

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

AUTORIZACIONES

DOCUMENTO: DR. MANUEL ALEJANDRO LÓPEZ SANDOVAL
MÉDICO RESIDENTE

Vo. Bo: DR. RAFAEL MEDINA DÁVALOS
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE CAISAME ESTANCIA PROLONGADA.

APROBÓ: DR. JESÚS ALEJANDRO ALDANA LÓPEZ
SUBDIRECTOR DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL IJSM

AUTORIZÓ: DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ BARRETO
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

CÓDIGO:		Sello
AUTORIZACIÓN	MARZO DEL 2020	
JEFE DE DEPTO. DE INNOVACIÓN Y CALIDAD DEL IJSM	LIC. MARÍA ELENA SAINZ LÓPEZ	Control Interno

Marco Teórico

Tema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986), el suicidio se define como "un acto con resultado fatal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados". La conducta suicida es el conjunto de comportamientos relacionados con la intencionalidad de comunicar, actuar o ejecutar un acto autodestructivo que podría acabar con la propia vida, misma que implica un continuum que va desde las fantasías de muerte, autolesiones, ideación y amenazas, hasta los gestos e intentos suicidas. Se trata en ambas partes de un problema multifactorial, que resulta de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

El suicidio es un fenómeno global, con significado existencial, impactante, que afecta todas las esferas de la sociedad y que ha acompañado al hombre durante toda su existencia, estimándose que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, existen amplias diferencias según edad y género. De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente. La existencia de antecedentes personales de intentos suicidas en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio.

En el mundo, aproximadamente 800,000 personas mueren al año por suicidio, lo que equivale a una muerte por suicidio cada 40 segundos (OMS, 2013). Se estima que por cada suicidio consumado existen múltiples intentos fallidos previos; el intento suicida previo es el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado. En México, en 2016 el INEGI emitió un comunicado de prensa a propósito del día mundial para la prevención del suicidio en el cual menciona que ocurrieron 6291 muertes por suicidio, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes. De los 6291 fallecidos por suicidio, 5116 eran hombres y 1173 mujeres. El ahorcamiento, sofocamiento o estrangulación es la principal causa de suicidio en México, con un total de 80.8%, seguido por disparo con arma de fuego con un 7.7 %. Por sexo, el principal método utilizado por los hombres es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 82.8%, y disparo con arma de fuego 8.8%, las mujeres 74.5% recurrieron al ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y 18.3% al envenenamiento. El comunicado de prensa menciona que en Jalisco ocurren 7.7 suicidios por cada 100 000 habitantes.

Factores de riesgo de suicidio:

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando factores de cada persona, en un momento determinado de su vida y ante factores estresantes específicos. Los factores de riesgo se pueden clasificar en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos, contextuales, y pueden ser modificables con el manejo clínico. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracteriza por su mantenimiento en el tiempo, su cambio es ajeno a las intervenciones clínicas. Factores protectores de suicidio: Son factores que disminuyen la posibilidad de suicidio en presencia de factores de riesgo. Se dividen en personales y sociales o ambientales ([Tabla 1](#)) (Brent, Oquendo, & Reynolds, 2019).

Identificación del riesgo suicida:

Se ha recomendado el triage del riesgo suicida, basado en el sistema de Manchester (Dieppe, 2009), el cuál realiza una clasificación en función de las situaciones clínicas o categorías sintomáticas cerradas, para el cuál la conducta que puede presentar el persona usuaria puede ser muy variada, desde aquellos que realizaron gestos suicidas, hasta aquellos que muestran un compromiso vital, sin pasar por alto los que se encuentran bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva o en estado de agitación psicomotriz, recomendándose el aseguramiento de la atención dentro de la primera hora de su llegada al servicio de consulta externa posterior a la detección de ideación suicida, o en caso de tentativa dentro de los primeros 10 minutos posteriores (Robles García, 2005).

Factores de riesgo asociados a suicidio		Factores protectores de suicidio	
Modificables:	Inmodificables:	Personales:	Sociales o ambientales:
Trastorno depresivo mayor. Trastorno del espectro de la Esquizofrenia. Trastornos de ansiedad. Trastornos por consumo de sustancias. Trastornos de la personalidad. Salud física.	Heredabilidad. Sexo (Hombre). Edad. (Adolescentes/adultos jóvenes, y edad geriátrica). Estado civil. Situación laboral y económica. Creencias religiosas. Conducta suicida previa.	Habilidad en resolución de conflictos o problemas. Tener confianza en uno mismo. Habilidad para relaciones sociales e interpersonales. Presentar flexibilidad cognitiva. Tener hijos.	Apoyo familiar y social, no sólo la existencia de apoyo sino su calidad y fuerza. Integración social. Creencias o prácticas religiosas. Adoptar valores culturales. Tratamiento integra, permanente y a largo plazo en persona usuarias con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

Tabla 1.- Factores de riesgo y protectores asociados a suicidio (Tomado de Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Ministerio de Salud. España)

Se ha propuesto realizar el tamizaje o triage a las personas, mediante la realización de 4 preguntas clave: ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?, ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?, ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?, ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas? (Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida; 2012).

Escalas de evaluación para la ideación-riesgo de suicidio.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo. Se cuenta hasta el momento con dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio: la entrevista y las escalas de evaluación, que, aunque estas últimas son útiles para apoyar a la toma de decisiones, no sustituyen al juicio clínico, resultando en un apoyo o complemento del mismo. Existe una amplia gama de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse, en la valoración directa de ideas/conductas suicidas y factores de riesgo asociados al suicidio, sin embargo, en la actualidad, no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con un suficiente poder predictivo que permita asegurar y garantizar los resultados finales de la intervención (Belsher, Smolenski, Pruitt, y Cols. 2019).

Escala SAD PERSONS: Diseñada por Patterson y colaboradores (1983), su nombre corresponde al acrónimo en inglés formado por la inicial de los diez ítems que la componen (Masculino; Edad <20, ó > 45 años; Presencia de depresión; Intento previo; Abuso de alcohol; Ausencia de pensamiento racional; Apoyo social inadecuado; Plan elaborado; Sin pareja; Problemas de salud). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto ([Anexo 1](#)); El instrumento cuenta con una sensibilidad de 15% (95% CI 8–24) y especificidad del 97% (Runeson & Cols. 2017).

ALCANCE

Este documento condensa la información clínica relevante para la identificación, evaluación y manejo de la conducta suicida, donde los profesionales implicados son psiquiatría, psicología, trabajo social, y enfermería. La población diana son aquellos adolescentes, adultos o personas de la tercera edad que representan riesgo de suicidio, ideación o conductas suicidas, aplicativo tanto en tanto en las áreas de hospitalización, como de consulta externa y rehabilitación.

La elaboración y aplicación de este protocolo para la atención del riesgo suicida, ayudará a la toma de decisiones sobre su manejo, disminuir variabilidad en la práctica clínica, y en consecuencia, prevenir consecuencias fatales, y tratar las conductas suicidas suscitadas en nuestra población.

Límites del protocolo: Inicia desde el reporte espontáneo por parte del persona usuaria o familiar, la detección incidental de conducta suicida de una persona usuaria por parte del personal, así como en la evaluación sistemática y consulta de las personas usuarias; finaliza tras la reducción del riesgo suicida, y el control de sus factores asociados.

JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo brinda un panorama actual del país y del estado, pretende brindar información actualizada y precisa acerca de las características sociodemográficas y clínicas de la población que está presentando alguna conducta o ideación suicida. Siendo fundamental con respecto al compromiso que tienen los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) - incluyendo a México- de trabajar en las medidas que conduzcan a reducir las muertes por suicidio en un 10% para el 2020.

Mencionada la anterior necesidad, se implementa con el fin de realizar acciones de identificación y evaluación del espectro de la ideación y conducta suicida, sus factores de riesgo, factores protectores y manejo en caso de ser detectada. La OMS ha realizado recomendaciones sobre como evaluar el riesgo de suicidio en atención primaria ([Tabla 2](#)), mismas que se adaptan del mismo modo a una unidad especializada como la nuestra; Así mismo el diseño del algoritmo y árbol de decisiones, también toma las recomendaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en función de los factores identificados ([Tabla 3](#)).

OBJETIVO

El principal objetivo de este protocolo es brindar atención oportuna, y basada en la evidencia para individuos con riesgo de conductas suicidas en los servicios de hospitalización y de consulta externa del CAISAME Estancia Prolongada.

Contemplando al mismo tiempo, uso de instrumentos estandarizados para evaluar conducta suicida que ofrezcan un sustento en la toma de decisiones, así mismo estandarizar la notificación con fines estadísticos de conducta suicida utilizando un formato interno basado en el “Cuestionario de suicidio o intento de suicidio” del Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI).

Objetivos específicos.

- Identificar el grado de riesgo suicida que existe en la población atendida en el CAISAME Estancia Prolongada.
- Estandarizar la forma de evaluar la conducta e ideación suicida de la población atendida en CAISAME Estancia Prolongada.
- Estandarizar el manejo cuando se identifiquen factores de riesgo para la conducta e ideación suicida en la población atendida en CAISAME Estancia Prolongada.
- Establecer protocolo de actuación ante el diferente espectro de la fenomenología suicida.
- Ofrecer al profesional de salud mental, incluidos enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social y medicina general del CAISAME Estancia Prolongada aspectos de identificación, evaluación y manejo de la conducta e ideación suicida.
- Generar evidencia y estadística interna del fenómeno suicida en el CAISAME Estancia Prolongada, identificando áreas para investigación futura.

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Riesgo	Acciones.
Bajo (presencia de ideación suicida, sin planificación)	<p>Si la persona usuaria se encuentra en consulta externa o en hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de comunicación de sentimientos e ideación suicida. • Centrarse en aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de conflicto llevados a cabo en el pasado. • Citas a consulta externa de forma regular, por lo menos cada semana.
Medio (ideación suicida y planificación suicida no inmediata-no estructurada)	<p>Si la persona usuaria se encuentra en consulta externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de conflictos personales. • Explorar alternativas para la resolución de conflicto diferentes al suicidio. • Pactar contrato de "no suicidio" (conseguir que la persona se comprometa en no llevar a cabo el suicidio): <ul style="list-style-type: none"> ○ Sin contactar personal sanitario. ○ Por un periodo específico de tiempo. • Contactar familia u otros miembros de la red de apoyo. <p>Si la persona usuaria se encuentra en hospitalización, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar mantener a la persona usuaria bajo vigilancia estrecha en las áreas de observación dentro de la respectiva zona de hospitalización.
Alto (plan estructurado, inmediato y factible de llevarse a cabo)	<p>Si la persona usuaria se encuentra en consulta externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. • Salvaguardar su integridad mediante hospitalización. <p>Si la persona usuaria se encuentra en hospitalización, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasladar a la persona usuaria a unidad psiquiátrica con el fin de mantener vigilancia estrecha.

Tabla 2. Graduación del riesgo suicida y acciones. Adaptado de OMS Prevención del suicidio 2010: Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud.

<p><u>Necesidad de ingreso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de un intento de suicidio o de un intento abortado, si: • Persona usuaria psicótico. • Intento de suicidio violento, casi letal, premeditado. • Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate. • Presencia de planes o ideación suicida persistente. • Persona usuaria lamenta haber sobrevivido. • Persona usuaria hombre, mayor de 45 años, con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida. • Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de situación estable de vida. • Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre, o rechazo de atención. <p><u>El ingreso puede ser necesario.</u></p> <p>En presencia de ideación suicida con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicosis • Plan específico de alta letalidad. • Importantes intentos de suicidio previos. • Enfermedad psiquiátrica persistente y grave. • Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves. • Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar para un tratamiento ambulatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electro convulsiva. • Ausencia de adecuada relación médico-persona usuaria o incapacidad para realizar seguimiento ambulatorio. • Ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes, pero evidencia a través de evaluación psiquiátrica que sugiera alto riesgo de suicidio. <p><u>Alta desde el servicio de urgencias con recomendaciones de seguimiento:</u></p> <p>Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/planes, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La conducta suicida es reacción de eventos precipitantes, particularmente si la visión de la persona usuaria de la situación ha cambiado desde su llegada al servicio de urgencias. • Métodos/planes e intento de baja letalidad. • La persona usuaria tiene una situación vital estable y de apoyo. • La persona usuaria es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y, si es posible, con posibilidad de contactar con el terapeuta si el persona usuaria está actualmente en tratamiento. <p><u>El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la persona usuaria tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos graves, se dispone de situación vital estable y de apoyo y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios.
---	--

Tabla 3. Criterios para la hospitalización de persona usuaria con conducta suicida. Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario. Adaptado de Asociación Psiquiátrica Americana, 2003.

Condiciones generales y políticas del procedimiento:

El manejo de la ideación y la conducta suicida deberá siempre incluir:

- Apoyo individual y familiar.
- Coordinación entre profesionales del equipo multidisciplinario.
- Atención de patología de base.
- Hacer partícipe a la familia y allegados en el proceso de evaluación y tratamiento.
- Garantizar la privacidad, confidencialidad y respeto de la persona usuaria.

1. Evaluación psicopatológica y social básicas:

Tras un episodio de ideación o conducta suicida se debe realizar evaluación psicopatológica y del medio social, tanto en consulta externa como en hospitalización. Se deben evaluar factores psicológicos y contextuales, así como los factores de riesgo.

2. Criterios de derivación a psiquiatría:

En caso de que la ideación o tentativa suicida sea identificada por otro profesional del equipo multidisciplinario (trabajo social, psicología, enfermería, etc.), la decisión final sobre la derivación a valoración por psiquiatra y el carácter de dicha derivación (urgente o no urgente) se realizará mediante una valoración global de estos criterios.

3. Triage:

Todas las personas usuarias que acudan a la unidad deberán ser evaluados ante una conducta suicida con el cuestionario Dieppe de Triage de persona usuarias con conducta suicida, para asegurar su atención al menos dentro de la primera hora de su llegada en el caso de consulta externa, o de su valoración en el área en caso de encontrarse hospitalizado.

4. Notificación y reporte:

En caso de existir una tentativa reciente, o ideación suicida ya sea detectada en el área de hospitalización o en consulta externa, se deberá notificar mediante el formato para el registro de la tentativa suicida en un lapso no mayor a 48 hrs. después de tentativa (Anexo 2).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
ETAPA 0: IDENTIFICACIÓN			
Personal de CAISAME EP	1	La persona usuaria o su familiar, puede notificar espontáneamente la conducta suicida a algún miembro del personal.	
Personal de CAISAME EP	2	El riesgo suicida debe ser explorado propositivamente durante las entrevistas y evaluaciones de rutina por parte del personal.	
Enfermería del área	3	Descubrimiento incidental de gestualidad suicida dentro de alguna área del hospital.	
Personal de CAISAME EP	4	Identificación del riesgo suicida como atención derivada del "PROTOCOLO PARA LA CONTENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE DAÑO, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA".	
ETAPA 1.1: TENTATIVA SUICIDA EN CONSULTA EXTERNA			
Personal de CAISAME EP	5	¿La persona usuaria se ha tratado de suicidar?	Entonces
		Si	1.- Priorice la derivación para atención médica de la lesión si lo amerita. 2.- Derive a psiquiatría o psicología para determinación del riesgo suicida.
		No	Avance a ETAPA 2.1.
Psiquiatría/ Psicología	6	Determine el riesgo mediante la escala SAD PERSONS (Anexo 1).	
Psiquiatría/ Psicología	7	¿7-10 puntos: riesgo muy alto de suicidio?	Entonces
		Si	Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. Tratamiento médico de lesión. Salvaguardar su integridad mediante Hospitalización .
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	8	¿5-6 puntos: riesgo alto de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad #10.
		No	Avance a la siguiente.

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría/ Psicología	9	¿3-4 puntos: riesgo medio de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad # 10.
		No	<2 puntos: riesgo bajo, avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	10	¿Factores protectores altos/bajos con buena red de apoyo familiar? ¿Tentativa de alta letalidad? ¿Alta intencionalidad?	Entonces
		Si	Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. Tratamiento médico de lesión. Salvaguardar su integridad mediante Hospitalización .
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	11	¿Factores protectores altos con buena red de apoyo familiar? ¿Tentativa de baja letalidad? ¿Baja intencionalidad?	Entonces
		Si	Tratamiento médico de lesión. Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de conflictos personales. Explorar alternativas para la resolución de conflicto diferentes al suicidio. Pase a actividad # 13.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	12	Factores protectores bajos. Mala red de apoyo familiar. Alta intencionalidad: Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. Tratamiento médico de lesión. Salvaguardar su integridad mediante Hospitalización .	

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría/ Psicología	13	¿Persiste ideación suicida?	Entonces
		Si	Aplicar diagrama de flujo de ideación suicida en consulta externa ETAPA 2.1.
		No	Tratamiento médico de lesión. Dar datos de alarma, cita abierta a urgencias. Contactar familia u otros miembros de la red de apoyo. Dar citas de forma regular a consulta externa, por lo menos cada semana.
ETAPA 1.2: TENTATIVA SUICIDA EN HOSPITAL			
Personal de CAISAME EP	14	¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?	Entonces
		Si	1.- Priorice la derivación para atención médica de la lesión si lo amerita. 2.- Derive a psiquiatría o psicología para determinación del riesgo suicida.
		No	Avance a ETAPA 3.
Psiquiatría/ Psicología	15	Determine el riesgo mediante la escala SAD PERSONS (Anexo 1).	
Psiquiatría/ Psicología	16	¿7-10 puntos: riesgo muy alto de suicidio?	Entonces
		Si	Trasladar a la persona usuaria al área de observación con el fin de <u>mantener vigilancia estrecha</u> . Tratamiento médico de la lesión. Notificar a Psiquiatra tratante, en caso de ser detectada por otro personal del equipo.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	17	¿5-6 puntos: riesgo alto de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad #19.
		No	Avance a la siguiente.

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría/ Psicología	18	¿3-4 puntos: riesgo medio de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad #19.
		No	<2 puntos: riesgo bajo, avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	19	¿Tentativa de alta letalidad? ¿Alta intencionalidad?	Entonces
		Si	Trasladar a la persona usuaria al área de observación con el fin de <u>mantener vigilancia estrecha</u> . Tratamiento médico de la lesión. Notificar a Psiquiatra tratante, en caso de ser detectada por otro personal del equipo.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	20	¿Tentativa de baja letalidad? ¿Baja intencionalidad?	Entonces
		Si	Tratamiento médico de lesión Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de conflictos personales. Explorar alternativas para la resolución de conflicto diferentes al suicidio. Pase a actividad # 22.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	21	Alta/baja letalidad de tentativa. Alta intencionalidad Trasladar a la persona usuaria al área de observación con el fin de <u>mantener vigilancia estrecha</u> . Tratamiento médico de la lesión. Notificar a Psiquiatra tratante, en caso de ser detectada por otro personal del equipo.	

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría/ Psicología	22	¿Persiste ideación suicida?	Entonces
		Si	Aplicar diagrama de flujo de ideación suicida en hospital ETAPA 2.2.
		No	Observación estrecha de la conducta por parte de enfermería del área.
ETAPA 2.1: IDEACIÓN SUICIDA EN CONSULTA EXTERNA			
Personal de CAISAME EP	23	¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?	Entonces
		Si	Derive a psiquiatría o psicología para determinación del riesgo suicida.
		No	Avance a ETAPA 3.
Psiquiatría/ Psicología	24	Determine el riesgo mediante la escala SAD PERSONS (Anexo 1)	
Psiquiatría/ Psicología	25	¿7-10 puntos: riesgo muy alto de suicidio?	Entonces
		Si	Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. Salvaguardar su integridad mediante Hospitalización .
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	26	¿5-6 puntos: riesgo alto de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad #28.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	27	¿3-4 puntos: riesgo medio de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad # 28.
		No	<2 puntos: riesgo bajo, avance a la siguiente.

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría/ Psicología	28	¿Factores protectores altos con buena red de apoyo familiar? ¿Ideación suicida con plan estructurado, inmediato y factible?	Entonces
		Si	Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. Salvaguardar su integridad mediante hospitalización .
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	29	¿Factores protectores altos con buena red de apoyo familiar? ¿Ideación suicida sin plan estructurado, no inmediata, no factible?	Entonces
		Si	Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de conflictos personales. Explorar alternativas para la resolución de conflicto diferentes al suicidio. Pase a actividad # 31.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	30	Factores protectores bajos. Mala red de apoyo familiar. Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de conflictos personales. Explorar alternativas para la resolución de conflicto diferentes al suicidio. Avance a la siguiente.	

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría /Psicología	31	¿Persiste ideación suicida?	Entonces
		Si	Hablar tranquilamente con la persona y alejar los objetos con los cuales se pudiera dañar. Salvaguardar su integridad mediante hospitalización .
		No	Avance a ETAPA 3.
ETAPA 2.2: IDEACIÓN SUICIDA EN HOSPITAL			
Personal de CAISAME EP	32	¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?	Entonces
		Si	Derive a psiquiatría o psicología para determinación del riesgo suicida.
		No	Avance a ETAPA 3.
Psiquiatría/ Psicología	33	Determine el riesgo mediante la escala SAD PERSONS (Anexo 1)	
Psiquiatría/ Psicología	34	¿7-10 puntos: riesgo muy alto de suicidio?	Entonces
		Si	Trasladar a la persona usuaria al área de observación con el fin de mantener <u>vigilancia estrecha</u> .
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	35	¿5-6 puntos: riesgo alto de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad #37.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	36	¿3-4 puntos: riesgo medio de suicidio?	Entonces
		Si	Pase a actividad #37.
		No	<2 puntos: riesgo bajo, avance a la siguiente.

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría/ Psicología	37	¿Ideación suicida con plan estructurado, inmediato y factible?	Entonces
		Si	Trasladar a la persona usuaria al área de observación con el fin de mantener <u>vigilancia estrecha</u> .
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	38	¿Factores protectores altos con buena red de apoyo familiar? ¿Ideación suicida sin plan estructurado, no inmediata, no factible?	Entonces
		Si	Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de conflictos personales. Explorar alternativas para la resolución de conflicto diferentes al suicidio. Pase a actividad # 40.
		No	Avance a la siguiente.
Psiquiatría/ Psicología	39	Factores protectores bajos. Mala red de apoyo familiar. Ofrecer apoyo, trabajar comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de conflictos personales. Explorar alternativas para la resolución de conflicto diferentes al suicidio. Avance a la siguiente.	

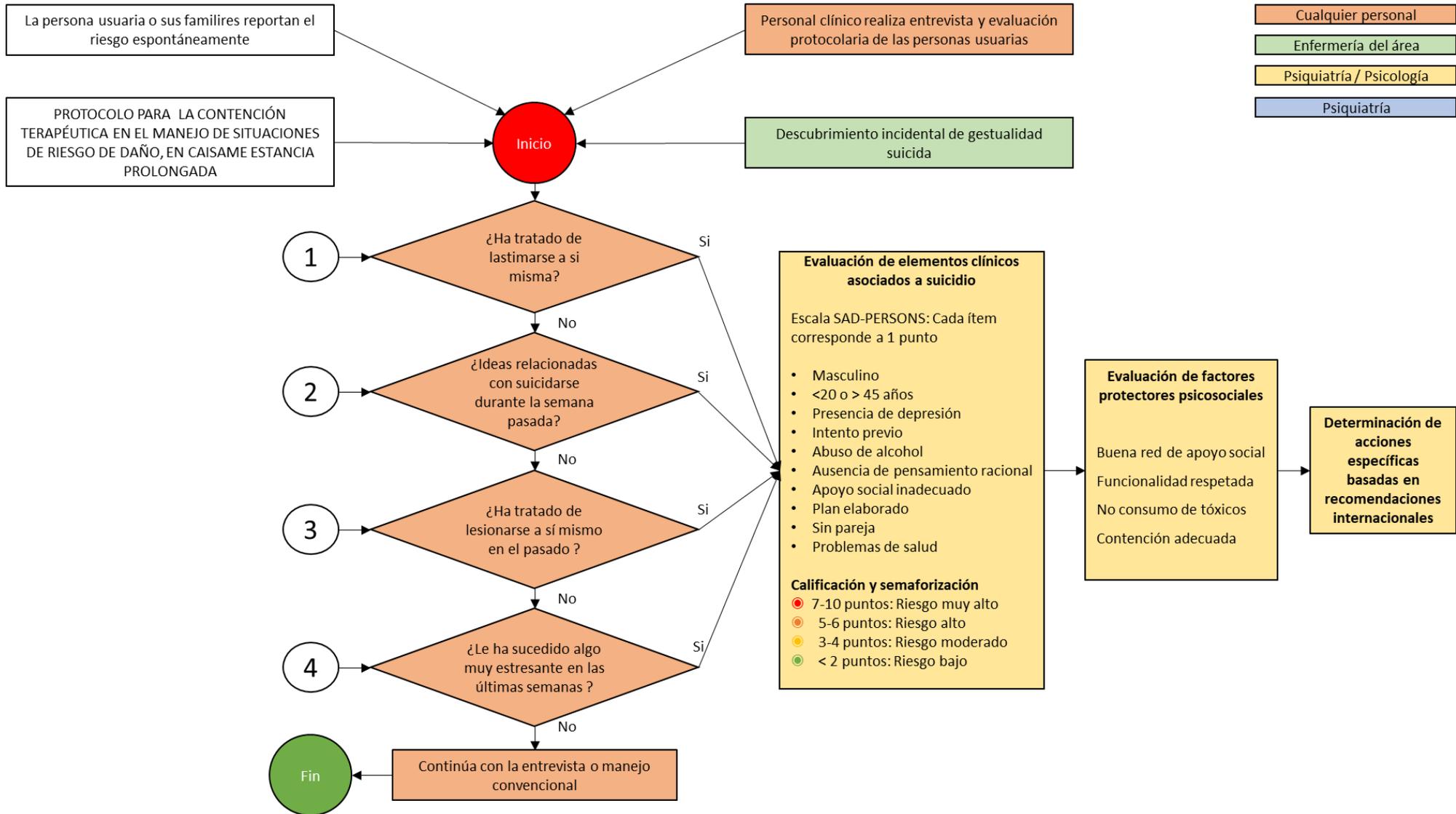
PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
Psiquiatría/ Psicología	40	¿Persiste ideación suicida?	Entonces
		Si	Trasladar a la persona usuaria al área de observación con el fin de mantener <u>vigilancia estrecha</u> .
		No	Avance a ETAPA 3.
ETAPA 3: ANTECEDENTES DE CONDUCTA SUICIDA			
Personal de CAISAME EP	41	¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?	Entonces
		Si	Avance a la siguiente.
		No	Avance a ETAPA 4.
Psiquiatría/ Psicología	42	¿Hay historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o de autolesión en el último año?	Entonces
		Si	<p>Ofrezca y active el apoyo psicosocial.</p> <p>» Mantenga contacto con más frecuencia (ej, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (una vez en 2 – 4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.</p> <p>» Ofrezca seguimiento mientras persista el riesgo de suicidio. En cada contacto, evalúe rutinariamente los pensamientos y planes suicidas. Si el riesgo es inminente, refiérase a la sub-sección 1.</p>
		No	Avance a ETAPA 4.

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

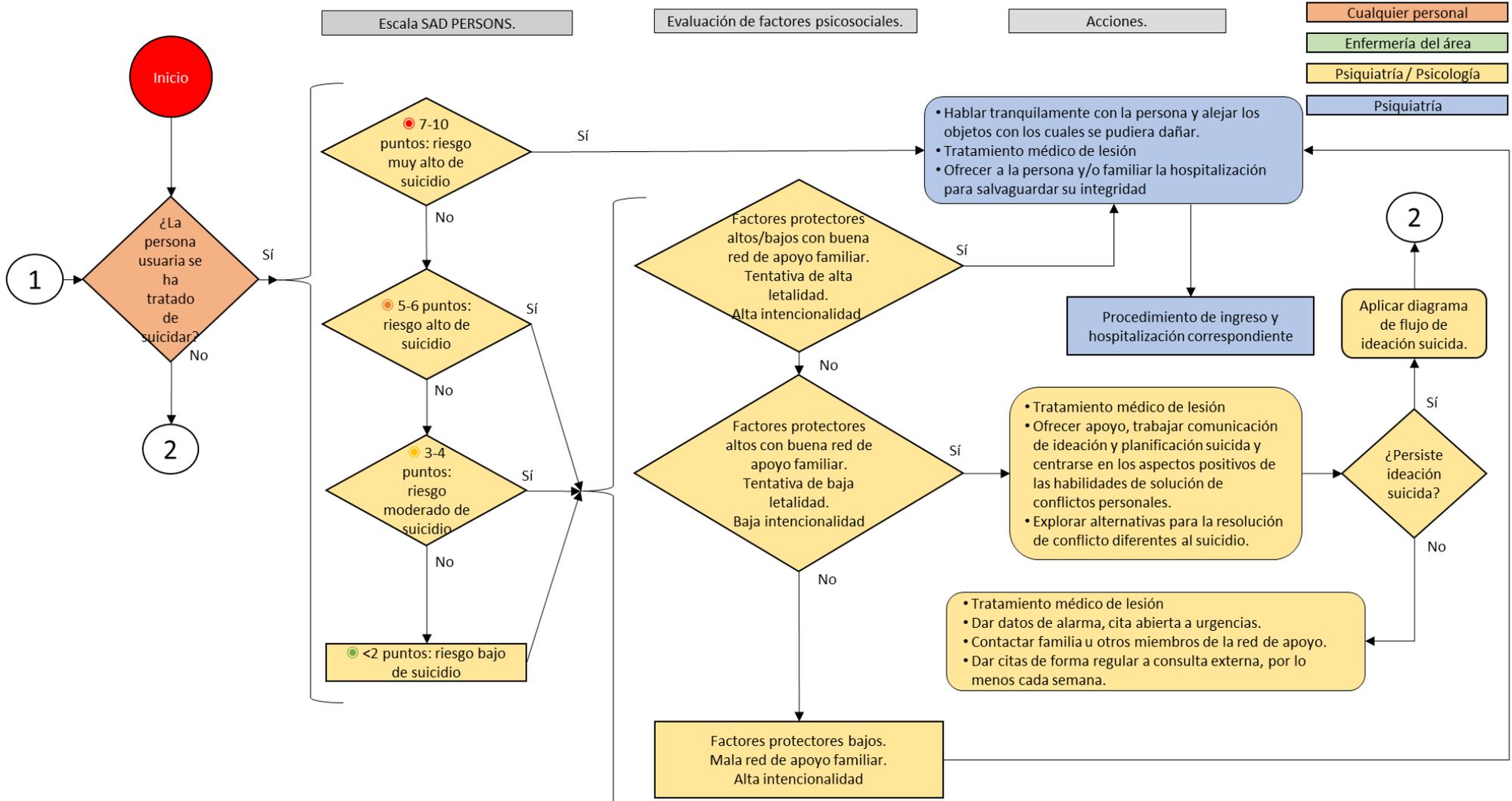
RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN	
ETAPA 4: ESTRESORES, FUNCIONALIDAD, INTENSIDAD SINTOMÁTICA			
Psiquiatría/ Psicología	43	¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?	Entonces
		Si	Avance a la siguiente.
		No	Continúa con la entrevista convencional (Fin).
Psiquiatría/ Psicología	44	¿ Presencia de: » Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales » Marcada aflicción o búsqueda reiterada de ayuda » Auto medicación frecuente para alteraciones emocionales o síntomas somáticos?	Entonces
		Si	Se justifica el manejo clínico adicional de los síntomas. Determine diagnósticos y establezca tratamiento específico Continúa con la entrevista convencional (Fin).
		No	Continúa con la entrevista convencional (Fin).

ALGORITMO GENERAL



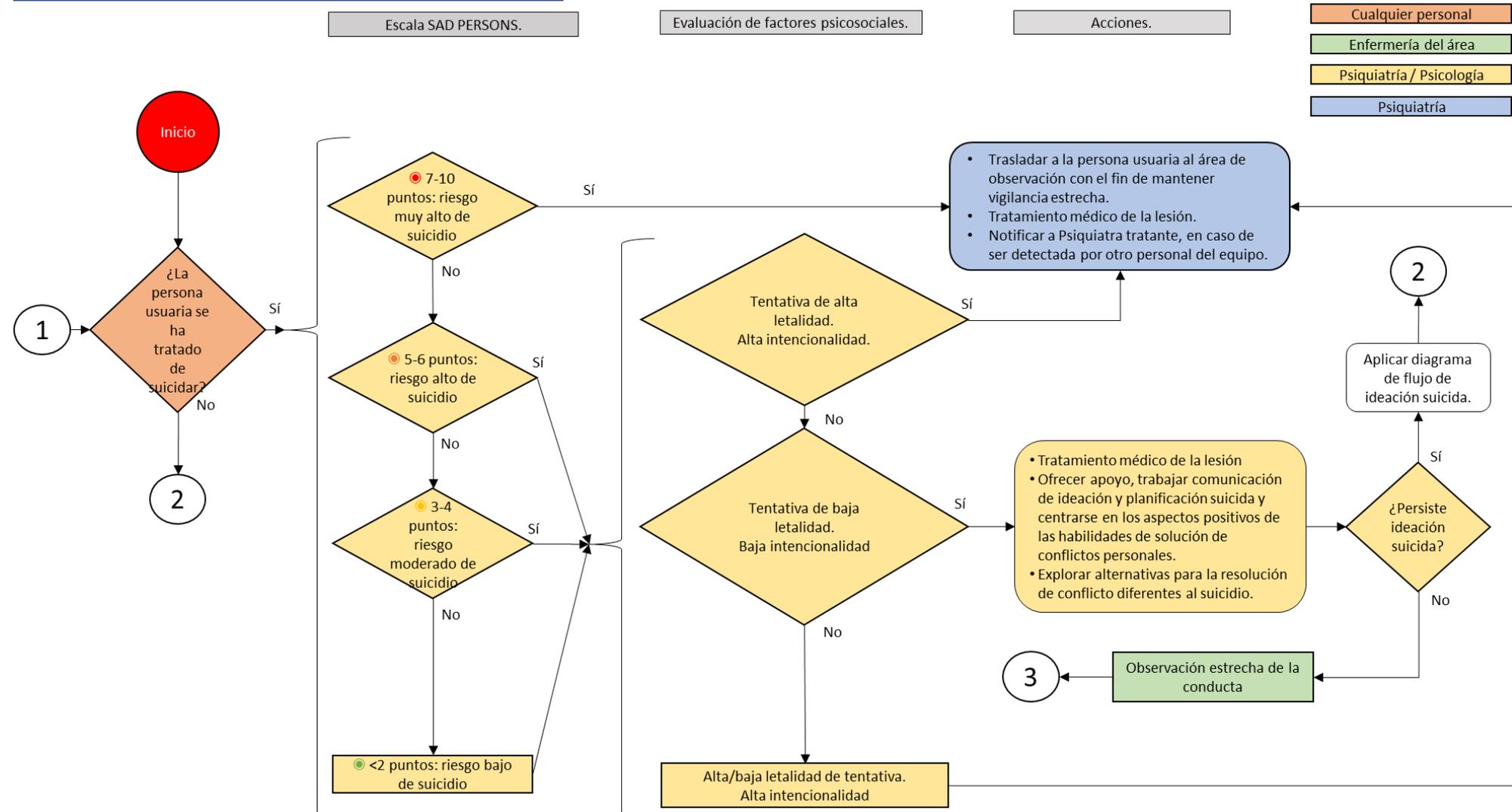
ALGORITMO TENTATIVA SUICIDA EN CONSULTA EXTERNA

Diagrama de flujo de tentativa suicida en Consulta Externa.



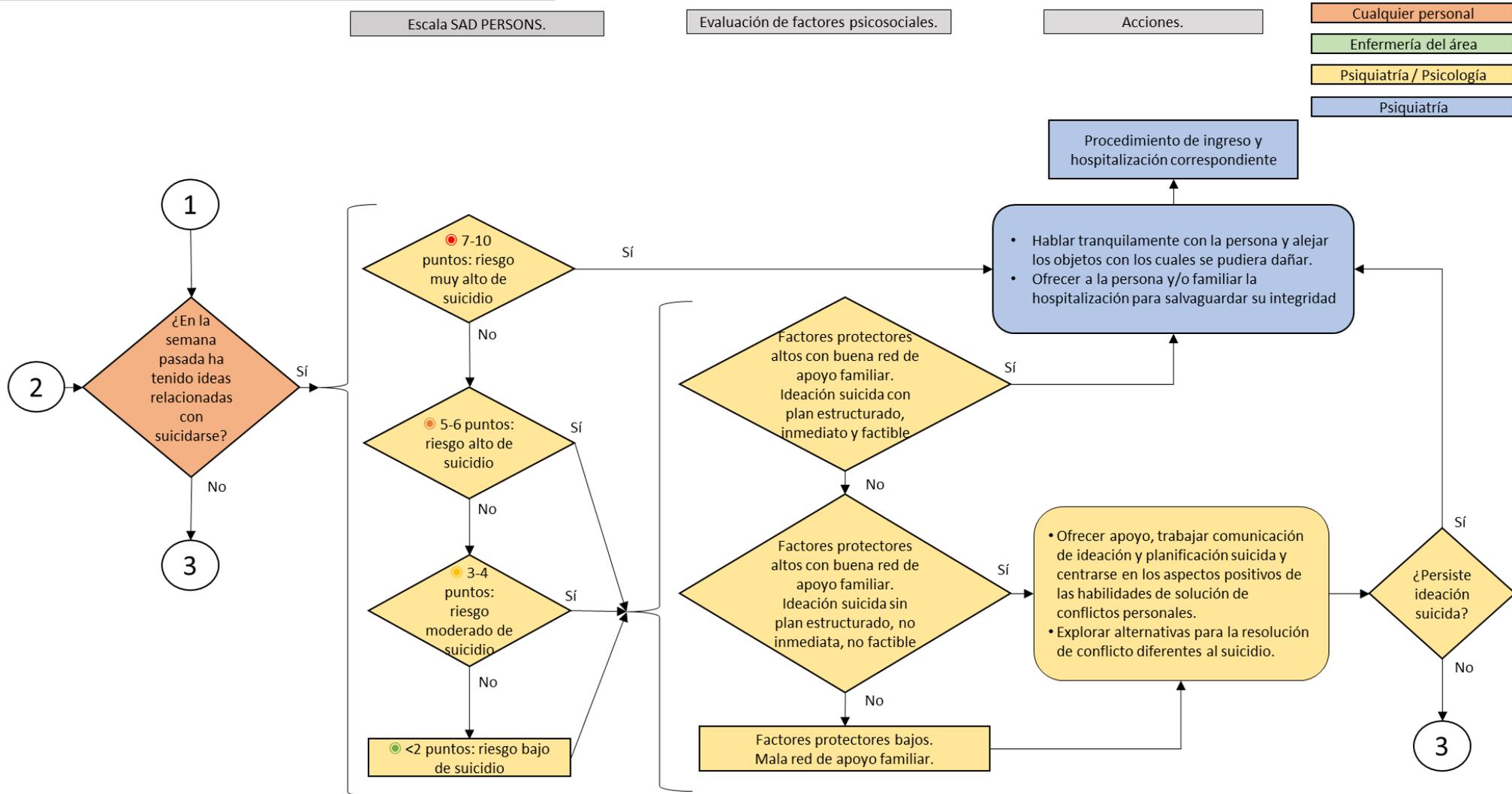
ALGORITMO TENTATIVA SUICIDA EN HOSPITAL

Diagrama de flujo de tentativa suicida en Hospitalización.



ALGORITMO IDEACIÓN SUICIDA EN CONSULTA EXTERNA

Diagrama de flujo de ideación suicida en Consulta Externa.



ALGORITMO IDEACIÓN SUICIDA EN HOSPITAL

Diagrama de flujo de ideación suicida en Hospitalización

Escala SAD PERSONS.

Evaluación de factores psicosociales.

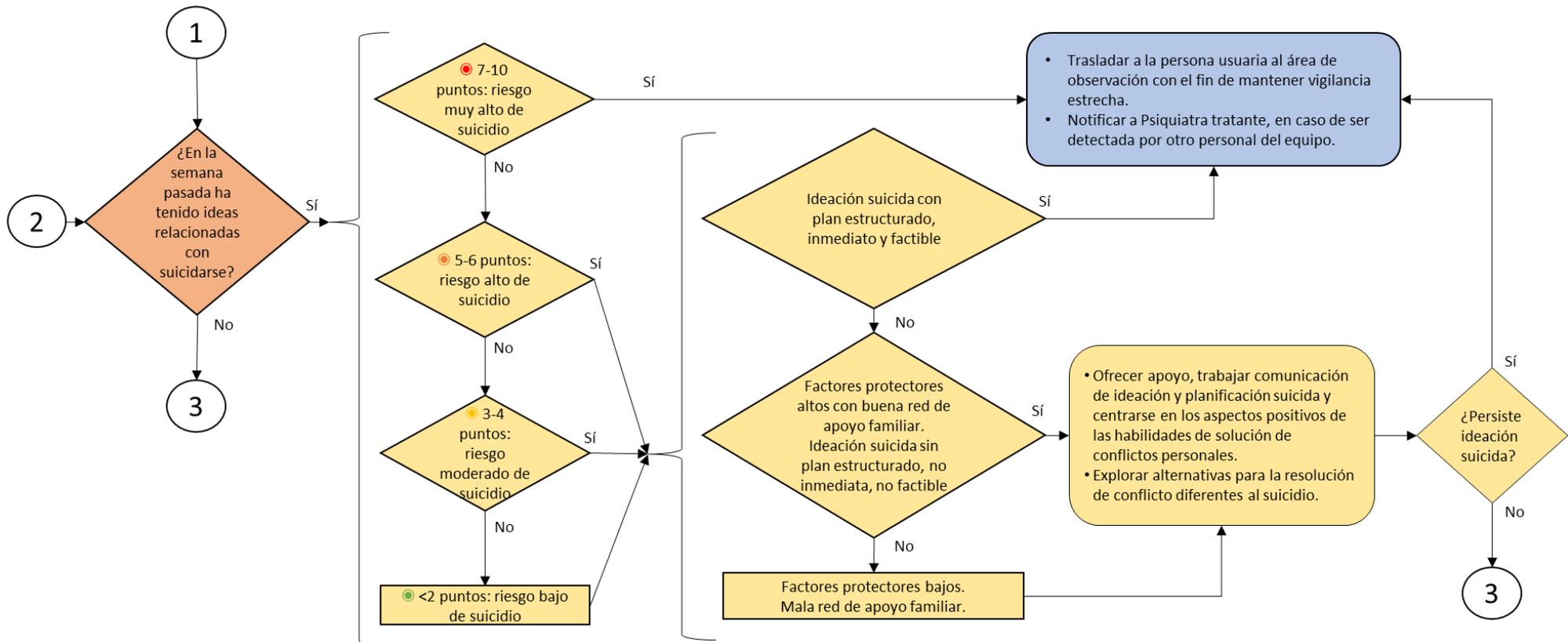
Acciones.

Cualquier personal

Enfermería del área

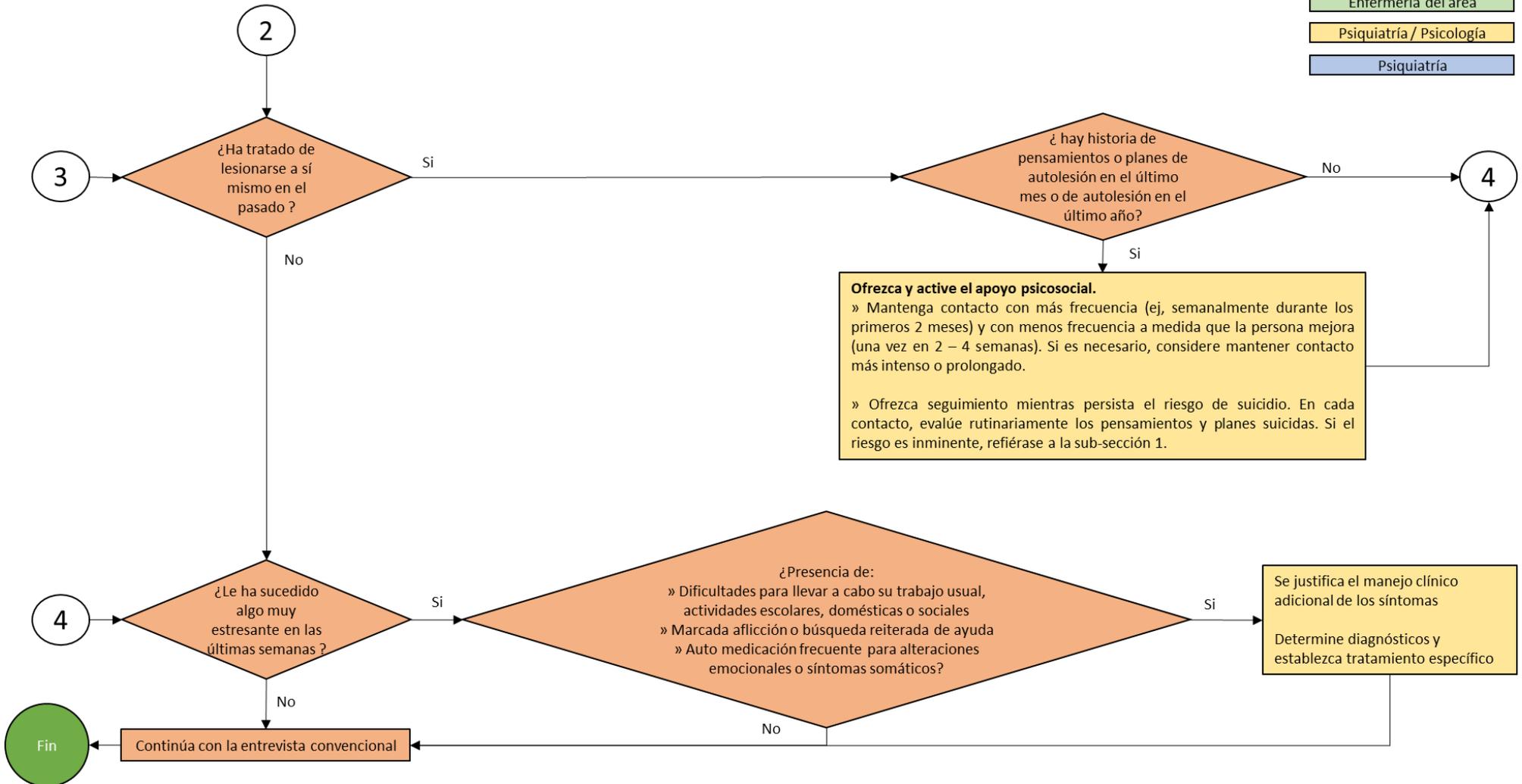
Psiquiatría / Psicología

Psiquiatría



ALGORITMO ANTECEDENTES, ESTRESORES, FUNCIONALIDAD, E INTENSIDAD SINTOMÁTICA

Cualquier personal
Enfermería del área
Psiquiatría / Psicología
Psiquiatría



Glosario

Protocolo	El protocolo médico es un excelente método científico con alta rentabilidad asistencial, docente e investigador en el cual se fija por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica, aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas.
Persona usuaria	Toda persona que padece un trastorno mental y del comportamiento, que emplea los servicios de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
Riesgo de daño	Situación clínica de emergencia en la que ocurren lesiones, o tiene potencial de generarlas, y estas son realizadas por una persona, ya sea hacia sí misma, o en contra de los demás.
Conducta autolesiva/ Riesgo suicida	La persona usuaria puede estar en riesgo provocarse a sí mismo lesiones intencionales o suicidarse, acciones / comportamiento destructivo para la propia seguridad o salud.
Riesgo de daño a los demás	La persona usuaria puede estar en riesgo de causar daños, o alentar / involucrar a otros en la causa de daños o lesiones a otras personas.
Alta letalidad	Posibilidad de que el acto llevado a cabo realmente cause la muerte del sujeto.
Manejo ambulatorio	Persona usuaria que acude a visita a un establecimiento de salud para diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en el mismo.
Ideas de muerte	Pensamientos relacionados con la propia muerte, pero no con el suicidio.
Ideación suicida	Pensamientos relacionados con el suicidio, teniendo una intención de realizarlo, con presencia de un plan estructurado o no para llevarlo a cabo.
Gesto suicida	Conductas encaminadas a quitarse la vida, que no llegan a provocar un daño tisular, que generalmente son detenidas por el individuo o por terceros.
Intento suicida	Conducta encaminada a quitarse la vida, que provocan un daño tisular y que posterior a su realización no se consiguió la muerte.
Suicidio consumado	Muerte autoinfligida con suficiente evidencia para inferir que la persona intentaba morir.
Triage	Término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar. Se define como la revisión clínica y sistemática de todos los individuos que acuden al servicio de urgencias, mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia y el tiempo en que será atendido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors (2003). [Citado el 13 may 2019] Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracguideChapToc_14.aspx
- Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G. (2004) Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry; 4 (37): 1-11.
- Beautrais AI, Collings SCD, Ehrhardt P. (2005) Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health.
- Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. JAMA Psychiatry. Published online March 13, 2019;76(6):642–651. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0174
- Bertolote JM., Fleischmann A. (2002). A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. Suicidology; 7 (2): 6-8.
- Bobes García J, Giner Ubago J, Daiz J. (2011). Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela.
- Borges, G., Orozco R., Benjet, C., Medina-Mora M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Méx, 52 (4), 292-304.
- Borges, G., Orozco R., Medina-Mora, M.E. (2012) Índice de riesgo para el intento suicida en México. Salud Pública Méx, 54 (6), 595-606.
- Brent DA, Oquendo MA, Reynolds CF. Caring for Suicidal Patients. JAMA Psychiatry. Published online June 12, 2019. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0927
- Carrigan, C. G., Lynch, D.J. (2003) Managing suicide attempts. Prim. Care Companion J. Clin Psychiatry, 71 (12), 1617-1628.
- Chávez-Hernández, A., Macías-García, I., (2015). Understanding suicide in socially vulnerable contexts: Psychological autopsy in a Small Town in Mexico. Suicide Life Threat Behav Suicide and Life Threatening Behavior, 46 (1), 3-12.
- Chinchilla A, Correas J, Vega M. (2003). Manual de Urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson.
- Comunicado de prensa Nú. 410/18. 7 de Septiembre de 2018. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Cuestionario de Suicidio. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Forma PEC-6-36. Modelo 2001.
- Dieppe C, Stanhope B, Rakhra K. (2009) Children who harm themselves: development of paediatric emergency department triage tool. Emerg Med J; 26 (6): 418-20.
- Estadística de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-México: INEGI.
- Gómez-Cham, A., (2012) Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. Rev Med Clin Condes 23 (5), 607-615.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avallia-t); 2012. Guía de práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02
- Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. Foro "Construyendo un Modelo de Atención Psiquiátrica en los Hospitales". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. 1-2 de marzo 2016.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373 (9672):1372-81.
- Melhem NM, Porta G, Oquendo MA, et al. Severity and Variability of Depression Symptoms Predicting Suicide Attempt in High-Risk Individuals. JAMA Psychiatry. Published online February 27, 2019;76(6):603–613. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4513

PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS USUARIAS HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTA EXTERNA, EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

- Horowitz, I.M., Wang, P.S., Koocher, G.P., Burr, B.H., Smith, M.F., Kavlon, S., Cleary P.D., (2001). Detecting Suicide Risk in Pediatric Emergency Department: Development of a Brief Screening Tool. *Pediatrics*, 107 (5), 1133-1137.
- Medina-Mora, M.E., Borges G., Benjet, C., Lara C., (2003). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica.
- Nock MK., Borges G., Bromet EJ., Cha CB., Kessler RC., Lee S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*; 30 (1): 133-154.
- O'Carroll PW., Berman A.L., Maris RW., Moscicki EK., Tanney BL., Silverman M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*; 26 (3): 237-252.
- Oquendo M, Currier D, Posner K. (2009) Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*; 2 (2): 63-65.
- Organización mundial de la salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [Citado 06 abr 2019]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf.
- Patterson, W.M., Dohn, H. H., Bird J., Patterson, G.A., (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSON scale., *Psychosomatics*, 4, 348-349.
- Preventing suicide. Program Activities Guide [Internet]. Atlanta (GA): Department health & Human services; [Citado 03 abr 2019]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/PreventingSuicide-a.pdf>.
- Robles García R, Agraz Páez A, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L. (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiat*; 33: 292-7
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS one*, 12(7), e0180292. doi:10.1371/journal.pone.0180292
- Sakinofsky I.(2007) Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry*; 52(6S1):71S-84S.

RECONOCIMIENTOS

Documentó:

- Dr. Manuel Alejandro López Sandoval
- Dr. Jesús Alejandro Aldana López

Colaboró:

- Dr. Rafael Medina Dávalos
- Dr. Miguel Álvaro Hidalgo Castillo
- Dra. Blanca Elisa Real Peña
- Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
- Mtra. Brenda González Luna
- Lic. TS. Leticia Limón
- Lic. Enf. Ángel Mancillas

ANEXO 01: ESCALA SAD PERSONS

1. Explore la presencia de los siguientes factores de riesgo para suicidio.
2. Valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 ó 1, respectivamente.
3. Sume el total y obtenga una calificación para estimar el nivel de riesgo suicida de la persona usuaria.

Acrónimo en inglés		Traducción al español.	Valor	Calificación:
S	Sex	Masculino	1	
A	Age	<20 o > 45 años	1	
D	Depression	Presencia de depresión.	1	
P	Previous attempt	Intento previo	1	
E	Ethanol abuse	Abuso de alcohol.	1	
R	Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional.	1	
S	Social support lacking	Apoyo social inadecuado.	1	
O	Organized plan for suicide	Plan elaborado	1	
N	No spouse	Sin pareja.	1	
S	Sicknesss	Problemas de salud	1	
Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio; Entre 3 y 4 indica riesgo moderado; Entre 5 y 6 riesgo alto y Entre 7 y 10 riesgo muy alto.			Total:	