

Atención a personas con comportamiento suicida en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Lineamientos

2026

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Lineamientos para la atención a personas con comportamiento suicida en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito: Ministerio de Salud Pública, Proyecto Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, 2026

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. Lineamientos Operativos | 4. Comportamiento suicida |
| 2. Suicidio | 5. Nivel de riesgo |
| 3. Ideación suicida | 6. Plan de seguridad |

Ministerio de Salud Pública
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan,
Quito 170146, Ecuador
Teléfono: (593 2) 381 4400
www.salud.gob.ec

Edición general: Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental – Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos para la atención a personas con comportamiento suicida en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos. Quito. Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, MSP; 2026. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Hecho en Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Esp. Bernabé Erazo Jaime, Ministro de Salud Pública

Ing. Molina Galarraga Álvaro, Viceministro de Gobernanza de la Salud

Mgs. González Orlando Romel, Viceministro de Atención Integral en Salud, encargado

Mgs. Freja Victoria Plaza de la Rosa, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud

Mgs. Quinaluisa Chamorro Gabriela, Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, encargada

Mgs. Armendáriz Pinos Hugo Enrique Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud

Mgs. Bustamente Lindao German, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud

Mgs. Sandoval Illescas Karol, Directora Nacional de Atención Integral en Salud, encargada
Dra. Gutiérrez López Ana, Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, encargada

Esp. Chiriboga Estrella Gina, Gerente del Proyecto de Desarrollo de la Estrategia Para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental

Equipo de redacción y autores de la versión actualizada

Almeida Sandoval Daniela, psicóloga clínica, magister, analista del Proyecto Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Quito

Barral Coral Sandra, psicóloga clínica, magister, especialista en la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Quito

Medina Luna David, psicólogo clínico, analista del Proyecto Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Quito

Guerra Moreno Alejandra, psicóloga general, Quito

Calvopiña Veintimilla Martha, magister, especialista de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud, Quito

Equipo de revisión y validación

Alvear Hermosa Alex, psicólogo clínico, magister en gerencia de instituciones de salud, Quito

Troya Segovia Maritza, psicóloga, magister, especialista de Cuidado Permanente de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Quito

Narváez Zambrano Anderson, magister, especialista de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Quito

Carrión Ochoa Milady, magister, especialista de la Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, Quito

Vega Reyes Juan, médico, analista de proyecto, Proyecto de Fortalecimiento de la Promoción, Prevención y Atención del VIH/SIDA, ITS, Coinfección TB/VIH, Hepatitis Virales B y C, Quito

Chérrez Palacios Katherine, médico, especialista en psiquiatra, Directora del Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro, Quito

Villacís Chicaiza María, psicóloga clínica, master, analista de proyecto, Gestión Interna de Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Quito

Narváez Oleas Gabriela, psicóloga, analista de proyecto, Unidad Provincial de Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Riobamba

Llanos Jennifer Katherine, psicóloga clínica, analista de proyecto, Vigilancia, Prevención y Control de Salud, Los Ríos

Samaniego Carchi Jessenia, psicóloga, analista de proyecto, Unidad Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Cuenca

Mera Pereira Paola, magister, especialista zonal de Provisión de Servicios de Salud, DP01 Unidad Provincial de Gestión y Evaluación de Redes de Atención en Salud, Cuenca

Romero Orellan Zully, médico, directora asistencial encargada, Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Riobamba

Oyague Sorelly de los Ángeles, médico, especialista en Psiquiatría 1 del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña", Guayaquil

Méndez Pilco Héctor, médico, responsable de Emergencia, Hospital General de Latacunga, Latacunga

Gutiérrez Cajiao Karla, magister, Gestión y Evaluación de Redes de Atención en Salud, Quito

González Álvarez Nivaldo, médico, especialista en psiquiatra, Hospital General Docente de Calderón, Quito

Guillermo Alejandro Valencia, psicólogo clínico, Hospital Básico de Sangolquí, Sangolquí

Cisneros Espinosa Jesica, médico, especialista en medicina familiar, Centro de Salud Pomasqui, Pomasqui

Gavilanes Zurita Nadia, psicóloga clínica, Centro de salud San Pedro de Taboada, San Pedro de Taboada

Contenido

1.	Presentación	6
2.	Marco Jurídico	7
3.	Introducción	10
4.	Antecedentes y Justificación	11
5.	Objetivos.....	12
6.	Alcance	12
7.	Glosario de términos	13
8.	Desarrollo.....	17
8.1	Generalidades para la atención de personas con comportamiento suicida.....	17
8.2	Escenarios de captación para la atención de pacientes con comportamientos suicidas	18
8.3	Proceso de Abordaje del Comportamiento Suicida.....	18
9.	Siglas y Abreviaturas.....	31
10.	Bibliografía	32
11.	Anexos.....	36
Anexo 1.	Flujo de intervención	36
Anexo 2.	Modelo de triaje para la atención de emergencias/urgencias en salud mental...	37
Anexo 3.	Guía de Primeros auxilios psicológicos	38
Anexo 4.	Pautas de comunicación y trato a una persona con comportamiento suicida	40
Anexo 5.	Escala de severidad suicida – Columbia (versión breve de cribado)	41
Anexo 6.	Escala de severidad suicida – Columbia (Versión de Evaluación de Riesgos)	42
Anexo 7.	Escala de severidad suicida – Columbia (Versión De la vida/Reciente).....	45
Anexo 8.	Plan de Seguridad para el paciente.....	46
Anexo 9.	Plan de seguridad prehospitalario	48
Anexo 10.	Plan de seguridad hospitalario	48
Anexo 11.	Plan de egreso seguro para el paciente	50

1. Presentación

El comportamiento suicida constituye un problema prioritario de salud pública debido a su impacto en la mortalidad, la morbilidad, el bienestar de las personas, sus familias y las comunidades. Su naturaleza compleja y multifactorial, determinada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, requiere una respuesta integral, oportuna e intersectorial que fortalezca las acciones de promoción, prevención, detección temprana, atención y seguimiento en salud mental.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, emite los presentes *Lineamientos para la atención de personas con comportamiento suicida en los establecimientos de salud*, con el propósito de orientar, fortalecer y estandarizar las intervenciones dirigidas a la identificación, evaluación, manejo clínico, referencia, seguimiento y continuidad del cuidado de las personas que presentan ideación suicida, planificación suicida, intento de suicidio u otras manifestaciones asociadas al comportamiento suicida.

El documento establece directrices técnicas y operativas para el personal de salud de los diferentes niveles de atención, con el fin de garantizar una respuesta basada en la evidencia científica disponible, los principios de calidad, seguridad del paciente, atención integral en salud y respeto a los derechos humanos. Asimismo, promueve la implementación de intervenciones oportunas que permitan la valoración integral del riesgo, la reducción del acceso a medios letales, la atención de las condiciones de salud mental y física asociadas, y el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento y continuidad asistencial.

Estos lineamientos se enmarcan en la normativa nacional vigente y en las recomendaciones de organismos internacionales especializados en salud mental y prevención del suicidio. Su aplicación busca fortalecer las capacidades técnicas de los equipos de salud para brindar una atención humanizada, segura, libre de estigmatización y centrada en la persona, reconociendo la importancia de la participación activa del paciente, la familia y las redes de apoyo en el proceso terapéutico.

La implementación de estas disposiciones contribuirá a mejorar la calidad de la atención, optimizar la detección y el manejo del riesgo suicida, prevenir nuevos eventos y garantizar el acceso oportuno a servicios integrales de salud mental, en concordancia con los principios de equidad, integralidad, continuidad y protección de la salud establecidos en el Sistema Nacional de Salud.

Esp. Bernabé Erazo Jaime Otton
Ministro de Salud Pública

2. Marco Jurídico

Constitución de la República

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

Ley Orgánica de Salud

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

Ley Orgánica de Salud Mental

Art. 3.- Fines. - La presente ley tiene como finalidad:

- c) Fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención integral, promover la recuperación y garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos.
- d) Promover la salud integral y el bienestar físico, psicológico, cognitivo, emocional y relacional de todas las personas, en todo curso de vida, considerando su ámbito individual, familiar, social y comunitario.
- f) Prevenir la mortalidad, morbilidad, discriminación, discapacidad, a través de la atención oportuna, que incluya la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, basados en la mejor evidencia científica disponible.

Art. 6.- Salud mental. - “La salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, familiar, comunitario y socioeconómico. (...)”

Art. 27.- Declaratoria como problema de salud pública.- Se reconocen como problemas de salud pública a los trastornos del estado de ánimo o afectivos, la violencia en todas sus formas, ideación suicida, suicidio e intento suicida, trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, la lesión, disfunción cerebral o enfermedad física; y, otras enfermedades que la Autoridad Sanitaria Nacional reconozca como tal, según el perfil epidemiológico y la incidencia y prevalencia de las enfermedades de salud mental en la población.

Art. 29.- Prevención en salud mental. - la prevención integral en salud mental es el conjunto de políticas y acciones prioritarias y permanentes a ser ejecutadas por el Estado, las entidades públicas, de la seguridad social, privadas y por las familias o personas involucradas, encaminado a intervenir con participación intersectorial sobre las diferentes situaciones de riesgo para la salud mental, bajo un enfoque de derechos humanos, priorizando el desarrollo de las capacidades y potencialidades del ser humano, su familia y su entorno, el mejoramiento de la calidad de vida, el tejido de lazos afectivos y soportes sociales, en el marco del buen vivir.

Para precaver el desarrollo de problemas o trastornos mentales, será obligación primordial del Estado dictar políticas y ejecutar acciones inmediatas encaminadas a la reducción de los riesgos psicosociales, el consumo problemático de drogas, violencia, violencia de género, el suicidio e intento suicida, entre otros factores que puedan incidir de manera negativa en la salud mental de las personas, incluyendo el de otras enfermedades que puedan incidir o devenir en problemas de salud mental.

Art. 30.- Atención integral. - La atención integral de la salud mental comprenderá la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y cuidados paliativos de las problemáticas de salud mental, con enfoque prioritario a la continuidad de los cuidados en la comunidad y el territorio de residencia de los usuarios. Este proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario, intersectorial e intercultural, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

De manera excepcional, se autoriza la atención través de la hospitalización e internamiento de personas que sufran trastornos mentales, siempre y cuando se cumplan las condiciones establecidas para ello en esta Ley, demás normativa aplicable y los protocolos y guías clínicas nacionales o internacionales.

Art. 39.- Internamiento y tratamiento voluntario. - La internación y el tratamiento será voluntario cuando la persona otorgue su consentimiento informado, previo al inicio del mismo, para lo cual deberá existir el criterio del equipo interdisciplinario de salud mental que lo recomiende.

En caso de internamiento y tratamiento voluntario de niñas, niños y adolescentes y de personas que no tengan capacidad de discernir, se realizará de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 13 y 14 de esta Ley.

Art. 40.- Internamiento involuntario en urgencias y emergencia. - La internación involuntaria será considerada como un tipo de atención excepcional, que se aplicará únicamente en casos de urgencias o emergencia cuando exista riesgo para la vida o integridad física del paciente o de terceros, luego de que se hayan agotado los medios ambulatorios para el tratamiento.

Este tipo de internamiento se aplicará por el menor tiempo posible o hasta que el paciente haya superado la emergencia y cuando exista recomendación motivada del equipo interdisciplinario de salud mental tratante.

Art. 46.- Ámbito del ejercicio profesional en salud mental. - Únicamente los profesionales de la salud mental estarán autorizados para brindar atención de salud mental, que incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Se prohíbe la oferta de estos servicios, por parte de personas que no sean profesionales de la salud mental de conformidad con la ley.

Los profesionales con títulos de tercer nivel de medicina, con especialización de cuarto nivel en neurología, medicina interna, medicina familiar y emergencia, serán parte de los equipos de salud mental, a fin de brindar la atención requerida por el usuario, conforme su competencia profesional.

Los profesionales de la salud con títulos de tercer nivel en medicina, tendrán competencia para realizar intervenciones de salud mental como parte de la atención en el primer nivel, dentro de su nivel de formación y hasta que sus competencias profesionales y de formación se lo permitan.

Art. 47.- Profesionales de apoyo en materia de salud mental. - Los profesionales que se hayan formado en temas relacionados con la salud mental, pero que no formen parte de las profesiones de salud mental habilitadas para el efecto o no tengan competencia dentro de su ámbito de ejercicio profesional, conforme lo dispuesto en los artículos 45 y 46 de esta Ley, podrán realizar intervenciones de promoción, prevención e inclusión en materia de salud mental.

Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental

Art. 34.- Del tratamiento ambulatorio y hospitalario de la salud mental. - Las tipologías de establecimientos de salud, en los tres niveles de atención, incorporarán prestaciones permanentes de salud mental para la atención ambulatoria, según lo establecido en la Ley Orgánica de Salud Mental.

Política Nacional de Salud Mental

3.2.1.1 Líneas de acción

(...) se requiere desarrollar la normativa para la provisión de servicios con estándares de calidad, así como la vigilancia y control de establecimientos de salud que brindan atención a personas con problemas, trastornos mentales con y sin discapacidad en el Sistema Nacional de Salud, con enfoques de derechos humanos, interculturalidad y género;(...)"

3.2.3.1 Líneas de acción

(...) "las líneas de acción tienen que ver con ampliar la oferta de servicios de salud mental y mejorar la calidad de los servicios de salud mental integrar procedimientos de detección temprana e intervención oportuna en trastornos mentales comunes, ideación e intento suicida y consumo de drogas en la salud general, (...)"

Ley de derechos y amparo del paciente

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Art. 7.- Derechos del paciente. Toda persona tiene derecho a: "Recibir atención de emergencia inmediata en cualquier establecimiento de salud público o privado."

3. Introducción

El comportamiento suicida constituye un grave problema de salud pública y representa un desafío prioritario para los sistemas sanitarios a nivel mundial y nacional debido a su complejidad multifactorial y a su profundo impacto en personas, familias y comunidades.

En el Ecuador, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), se reconoce la necesidad de fortalecer de manera sostenida las acciones de prevención, atención integral y seguimiento de las personas en riesgo, garantizando una respuesta articulada, humanizada, oportuna y basada en la evidencia científica.

Los presentes lineamientos operativos tienen como propósito fundamental orientar la actuación del personal de salud del Ministerio de Salud Pública y de los equipos interdisciplinarios en todos los niveles de atención, desde la respuesta prehospitalaria hasta las acciones de posvención.

Asimismo, este documento establece los procedimientos para la detección temprana, valoración del riesgo suicida, la intervención terapéutica, la hospitalización cuando corresponda, así como el seguimiento y acompañamiento posterior de las personas con comportamiento suicida, en concordancia con los principios de derechos humanos, confidencialidad, interculturalidad, enfoque de género y no discriminación.

Uno de los componentes más importantes para la prevención del suicidio comprende la atención oportuna de personas con ideación o intentos suicidas, pues se conoce que el 50-80% de los suicidas tienen una historia de intento previo, siendo los intentos suicidas y las intenciones claras de cometer un suicidio el factor de riesgo más importante para una muerte por suicidio posterior (1). La evidencia muestra, además, que el seguimiento oportuno de estos casos puede ayudar a prevenir nuevos intentos de suicidio (que pueden derivar en suicidios consumados) (2,3), por lo que tanto la atención prehospitalaria, en emergencias/urgencias y hospitalaria, así como el abordaje desde el primer nivel de atención debe realizarse según una línea establecida de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

4. Antecedentes y Justificación

La salud mental constituye un componente esencial de la salud integral y un eje prioritario de la política pública sanitaria. En este contexto, el comportamiento suicida representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud debido a su impacto en la mortalidad prematura, la discapacidad, el sufrimiento individual y familiar, así como por las consecuencias sociales y económicas asociadas.

De acuerdo con los registros nacionales de atención en salud, durante el período comprendido entre enero a diciembre de 2025 se reportaron 1.564.298 atenciones en salud mental en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública de los tres niveles de atención. De estas, 1.055.969 correspondieron al primer nivel de atención, evidenciando su papel fundamental como puerta de entrada al sistema sanitario y como principal escenario para la promoción de la salud mental, la detección temprana de factores de riesgo y la atención inicial de personas con trastornos mentales y del comportamiento.

Entre los principales diagnósticos relacionados con factores asociados al comportamiento suicida se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), los trastornos del estado de ánimo o afectivos (F30-F39), los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F49), los trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69), los síndromes de maltrato (T74) y las lesiones autoinfligidas intencionalmente e intentos de suicidio (X60-X84), de conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

La presencia de estas condiciones constituye un importante indicador de vulnerabilidad y riesgo suicida, por lo que su identificación, evaluación y tratamiento oportunos resultan fundamentales para la prevención de desenlaces fatales y la reducción de la recurrencia de conductas autolesivas. Asimismo, evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de detección temprana, intervención clínica, seguimiento y continuidad del cuidado en todos los niveles de atención, bajo un enfoque integral, comunitario e interdisciplinario.

En el marco del Proyecto “Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental”, se realizó un análisis técnico de la implementación de los “Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos Suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador”, emitidos en el año 2021. Este proceso permitió identificar oportunidades de mejora relacionadas con la actualización de contenidos técnicos, la armonización con la normativa vigente y el fortalecimiento de procedimientos operativos para la atención de personas con comportamiento suicida.

Como resultado de dicho análisis, se identificó la importancia de establecer procedimientos estandarizados que orienten la actuación del personal de salud en los distintos niveles de atención, garantizando la continuidad asistencial desde la identificación inicial del riesgo hasta el seguimiento.

En este contexto, la actualización de los presentes lineamientos responde a la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta institucional frente al comportamiento suicida, mediante la implementación de criterios técnicos estandarizados que permitan brindar una atención integral, oportuna, segura, continua y basada en evidencia científica. Su aplicación contribuirá a mejorar la calidad de la atención, fortalecer la coordinación entre los niveles de atención, optimizar la gestión del riesgo suicida y favorecer la prevención de nuevos eventos, en concordancia con los principios de integralidad, equidad, calidad, seguridad del paciente y respeto a los derechos humanos que rigen el Sistema Nacional de Salud.

5. Objetivos

Objetivo general

Establecer lineamientos operativos para la atención integral de personas identificadas con comportamiento suicida en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Objetivos específicos

- Fortalecer la detección temprana y valoración del nivel del riesgo suicida de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud desde el primer al tercer nivel de atención;
- Estandarizar herramientas para la identificación oportuna de factores de riesgo clínicos, psicosociales y contextuales;
- Describir escenarios y acciones para la atención de los pacientes con comportamiento suicida.

6. Alcance

Los presentes lineamientos son de aplicación obligatoria para las/los profesionales de la salud, equipo de salud mental y profesionales de apoyo en materia de salud mental, que laboran en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y que, en el marco de sus competencias, brindan atención a personas que puedan presentar comportamiento suicida.

7. Glosario de términos

Amenaza suicida: manifestación verbal, escrita, conductual o de cualquier otra forma de comunicación mediante la cual una persona expresa la posibilidad de realizar una conducta suicida. Puede presentarse con diferentes grados de intensidad, claridad e intencionalidad suicida, constituyendo un indicador de sufrimiento psicológico y un potencial factor de riesgo que requiere valoración clínica integral, independientemente de la intención suicida inicialmente identificada (4,7,32)

Autolesión: actos voluntarios deliberados de provocar dolor, actos autodestructivos o autolesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia implícita o explícita de que la persona no tiene intención de matarse. Puede no provocar lesiones graves, pero también puede llegar o producir una muerte autoinfligida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida refiere al envenenamiento o a la lesión autoinfligida intencional, que puede o no tener una intención o resultado fatal (5).

Comunicación suicida: acto dirigido hacia otras personas en que el sujeto transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Para algunos autores existen dos tipos de comunicación suicida: amenaza suicida y plan elaborado (6)

Conducta autolesiva sin intención suicida: conducta deliberada mediante la cual una persona se provoca daño físico a sí misma sin intención de morir. Esta conducta puede estar asociada a sufrimiento psicológico, dificultades en la regulación emocional o situaciones de estrés, por lo que requiere evaluación clínica integral. (4,7).

Consultoría de enlace: es un proceso en el cual un profesional de la salud mental brinda asesoramiento, consulta y orientación a otros profesionales de la salud, con el fin de mejorar la atención integral de los pacientes con trastornos mentales (12).

Comportamiento suicida: se define como un proceso dinámico y multifactorial que abarca un continuo de manifestaciones, desde la ideación suicida (pensamientos sobre la muerte, deseo de no vivir o de hacerse daño), pasando por la intención suicida (decisión o disposición de llevar a cabo el acto), la planificación suicida (organización de un método, lugar o momento para realizarlo), hasta las conductas suicidas propiamente dichas, como el intento de suicidio (acción autoinfligida con o sin resultado lesivo), el reintento (repetición de una conducta suicida previa) y el suicidio consumado (muerte autoinfligida con intención de morir). Este proceso puede variar en intensidad y temporalidad, y se encuentra influenciado por factores individuales, familiares, sociales y contextuales. (8).

Crisis suicida: estado agudo de intenso malestar emocional y psicológico en el que la persona presenta ideación suicida y/o conductas autolesivas, con disminución temporal de su capacidad para afrontar la situación y evaluar consecuencias, lo que requiere intervención inmediata (1-9).

Desesperanza: estado emocional profundo de no ver soluciones ni futuro, caracterizado por una visión pesimista, sensación de impotencia, falta de motivación y atribución de eventos negativos a causas personales e inevitables, siendo un síntoma clave en la depresión y un factor de riesgo para el suicidio, donde nada parece tener sentido ni solución posible (10).

Equipo Interdisciplinario de salud mental: profesionales de distintas disciplinas que trabajan de manera articulada, integrando sus conocimientos y enfoques en la toma de decisiones conjuntas, con el fin de brindar una atención integral centrada en las

necesidades del paciente (11). Este equipo se conformará con profesionales de la salud mental (psicología, psiquiatría), profesionales de terapia ocupacional, trabajo social y enfermería, que cuenten con el conocimiento específico y que, en el marco de sus competencias, son parte de la atención integral de los usuarios y sus familias. También serán parte de los equipos interdisciplinarios de salud mental los profesionales de la salud con títulos de tercer nivel en medicina con especialización de cuarto nivel en psiquiatría infantil, neurología infantil, neuropsicología clínica y afines en salud mental pediátrica y otros establecidos por la autoridad sanitaria nacional (12).

Equipo de salud: conjunto de profesionales, técnicos y auxiliares que participan en la prestación de servicios de salud, de manera organizada y coordinada, con el propósito de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de las personas, familias y comunidades (13).

Encuadre terapéutico: conjunto de acuerdos, normas y límites que organizan la relación terapéutica y las condiciones en las que se desarrolla el proceso de atención, incluyendo la definición de objetivos, la periodicidad de las sesiones, la confidencialidad y las responsabilidades de las partes involucradas, con el propósito de brindar un entorno seguro y facilitar la adherencia y la efectividad de la intervención (38).

Estigma: se define como el conjunto de creencias, actitudes y prácticas sociales negativas que generan rechazo, discriminación o desvalorización hacia las personas que presentan ideación, intento o antecedentes de conducta suicida, así como hacia sus familias. El estigma puede manifestarse a nivel social (prejuicios y exclusión), interpersonal (trato discriminatorio) e internalizado (autopercepción negativa), y constituye una barrera para la búsqueda de ayuda, el acceso a servicios de salud y la continuidad del tratamiento (51).

Factores de riesgo: constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que incrementan la probabilidad de una conducta suicida, como la presencia de trastornos mentales, consumo problemático de sustancias, antecedentes de intentos de suicidio u otras condiciones asociadas (14).

Factores protectores: son condiciones personales, familiares o comunitarias que disminuyen la probabilidad de una conducta suicida y favorecen el estado de salud del individuo, tales como el apoyo social, la capacidad de buscar ayuda, la vinculación con redes de apoyo y la existencia de proyectos de vida (14).

Ideación suicida: son las ideas, pensamientos, fantasías de muerte voluntaria de quitarse la vida, con o sin planificación o método (4).

Ideación suicida activa: presencia de pensamientos recurrentes sobre hacerse daño o terminar con la propia vida que incluyen, en distinto grado, intención de morir, consideración de métodos específicos y, en algunos casos, elaboración de un plan concreto. La ideación activa implica pensar seriamente en llevar a cabo una acción suicida, con la expectativa de que esta conduzca a la muerte, y se asocia con un riesgo clínico elevado que requiere valoración inmediata por un profesional de salud mental. Diversos autores describen la ideación suicida activa como aquella en la que el sujeto no solo desea morir, sino que contempla formas específicas de hacerlo, con mayor estructuración del plan y proximidad al intento (56–58).

Ideación suicida pasiva: presencia de pensamientos de muerte o deseos de estar muerto, sin intención clara de llevar a cabo una acción específica para provocar la propia muerte ni elaboración de un método concreto. Se expresa, por ejemplo, como “quisiera no despertar” o “preferiría estar muerto”, pero sin planificación ni decisión firme de actuar. Aunque la

ideación pasiva se considera de menor riesgo inmediato que la ideación activa, constituye un indicador relevante de malestar psicológico y se asocia con mayor probabilidad de evolución hacia formas de ideación más estructuradas o intentos de suicidio, por lo que requiere evaluación clínica sistemática y seguimiento (56-58).

Intención suicida: grado en que una persona manifiesta el propósito consciente de causar su propia muerte mediante una conducta autoinfligida. La intención suicida puede variar en intensidad, desde pensamientos vagos de muerte hasta la decisión firme de morir, y debe evaluarse considerando las manifestaciones verbales, conductuales, la planificación, la preparación del acto y el contexto clínico de la persona (4).

Intento de suicidio: acción potencialmente lesiva autoinfligida, Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (4).

Intervención en crisis: es una técnica de manejo de corto plazo diseñada para reducir el daño potencial permanente en una persona afectada por una crisis psicológica, estableciendo relación, entendiendo el problema, confrontando emociones y facilitando estrategias de afrontamiento para regresar al nivel de funcionamiento previo (15).

Plan suicida: es un proceso mediante el cual una persona desarrolla una estrategia para llevar a cabo una conducta suicida; puede incluir la selección del método, lugar y momento para ejecutar el acto, la planificación de conductas preparatorias y el grado de intención (16).

Posvención: acciones dirigidas a brindar atención, acompañamiento y contención emocional a las personas y comunidades afectadas, posterior a un suicidio consumado o intento suicida grave, con el propósito de reducir el impacto psicológico, prevenir la aparición de nuevos casos y fortalecer las redes de apoyo familiar y social (17,18).

Primeros auxilios psicológicos: es la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual. La meta de los primeros auxilios psicológicos es que la persona salga del shock y active sus recursos para recuperar su capacidad de afrontamiento refiere a la reducción de los síntomas, los signos presentes, pero esto no quiere decir que está resuelta la situación que desencadenó la crisis (19).

Profesionales de la salud mental: las profesiones específicas reconocidas son Médicos con especialización en psiquiatría, Psicólogos con título de tercer nivel que hayan realizado prácticas preprofesionales de atención a pacientes y Psicólogos con título de tercer nivel que no hayan realizado prácticas, pero que cuenten con un título de cuarto nivel en salud y que realicen las prácticas correspondientes, estas podrán brindar atención en evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Así también, como parte de los equipos de salud mental se encuentran los profesionales con títulos de tercer nivel de medicina, con especialización de cuarto nivel en neurología, medicina interna, medicina familiar y emergencia (60).

Profesionales de apoyo en materia de salud mental: son profesionales que se han formado en temas relacionados con la salud mental, pero no forman parte de las profesiones de salud mental habilitadas. Estas únicamente podrán realizar intervenciones de promoción, prevención e inclusión en materia de salud mental. (60).

Red de servicios de salud mental: es el sistema coordinado de servicios, articulada entre niveles asistenciales (atención primaria, hospitales, servicios comunitarios y especialidad

psiquiátrica) para garantizar evaluación, tratamiento, derivación, seguimiento continuo del paciente, que busca reducir la fragmentación de servicios, mejorar el acceso a tratamiento especializado y fortalecer la continuidad de cuidados, mejorando resultados clínicos y disminución de recaídas, hospitalizaciones o suicidios (20–24).

Referencia prioritaria en salud: proceso de remitir a un paciente a otro nivel de atención o especialista con mayor capacidad resolutive de cuando su condición requiere una atención más inmediata (25).

Suicidio: muerte autoinfligida como consecuencia de un acto deliberado, en el que se reconoce intención de provocarse la muerte (26).

Triage: proceso clínico y sistemático que consiste en la revisión rápida de un conjunto de pacientes, con el fin de asignar evaluaciones y establecer prioridades de tratamiento. Se realiza aplicando criterios predeterminados y utilizando un método de clasificación que determina el nivel de urgencia y la atención requerida (27).

8. Desarrollo

El suicidio constituye un fenómeno complejo, multifactorial y de gran impacto en la salud pública, cuya prevención y atención requieren un abordaje integral, oportuno y articulado entre los diferentes niveles de atención y actores involucrados. En este contexto, el presente documento desarrolla los lineamientos técnicos, procesos y flujos de atención para la identificación, evaluación, intervención y seguimiento de las personas con comportamiento suicida en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, con el propósito de garantizar una respuesta estandarizada, segura y centrada en las necesidades de la persona, su familia y la comunidad.

8.1 Generalidades para la atención de personas con comportamiento suicida

- Todo profesional de la salud es responsable de brindar: atención inicial, medidas de seguridad, contención y activación de la ruta de atención correspondiente.
- La valoración clínica integral del riesgo suicida, la formulación diagnóstica y el seguimiento terapéutico de las personas con comportamiento suicida deberán ser realizados por profesionales de salud mental competentes o bajo su supervisión, de acuerdo con la capacidad resolutive del establecimiento de salud y los mecanismos de articulación establecidos en la red integral de servicios de salud.
- La ausencia de profesionales de salud mental en el establecimiento de salud *no deberá*, bajo ninguna circunstancia, constituirse en un criterio de exclusión, postergación o negación de la atención a personas que presenten conductas suicidas o riesgo suicida.
- El profesional de salud que atienda a personas con comportamiento suicida deberá mantener una comunicación asertiva, empática, respetuosa y libre de juicios de valor, promoviendo la escucha activa y la contención emocional. Asimismo, el proceso de evaluación, atención, seguimiento y posvención deberá desarrollarse bajo principios de confidencialidad, enfoque intercultural, perspectiva de derechos humanos y no revictimización.
- Toda persona que presente alguna fase del comportamiento suicida: ideación suicida, la intención, la planificación, el intento o el reintento de suicidio, deberá ser considerada como un caso de atención prioritaria, independientemente del nivel de riesgo que presente. Además, se deberá garantizar la seguridad de la persona garantizando un espacio que brinde privacidad, confidencialidad y comodidad.
- De acuerdo al nivel de complejidad del caso y con el fin de garantizar una atención integral y oportuna se deberá gestionar en dependencia del caso: interconsulta, referencia, contrareferencia y referencia inversa de acuerdo a la normativa legal vigente.
- Los establecimientos de salud deberán garantizar la asignación prioritaria de turnos y atenciones subsecuentes a toda persona con comportamiento suicida, a fin de asegurar la continuidad terapéutica, el seguimiento oportuno y la permanencia en el proceso de atención integral, de acuerdo con su condición clínica y nivel de riesgo.

- En todos los establecimientos de salud que cuenten con servicios de emergencia deberán aplicar el triaje según el anexo 2.
- Se debe registrar en la historia clínica todas las acciones realizadas y las recomendaciones dadas.
- En caso de inasistencia del paciente a las citas programadas, alguno de los miembros o quien forme parte del *equipo de salud mental* deberá realizar el seguimiento correspondiente para identificar las causas de abandono o interrupción del tratamiento. Para ello, se priorizará el contacto con la familia o red de apoyo y de ser necesario, se coordinará la visita domiciliaria conforme al nivel de atención y capacidad resolutive del establecimiento de salud.

8.2 Escenarios de contacto con personas con comportamiento suicida en los establecimientos de salud:

El primer contacto de una persona con comportamiento suicida puede producirse en cualquiera de los siguientes escenarios del Ministerio de Salud Pública y de los servicios articulados a este:

- Línea 171 opción 6
- Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, para la activación de la respuesta prehospitalaria a través del Centro Regulador de Emergencias y Urgencias (CREU-MSP)
- Durante la intervención de los Equipos de Atención Prehospitalaria.
- Servicio de emergencia
- Servicio de hospitalización
- Unidad de Salud Mental Hospitalaria (USMH)
- Consulta externa de las diferentes especialidades
- Servicio Ambulatorio Básico
- Servicio Ambulatorio Intensivo (SAI)
- Visita domiciliaria o brigadas realizadas por el Equipo de Atención Integral en Salud (EAIS).

8.3 Abordaje del comportamiento suicida

El abordaje del comportamiento suicida deberá realizarse de manera inmediata, conforme al escenario de contacto, nivel de competencia y capacidad resolutive del establecimiento de salud, garantizando la identificación oportuna del riesgo, la seguridad de la persona, la atención integral y la continuidad del cuidado.

8.3.1 Evaluación inicial del riesgo físico

La evaluación inicial del riesgo físico deberá efectuarse por el personal de salud, de manera presencial en todos los escenarios de atención previamente descritos; excepto en la atención brindada a través de la línea 171 opción 6, debido a que la valoración se realiza de manera telemática.

Durante esta evaluación, el personal de salud deberá:

- Identificar la presencia de daños físicos, lesiones o condiciones que impliquen riesgo vital o constituyan una emergencia médica, incluidas intoxicaciones, autolesiones traumatismos.

- Determinar la necesidad de hospitalización inmediata, observación en el área de emergencia o procesos de desintoxicación, previo a continuar con la valoración mental.
- Garantizar que la persona no permanezca sola y restringir el acceso a objetos o medios potencialmente letales (armas, medicamentos, objetos corto punzantes, lugares de riesgo).

Los procesos establecidos en los apartados posteriores deberán aplicarse conforme al nivel de atención, capacidad resolutive y escenario de captación correspondiente

8.3.2 Primeros auxilios psicológicos (PAP)

- En todos los casos y escenarios se deberá aplicar Primeros Auxilios Psicológico, esta intervención la puede emplear todo el personal de salud capacitado, con el propósito de brindar apoyo práctico, humanizado y no invasivo, centrado en las necesidades y preocupaciones inmediatas de la persona, procurando atenderlas en la medida de lo posible. (ver anexo 3. Primeros Auxilios Psicológicos y anexo 4. Pautas de comunicación).

Durante la aplicación de los PAP se debe promover la escucha activa, sin sobre estimular a hablar sobre el tema, reconfortar a la persona, ayudar a la autorregulación emocional durante el tiempo que se requiera, a fin de disminuir la intención suicida, aplazar la decisión, conectar con el acceso a los servicios y redes de apoyo.

- En el caso de la línea 171 opción 6, se brindará el soporte emocional necesario y se gestionará el apoyo según la gravedad del caso y apoyado del cuadro donde se detallan las características de comportamiento suicida por nivel de riesgo según las “Características de comportamiento suicida por nivel de riesgo”, descritas en el ítem 8.3.3.1.
- La estratificación del riesgo suicida y la acción correspondiente se realizará de la siguiente manera:
 - ✓ **Riesgo bajo:** gestión de turno prioritario en un establecimiento de salud que cuente con el servicio de psicología, cercano al domicilio de la persona.
 - ✓ **Riesgo moderado:** gestión de turno en un Servicio Ambulatorio Intensivo o establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive.
 - ✓ **Riesgo alto:** derivación de llamada al SIS ECU 911, para activar el proceso de atención de emergencia.

8.3.3 Identificación del riesgo suicida

Para la identificación del riesgo se deberá considerar las características del comportamiento suicida por nivel de riesgo, los factores de riesgo y los factores protectores, a través de la observación y el levantamiento de información:

8.3.3.1. Características del comportamiento suicida por nivel de riesgo

A continuación, se describen las principales características que pueden presentarse según el nivel de riesgo identificado en las personas con comportamiento suicida:

Nivel de riesgo	Características
Bajo	• Pensamientos ocasionales como “quisiera desaparecer” o “no quiero vivir más”. • No hay angustia significativa asociada a la ideación. • Estado de ánimo bajo, pero funcionalidad conservada. • Miedo al dolor o a morir. • No hay conducta de despedida ni conducta impulsiva. • Puede comunicar sus pensamientos sin riesgo inmediato (comunicación suicida). • Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. • No hay intención evidente. • La persona es capaz de rectificar su conducta y hacer autocrítica. • Cuenta con una red de apoyo sostenida
Moderado	• Expresiones verbales más claras: “he pensado en matarme con pastillas”. • Aumento en la frecuencia y duración de los pensamientos. • Estado afectivo lábil, ansiedad, desesperanza. • Inicio de conducta preparatoria: escribir carta, pensar el lugar. • Puede haber historia previa de intento no letal. • Ambivalencia: deseo de morir y deseo de alivio emocional. • Existen planes con ideación suicida y factores de riesgo adicionales. • Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
Alto	• Plan detallado para hacerse daño: método, lugar, momento. • Declaraciones directas: “lo haré esta noche”, “ya tengo las pastillas”. • Conductas de despedida (mensajes, notas, arreglos). • Aislamiento extremo, retraimiento, abandono de actividades. • Incapacidad de verbalizar compromiso de seguridad. • Conducta impulsiva o desesperada. • Presencia de alucinaciones, delirios o síntomas graves. • Presencia de factores de riesgo clínicos, psicológicos o sociales que, en conjunto, incrementan la probabilidad de conducta suicida.

Elaboración: propia

Fuente: OMS (31), APA (32), Columbia-Suicide Severity Rating Scale (34–37) y Turecki et al. (53)

8.3.3.2 Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida

La OMS resalta que los factores de riesgo existen en distintos niveles (52-54):

a) Factores de riesgo según niveles de influencia

- **Individuales:** presencia de trastornos mentales, antecedentes de intentos previos, factores genéticos, enfermedades crónicas o dolor persistente, consumo problemático de alcohol y otras drogas, impulsividad, desesperanza.
- **Interpersonales y familiares:** violencia intrafamiliar, conflictos graves, pérdida de vínculos afectivos, antecedentes familiares de suicidio.
- **Comunitarios y sociales:** aislamiento, exclusión social, discriminación, bullying o ciberacoso, información inapropiada (redes sociales).
- **Estructurales y contextuales:** crisis económicas, desempleo, acceso a medios letales, desastres naturales, guerras, desplazamientos, aculturación, niveles de inseguridad, ausencia de servicios adecuados de salud mental.

b) Factores de riesgo según el ciclo de vida

La identificación de factores de riesgo debe realizarse con un enfoque de curso de vida, considerando las particularidades de cada etapa:

Etapa de vida	Factores de riesgo principales
Infancia (0-11 años)	Abuso físico, sexual o emocional. Negligencia o abandono. Violencia intrafamiliar o ser testigo de violencia. Trastornos del neurodesarrollo no detectados o no tratados. Dificultades escolares persistentes. Bullying y exclusión social temprana.
Adolescencia (12-18 años)	Depresión, ansiedad, consumo temprano de alcohol y drogas. Impulsividad y baja tolerancia a la frustración. Conflictos familiares severos. Ruptura de relaciones afectivas o rechazo de pares. Bullying/ciberacoso. Orientación o Identidad sexual/de género no aceptada socialmente. Exposición a conductas suicidas en medios o en pares. Antecedentes de intentos suicidas previos. Acceso a medios letales en el hogar.
Juventud (19-25 años)	Trastornos mentales emergentes (inicio de esquizofrenia, trastorno bipolar). Dificultades académicas o desempleo. Falta de autonomía económica. Conflictos y/o rupturas de pareja. Aislamiento social. Consumo problemático de alcohol o drogas. Estigmatización por identidad de género, orientación sexual o condición de salud. Antecedentes de intentos suicidas previos. Acceso a medios letales en el hogar.
Adultez (26-59 años)	Estrés laboral crónico, síndrome de burnout o desempleo. Conflictos y/o rupturas conyugales, divorcio Duelo. Endeudamiento o crisis económicas. Enfermedades físicas incapacitantes o dolor crónico. Antecedentes de intentos suicidas previos. Aislamiento social progresivo. Acceso a medios letales en el hogar.
Persona adulta mayor (60 años en adelante)	Enfermedades crónicas, terminales, discapacidades sobre todo asociadas a dolor persistente. Duelo por la pérdida de pareja, hijos u otros seres significativos. Jubilación sin preparación y pérdida de rol social. Abandono familiar. Maltrato por parte de cuidadores. Soledad y falta de redes de apoyo. Dependencia funcional. Estigmatización de la vejez. Acceso a medios letales en el hogar.

Adaptado de: OMS y OPS sobre prevención del suicidio y factores de riesgo según el curso de vida; Turecki et al., 2019; UNICEF, 2021.

8.3.3.3 Factores protectores asociados al comportamiento suicida

Son amortiguadores frente a la adversidad y permiten disminuir la probabilidad de que una persona actúe sobre sus pensamientos suicidas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, 2021), los factores protectores se presentan en varios niveles:

- **Individuales:** resiliencia, capacidad de regulación emocional, habilidades de afrontamiento positivo, sentido de propósito, pensamiento esperanzador y capacidad para buscar ayuda.
- **Familiares y sociales:** redes de apoyo sólidas, vínculos interpersonales significativos, acompañamiento en crisis, ausencia de violencia intrafamiliar.
- **Comunitarios y culturales:** pertenencia a grupos sociales, integración cultural, participación comunitaria, creencias religiosas o espirituales que desincentivan la conducta suicida.
- **Económicos y estructurales:** acceso a educación y empleo, condiciones de vida dignas, estabilidad económica y acceso oportuno a servicios de salud integral, especialmente de salud mental.

Para evaluar adecuadamente el riesgo suicida, es indispensable considerar la acumulación e interacción de factores. A mayor número de factores de riesgo presentes y menor presencia de factores protectores más elevado será el riesgo suicida. Sin embargo, es importante destacar que los factores de riesgo explican solo parcialmente por qué las personas llegan a pensar o intentar quitarse la vida, lo que resalta la necesidad de abordajes integrales.

Cuando durante el abordaje se identifiquen signos, síntomas o características compatibles con comportamiento suicida, el personal de salud deberá efectuar el tamizaje correspondiente mediante la aplicación de la Escala de Severidad Suicida de Columbia (C-SSRS), con la finalidad de identificar el nivel de riesgo suicida.

8.3.3.4 Aplicación de la Escala de Severidad Suicida de Columbia (C-SSRS) - Tamizaje

Para la adecuada identificación del riesgo suicida actual, se requiere la utilización de instrumentos de tamizaje con propiedades psicométricas adecuadas. La evidencia científica disponible demuestra que la Escala Columbia para la Evaluación de la Gravedad de la Ideación y Conducta Suicida (C-SSRS) presenta adecuados niveles de validez, confiabilidad y capacidad predictiva. Asimismo, las versiones validadas en población hispanohablante y latinoamericana respaldan su utilización para la identificación del riesgo suicida en diversos contextos asistenciales, incluidos los tres niveles de atención, los servicios de emergencia y los ámbitos comunitarios (34-37).

La Escala de Severidad Suicida de Columbia (C-SSRS) para el ámbito clínico tiene algunas versiones, las cuales se aplicarán conforme a los diferentes contextos:

- Versión “breve” se utiliza en los servicios de emergencias/urgencias y consulta externa de medicina general, familiar o de cualquier especialidad diferente a la de salud mental, como una herramienta adicional para identificar el nivel de riesgo la cual consta de 6 preguntas principales que evalúan la presencia de ideación suicida y conducta suicida (Anexo 5).

- Versión de “Evaluación de Riesgos” generalmente se usa en centros especializados en salud mental, unidades de crisis y en hospitales especializados en salud mental tanto en emergencias psiquiátricas como en hospitalización (Anexo 6).
- Versión “De la vida/Reciente” evalúa la ideación suicida reciente (generalmente un mes), su intensidad y el comportamiento suicida, se aplica en la consulta externa de especialidad en salud mental (Psiquiatría y Psicología) y hospitalización (Anexo 7).

Este tamizaje nos permite realizar la detección temprana, estimar la gravedad del riesgo y orientar la toma de decisiones clínicas respecto a la intervención, derivación y seguimiento del paciente, puede ser aplicado por personal especializado y no especializado en salud mental con previa capacitación en los contextos sanitario y comunitario.

8.3.4 Análisis integral del resultado de la identificación del riesgo suicida

Con los resultados de la Escala de Severidad Suicida de Columbia y las características del comportamiento suicida por nivel de riesgo identificadas durante el abordaje con el paciente se realizará el análisis respectivo para determinar la estratificación del riesgo según el siguiente detalle:



Si bien el gráfico muestra la clasificación del riesgo, **muchos intentos de suicidio no tienen un plan estructurado** pues son impulsivos y sin premeditación.

Nota: Cuando exista controversia entre el levantamiento de información y el tamizaje, se deberá tomar en cuenta en nivel de riesgo mayor para continuar las acciones detalladas en el siguiente numeral.

8.4 Intervención con el paciente

Tras la identificación del nivel de riesgo, realizada por el personal sanitario, en cualquiera de los escenarios, se deberán efectuar las siguientes acciones.

8.4.1 Acciones de los profesionales ante la identificación del riesgo suicida

Una vez realizada la evaluación inicial del estado físico, la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), la identificación del riesgo psicosocial, el tamizaje y el análisis de sus resultados, el equipo de salud deberá determinar el nivel de riesgo suicida y ejecutar las siguientes acciones, de manera oportuna y conforme a su capacidad resolutive:

a) Acciones ante riesgo bajo:

Equipo de Salud:

- Coordinar la interconsulta y el agendamiento prioritario con el servicio de psicología del establecimiento de salud más cercano que disponga de este servicio, conforme a su cartera de servicios; aplicar el formulario 053 en caso de ser requerido.
- Brindar orientación al paciente para que, ante la presencia de crisis, acceda a la línea 171 opción 6 para asistencia psicológica inmediata; y, en situaciones de emergencia, active el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911.
- Proporcionar psicoeducación sobre estrategias de autorregulación emocional (respiración, caminatas, activación de red de apoyo, actividades recreativas o deportivas, entre otras).
- Promover la participación de un familiar o persona de confianza, brindando información sobre señales de alerta y acciones de apoyo.
- El profesional de medicina familiar deberá incluir al paciente en el seguimiento extramural mediante la actualización del mapa parlante, con una periodicidad mínima de una visita mensual, considerando la posible variabilidad del riesgo.

Equipo interdisciplinario de salud mental

La atención especializada debe incluir las siguientes acciones:

- **Entrevista:**
 - ✓ Encuadre terapéutico y explicación del proceso de atención.
 - ✓ Exploración de antecedentes personales, familiares y psicosociales asociados al comportamiento suicida.
 - ✓ Indagación de ideación, intención, planificación, conductas preparatorias, intentos previos y acceso a medios letales.
 - ✓ Aplicación de reactivos, escalas o instrumentos psicológicos complementarios, de acuerdo con el criterio clínico.
 - ✓ Análisis clínico integral para la confirmación del nivel de riesgo y toma de decisiones terapéuticas.
- **Planificación terapéutica:** Elaborar el plan terapéutico individualizado, estableciendo objetivos de intervención, frecuencia de atención y estrategias de seguimiento conforme a las necesidades del paciente.
- **Elaboración del plan de seguridad:** Construir conjuntamente con el paciente el plan de seguridad, incorporando señales de alerta, estrategias de afrontamiento, restricción de medios letales, red de apoyo y mecanismos de actuación ante crisis.

- **Psicoeducación:** Brindar orientación al paciente y, de ser pertinente, a la familia o red de apoyo sobre factores de riesgo, señales de alerta, adherencia terapéutica y acciones de apoyo en situaciones de crisis.
- **Seguimiento:**
 - ✓ Agendar cita subsecuente conforme la evolución clínica para garantizar el seguimiento por el servicio de psicología.
 - ✓ Coordinar el seguimiento intramural o extramural según el nivel de atención y la capacidad resolutive del establecimiento de salud, articulando acciones con medicina familiar, psicología, trabajo social u otros servicios cuando corresponda.
 - ✓ Mantener monitoreo continuo del riesgo suicida durante el proceso terapéutico, considerando que este puede modificarse de manera dinámica. Para el seguimiento extramural, y cuando aplique según el nivel de atención y capacidad resolutive del establecimiento de salud, se podrá utilizar y mantener actualizado el mapa parlante.
 - ✓ El seguimiento deberá realizarse con una periodicidad mínima de una vez al mes, o con mayor frecuencia de acuerdo con la evolución clínica y el nivel de riesgo identificado.
- **Registro clínico:** Registrar en la historia clínica todas las intervenciones realizadas, resultados de la evaluación, nivel de riesgo identificado, plan terapéutico, plan de seguridad, referencias, interconsultas y acciones de seguimiento coordinadas.

b) Acciones ante riesgo moderado

Equipo de Salud:

- El médico familiar del establecimiento de salud deberá iniciar o ajustar el tratamiento farmacológico, de acuerdo con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente y criterio clínico.
- Coordinar de manera inmediata la interconsulta con el servicio de psicología para atención prioritaria; en caso de no disponibilidad, gestionar la referencia al establecimiento más cercano que cuente con este servicio.
- Evaluar la pertinencia de referencia para valoración por psiquiatría, conforme a la condición clínica del paciente y capacidad resolutive del establecimiento.
- Contactar e involucrar a la familia o red de apoyo, promoviendo el acompañamiento permanente del paciente.
- Brindar psicoeducación sobre estrategias de afrontamiento y orientación para la actuación en crisis, incluyendo el uso de la línea 171 opción 6 y la activación del ECU 911 en caso de emergencia o incremento del riesgo.
- Los profesionales que forman parte del Equipo de Atención Integral de Salud EAls deberán incluir al paciente en el seguimiento extramural, mediante el mapa parlante, con una periodicidad mínima de cada tres semanas, o con mayor o menor frecuencia según evolución clínica.
- Notificar al responsable de la gestión de los servicios de salud mental de la Oficina Técnica correspondiente para el registro del caso a través de la herramienta definida para este efecto en cada provincia, así como para el seguimiento y monitoreo dentro de la red de servicios de salud, especialmente ante variaciones o incrementos en el nivel de riesgo identificado. Esta gestión deberá realizarse de manera oportuna, sin exceder las 36 horas posteriores a la identificación del caso. La información deberá ser manejada bajo estrictos criterios de confidencialidad, resguardando la privacidad de la persona y garantizando que su acceso se limite al personal autorizado involucrado en la atención y seguimiento del caso.

Equipo interdisciplinario de salud mental

La atención especializada debe incluir las siguientes acciones:

- **Entrevista:**

- ✓ Encuadre terapéutico y explicación del proceso de atención.
- ✓ Brindar contención emocional y psicoeducación al paciente y, de ser pertinente, a la familia o red de apoyo sobre signos de alarma, adherencia terapéutica y medidas de seguridad.
- ✓ Indagar antecedentes personales, familiares y psicosociales asociados al comportamiento suicida.
- ✓ Explorar sobre ideación suicida, intención, planificación, conductas preparatorias, intentos previos y acceso a medios letales.
- ✓ Aplicación de reactivos, escalas o instrumentos psicológicos complementarios, de acuerdo con el criterio clínico y la capacidad resolutive del establecimiento.
- ✓ Análisis clínico integral para la confirmación del nivel de riesgo y definición de las acciones terapéuticas y de protección correspondientes.

- **Elaborar el plan terapéutico individualizado:** el profesional de psicología elaborará o actualizará el plan terapéutico, incorporando los objetivos, la frecuencia de atención, el tipo de intervención (individual, familiar o grupal), seguimiento y la coordinación con otros servicios como psiquiatría, medicina, enfermería, trabajo social o terapia ocupacional.

Únicamente en el caso que no se disponga del mismo en el establecimiento de salud de primer nivel, será de responsabilidad del médico familiar quien deberá realizar el abordaje y de ser necesario apoyarse con la consultoría de enlace con profesionales de salud mental o generar la referencia al establecimiento geográficamente más cercano que disponga de psicología para el abordaje integral del caso.

- Elaborar conjuntamente con el paciente **el plan de seguridad**, incorporando señales de alerta, estrategias de afrontamiento, restricción de medios letales, red de apoyo mecanismos de actuación ante crisis.
- Elaborar la referencia/interconsulta para la valoración del servicio de psiquiatra, en caso de ser pertinente. En caso de no contar con la consultoría de enlace se coordinará con el médico familiar/médico internista del establecimiento de salud conforme al nivel de atención.
- Coordinar el seguimiento intramural o extramural según el nivel de atención y la capacidad resolutive del establecimiento de salud, articulando acciones con medicina familiar, psicología, trabajo social u otros servicios cuando corresponda.
- Mantener monitoreo continuo del riesgo suicida durante el proceso terapéutico, considerando que este puede modificarse de manera dinámica. Para el seguimiento extramural, y cuando aplique según el nivel de atención y capacidad resolutive del establecimiento de salud, se podrá utilizar y mantener actualizado el mapa parlante.

- **Seguimiento:**

- ✓ Agendar citas subsecuentes para garantizar la continuidad del proceso terapéutico y la reevaluación periódica del riesgo suicida.
- ✓ Mantener monitoreo continuo del riesgo suicida durante el proceso terapéutico, considerando que este puede modificarse de manera dinámica.
- ✓ Coordinar el seguimiento intramural o extramural según el nivel de atención y capacidad resolutive del establecimiento de salud, coordinando con trabajo social, psicología, medicina familiar u otros servicios según corresponda; para

este fin, cuando aplique, se podrá utilizar y mantener actualizado el mapa parlante.

- ✓ El seguimiento deberá realizarse con una periodicidad mínima de una vez cada tres semanas, o con mayor frecuencia de acuerdo con la evolución clínica y el nivel de riesgo identificado.
- Registro clínico: Registrar en la historia clínica todas las intervenciones realizadas, resultados de la evaluación, nivel de riesgo identificado, plan terapéutico, plan de seguridad, referencias, interconsultas y acciones de seguimiento coordinadas.

El psiquiatra que reciba la referencia, previo a la coordinación prioritaria de la identificación del riesgo que presente el paciente con conducta suicida, deberá:

- Realizar una evaluación integral de la condición clínica y psiquiátrica del paciente, incluyendo la valoración del riesgo suicida, presencia de ideación, planificación, intención, impulsividad y acceso a medios letales.
- Determinar el nivel de riesgo y definir la pertinencia de manejo ambulatorio, intensivo o referencia a un nivel de mayor complejidad, de acuerdo con la condición clínica y capacidad resolutoria del establecimiento.
- Evaluar la necesidad de instaurar, ajustar o modificar tratamiento farmacológico, conforme al diagnóstico clínico y lo establecido en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente.
- Prescribir tratamiento farmacológico de acuerdo con criterio clínico, monitoreando respuesta terapéutica, adherencia y posibles efectos adversos.
- Establecer el plan de seguimiento psiquiátrico, definiendo la frecuencia de controles conforme al nivel de riesgo identificado y evolución clínica del paciente.
- Coordinar la atención con el equipo interdisciplinario de salud mental, servicios de salud mental y red de apoyo del paciente, fortaleciendo la continuidad del cuidado.
- Brindar psicoeducación al paciente y a la familia o red de apoyo sobre signos de alarma, adherencia terapéutica, restricción de medios letales y medidas de seguridad.
- Elaborar o reforzar el plan de seguridad para la prevención de nuevas conductas suicidas.
- Agendar citas subsecuentes para asegurar la continuidad del tratamiento y seguimiento especializado del caso.
- Solicitar interconsulta a otras especialidades médicas o profesionales de apoyo, de acuerdo con las necesidades clínicas, psicosociales o funcionales identificadas.

c) Acciones ante riesgo grave:

Equipo de Salud:

- Activar de manera inmediata el proceso de atención de emergencia.
- El personal de salud deberá brindar acompañamiento permanente y vigilancia continua, sin dejar sola a la persona en ningún momento.
- Solicitar apoyo inmediato al médico familiar del establecimiento o responsable de turno, para la estabilización clínica y/o farmacológica del paciente, según corresponda.
- Coordinar con el equipo de salud e identificar las redes de apoyo del paciente, a fin de asegurar el seguimiento y acompañamiento continuo.
- Coordinar previamente la recepción del paciente con el establecimiento de salud que disponga de servicio de emergencia, garantizando la continuidad de la atención.

- Activar el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 para la coordinación de la atención prehospitalaria, especialmente en situaciones de riesgo inminente, dificultad de traslado o necesidad de apoyo interinstitucional (Policía Nacional u otros organismos de respuesta).
- El traslado del paciente deberá realizarse en ambulancia, garantizando condiciones de seguridad durante todo el proceso.
- Notificar a la Oficina Técnica correspondiente para el registro del caso y seguimiento dentro de la red de servicios.

Equipo interdisciplinario de salud mental

Toda persona identificada con riesgo suicida grave deberá ser considerada una emergencia en salud mental y recibir atención inmediata, prioritaria e integral, conforme a la capacidad resolutoria del establecimiento de salud y los mecanismos de referencia de la Red Integral de Salud.

Una vez que el paciente haya ingresado a emergencia, este deberá ingresar al área correspondiente para la valoración y estabilización clínica inmediata. Para lo cual se debe realizar la clasificación en emergencia con el proceso de triaje para determinar la prioridad de atención, conforme a la clasificación establecida:

- **Prioridad I:** Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en Sala de Reanimación. (50)
 - ✓ Suicidio frustrado.
 - ✓ Intento suicida.
 - ✓ Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
- **Prioridad II:** Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo, con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención en Consultorios de Emergencia en un tiempo no mayor a 10 minutos. (50)
 - ✓ Pacientes con ideación suicida
 - ✓ Pacientes con crisis de ansiedad

Posterior a la estabilización clínica inicial, y en caso de no haberse realizado previamente, el profesional de salud aplicará la Escala de Severidad Suicida de Columbia (C-SSRS) como parte de la valoración integral del riesgo suicida.

El equipo interdisciplinario de salud mental deberá:

- Determinar la necesidad de hospitalización o referencia a una unidad especializada de mayor complejidad, para ello deberá considerar los siguientes criterios:

Criterios
Intentos previos presencia de planes de suicidio elaborados o ideación persistente.
Intento suicida violento premeditado y letal. Tomó precauciones para no ser descubierto.
Trastorno mental grave como psicosis o dependencia severa a sustancias.
Necesidad de tratamiento o estudio médico de la conducta suicida.
Ausencia de adecuado soporte psicosocial.
No aparece sensación de alivio tras la entrevista o de haber sobrevivido.
Falta de aceptación de tratamiento o medidas pactadas.
Conducta impulsiva agitación severa racionalidad pobre o rechazo de ayuda.

Fuente: Criterios para internación de pacientes con intención y/o intento suicida en unidades de salud mental hospitalarias o unidades psiquiátricas (5,31)

- Durante el proceso de hospitalización se coordinará con la USMH. En caso de que el hospital no cuente con USMH se garantizarán las interconsultas necesarias con psicología y psiquiatría.
- En ausencia de profesionales de salud mental en el establecimiento, el equipo de salud tratante deberá gestionar oportunamente la consultoría de enlace para recibir asesoramiento especializado en la evaluación del riesgo suicida, el manejo clínico y la implementación de medidas de protección y seguridad. Cuando la situación lo requiera, se coordinará la referencia de la persona a un establecimiento con capacidad resolutoria en salud mental, a través de la activación de la red de servicios de salud correspondiente.
- Realizar evaluación integral de salud mental e iniciar tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico según diagnóstico clínico.
- El equipo interdisciplinario de salud mental, será quien elabore y ejecute el plan terapéutico y de seguridad hospitalario, los mismos que se actualizarán conforme la necesidad del caso.
- De presentarse una descompensación del paciente, el equipo interdisciplinario de salud mental realizará los cambios pertinentes en el plan terapéutico.
- Mantener vigilancia continua y garantizar un entorno seguro, restringiendo el acceso a medios letales.
- Coordinar interconsultas con otras especialidades cuando la condición clínica lo requiera.
- Activar la red de apoyo familiar o comunitaria y brindar psicoeducación sobre signos de alarma y medidas de seguridad.
- Previo al egreso del paciente, el equipo de salud deberá garantizar la continuidad del cuidado mediante:
 - ✓ Elaboración del plan de egreso seguro.
 - ✓ Coordinación de la contrarreferencia al servicio ambulatorio, SAI o establecimiento más cercano al domicilio y agendamiento prioritario con la especialidad según requiera el caso.
- Seguimiento y monitoreo continuo del riesgo con una frecuencia mínima semanal durante las primeras semanas posteriores a la crisis y mantenerse conforme a la evolución clínica del paciente, con el objetivo de:
 - ✓ Verificar el estado emocional y evolución clínica.
 - ✓ Detectar recaídas o incremento del riesgo suicida.
 - ✓ Identificar factores de riesgo persistentes.
 - ✓ Reforzar factores protectores y adherencia terapéutica.

8.5 Acciones que debe evitar el personal sanitario

- Interrumpir innecesariamente el relato de la persona durante la entrevista o evaluación.
- Mostrar actitudes de asombro, desaprobación, discriminación, estigmatización.
- Mostrar desinterés o falta de atención durante la escucha del relato.
- Realizar comentarios inapropiados, subjetivos o ajenos al contexto de atención.
- Formular preguntas sugestivas o dirigidas que puedan influir en las respuestas y comprometer la espontaneidad, objetividad o validez de la información obtenida.
- Utilizar lenguaje excesivamente técnico o complejo que dificulte la comprensión de la información proporcionada.
- Ignorar las necesidades, prioridades, preferencias o decisiones de la persona atendida, en concordancia con su condición clínica y capacidad de decisión.

- Negar, retrasar, restringir o condicionar la atención debido a antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica previa, independientemente de que esta haya sido recibida en servicios públicos o privados.

8.6 Acciones ante una persona con comportamiento suicida que rehúsa a la atención

Si una persona con comportamiento suicida es llevada por terceros para recibir atención en cualquier establecimiento de salud, pero este rehúsa a la misma, o desea marcharse antes o después de haber sido evaluado su estado de salud, el personal de salud deberá actuar con base en los principios de autonomía, confidencialidad y seguridad, realizando las siguientes acciones:

- **Promover la permanencia:** el personal de salud deberá sensibilizar al paciente a fin de que permanezca en el servicio hasta completar la evaluación clínica, en la cual se evidencie la capacidad de decisión ante los riesgos y consecuencias.
- **Coordinar con la red de apoyo:** el profesional designado debe contactar a familiares, o personas de confianza (previo consentimiento del paciente) para reforzar la vigilancia y el acompañamiento constante.
- **Medidas de seguridad:** en caso de que el paciente mantenga intencionalidad suicida o riesgo de auto/heteroagresión, el profesional debe valorar la necesidad de implementar medidas de contención física o farmacológica, siempre como último recurso y bajo criterios clínicos.
En caso de presentarse alteración del orden público por parte del paciente y dificultarse el control de la situación por parte del personal de salud, este deberá activar o coordinar el apoyo por parte de instituciones de seguridad.
- **Registro formal:** posterior a la estabilización del cuadro, se continuará con la firma del consentimiento informado o desistimiento de continuar el tratamiento, documentando claramente la decisión y las medidas adoptadas. Si el estado de alteración emocional y cognitiva compromete su capacidad para otorgar un consentimiento se solicitará la firma del acompañante, familiar o tutor.
- **Entrega de información:** en caso de salida del establecimiento, el paciente, acompañante, familiar o tutor deberá recibir:
 - ✓ Información clara y accesible sobre cómo y dónde buscar ayuda en caso de crisis futura (teléfonos de emergencia, redes de apoyo, contactos de referencia).

8.7 Acciones de posvención

Cuando un suicidio o intento ocurra en la comunidad o en el ámbito familiar, el equipo de salud del primer nivel deberá:

- Desarrollar visitas domiciliarias para brindar acompañamiento y contención emocional inicial al entorno cercano y/o de la persona afectada.
- Si el profesional de salud identifica sintomatología relacionada con alguna fase de comportamiento suicida en el paciente o la familia, deberá aplicar el instrumento de tamizaje señalado anteriormente. De acuerdo con el nivel de riesgo, el profesional deberá proceder conforme los pasos descritos en el presente documento.
- Gestionar la asignación del turno en el establecimiento (Admisión/Estadística) o mediante el sistema nacional de agendamiento al servicio más cercano para el seguimiento psicológico individual, grupal, familiar, multifamiliar, esta se deberá realizar en la siguiente semana del suceso (29).
- Psicoeducar a la red de apoyo en signos de alerta y su rápida actuación.

- Elaborar, informar y entregar el plan de seguridad al paciente o red de apoyo.
- Implementar grupos de apoyo.
- Conectar con los servicios comunitarios no formales.

9. Siglas y Abreviaturas

CIATOX:	Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico
CREU:	Centro Regulador de Emergencias y Urgencias
EAIS:	Equipo Atención Integral de Salud
MAIS-FCI:	Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
MSP:	Ministerio de Salud Pública
SAI:	Servicio Ambulatorio Intensivo
USMH:	Unidad de Salud Mental Hospitalaria

10. Bibliografía

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva; 2014 [cited 2026 Mar 17]. 88 p. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5bd12922-b362-458f-8025-f613da4922e7/content>
2. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008 Sep;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995 PubMed PMID: 18797646.
3. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis.* 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158 PubMed PMID: 22846445.
4. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2007;37(3):248-263.
5. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE. 2022 Sep 7. PubMed PMID: 36595613.
6. World Health Organization. Medidas de salud pública para la prevención del suicidio [Internet]. 2012 [cited 2026 Mar 17];(978 92 4 150357 0). Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503570>
7. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
8. NICE. Overview | Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. 2022 Sep 7;77.
9. Moutier C. Conducta suicida - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida/conducta-suicida>
10. Blanco E. Desesperanza - Clínica Persum [Internet]. 2020 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://psicologosoviedo.com/desesperanza/>
11. World Health Organization. Marco de actuación sobre educación interprofesional y práctica colaborativa [Internet]. Geneva Switzerland: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice; 2010 [cited 2026 Mar 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
12. Presidencia de la República del Ecuador. Reglamento a la Ley Orgánica de Salud Mental. Registro Oficial Tercer Suplemento No. 697. Decreto Ejecutivo No. 465. Quito: Ecuador; 2024.
13. World Health Organization. Working together for Health: World Health Report 2006. *World Health.* 2006;19(3):237. PubMed PMID: 17178522.
14. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio PRONAPS Septiembre 2023. PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO CUADERNILLO BÁSICO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <http://www.consame.salud.gob.mx/pronaps.html>
15. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2022;1120.
16. Wang D, Gulpa V. Intervención en crisis [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559081/>
17. World Health Organization. Preventing Suicide. 2023;47.
18. Andriessen K. Can postvention be prevention? *Crisis.* 2009;30(1):43–7. doi:10.1027/0227-5910.30.1.43 PubMed PMID: 19261568.
19. Osorio Vigil A. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS. Asociación Latinoamericana

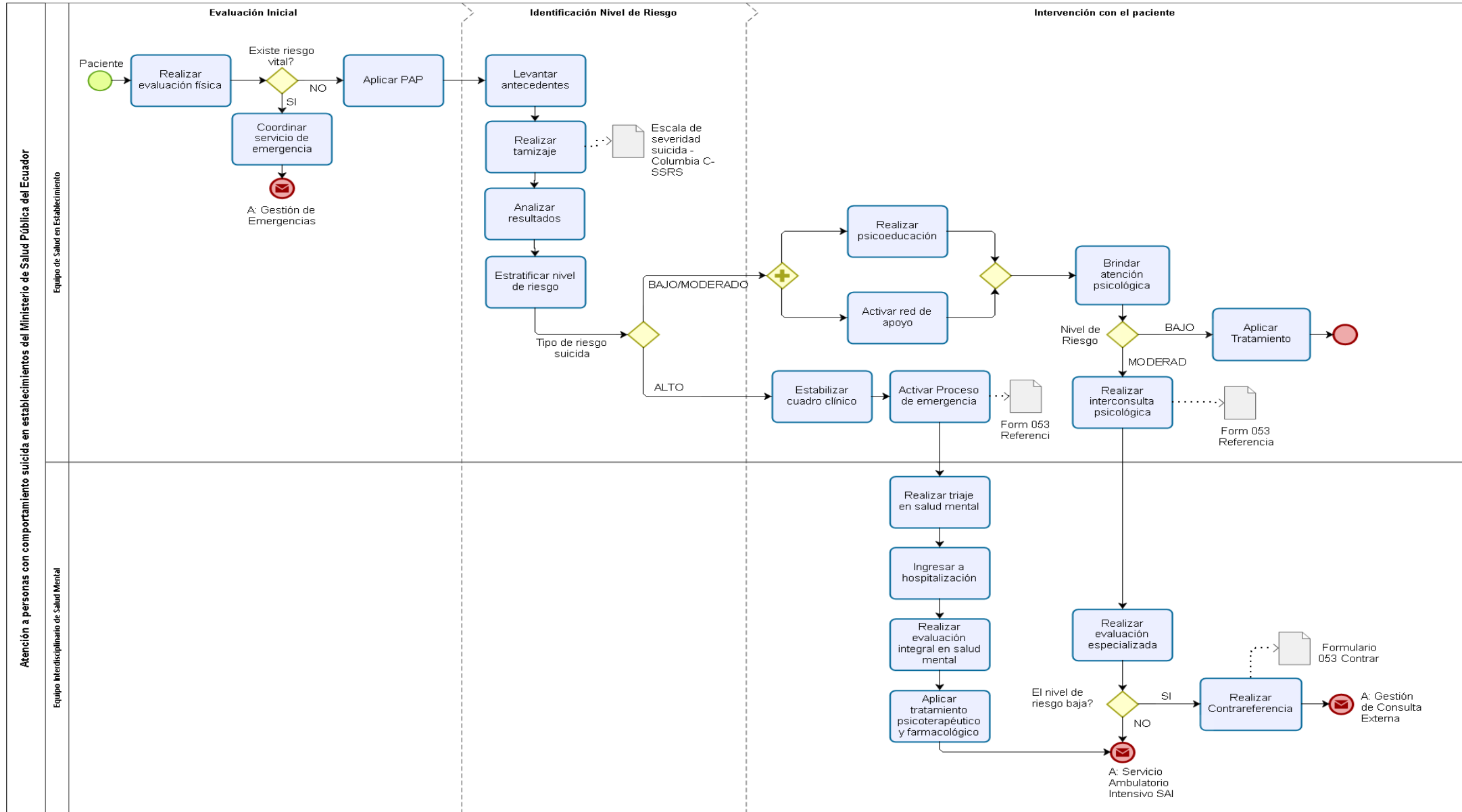
- para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPSI. 2022;5(15).
20. Mork E, Mehlum L, Fadum EA, Rossow I. Collaboration between general hospitals and community health services in the care of suicide attempters in Norway: a longitudinal study. *Annals of General Psychiatry* 2010 9:1. 2010 Jun 11;9(1):26-. doi:10.1186/1744-859X-9-26
21. Arnon S, Shahar G, Brunstein Klomek A. Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Front Public Health*. 2024;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1266717 PubMed PMID: 38259744.
22. World Health Organization. Integrating mental health and primary care: A global perspective. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization Available at: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf. 2007;34:224. PubMed PMID: 17868760.
23. Unützer J, Harbin H, Druss B. The Collaborative Care Model: An Approach for Integrating Physical and Mental Health Care in Medicaid Health Homes ▪ Implementation of evidence-based collaborative care in Medicaid-and in integrated care programs for individuals dually eligible for Medi.... HEALTH HOME Information Resource Center [Internet]. 2013 [cited 2026 Mar 17];2–14. Available from: <http://www.medicaid.gov>.
24. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;10(10). doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2 PubMed PMID: 23076925.
25. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad PS e Igualdad de E de TS de G (avalía t); 2012. G de PC en el SA t 2010/02.). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Galicia; 2012 [cited 2026 Mar 17]. 2–361 p. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
26. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 17];35. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve%0Ahttps://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
27. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Triage en Servicios de Urgencias Hospitalarias [Internet]. 2010 [cited 2026 Mar 17]. 4–144 p. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UUH.pdf>
28. World Health Organization. Suicidio [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
29. Coquelin M, Kopp-Bigault C, Barinoil C, Berrouiguet S, Guarnaccia C. Alinéa suicide postvention program: a codesigned early proactive intervention for survivors. *Front Psychol*. 2024 Dec 9;15. doi:10.3389/fpsyg.2024.1436680
30. Ministerio de Salud Pública. Manual para la primera intervención en intentos de suicidio. Quito, DM; 2025.
31. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. World Health Organization, editor. World Health Organization [Internet]. 2019 [cited 2026 Mar 17];2.0:1–173. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
32. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
33. Pérez S, Rodríguez B, García J, Baca-García E. ¿Existen componentes comunes de las psicoterapias eficaces para la conducta suicida? Implicaciones para la práctica profesional. *Rev Psicoter*. 2022.

34. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-Suicide Severity Rating Scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care*. 2015;31(2):88-94.
35. Madan A, Frueh BC, Allen JG, Ellis TE, Rufino KA, Oldham JM, et al. Psychometric reevaluation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale: findings from a prospective, inpatient cohort of severely mentally ill adults. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(7): e867-e873.
36. Serrani Azcurra DJL. Psychometric validation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale in Spanish-speaking adolescents. *Colomb Med (Cali)*. 2017;48(4):174-182.
37. Austria-Corrales F, Hernández-Ruiz A, Martínez-Hernández D, Fresán A, Gómez-Maqueo EL, Robles-García R, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: validity and psychometric properties of an online Spanish-language version in a Mexican population sample. *Front Public Health*. 2023; 11:1157581. Biblioteca Virtual Murciasalud. Preevid: ¿Hay alguna intervención psicológica breve para el abordaje grupal de los intentos y gestos autolíticos en personas a partir de los 16 años? [Internet]. 2016 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.murciasalud.es/preevid/21243#>
38. Salvador MC. El encuadre como escucha y acceso a la vida emocional profunda. La óptica para alcanzar el cerebro subcortical. *Rev Psicoter*. 2021;32(118):177-195. doi:10.33898/rdp.v32i118.492.
39. Arroyo Araya H. Guía práctica para la aplicación de los primeros auxilios psicológicos Red de Mujeres para la Paz. UNFPA. 2021;1–21.
40. Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vekerckhove P. A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines. *PLoS One*. 2014 Dec 12;9(12):e114714. doi:10.1371/journal.pone.0114714 PubMed PMID: 25503520.
41. Velasco JT, Ulises M, Martínez E, Limón Dj. Técnicas de Contención Emocional y Manejo del Estrés para Operadoras y Operadores de Llamadas de Emergencia Programa de Fortalecimiento para la Seguridad de Grupos en Situación de Vulnerabilidad. Programa de Fortalecimiento para la Seguridad de Grupos en Situación de Vulnerabilidad. 2017.
42. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract*. 2012 May;19(2):256–64. doi:10.1016/j.cbpra.2011.01.001
43. Levcovitz E (Coord.), Fernández Galeano M (Coord.), Rodríguez Buño R (Coord.), Benia W (Coord.). Protocolo de Atención a la conducta suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de libertad [Internet]. 2016 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54097>
44. Olson R. Conexión social y prevención del suicidio - Centro para la Prevención del Suicidio [Internet]. 2014 [cited 2026 Mar 17]. Available from: https://www.suicideinfo.ca/local_resource/socialconnectedness/?utm_source=chatgpt.com
45. Engage | Zero Suicide. Los pacientes con riesgo de suicidio aceptan participar activamente en un conjunto de prácticas basadas en la evidencia que abordan directamente sus pensamientos y comportamientos suicidas [Internet]. [cited 2026 Mar 17]. Available from: https://zerosuicide.edc.org/toolkit/evidence-base/engage?utm_source=chatgpt.com
46. Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, Gil Lemus LM, Jaramillo LE, García Valencia J, Bravo Narváez E, et al. Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013 Jan 1;43(SUPPL. 1):3–11. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.001
47. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract*. 2012 May 1;19(2):256–64. doi:10.1016/j.cbpra.2011.01.001

48. The Department of Veterans Affairs (VA), The Department of Defense (DoD). Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide [Internet]. 2013 [cited 2026 Mar 17]. Available from: https://www.aaceus.com/courses/Articles/Ref_Guidelines_Risk_of_Suicide.pdf?utm
m
49. Lineamientos operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y Red Pública Integral de Salud. Quito: Ministerio de Salud Pública;2016
50. Oexle N, Valacchi D, Grübel P, Becker T, Rüschi N. Two sides of the same coin? The association between suicide stigma and suicide normalisation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2022;31:e78. doi:10.1017/S2045796022000610.
51. World Health Organization. Suicide prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 May 18]. Available from: WHO Suicide Prevention
52. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington, DC: OPS; 2025 [cited 2026 May 18]. Available from: OPS Prevención del Suicidio
53. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*. 2019;5(1):74.
54. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2021: On My Mind – promoting, protecting and caring for children's mental health. New York: UNICEF; 2021.
55. Keegan E. Introducción a las psicoterapias. 3a ed. Buenos Aires: Polemos; 2012.
56. NIMH. Suicide Prevention. National Institute of Mental Health (NIMH) 2025. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention> (accessed November 27, 2025).
57. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:134–41.
58. U.S. National Library of Medicine. Suicide and suicidal behavior [Internet]. MedlinePlus 2023. <https://medlineplus.gov/ency/article/001554.htm> (accessed November 27, 2025).

11. Anexos

Anexo 1. Flujo de intervención



Anexo 2. Modelo de triaje para la atención de emergencias/urgencias en salud mental

Prioridad	Tiempo de Atención Recomendado	Criterios de inclusión
1	Inmediata (0-5 minutos)	- Intento suicida - Crisis de agitación psicomotora con conducta auto y/o heteroagresiva. - Cambios en el estado mental: <i>síndrome confusional agudo (delirium)*</i>. - Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria. - <i>Síndrome neuroléptico maligno*</i>
2	Urgente (5-10 minutos)	- Sobredosis sin depresión respiratoria. - Paciente con alteraciones en las <i>sensopercepciones*</i> - <i>Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol*</i>. - <i>Ideación suicida activa*</i>. - Pacientes con <i>ataque de pánico*</i>. - Pacientes con reagudización de su cuadro psicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora. - Cuadro de demencia con conducta psicótica.
3	Prioritario (10-60 minutos)	- Signos y síntomas de depresión moderada o grave - Crisis de ansiedad o disociativas - Paciente con trastorno psiquiátrico conocido que solicita ayuda, sin alteración conductual o síntomas psicóticos agudos. - <i>Ideación suicida pasiva*</i>. - <i>Reacción a estrés agudo*</i> y <i>estrés postraumático*</i>
4	Poco urgente (1-2 horas)	- Enfermedades crónicas clínicamente estables con angustia moderada - Paciente irritable pero cooperador.
5	No urgente (2-4 horas)	- Ninguna agitación, cooperador, comunicativo, capaz de seguir un plan de tratamiento. - Paciente conocido por el establecimiento de salud con síntomas crónicos. - Paciente simulador - Paciente que acude con familiares

Elaboración: Equipo Redactor del Manual de Funcionamiento de Servicios y Establecimientos de Salud Mental y Delegados del Hospital Especializado Julio Endara, Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro y Hospital Eugenio Espejo.

Anexo 3. Guía de Primeros auxilios psicológicos

Fase	Objetivo Clínico	Acciones	Frases Sugeridas
1.Contacto y presentación	Generar seguridad física y emocional inmediata.	- Crear un espacio seguro para la persona - Retirar o reducir acceso a objetos cortos punzantes, sustancias tóxicas, zonas elevadas, entre otros que puedan generar algún daño a la persona. - Presentarse con nombre y profesión, explicando el rol de ayuda. - Mantener postura abierta, tono calmado y contacto visual (sin juzgamiento). - De ser posible, cubrir necesidades emergentes (hidratación, calor). - Evitar promesas irreales, juicios, confrontaciones o minimizar la experiencia.	“Mi nombre es..., soy..., estoy aquí para apoyarle.” “Lo más importante ahora es su seguridad.” “Podemos hablar con tranquilidad.”
2. Establecer conexión y confianza	Construir un entorno de confianza, empatía y facilitar la apertura emocional.	- Solicitar permiso antes de aproximarse o intervenir. - Utilizar escucha activa (escuchar lo que le ocurre a la persona, que cuente de manera espontánea, sin presionarle y ser capaz de transmitirle comprensión). - Validar emociones. - Resumir y clarificar para organizar el discurso. - Evitar interrumpir o imponer soluciones prematuras.	“Gracias por comunicar esto.” “Lo que está sintiendo es válido y quiero entenderlo.” “Si le parece, podemos hablar de lo que le ha traído hasta aquí.” “Esto debe ser difícil para usted” “De lo que usted me ha comunicado, entendí que... ¿es correcto?”
4. Contención emocional y apoyo inmediato	Disminuir activación emocional y sensación de aislamiento.	- Mantener tono de voz regulado y actitud calmada. - Identificar la emoción predominante - Validar sin juzgar ni debatir la legitimidad del sufrimiento. - Facilitar el desahogo. - Aplicar técnicas breves de regulación emocional, como ejercicios de respiración. - Reducir aislamiento favoreciendo contacto con red de apoyo. - Reforzar alternativas realistas frente a su situación.	“Vamos a respirar juntos un momento.” Se puede aplicar la técnica 4,7,8. Solicitar a la persona que: ✓ Inhale por la nariz durante 4 segundos. ✓ Retenga el aire por 7 segundos. ✓ Exhale por la boca lentamente (como silbando) durante 8 segundos. “No debe que enfrentar esto sola/o.” “Estoy aquí con usted y vamos a buscar una forma segura de atravesar esto.” “Entiendo que se sienta abrumado/a con esta situación, veamos si podemos identificar al menos 3 posibles alternativas”
5. Planificación	Garantizar protección	- Aplazar la decisión (evitar entrar en una confrontación sobre la legitimidad del sufrimiento y buscar alejar la fecha de la decisión)	“¿Le parece si guardamos cualquier cosa peligrosa por ahora?”

Fase	Objetivo Clínico	Acciones	Frases Sugeridas
de seguridad, derivación o referencia	inmediata y continuidad del cuidado.	tomada). - Sembrar la ambivalencia (crear la duda del suicidio es la mejor o la única solución, en lugar de confrontarle directamente con su intención suicida). - Encontrar puntos de anclaje (identificar motivos, razones, personas, mascotas importantes para la persona y que supongan un enganche a la vida o impedimento para continuar con sus planes). - Confirmar acompañamiento hasta asegurar transición del cuidado.	“¿Hay alguien a quien podamos llamar juntos ahora?” “Antes de tomar cualquier decisión definitiva, ¿le parece si exploramos otras posibilidades?” “No tiene que decidir nada ahora mismo. Podemos esperar un poco.” “Démonos solo esta noche para pensar con más calma.”

Elaboración: propia

Fuente: Organización Mundial de la Salud (31) y American Psychiatric Association (32).

Anexo 4. Pautas de comunicación y trato a una persona con comportamiento suicida

Pautas de acción	Descripción técnica
Inicie el contacto presentándose y diríjase a la persona por su nombre	"Hola mi nombre es ... soy..." "¿Desea contarme lo que ha pasado?". Permitir que la persona hable puede retrasar el acto suicida y facilitar la activación del plan de rescate.
Escuche activamente con calidez y sin emitir juicios	Mantenga contacto visual, controle su lenguaje no verbal y adopte una postura a la altura de la persona (sentado o de pie, evitando posiciones intimidantes). Use frases de validación o parafraseo que demuestren comprensión.
Mantenga informados a los familiares o acompañantes	Explique las acciones que se están realizando y brinde contención emocional a los allegados.
Adapte su actitud según el grado de letalidad	Si el intento fue de baja letalidad o existe solo ideación suicida, mantenga una actitud facilitadora; si el riesgo es alto o el método fue letal, asuma una postura más directiva y firme.
Recabe información relevante para el seguimiento	Obtenga datos de contacto y referencias familiares para activación de la red de apoyo.
Utilice un lenguaje empático y validante.	Ejemplos de frases que se pueden emplear de manera asertiva: "Gracias por contarme lo que está pasando" "Lo que estás sintiendo es importante y merece ser atendido." "No estás solo/a en este momento; vamos a buscar la mejor manera de ayudarte." "Quiero escucharte y comprender mejor lo que estás experimentando." "Tu seguridad y bienestar son nuestra prioridad." "Vamos a trabajar juntos para encontrar formas de ayudarte a superar esta crisis." "Aunque ahora parezca muy difícil, existen alternativas y apoyo disponible." entre otras. Evite expresiones que minimicen, juzguen o cuestionen el sufrimiento de la persona. No utilice frases como: "no es para tanto", "debes de ser fuerte", " otros tienen problemas peores.", "mira, como haces sufrir a tu familia" "No pienses en eso", "si realmente quisieras morir ya lo habrías hecho." "en realidad no querías suicidarte", "tienes que poner de tu parte", o similares.

Adaptado de: Protocolo de Atención a la Conducta Suicida y al riesgo de autolesión en Centros PL (44)

Anexo 5. Escala de severidad suicida – Columbia (versión breve de cribado)

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)

Versión exploratoria - Reciente

	Pasado Mes	
Formule las preguntas que están en negrilla.	Sí	No
Formule las preguntas 1 y 2		
1) ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?		
2) ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
3) ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo? Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".		
4) ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? a diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5) ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tenida e intenciones de llevar a cabo este plan?		
6) ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida? Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc. Si la respuesta es "Sí", formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?	En el curso de la vida	
	Últimos 3 meses	

■ Bajo riesgo
■ Riesgo moderado
■ Alto riesgo

*Si todas las respuestas son negativas, no se ha identificado ningún riesgo actual.

Ítem 1: Remisión a Salud Mental

Ítem 2: Remisión a Salud Mental

Ítem 3: Remisión a Salud Mental

Ítem 4: Precauciones de seguridad para paciente y evaluación psiquiátrica por el equipo de crisis/Evidencia de Tratamiento Médico (EMT)/sala de emergencias

Ítem 5: Precauciones de seguridad para paciente y evaluación psiquiátrica por el equipo de crisis/Evidencia de Tratamiento Médico (EMT)/sala de emergencias

Ítem 6: Remisión a Salud Mental

For inquiries and training information contact: Kelly Posner, Ph.D.

New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

Fuente: Protocolo de Columbia para la atención médica y otros entornos comunitarios <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=healthcare.english>Link de descarga: https://drive.google.com/file/d/1LwuuUP7bRIO18qFyHhIG2lwNbG3MgADv/view?usp=drive_link

Anexo 6. Escala de severidad suicida – Columbia (Versión de Evaluación de Riesgos)

IDEACIÓN SUICIDA		
Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.	Considerando toda la vida - (cuando la persona sintió más ganas de suicidarse)	1 mes pasado
1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. ¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar? Si la respuesta es "sí", describa:	No ☐	Sí No ☐ ☐
2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/ suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plandurante el período de evaluación. ¿Ha pensado realmente en matarse? Si la respuesta es "sí" describa:	No ☐	Sí No ☐ ☐
3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse, pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis, pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". ¿Ha pensado en cómo podría hacerlo? Si la respuesta es "sí" describa:	No ☐	Sí No ☐ ☐
4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos, pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". ¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo? Si la respuesta es "sí", describa:	No ☐	Sí No ☐ ☐
5. Ideación suicida activa con plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. ¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tenía intención de llevar a cabo este plan? Si la respuesta es "sí" describa:	No ☐	Sí No ☐ ☐
INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN		
Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo). Pregunte sobre cuando la persona sintió más deseos de suicidarse. Considerando toda la vida - Ideación más seria: _____ Tipo N° (1-5) ideación 1 mes pasado - Ideación más seria: _____ _____ Descripción de la _____ Tipo N° (1-5) ideación _____ Descripción de la _____	Más seria	Más seria
Frecuencia ¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos? (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día	_____	_____
Duración Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran? (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos	_____	_____
Control ¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea? (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (4) Puede controlar los pensamientos con (5) No puede controlar los pensamientos (0) No intenta controlar los pensamientos	_____	_____

Impedimentos ¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas? (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde	____	____
Razones para la ideación ¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morir o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades? (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con reacción de los demás el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo reacción de los demás con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una (0) No corresponde reacción de los demás y para terminar con el dolor	____	____

COMPORTAMIENTO SUICIDA (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)	Considerando toda la vida	3 meses pasados
Intento real: Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cierta intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño , sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca, pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. ¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto? ¿Qué hizo? ¿Usted ____ como una manera de terminar con su vida? ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando usted ____? ¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted ____? ¿O pensó que era posible que podría haber muerto por ____? ¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)? (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa:	Sí No ☐ ☐ N° total de intentos ____ Sí No ☐ ☐	Sí No ☐ ☐ N° total de intentos ____ Sí No ☐ ☐
Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano, pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcar: la persona tiene la soga en el cuello, pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida, pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera? Si la respuesta es "sí" describa:	Sí No ☐ ☐ N° total de intentos interrumpidos ____	Sí No ☐ ☐ N° total de intentos interrumpidos ____
Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio, pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida, pero se detuvo antes de hacerlo? Si la respuesta es "sí", describa:	Sí No ☐ ☐ N° total de intentos abortados ____	Sí No ☐ ☐ N° total de intentos abortados ____

Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)? Si la respuesta es "sí", describa:		Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
Responda solamente por intentos reales		Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más letal:	Fecha del primer intento:	
Grado de letalidad y lesiones: 1. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 2. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 3. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 4. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable, pero puede recuperarse, fracturas graves). 5. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 6. Muerte		Ingrese código _____	Ingrese código _____	Ingrese código _____	
Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0 Muerte probable en el intento real, aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo, pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar, pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones, pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible		Ingrese código _____	Ingrese código _____	Ingrese código _____	

Fuente: Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) y estudios de validación y aplicación clínica de la escala (34–37)

Link de descarga: https://drive.google.com/file/d/1rSycJlc6MolabYuGRWTPu6gFHzi2fClp/view?usp=drive_link

Anexo 7. Escala de severidad suicida – Columbia (Versión De la vida/Reciente)

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

Evaluación de Riesgos

Instrucciones: Marque todos los factores de riesgo y de protección que se aplican. Se completará después de la entrevista con el paciente, revisión de la historia clínica(s) y/o consulta con los miembros de la familia y/u otros profesionales.				
Último 3 meses	Suicidio y Auto-Lesión	Todo La Vida	Estado Clínico (Reciente)	
☐	Intentos reales de suicidio ☐ En la vida entera	☐	☐	Falta de esperanza
☐	Intento Interrumpido ☐ En la vida entera	☐	☐	Episodio Depresivo Mayor
☐	Intentos abortados o auto-interrumpido ☐ En la vida entera	☐	☐	Episodio Afectivo Mixto (ejemplo: Bipolar)
☐	Otros actos preparatorios para matarse ☐ En la vida entera	☐	☐	Alucinación que mandan hacerle daño
☐	Auto-lesión sin el intento de suicidio)	☐	☐	Comportamiento altamente impulsivo
Pensamientos de Suicidio Marque el más serio en el último mes)			☐	Abuso de sustancia o dependencia
☐	Deseas estar muerto		☐	Agitación o Ansiedad grave
☐	Pensamientos de suicidio		☐	Carga percibida en la familia u otras personas
☐	Pensamientos de suicidio (pero sin un plan específico o intento de completarlo)		☐	Dolor físico crónico u otro problema médico (VIH/ SIDA, COPD, cáncer, etc.)
☐	Intento de suicidio (sin un plan específico)		☐	Pensamientos o ideas de homicidio
☐	Intento de suicidio		☐	Comportamiento agresivo hacia otras personas
Eventos de Activación (Reciente)			☐	Método de suicidio disponible (pistola, pastillas etc.)
☐	Reciente pérdida u otros eventos negativos (ejemplo: legal, económico, relación/amistad, etc.)		☐	Niega o incapaz de estar de acuerdo con el plan de seguridad
Describe:			☐	Abuso sexual (en la vida entera)
			☐	Historial de suicidio en la familia (la vida entera)
☐	Encarcelamiento pendiente o la falta de vivienda	Factores de Protección (reciente)		
☐	Aislamiento actual/ pendiente o sentirse solo	☐	Identifica razones para vivir	
Historial de Tratamiento			☐	Responsable por familia/otros; viviendo con familia
☐	Diagnósticos/ tratamientos psiquiátricos anteriores	☐	Apoyo social y de familia	
☐	Sin esperanza o insatisfecho con el tratamiento	☐	Miedo a muerte o morir por dolor o sufrimiento	
☐	No cumple con el tratamiento	☐	Piensas que el suicidio es inmoral; Muy espiritual	
☐	No está recibiendo tratamiento	☐	Participa/ comprometido en el trabajo o escuela	
Otros Factores de Riesgo			Otros Factores de Protección	
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
Describe cualquier comportamiento de suicidio, auto-lesión, o agresión (incluye las fechas)				

Anexo 8. Plan de seguridad para el paciente

Componentes	Propósito / Pregunta guía	Ejemplos sugeridos	Paciente
1. Señales de advertencia personales	¿Cómo sé que estoy empezando a sentirme mal o en riesgo?	- Pensamientos negativos repetitivos. - Sensación de desesperanza o vacío. - Aislamiento o evitar hablar con otros. - Problemas de sueño (insomnio o dormir demasiado). - Sentir que todo es abrumador. - Ira, Comportamiento imprudente y Cambios de ánimo.	Señales personales: 1. 2. 3.
2. Estrategias personales para calmarse o distraerse	¿Qué puedo hacer para aliviar el malestar sin hacerme daño?	- Respiración profunda o meditación guiada - Escuchar música que relaje o motive. - Ver una serie, película, programa que me anime. - Dibujar, escribir o leer. - Pasear o hacer ejercicio ligero.	Mis estrategias útiles: 1. 2. 3.
3. Contactos de personas de confianza	¿A quién puedo llamar o buscar cuando me sienta mal?	Tener una lista de al menos 3 personas identificadas con nombres y números telefónicos, a quienes se pueda llamar o escribir durante una crisis (45) Informar a estas personas sobre el plan y pedirles su apoyo	Mis contactos de confianza: Nombre, relación, teléfono:
4. Espacios seguros o reconfortantes	¿A dónde puedo ir si necesito estar en un lugar más seguro?	- Casa de un familiar o amigo de confianza, cafetería, o parque. - Establecimiento de salud. - Lugar que le genere calma y tranquilidad	Mis lugares seguros: 1. 2. 3.

5. Crear un entorno seguro. Limitar el acceso a medios peligrosos	¿Qué debo hacer para evitar impulsos peligrosos?	• Realizar ejercicios de respiración profunda y consciente. • Analizar sobre sus pensamientos y las posibles consecuencias. • Realizar actividades al aire libre: caminatas, ejercicios, ciclismo, entre otros. • Mantener resguardo de objetos peligrosos • Evitar consumo de alcohol o drogas. • Buscar compañía y apoyo de la red de apoyo (46)	Mis acciones para reducir riesgos: 1. 2. 3.
6. Recursos de emergencia	Si no puedo controlar la situación, ¿a quién puedo acudir de inmediato?	• Emergencias médicas/policía: 911 (o número local) • Servicio de emergencias/urgencias de un establecimiento de salud. • Hospital más cercano: • Psicólogo/ Psiquiatra de confianza/	Mis recursos de emergencia: 1. 2. 3.
7. Razones para vivir	¿Cómo puedo concentrarme en las razones para vivir?	Hacer una lista personal de motivaciones, recuerdos valiosos, proyectos o personas que brindan sentido y esperanza. Esto ayuda a reconectar con aquello que da propósito (45)	Mis razones para vivir 1. 2. 3.

Compromiso de cuidado personal:

**"Me comprometo a seguir este plan y a buscar ayuda si empiezo a sentirme en riesgo.
Mi vida tiene valor y hay personas que se preocupan por mí".**

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del terapeuta: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo 9. Plan de seguridad pre hospitalario

Con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente, familiares y equipo de respuesta durante la atención y traslado de personas en crisis psicológica o con comportamiento suicida se deberá cumplir con las siguientes acciones:

- Evaluación inicial del entorno para identificar posibles riesgos.
- Retirar objetos peligrosos que puedan representar un riesgo para el paciente o el personal.
- Mantener vigilancia continua sobre el paciente durante toda la atención y el traslado.
- Asegurar la presencia permanente de un acompañante o personal asistencial junto al paciente.
- Aplicar técnicas de contención verbal para calmar y asistir al paciente.
- Utilizar contención física únicamente en casos de riesgo inminente, bajo criterio médico y con monitoreo constante.
- Asegúrese de que el paciente esté acompañado por personal sanitario capacitado.
- Mantener resguardado los medicamentos, equipos e insumos necesarios durante el traslado.
- Coordinar oportunamente con el establecimiento de salud receptor para garantizar la continuidad en la atención de salud mental al llegar.
- Documentar todas las acciones, observaciones y medidas de seguridad implementadas en la ficha de atención prehospitolaria correspondiente.

Anexo 10. Plan de seguridad hospitalario

Son las medidas de seguridad que deben implementarse durante la atención y observación de pacientes hospitalizados tras un intento de suicidio o que presentan intención suicida. Independientemente del riesgo que se perciba deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- Solicitar la presencia de un familiar las 24 al día, el cual deberá recibir psicoeducación para asegurar que actuará de manera correcta.
- Asignar, en cada turno, un profesional de enfermería responsable del seguimiento y vigilancia de las personas identificadas con riesgo suicida, especialmente cuando no se disponga de acompañamiento familiar o de un cuidador autorizado.
- El profesional de enfermería designado deberá realizar observación y monitoreo periódico de la persona hospitalizada, con una frecuencia acorde al nivel de riesgo suicida identificado y a las indicaciones clínicas establecidas, pudiendo efectuarse cada 15 o 30 minutos según indicaciones médicas.
- Registrar de manera oportuna, completa y objetiva en la historia clínica las observaciones relacionadas con el estado emocional, conducta, nivel de interacción, adherencia al tratamiento, cambios en la condición clínica y cualquier otro hallazgo relevante para la valoración y manejo del riesgo suicida.
- Mantener al paciente bajo observación y cuidado hospitalario hasta que el profesional de salud mental responsable determine el alta correspondiente y gestione la referencia o contrarreferencia, según el nivel de atención requerido.

- ✓ En caso de elevado riesgo de autoagresión o agresión dirigida hacia familiares, pacientes o personal, analizar la posibilidad de la sujeción mecánica (véase más detallado en los “Lineamientos Operativos para las Unidades de Intervención en Crisis del MSP# o documento que lo sustituya <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-unidades-de-intervencion-en-crisis.pdf>
- Administrar la medicación por la vía que garantice la seguridad y adherencia al tratamiento durante la hospitalización, de acuerdo con la valoración clínica y la indicación del médico tratante o especialista en salud mental. Cuando sea necesario, podrán implementarse medidas específicas de administración y supervisión para reducir riesgos asociados al comportamiento suicida.
- Asegurar el almacenamiento seguro y restringido, mediante sistemas de cierre con llave, de los siguientes elementos:
 - ✓ Medicamentos
 - ✓ Bisturís, agujas, material cortopunzante y otros instrumentos clínicos con potencial de ser utilizados para autolesión
 - ✓ Vendajes e insumos de curación de acceso restringido
 - ✓ Cualquier otro elemento identificado en la evaluación de riesgos como susceptible de uso indebido o de facilitar conductas autolesivas
- La habitación destinada a un paciente con riesgo suicida deberá cumplir con condiciones ambientales y de seguridad orientadas a minimizar el acceso a medios potencialmente lesivos, facilitar la observación clínica continua y promover un entorno terapéutico seguro. Entre sus características se incluyen:
 - ✓ Estar lo más cercano posible al despacho de Enfermería, preferiblemente en frente.
 - ✓ Las camas deben contar con lencería ignífuga.
 - ✓ No tener acceso al techo, escaleras altas u otros lugares de los que se podría precipitar.
 - ✓ Las ventanas deben estar reforzadas y vidrios templados o laminados y contar con otros mecanismos que imposibiliten que el paciente pueda salir o autolesionarse.
 - ✓ Las ventanas y ducha del baño no deben tener cortinas, pues estas podrían ser utilizadas para comportamientos suicidas. Se sugiere puerta plástica o de aluminio.
 - ✓ Mientras dure el nivel de riesgo alto se debe vigilar el tiempo en el que el paciente se encuentra en el baño. Esta medida debe tomarse con mucho cuidado y respeto, pero firmemente.
 - ✓ No debe tener una única cama, de no contar con familiares que acompañan al paciente, se debe ubicar a mínimo dos pacientes por habitación. El segundo paciente debe estar lúcido, con capacidad de reaccionar y avisar al personal en caso de presentarse alguna emergencia.

Anexo 11. Plan de egreso seguro para el paciente

- Evaluación integral de riesgo antes del alta:
 - ✓ Realizar la reevaluación estructurada del riesgo suicida (17)
 - ✓ Letalidad del intento reciente (método, planificación, intención).
 - ✓ Nivel de riesgo suicida al momento del egreso.
 - ✓ Diagnósticos psiquiátricos actuales.
 - ✓ Factores precipitantes
 - ✓ antes y factores protectores.
 - ✓ Apoyo familiar o social disponible.
 - ✓ Reducción de acceso a medios letales.
- Elaboración y entrega del plan de seguridad para el paciente en función del nivel de riesgo reevaluado (43)
- Programación de seguimiento temprano:
 - ✓ Asignar la primera cita ambulatoria antes del alta. (Idealmente dentro de 24–72 horas, y máximo 7 días después del alta) (47,48).
 - ✓ Remitir información clínica al profesional de diferente nivel de complejidad al que se contrarefiera.
- Educación al paciente y familia (46):
 - ✓ Explicar diagnóstico y señales de alarma.
 - ✓ Indicar efectos secundarios de la medicación y motivar su adherencia al tratamiento.
 - ✓ Sensibilizar a la red de apoyo para el acompañamiento permanente.
 - ✓ Informar sobre recursos de apoyo disponibles (línea 171 opción 6, llamada directa con el profesional de seguimiento)
- Intervenciones de seguimiento temprano post alta en 24–48 horas, evaluación dentro de la primera semana, llamadas telefónicas, mensajes, otros (49).

CUADRO DE FIRMAS

	Nombre	Área	Cargo	Firma
Aprobado	Ing. Álvaro Molina	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ÁLVARO ADRIAN MOLINA GALARRAGA
	Mgs. Romel González	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro (E)	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ROMEL LEONARDO GONZALEZ ORLANDO
Revisado	Eco. Frecia Plaza	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: FRECIA VICTORIA PLAZA DE LA ROSA
	Mgs. Gabriela Quinaluisa	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretaria (E)	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GABRIELA DEL ROCIO QUINALUISA CHAMORRO
	Mgs. Hugo Armendáriz	Subsecretaria de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: HUGO ENRIQUE ARMENDARIZ PINOS
	Mgs. Karol Sandoval	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Directora	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: KAROL MABEL SANDOVAL ILLESCAS
	Mgs. Germán Bustamante	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Director	 German Anthony Bustamante Lindao Time Stamping Security Data
	Dra. Ana Gutiérrez	Dirección Nacional de Estrategias Prevención y Control de enfermedades no transmisibles, salud mental y fenómeno socioeconómico de las drogas	Directora (E)	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANA PATRICIA GUTIERREZ LOPEZ
	Esp. Gina Chiriboga	Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental	Gerente	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GINA LORENA CHIRIBOGA ESTRELLA
Elaborado	Mgs. Daniela Almeida	Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental	Analista	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA DANIELA ALMEIDA SANDOVAL
	Dra. Martha Calvopiña	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.	Especialista	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARTHA FABIOLA CALVOPIÑA VEINTIMILLA



GOBIERNO DEL
ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

www.salud.gob.ec