



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

 Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **Factores de riesgo de suicidio en personas con discapacidad a partir de la realización del test MOS de apoyo social percibido**

Artículo científico de producción empírica

Romina Soto Torterolo

C.I: 5179609-0

Montevideo, Uruguay

Fecha: 15/09/2025

Tutora: Julia Córdoba

Revisora: Susana Quagliata

## 1. Resumen

El presente trabajo tiene como interés analizar si a partir de la aplicación del Test MOS de autopercepción de apoyo social, se podrían visualizar posibles factores de riesgo de suicidio en la población de personas con discapacidad. Para eso se tomarán los casos del proyecto SUMA del Centro de Referencia e Innovación para la Inclusión Laboral (CRILAB) y se analizarán los resultados de los sujetos en el Test MOS. Estos resultados serán comparados con diferentes antecedentes en el tema con la finalidad de ver que posibles factores de riesgo de suicidio pueden llegar a tener los sujetos y si es posible verlos en el Test MOS.

**Palabras clave:** suicidio, discapacidad, factores de riesgo, apoyo, sentimiento de soledad.

## 2. Introducción

Para abordar y comprender de mejor manera el siguiente trabajo es esencial comenzar por definir los diferentes ejes temáticos que serán abordados, tales como el suicidio, desde los distintos factores de riesgo y de protección que podemos encontrar y, como segundo eje, el de la discapacidad desde el enfoque de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (en adelante CIF) (Organización Mundial de la Salud, 2001).

### *Suicidio.*

Se entiende al suicidio según la Organización mundial de la Salud (en adelante OMS) como “el acto de quitarse la vida deliberadamente” (OMS, 2025). Datos muestran que es la tercera causa de muerte entre personas de 15 a 29 años y que a nivel mundial más de 700.000 personas se suicidan cada año (2025). Además del acto en sí, es importante diferenciar los conceptos de comportamiento suicida y de intento suicida (Barrero, 1999). El comportamiento suicida consta de la variedad de conductas que incluyen pensamiento suicida, la planificación, el intento de suicidio y el suicidio en sí. Si bien el concepto de comportamiento suicida incluye al intento de suicidio este tiene una definición diferenciada en la que se lo entiende como cualquier comportamiento suicida no mortal como puede ser la intoxicación o lesiones autoinfligidas, que pueden tener o no una intención o un resultado mortal (Barrero, 1999).

Según la OMS (1999), en 1969 se calculaba que por cada suicidio se producían 8 intentos suicidas, décadas después este número se volvió más elevado donde las ocurrencias de estos últimos se calculó que era entre 10 y 20 veces más alta. Años más tarde, específicamente en el 2014, la OMS volvió a indagar sobre este tema, revelando

así que en 2012 la estimación era que por cada persona que se suicidó, otras 20 tuvieron uno o más intentos suicidas (OMS,2025).

El suicidio es una temática que si bien siempre ha estado presente en la historia de la humanidad, en los últimos años ha disminuido su característica de tabú y se ha comenzado a hablar mas sobre él (Morales, 2021). Esto tiene que ver, en parte, por el crecimiento de casos que se ha visto en el mundo, en Uruguay en particular, acorde a los datos del Ministerio de Salud Pública (2025) (en adelante MSP). En este sentido, el dato más actual en nuestro país muestra que la tasa de suicidio en 2024 fue de 21,35 por cada 100.000 habitantes, que si bien hay una disminución en comparación con el pico registrado en 2022 donde la tasa era de 23,2 cada 100.000 habitantes, no deja de ser un valor preocupantemente alto (MSP, 2025).

Es de suma importancia que este tema sea cada vez más abordado socialmente ya que gracias al conocimiento sobre él las personas diariamente pueden estar más alerta e informadas sobre ciertas conductas que pueden llevar al suicidio (OMS, 2025). Junto con la necesidad de que este tema sea abordado socialmente en profundidad, se encuentra que se promueva y se generen acciones preventivas. Por ejemplo, en Uruguay existe la “Línea de Prevención del Suicidio”, brindada por Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE) gratuitamente y disponible las 24 horas del día. Esta línea telefónica tiene como objetivo contribuir a la disminución de los intentos de autoeliminación en el país, esto se hace a través de la escucha empática, la implicación y la valoración del riesgo (ASSE, 2020).

Actualmente se puede pensar al suicidio como un comportamiento que tiene diferentes grados según SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2024), como:

1. Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño, no hay intención evidente aunque sí ideación suicida. Rectifica su conducta, presencia de autocrítica.
2. Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
3. Grave: preparación concreta de hacerse daño. Puede tener un intento o varios de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.

Frente a las conductas suicidas podemos observar factores de riesgo y factores protectores, es decir, condiciones que podrían aumentar o disminuir las posibilidades de suicidio, los cuáles están siempre interrelacionados, actuando así acumulativamente (Corona, et al., 2016).

Los factores de riesgo se pueden clasificar en las siguientes categorías según un estudio realizado en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) en Cuba (Corona, et al., 2016).

1. Individuales: ya sean problemas de salud, enfermedades graves, dolor crónico, desórdenes de salud mental, depresión, intentos de suicidio previos, consumo indebido de drogas, problemas de aprendizaje, impulsividad, vulnerabilidad ante los eventos humillantes, aislamiento, separación, desesperanza, muerte de alguien cercano y factores socioeconómicos adversos.
2. Familiares: conflictos o desorganización familiar, antecedentes de conducta suicida en la familia y familiares con trastornos mentales graves y persistentes, violencia doméstica, abuso sexual, muerte, separación o ausencia de los padres, problemas familiares de comunicación y pobreza.
3. Comunitarios: deterioro socioeconómico de la comunidad, falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación, oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares, vecindario inseguro, exposición a agresiones, violencias, guerras o desastres y el comportamiento suicida como algo aceptado.
4. Institucionales: violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros.

Por otro lado, se nombró anteriormente a los factores protectores, los cuales tienen que ver con características tanto sociales como individuales que disminuyen la probabilidad de que el sujeto se suicide o lo intente (Corona, et al., 2016). Se puede considerar como factores protectores las redes de apoyo y contención (familia, amigos, etc.) así como también, a nivel más personal, el contar con herramientas positivas de afrontamiento y resolución de problemas, la estabilidad emocional y el optimismo y las creencias religiosas también pueden llegar a ser factores protectores ya que muchas veces brindan esperanza y un sentido a la vida (Corona, et al., 2016).

La investigación de López Steinmez (2017) realiza un análisis sobre los registros de casos asistidos psicológicamente por intento suicida dentro de un servicio hospitalario en Jujuy

(Argentina), según factores de riesgo suicida indicativos de soledad y según la presencia de la variable sentimiento de soledad. Los resultados de este estudio muestran que el 57.59% de los participantes no cuentan con ninguna relación sentimental, el 11.23% sin red de contención socio-familiar, el 26.61% permaneció solo durante la asistencia y el 79.63% tienen presencia de sentimiento de soledad. Es importante aclarar que, según López Steinmez, el factor de riesgo que mayor frecuencia tuvo fue el sentimiento de soledad. Si bien este estudio está más bien centrado en una región específica de Argentina (Jujuy), es la misma autora quien plantea que “el límite geográfico de referencia no es el fin de los problemas, sino apenas el comienzo” (Lopez, 2017, p. 107). La autora propone identificar cómo cada uno de los sujetos definen subjetivamente la soledad, ya tendría más especificidad evaluar estos aspectos (Lopez, L. 2017). Este punto es de crucial importancia para la investigación que se pretende realizar en este artículo, el pensar el sentimiento de soledad más allá de los posibles datos objetivos que se puedan recolectar, es decir, diferenciar el estar acompañado objetivamente (limitar el sentirse acompañado al número de personas que componen el grupo social de la persona), con el sentimiento de soledad (tener cierto número de personas que componen el grupo social de la persona, pero a pesar de la cantidad de componentes que se pueda tener, sentirse que no lo comprenden y lo apoyan de verdad).

Lo interesante, y también pertinente para la realización de este trabajo es la crítica que hace López, hacia el llamado “modelo de caja negra” (Kenton, W, 2024). El modelo de la caja negra es una forma de referirse a modelos, sistemas o dispositivos que producen información útil sin revelar información sobre su funcionamiento interno, lo que conlleva a que sus conclusiones permanezcan opacas o “negras”. Es decir, estudios que si bien muestran datos y supuestos resultados, terminan no explicando o de forma muy vaga los orígenes de las enfermedades, o en este caso de los actos suicidas. Por ejemplo, Lopez menciona la relación entre el suicidio y el sentimiento de soledad, el cual usualmente es señalado como factor de riesgo pero nunca nombrado o tenido en cuenta a la hora de realizar estudios sobre posibles causas, es decir se muestra un posible factor de riesgo (sentimiento de soledad) pero no se indaga sobre él o se muestra como se llegó a ese resultado.

### *Discapacidad y suicidio*

El otro concepto principal de este trabajo es el de la discapacidad el que se abordará desde un enfoque biopsicosocial y desde la perspectiva de derechos. Se tomará la definición planteada en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante CDPD) (Organización de las Naciones Unidas, 2006), la cual

plantea que una persona con discapacidad es toda aquella persona que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo. Estas características pueden hacer que las personas se enfrenten a diversas barreras, las cuales pueden impedir la igualdad de la participación en la sociedad con respecto a otras personas.

Es de suma importancia tener en cuenta que si bien esta es la definición actual que se maneja de discapacidad, este es un concepto que evoluciona según el contexto, época y enfoque desde el que uno se posicione (Pérez, Chhabra, 2019). La CIF plantea que la discapacidad de una persona se determina a partir de la “interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales” (OMS, 2001). La discapacidad ya no va a ser sólo una característica atribuible a la persona que la tenga (es decir, depender puramente de los factores personales) sino asociada a las barreras y facilitadores que haya en su entorno. Pasa a ser central la relación entre la condición de salud (trastorno o enfermedad), las funciones estructurales y corporales, las actividades, la participación, los factores ambientales y los factores personales (Cuenot, 2018).

Cuando la presencia de discapacidad es vivida con estigma y experiencias de exclusión, puede llevar a sentimientos de culpa y de carga, muchas veces las personas tienden a aislarse, lo que también va relacionado con sentimientos de soledad (Emerson et al., 2021). Estos sentimientos son normalmente nombrados como posibles factores de riesgo de suicidio, por lo que se puede pensar que si estos sentimientos son repetitivos en la población de personas con discapacidad podrían presentar posibles factores de riesgo de suicidio (Lopez, 2017). Esta relación entre el suicidio y las personas con discapacidad ya ha sido abordado en diferentes estudios desde distintas perspectivas, si bien algunos de estos estudios tienen otro enfoque diferente al que se le dará a este trabajo, sirvan como posibles antecedentes al estudio que se pretende realizar.

Los autores Belzungui y Puig (2017) estudian la relación entre discapacidad, pobreza, salud y exclusión social. Entre sus hallazgos encontraron que si bien la discapacidad en sí misma no es una condición que linealmente viene de la mano de la pobreza y la exclusión social, si existen relaciones estadísticamente importantes entre el tener una discapacidad y el poder padecer de exclusión social (Belzungui, Puig, 2017).

Entre los antecedentes encontrados en relación al suicidio y las personas con discapacidad, el estudio de Romero y Leiva (2024) tiene como finalidad estudiar y describir la presencia de ideas suicidas en personas con discapacidad física específicamente de la ciudad de Ibagué, Colombia. Se realizó un estudio cualitativo, de

tipo descriptivo, en el que participaron 14 personas con discapacidad física a las cuáles se les aplicó el inventario PASNI (Ideación suicida positiva y negativa) y además se realizaron entrevistas abiertas semiestructuradas. El estudio mostró como resultado que las personas con discapacidad tienden a sentirse marginados o ajenos a la sociedad, por lo que evitan salir o socializar, lo que lleva a la soledad y los sentimientos que esta conlleva. Romero y Leiva (2024) concluyen que existe una relación de gran importancia entre el suicidio y la discapacidad, donde los factores de riesgo e ideas negativas se centran mayormente en el sentimiento de soledad y de tristeza, el sentimiento de inutilidad, el estigma, las barreras de accesibilidad y participación.

Otro antecedente importante es el estudio de Musich y col. (2024). Si bien este artículo se centra en específico en un tipo de discapacidad, en este caso el autismo, sus análisis y conclusiones son importantes para este trabajo. En ese artículo se abordan los aspectos de prevalencia, evaluación e intervención en relación con el riesgo de suicidio en las personas adultas dentro del espectro autista, mostrando así que el suicidio es un fenómeno de gran preocupación dentro de la población con autismo, teniendo una mayor prevalencia de riesgo en comparación con la población general. Son las mismas características del espectro, tales como la rigidez emocional, la dificultad en el lenguaje y la interacción social, las cuales apuntan a una mayor relación con la posibilidad de tener conductas suicidas.

El último antecedente identificado es el de Bascones y col. (2021) en el que se plantea la escasa planificación de estrategias de prevención para suicidio, pero menos aun en relación con las personas con discapacidad. Si bien el estudio analiza distintas condiciones de salud que, por ejemplo, generan discapacidad física, intelectual, personas con TEA, salud mental y dolor crónico. Se identificaron factores de riesgo compartidos como la carga autopercibida (es decir, la percepción de ser una carga para las demás personas), el sentimiento de soledad, el sentimiento de discriminación y estigmatización, las dificultades para acceder a apoyos y el desgaste emocional. Entre los principales hallazgos se identifica que las personas con discapacidad podrían tener más intentos de suicidio o conductas e ideaciones suicidas.

Un punto en común que tienen todos estos trabajos anteriormente mencionados, es el hecho de la escasez de instrumentos no solo centrados en medir o analizar el nivel de riesgo de suicidio en la población de personas con discapacidad, sino también como el sentimiento de soledad, la exclusión, el sentimiento de carga autopercibida y la discriminación, son en efecto nombrados repetidamente como factores de riesgo de suicidio (Kumar et al., 2024).

### **3. Preguntas de investigación y objetivos**

Objetivo general:

- Identificar posibles factores de riesgo y de protección de riesgo suicida en la población de personas con discapacidad

Objetivos específicos:

- Aplicar el cuestionario MOS a personas con discapacidad
- Identificar posibles factores de riesgo a través de las respuestas obtenidas en el cuestionario MOS para la medición del apoyo social percibido
- Describir la relación entre los factores identificados y los perfiles de las personas entrevistadas.
- Analizar si los factores identificados son tomados en cuenta a la hora de detectar un posible riesgo de suicidio.

Preguntas de investigación:

- ¿Qué posibles factores de riesgo de suicidio existen dentro de la población de personas con discapacidad?
- ¿Es posible a partir del cuestionario MOS identificar esos posibles factores de riesgo de suicidio en la población de personas con discapacidad?
- Estos posibles factores de riesgo, ¿son tomados en cuenta a la hora de analizar un posible riesgo de suicidio?

### **4. Materiales y métodos**

Para este trabajo se analizan las entrevistas y los test realizados a siete participantes del proyecto SUMA del Centro de Referencia e Innovación para la Inclusión Laboral (CRILAB) (Tabla 1). Este proyecto tiene como objetivo el diseño y la producción de soluciones técnicas para personas que requieren de alguna adaptación para el retorno o incorporación a un puesto de trabajo. Si bien está específicamente dirigido a personas con discapacidad adquirida, a lo largo del proyecto se trabajó con personas con discapacidad congénita. El proyecto SUMA es de la Intendencia de Montevideo en convenio con diferentes servicios de la Universidad de la República (UDELAR), entre las que se encuentra la Facultad de Psicología.

El proyecto consta de varias entrevistas con cada uno de los participantes, en las cuáles además de indagar sobre situación de discapacidad, trabajo y que es lo que esperan estas personas del proyecto, se aplicaron dos cuestionarios estandarizados basados en la

autopercepción de las personas. El WHODAS 2.0 (Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS), es un instrumento estandarizado encargado de medir la salud y la discapacidad de adultos; arroja un resultado global de severidad de la discapacidad (OMS, 2020). A su vez, se aplicó el MOS (Medical Outcomes Study), el cual es un cuestionario de apoyo social percibido desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991). A la hora de crear este cuestionario se tuvo en cuenta lo complejo que puede ser el apoyo social, por lo que el instrumento pretende ofrecer información sobre dos importantes dimensiones del apoyo social percibido: la estructural, que indaga sobre la cantidad de proveedores de apoyo que dispone la persona (pregunta 1); y la dimensión funcional (preguntas del 2 al 20), que se focaliza en el grado en que las relaciones interpersonales cumplen determinadas funciones, como son proveer apoyo emocional y afectivo, proporcionar información necesaria y relevante para la persona (apoyo informacional) y prestar ayuda tangible y práctica (Carbonel et al., 2019). Dentro de estos dos grandes grupos de información, el MOS arroja resultados por cada una de sus 4 subescalas: apoyo emocional (expresión del afecto positivo, comprensión y el estímulo al expresar sentimientos), apoyo informativo (asesoramiento, información y orientación), apoyo instrumental (ayuda material, interacción social positiva) y apoyo afectivo (relacionado con el sentirse querido, poder recibir y brindar afecto).

El test MOS de apoyo social percibido aborda preguntas que indagan sobre el sentimiento de soledad y de carga autopercebida, lo que llevaría a pensar que a través de la realización del test sería factible detectar posibles factores de riesgo. Al ser este test comúnmente realizado con personas con discapacidad, sería probable relacionar de una vez estos factores anteriormente nombrados con conductas de posible suicidio en la población de personas con discapacidad.

Como se mencionó anteriormente el test MOS cuenta con 20 preguntas, de las cuáles la primera a modo de introducción es: “¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?”. La cuestión principal que engloba las siguientes preguntas es: “¿cuenta con alguien?”. Las preguntas se puntúan en una escala del 1 a 5, siendo 1 “nunca”, 2 “pocas veces”, 3 “algunas veces”, 4 “la mayoría de las veces” y 5 “siempre”.

Como en este trabajo el punto central no es el análisis directo de los resultados numéricos del test MOS, se trabajará con las categorías de puntaje, siendo los posibles resultados máximo, medio o mínimo.

**Tabla 1****Características sociodemográficas y resultados global y subescalas del MOS de los/as participantes**

ID	Sociodemográficas					MOS				
	Edad	Género	Tipo de discapacidad	Nivel educativo alcanzado	Situación laboral	Global	Apoyo emocional	Ayuda material	Relaciones sociales y ocio	Apoyo afectivo
1	25	M	Adquirida motriz	Ciclo básico	Desempleado (busqueda activa)	Máximo	Máximo	Máximo	Máximo	Máximo
2	43	M	Intelectual cognitiva	-	Empleado (cuota)	Máximo	Máximo medio	Máximo Medio	Máximo Medio	Máximo Medio
3	43	F	Motriz congenita	Terciario	Empleado (cuota)	Máximo	Máximo Medio	Máximo	Máximo Medio	Máximo Medio
4	35	F	Adquirida conductual	-	Empleada	Máximo	Máximo Medio	Máximo Medio	Máximo Medio	Máximo Medio
5	44	M	Adquirida motriz	Bachillerato incompleto	Desempleado (trabajo informal)	Máximo	Máximo Medio	Máximo Medio	Máximo Medio	Máximo
6	42	F	Adquirida	Primaria completa	Desempleada (en prestación cuota)	Máximo	Máximo Medio	Máximo Medio	Máximo	Máximo
7	27	M	Adquirida motriz, visual y habla	Bachillerato completo	Desempleado (búsqueda)	Máximo	Máximo Medio	Máximo	Máximo	Máximo

## **5. Resultados: reporte de los hallazgos y análisis**

A grandes rasgos si se analiza y se tiene en cuenta los resultados categóricos del test en general y de cada uno de sus subíndices, no se ven bajos resultados ni números que puedan llegar a ser alarmantes. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el punto de este trabajo es realizar un análisis más a profundidad, por lo que se procedió a ver pregunta por pregunta en cada uno de los test realizados y ver cuáles fueron las preguntas que recibieron menos puntaje dentro de la escala, entendiéndose como bajo puntaje 3 o menos dentro de la escala.

Las preguntas que se encontraron con menores puntajes dentro del subíndice de apoyo emocional fueron la 3 (con quien pueda contar cuando necesite hablar), 8 (que le informe y ayude a entender la situación), 9 (en quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones), 13 (cuyo consejo realmente desee) y 19 (que comprenda sus problemas). Dentro del subíndice de ayuda material las preguntas con bajo puntaje fueron la 2 (que le ayude cuanto tenga que estar en la cama), 12 (que le prepare la comida si no puede hacerlo) y 15 (que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo). El subíndice de relaciones sociales y ocio se vió con bajo puntaje a la pregunta 7 (con quien pasar un buen rato) y la 14 (con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas). Por último, el subíndice de apoyo afectivo se vió con bajo puntaje la pregunta 20 (a quien amar y hacerle sentirse querido) y la 10 (que le abrace).

A continuación, se tomará como punto central el subíndice de apoyo emocional el cual fue el que se vió más repetido el bajo puntaje dentro de los sujetos. Se entiende al apoyo emocional (American Psychological Association, 2018) (en adelante APA), como un elemento clave en las relaciones humanas, es gracias a él que las personas demuestran, a través de actos verbales y no verbales, consuelo, comprensión y apoyo hacia otra persona que puede estar atravesando por un momento complicado, sea de salud, animo o algo externo que le esté sucediendo (APA, 2018).

Se podría decir entonces, que si los sujetos obtuvieron bajo puntaje dentro de las preguntas que evalúan el apoyo emocional, esas personas consideran que no cuentan actualmente con ese tipo de apoyo en su vida, lo que puede verse relacionado con el sentimiento de soledad. Si se toma como referencia el estudio realizado en Argentina por Lopez (2017), la autora plantea que el sentimiento de soledad se vió nombrado repetidas veces entre las personas que tuvieron los intentos de suicidio, es decir el sentimiento de soledad influye a la hora de un intento de suicidio.

Tanto en la investigación de Lopez (2016), y también en el de Bascones y col. (2021), se repite al sentimiento de soledad como posible factor de riesgo de suicidio, Bascones y col. (2021) lo trae específicamente como factor de riesgo dentro de la población de personas con discapacidad. Esta última investigación también trae como factor de riesgo la autopercepción de carga. Este factor se podría analizar dentro del MOS a partir de las preguntas 2, 5, 12 y 15 (índice de ayuda material), al ser estas preguntas relacionadas con actividades físicas en las que usualmente se puede necesitar algún tipo de apoyo de otra persona al presentar algún tipo de discapacidad (sobre todo física), pueden llegar a reflejar sentimientos relacionados con la percepción de carga de la persona. Cabe destacar, que el segundo índice dentro del MOS con menor puntaje dentro de los sujetos estudiados fue el de ayuda material.

#### **4. Conclusiones**

Si bien en este trabajo se encuentran ciertas limitaciones ya que la muestra estudiada es chica, específicamente de personas que acceden a un servicio brindado por la Intendencia de Montevideo en conjunto con la UDELAR. Lo que lleva a que no se puedan hacer grandes generalizaciones con los resultados a los que se llegó, pero sí permite llegar a posibles conclusiones que den una mirada crítica y más amplia en relación al suicidio y los factores de riesgo en la población de personas con discapacidad

Entonces, por lo mencionado anteriormente, se muestra que la mayoría de los sujetos que se les realizó el test MOS, tuvieron bajo puntaje escalar dentro de los índices de apoyo emocional y apoyo material, lo que conduce a pensar que en relación a los sentimientos que abarcan estos subíndices dentro de ellos deben presentar sentimientos de soledad y de autopercepción de carga. Teniendo en cuenta que, en base a los antecedentes previamente mencionados, tanto el sentimiento de soledad como la autopercepción de carga son considerados como factores de riesgo de suicidio, se podría concluir que los sujetos estudiados presentan posibles factores de riesgo de suicidio.

Entonces, al ser el sentimiento de soledad y la autopercepción de carga posibles factores de riesgo de suicidio en la población de personas con discapacidad, se puede concluir que a partir de la realización del test MOS se pueden detectar factores de riesgo de suicidio en la población de personas con discapacidad.

Es importante tener en cuenta que ambos factores de riesgo, no son usualmente tomados en cuenta a la hora de analizar posible riesgo de suicidio, por ejemplo en la escala de depresión de Beck (1974) lo que se busca es detectar y evaluar la presencia de síntomas depresivos, las preguntas que se realizan en el test abarcan sentimientos de tristeza y

desesperanza (Alamo, C, y col., 2019). También creado por Beck (1979) la escala de ideación suicida se centra en medir y evaluar el grado de la intención suicida, abarca preguntas como el deseo de vivir y de morir, razones para vivir o morir, posibles disuasivos, método, etc. Por último, la escala de riesgo suicida de Plutchik, evalúa la intensidad de la ideación suicida, los sentimientos depresivos, la desesperanza, los intentos previos, etc. (Suárez, Y, y col., 2019). Abarca preguntas cómo: ¿ve su futuro sin ninguna esperanza? ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

Todos estos test tienen en común el que las preguntas sean muy directas e invasivas, es decir preguntas como “¿usted ha intentado suicidarse alguna vez?”, pueden reprimir a la persona y lograr el efecto inverso que se pretende, no poder ayudar a la persona o indagar sobre su problemática. El test MOS si bien no es una alternativa completa hacia estos test, ya que su objetivo central no es la detección de factores de riesgo de suicidio, si puede servir como complemento a ellos, ya que, como se vió anteriormente abarca factores de riesgo de suicidio que otros test no, lo que puede ayudar a tener una mirada más amplia con cada sujeto. Además al tener preguntas que pueden parecer más sutiles y amigables con el sujeto, conceden quizás, una introspección mayor, puede llegar a permitir detectar factores de riesgo de suicidio a tiempo y prevenir el intento de suicidio.

Específicamente en Uruguay, existe un marco normativo vasto que regula lo relacionado al suicidio, y por otro lado a la población de personas con discapacidad, de de igual forma falta, y es necesario trabajar, un posible marco normativo que abarque la interseccionalidad de estos dos ejes. En Uruguay ha crecido la preocupación del acceso a sistemas médico de calidad, la percepción de falta de empatía y de una atención centrada en el ser humano pueden llevar a consecuencias negativas tanto en la salud física como en la mental. Se hace imprescindible no solo el acceso a sistemas médicos de calidad (Granatis, 2024), sino también que cuenten con técnicos/as capacitados, formados e informados en las necesidades y características de minorías con vulnerabilidad como son en este caso las personas con discapacidad.

## 5. Referencias bibliográficas

Alamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V. y Bejer, T. (2019). *Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 167-175. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167>

American Psychological Association. (2018). *Emotional support*. Recuperado de: <https://dictionary.apa.org/emotional-support>

Anula Morales, L. (2021). *Pongamos que hablo de suicidio*. España. Revista científica del CODEM (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid), Conocimiento Enfermero 13 (pp. 03-05). Recuperado de: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/173/92>

Bascones, L., Muñoz, O., Ortega, E. y de Pinedo, E. (2021). *El suicidio en las personas con discapacidad en España*. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Recuperado de: <http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6547/El-suicidio-en-las-personas-con-discapacidad-en-Espa%C3%B1a.pdf?sequence=1>

Belzunegul, E. y Pulg, X. (2016). *La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad*. Universidad Rovira i Virgili. *Revista Internacional de Ciencias sociales*, 36/2017, Estado del bienestar, trabajo y procesos de exclusión social (pp. 183-196). Recuperado de: <https://revistas.um.es/areas/article/view/308221/217831>

Carbonell, M., Cerquera, A., Fernández, M., Higuera, J., Galván, G., Guerrero, M. y Riquelme, A. (2019). Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social MOS en ancianos colombianos con dolor crónico. *Terapia psicológica*, 37(3), 211-224. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300211>

Castro, E., y Castillo, A. (2013). *Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 29-50. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502013000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502013000100004&script=sci_arttext)

Corona, B., Hernández, M. y García, R. (2016). *Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores*. Cuba, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Revista Habanera de Ciencias Médicas. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=es).

Douglas, J. (2024). *Safe-t Suicide Assessment, Five-step Evaluation and Triage*. Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMSHA). Recuperado de: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/safet-flyer-pep24-01-036.pdf>

Emerson, E., Fortune, N., Llegellyn, G. y Stancliffe, R. (2021). *Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: cross-sectional study*. Disability and Health Journal. Volumen 14, Número 1. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657420300960?via%3Dihub>

Granatis, V. (2024). *Sistema de salud uruguayo en crisis: entre largas esperas y falta de empatía*. Diario la R. Grupo R Multimedio. Recuperado de: <https://grupormultimedio.com/sistema-de-salud-uruguayo-en-crisis-entre-largas-esperas-y-falta-de-empatia-id138722/>

GUB (Portal oficial del Estado). (2024). *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Dirección de la Salud. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-para-abordaje-conducta-suicida-sistema-nacional>

GUB (Portal oficial del Estado). (2023). Proyecto SUMA. Recuperado de: <https://montevideo.gub.uy/proyecto-suma-0>

GUB (Portal oficial del Estado). (2024). *Quiebre de la tendencia en los datos preliminares sobre el suicidio en 2023*. Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/quiebre-tendencia-datos-preliminares-sobre-suicidio-2023>

Kenton, W. (2024). *What is a Black Box model?* Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.investopedia.com/terms/b/blackbox.asp>

Kumar, S., Lata, S., Verma, S. y Anupriya. (2024). *Associated Factors of Suicidal Behavior Among Persons with Physical Disability: A Systematic Review*. Indian Journal of

Psychological Medicine. Volumen 46, Número 4 (pp. 298-304). Recuperado de:  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02537176231209513>

Lopez, L. (2017) *Análisis de soledad objetiva y subjetiva en intento de suicidio*. Argentina, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Recuperado de:  
[https://www.psi.uba.ar/premio/2017/analisis\\_de\\_soledad\\_objetiva\\_y\\_subjetiva.pdf](https://www.psi.uba.ar/premio/2017/analisis_de_soledad_objetiva_y_subjetiva.pdf)

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2006). *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas*. Uruguay, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado de:  
MSP\_GUIASALUDMENTALPREVENCION\_SUICIDIO

Musich, F., Berardo, C., & Aragón-Daud, A. (2024). *Riesgo de suicidio en adultos con Trastorno del Espectro Autista: prevalencia, evaluación y posibles intervenciones terapéuticas*. Vertex Revista Argentina De Psiquiatría, 35(163, ene.- mar.), 42–50.  
<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.526>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0*. Medición de la Salud y la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/170500/9874573309\\_spa.pdf;jsessionid=06CFEB06C85F628EF28CE08581C0F2F7?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=06CFEB06C85F628EF28CE08581C0F2F7?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). *Suicidio*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Pérez, M., Chhabra, G. (2019). *Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas*. Revista Española de Discapacidad, 7(1):7-27. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6955448>

Pérez Barrero, S. (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(2), 196-217. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013)  
[sse.com.uy/contenido/Linea-de-Prevencion-del-Suicidio-0800-0767--0767-12422](http://sse.com.uy/contenido/Linea-de-Prevencion-del-Suicidio-0800-0767--0767-12422)

Romero, M. y Leiva, L. (2024). *Ideación suicida en personas con discapacidad física de la ciudad de Ibagué. Colombia*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades (ECSAH). Recuperado de: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/65111/ldleivar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suárez, Y., Palacio, J., Caballero, C. y Pineda, C. (2019). *Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152. Recuperado de: <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>