos planes deben atender a las factores permanentes implicados en los trastornos mentales y a los factores agregados por la emergencia social ^{4, 5, 7, 11}.

El conjunto de medidas económicas, sociales, culturales y sanitarias incluidas en el Plan Nacional de Emergencia Social constituyen una dirección principal de promoción y prevención en el suicidio y la violencia, y en general en toda la problemática psicosocial motivada o exacerbada por la situación de emergencia.

A esas acciones generales que apuntan a la penuria objetiva y al sufrimiento subjetivo de la comunidad, los planes de salud y salud mental deben agregar medidas sanitarias específicas:

Medidas de prevención primaria:

- amplia información y reflexión franca y veraz sobre ésta y otras problemáticas vinculadas a la violencia y a la salud mental (medios de comunicación, sistema educativo, etc.).
- promover la actividad comunitaria organizada en relación a estas problemáticas.
- evitar el fácil acceso a instrumentos mortíferos y establecer normas legales para su control.
- detección precoz de trastornos con sufrimiento subjetivo (Trastornos por estrés, adaptativos, depresivos) y situaciones de padecimiento espiritual que merecen asistencia aun antes de constituir un trastorno.
- identificación y atención de los grupos humanos con riesgo incrementado.
- evitar el consumo de alcohol u otros productos psicoactivos, en especial, con la finalidad de calmar la

ansiedad, el insomnio, el sentimiento de vacío o la pesadumbre.

- promover la atención a las personas aisladas o que han padecido pérdidas significativas
- asegurar la consulta especializada en situaciones de sufrimiento personal y de desesperanza.
- adiestramiento de los Equipos de Salud de Primer Nivel de Asistencia en éstas y otras problemáticas psicosociales de nueva prevalencia.
- fortalecimiento de las acciones de los Equipos Comunitarios de Salud Mental.

Medidas de prevención secundaria:

Consulta especializada y atención integral en:

- trastornos mentales o conflictiva psicosocial que merece sostén.
- atención integral a quienes apelaron a tentativas suicidas.
- atención de la familia y el entorno social próximo en suicidio y otras situaciones traumáticas.
- medidas de protección (vigilancia, internación) en casos de incremento del riesgo.
- empleo electivo o combinado de medicación, psicoterapia y medidas psicosociales.
- despliegue pleno de las estructuras previstas en el Programa Nacional de Salud Mental.

5. Investigación y evaluación de los resultados.

Las oscuridades que aun plantea la conducta suicida exige un desarrollo permanente de la investigación en este campo. La *evaluación de los resultados de los planes* resultan imprescindibles para mejorarlos o modificarlos. La difusión periódica del estado de situación, para facilitar la comprensión y la reflexión ciudadana, es una condición principal del plan de acciones.

Referencias

- (1) **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev Med Uruguay 1990; 6 (3):203-215.
- (2) **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay IV. La situación epidemiológica actual. Rev Med Uruguay 2001; 17 (1):24-32.
- (3) Epidemiología de la conducta suicida. Trabajos de revisión. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18(2):1-8.

- (4) **Ginés AM.** Suicidio en Uruguay. Revista Noticias - SMU, mar 1999; 97:54-56.
- (5) **Ginés AM, Porciúncula H y Arduino M.** El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Vol 69 N? 2: 129-150; dic, 2005.
- (6) Información suministrada por el Dpto de Estadística del MSP.
- (7) Informe sobre Suicidio en el Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Unidad Central de Salud Mental. Taller OPS/OMS: 22, 23 y 24 de febrero de 2000. Montevideo.
- (8) **González Rea JC.** Estudio epidemiológico de las muertes violentas en el Uruguay. Período 1963-1989. Monografía de Pos Grado. Clínica Psiquiátrica, Escuela de Graduados de la Fac de Medicina, nov 1991.
- (9) **Lucero Abreu R.** Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992). Rev. Med. Uruguay 1998; 14 (3): 236-247.
- (10) **Lucero Abreu R, Díaz N y Villalba L.** Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000 - abril 2001. El método de la autopsia psicológica. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 2002. Rev Psiquiatr Urug 2003; 67 (1):5-20.
- (11) **Lucero Abreu RK, Díaz N y Gold A.** Pautas de Evaluación, registro y tratamiento en conducta suicida. Rev de Salud Pública. MSP. Año 2, N? 2, 2003.
- (12) **Pasturino B, Vallarino V y Lima M.** Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Vilardebó. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68 (2): 147-161.
- (13) Salud Mental en la Emergencia Social y en el Nuevo Modelo Asistencial. *Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica del PNSM.* Montevideo, 16 ago 2005.
- (14) **Trindade J. y Maresca I.** Cifra oscura de suicidios. Comunicación interna. MSP.

Programa Nacional de Salud Mental-Comisión Asesora Técnica
Salud de la Población - DIGESA – MSP
Montevideo, marzo de 2006.