

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

INTENTO DE SUICIDIO

Fernando de la Hoz
Director General INS

Mancel Enrique Martínez Duran
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata
en Salud Pública

DOCUMENTO ELABORADO POR

Camilo Alejandro Alfonso
Profesional especializado
Equipo de Salud Mental
Instituto Nacional de Salud INS

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Ana María Blandón Rodríguez
Profesional especializado
Equipo de Salud Mental
Instituto Nacional de Salud INS

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	2
1.1.	Comportamiento del Intento de Suicidio	3
1.2.	Estado del arte.....	4
1.3.	Justificación para la vigilancia.....	6
1.4.	Usos de la vigilancia para el evento.....	6
2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
3.	DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS	7
4.	FUENTES DE LOS DATOS.....	7
4.1.	Definición de las fuentes.....	7
4.2.	Periodicidad de los reportes.....	8
4.3.	Responsabilidades por niveles	8
5.	RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	10
5.1.	Periodicidad y permanencia de la recolección.....	10
5.2.	Cobertura.....	10
5.3.	Tipo de recolección.....	10
5.4.	Flujo de Información	11
6.	PROCESAMIENTO DE DATOS	12
7.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	12
7.1.	Indicadores.....	12
8.	ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN	13
8.1.	Acciones individuales	13
8.2.	Acción colectiva.....	14
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
10.	CONTROL DE REVISIONES	16
11.	ANEXOS	17

1. INTRODUCCIÓN

Aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2013). El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad. En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente (1).

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. Históricamente, las sociedades han valorado este fenómeno desde diferentes ópticas: religiosas, sociales, culturales y científicas (2).

Es la cuarta forma de violencia en nuestro país con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes. En nuestro país por cada mujer se quitan la vida cuatro cuatro hombres(2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”

Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género. La incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años. 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 consumado(3, 4).

1.1. Comportamiento mundial, regional y nacional del evento

En la actualidad el suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años. Colombia ocupa el tercer lugar en mayor número de casos, después de Cuba y Brasil (5).

A nivel mundial, los hombres tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales.

La prevalencia del intento de suicidio es más difícil de conocer. La OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3 al 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio.

En un estudio realizado en Colombia, la prevalencia de vida de intento de suicidio fue del 4,53% (IC 95%: 4,25-4,81) y del 1,2% (IC 95%: 1,06-1,24) en el último año. En el mismo estudio, el 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían intentado suicidarse durante el transcurso de la vida y 1,4% de mujeres y 1,0% de hombres lo habían intentado en el último año (6).

El intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países; la población con mayor riesgo está ubicada entre los 16 a 21 años (6).

Los datos encontrados de prevalencia de vida de intento de suicidio por dicho estudio varían entre 5,2% y 3,6%, y hay una relación clara con el grupo de edad. No sólo disminuye la probabilidad de haber cometido un intento de suicidio a través de la vida, también disminuye la probabilidad de presentar un intento en el último año. Esto ratifica al grupo de los adolescentes como el grupo de mayor riesgo de suicidio y el incremento de esta entidad en las últimas décadas (6).

El Estudio Nacional de Salud Mental 2003 muestra que la prevalencia de vida de intento suicida es de 4,9% este estudio, no halló diferencias entre hombres y mujeres (7).

1.2. Estado del arte

Según los estudios de carga de enfermedad, las lesiones auto-inflingidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio en 2010 constituyen el 1,5% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). En América Latina, las autolesiones corresponden a 1,3% del total de AVAD(1).

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP) (7).

La denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia, sin embargo es bien sabido que el suicidio es una conducta prevenible, si se tiene en cuenta que una proporción importante de los suicidas tienen una enfermedad psiquiátrica tratable y que la gran mayoría de las personas suicidas comunican a alguien de su entorno sus intenciones autodestructivas.

Estudios longitudinales muestran que cerca de un 40% de las personas que intentan suicidarse han tenido intentos previos, y entre el 13 y el 35 % de los que intentan hacen otro intento, 7% hace dos o más intentos, 2,5% hace tres o más intentos y 1% hace cinco o más intentos, dentro de los dos años siguientes al primer intento de suicidio (10). Así mismo, resulta significativamente asociado con el intento de suicidio haber consultado al médico con quejas de nervios, antes de cometer el intento (6).

Los factores de riesgo o asociados con el intento de suicidio y suicidio han sido ampliamente estudiados en la literatura. Así, se cuenta información suficiente en cuanto a:

Tabla 1 - Factores de riesgo para intento de suicidio
1. Ser mujer
2. Ser menor de 30 años. Más específicamente edad entre 16 y 21 años (8).
3. Pertenecer a un estrato socioeconómico bajo.
4. Tener un diagnóstico psiquiátrico. Más específicamente tener Depresión (Leve, moderada o Severa) o niveles de ansiedad (Moderados a Graves)(8).
5. Tener problemas actuales de pareja.
6. Baja satisfacción con los logros.
7. Presencia de maltrato verbal (particularmente hallado en mujeres) (8).
8. Baja percepción de cohesión familiar.
9. Percepción de no compartir los mismos valores morales con la familia.
10. Percepción de reglas familiares como no claras y punitivas,
11. Vivir solo

Tabla 2 - Factores precipitantes agudos de intento de suicidio
1. Una discusión severa con la pareja
2. Tener una persona nueva en la casa
3. La presencia de una enfermedad seria en un miembro de la familia,
4. La presencia de una seria enfermedad física personal
5. Tener un problema legal.

La estimación del riesgo suicida es diferencial de acuerdo con la presentación de los síntomas y la presencia de factores de riesgo, así:

Riesgo Bajo: Ideación de muerte esporádica o inconsistente (no de matarse), sin factores de riesgo para intento. Excepción: Niños menores de 14 años, Adultos mayores de 75 años.

Riesgo Medio: Ideación de muerte esporádica o inconsistente (no de matarse), con factores de riesgo (Al menos uno) para intento. Excepción: Niños menores de 14 años, Adultos mayores de 75 años.

Riesgo Alto: Cualquiera de los siguientes:

- Ideación de muerte o suicida en niños menores de 14 años o adultos mayores de 75 años.

- Ideación suicida (De matarse) esporádica o intermitente con factores de riesgo.
- Ideación suicida (De matarse) consistente y continua con o sin factores de riesgo.
- Existencia de plan suicida, advertencias suicidas o amenazas de suicidio.
- Intento previo de suicidio que involucró signos vitales
- Intento de suicidio entendido como conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

Los factores identificados como precipitantes agudos de intento de suicidio en general involucran un cambio reciente en la vida, particularmente un evento interpersonal negativo (9).

El éxito en la prevención depende de la identificación temprana y adecuada del riesgo, de una evaluación inicial adecuada del caso y de iniciar y mantener un adecuado tratamiento y seguimiento.

1.3. Justificación para la vigilancia

De acuerdo a los datos suministrados por el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, entre los años 2004 y 2013, la tasa de suicidios en Colombia se ha mantenido relativamente estable alrededor de los 4 suicidios por cada 100000 habitantes(2), a pesar de la vigilancia continuada de este evento, no se han alcanzado cambios específicos en el comportamiento del mismo. El intento de suicidio es el principal predictor del suicidio consumado, por lo que resulta necesario implementar sistemas que permitan la identificación a nivel nacional los casos de intento suicida, con el fin de hacer una intervención integral a los casos identificados.

1.4. Usos de la vigilancia para el evento

Detectar los casos de intento de suicidio sospechosos y confirmados, que son captados en una institución de salud, para establecer su distribución, tendencia y factores determinantes. A partir de esta evidencia generar información que permita el desarrollo de políticas estrategias de prevención y control en la población.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia y distribución del intento de suicidio.
- Detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia del evento.
- Guiar el desarrollo de acciones colectivas en salud encaminadas a reducir o controlar el riesgo de intento de suicidio.

3. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS

- **Caso sospechoso:** Acción con resultado no letal de la que se supone ha sido deliberadamente iniciada y realizada por el sujeto, que le cause autolesión y que sin la intervención de otros, pudiera haber causado su muerte.
- **Caso confirmado:** Acción no habitual con resultado no letal de la que se tiene evidencia ha sido deliberadamente iniciada y realizada por el sujeto, que le cause autolesión y que, sin la intervención de otros, pudiera haber causado su muerte.

4. FUENTES DE LOS DATOS

4.1. Definición de las fuentes

La principal fuente de información para la vigilancia del evento, serán los servicios de urgencias a través de las fichas de notificación de datos básicos y complementarios, dado que es a estos servicios donde ingresan los casos probables de intento de suicidio que cumplen con la definición de caso.

4.2. Periodicidad de los reportes

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal	Los casos sospechosos o confirmados de intento suicida deben notificarse semanalmente.
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos probables de intento suicida y la clasificación final del caso se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

4.3. Responsabilidades por niveles

Unidades primarias generadora de datos (UPGD)

- Garantizar la atención integral del caso y seguimiento del mismo con los otros actores del sistema.
- Realizar la notificación y canalización de los casos de conducta suicida.
- Analizar y difundir la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.

Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar con las unidades informadoras los casos de intento de suicidio y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.

- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del sistema de vigilancia en salud pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Unidad local de salud

- Configurar e investigar el caso
- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la secretaría departamental de salud.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

Secretaría departamental de salud

- Realizar asistencia técnica a la unidad local de salud
- Concurrir con la unidad local de salud en las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.
- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la instancia nacional.

Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud

- Realizar asistencia técnica cuando ésta se requiera
- Orientar la metodología para la realización de planes de contingencia con su respectivo seguimiento.

5. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

5.1. Periodicidad y permanencia de la recolección.

De manera que el sistema de vigilancia pueda responder a la magnitud prevista del evento, y ese en capacidad de identificar los cambios en el comportamiento de los intentos de suicidio en el país, la recolección de los datos funcionará de manera permanente, y se realizara de manera semanal.

5.2. Cobertura

La vigilancia será nacional, y se realizará específicamente en los servicios de urgencias de todo el país, teniendo en cuenta que es a estos servicios donde se atenderá a los casos que cumplen con la definición del evento.

5.3. Tipo de recolección

La recolección de los datos se realizará de manera activa a través del SIVIGILA, las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar de forma inmediata en los formatos y estructura establecidos, de acuerdo con las definiciones de caso argumentadas en el protocolo.

En caso de que por dificultades insuperables, la UPGD no pueda enviar información directamente por notificación en ficha individual, se deben tomar los datos de la ficha en el sitio de origen de la información y será responsabilidad del municipio y del departamento establecer los medios de comunicación (teléfonos, fax, radioteléfonos, etc.) necesarios para llenar los datos de la ficha individual en la unidad notificadora y notificar así todos los casos al SIVIGILA por notificación individual.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social.

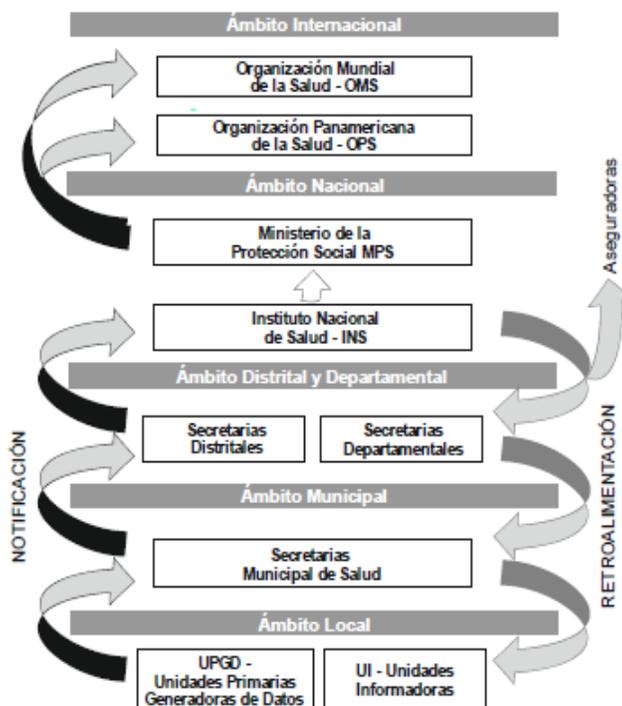
Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de

administración dirección, vigilancia y control podrá modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

5.4. Flujo de Información

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, y del municipio hasta departamento o distrito, desde el departamento o distrito hasta el nivel nacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así desde cada nivel se envía información a los aseguradores.



6. PROCESAMIENTO DE DATOS

A través de los datos recolectados, se construirán tablas de frecuencia por edades simples, ciclo vital, sexo y lugar de residencia para cada uno de los casos de intento de suicidio detectados, de igual manera se analizarán variables geográficas debido a que la literatura establece que el suicidio o el intento de suicidio tiende a ser replicado por personas cercanas o expuestas a este evento, esta información se establecerá a partir de la ficha de notificación dispuesta.

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

7.1. Indicadores

Nombre del indicador	Incidencia de Intento de Suicidio
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Se define como el número de casos nuevos confirmados en una población durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Evaluar el ritmo de desarrollo de nuevos casos del evento. Evaluar la magnitud del evento Identificar grupos de edad vulnerables que requieren control y seguimiento
Definición operacional	Numerador: Número de casos nuevos confirmados notificados en el período _____ Denominador: Población expuesta a riesgo de presentar este evento en el período de tiempo
Coficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Población por grupos de edad, zona y sexo fuente DANE
Interpretación del resultado	En el período ____ se notificaron ____ casos nuevos del evento por cada 100.000 habitantes.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.

8. COMUNICACIÓN Y DIFUSION DE LOS RESULTADOS DE LA VIGILANCIA

La información se presentará en boletines trimestrales realizados por el grupo de enfermedades no transmisibles del Instituto Nacional de Salud, estos boletines serán difundido y socializados por la subdirección de gestión y comunicación del riesgo, de manera que la información esté disponible para los organismos nacionales, departamentales y distritales, de manera que estos puedan trazar políticas de intervención que conduzcan a la disminución del riesgo de suicidio en la población.

9. USOS DE LOS RESULTADOS DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Mediante la vigilancia, se pretende detectar los casos de intento de suicidio y clasificarlos según el nivel de riesgo de que esta conducta se repita en el futuro, una vez detectados estos casos, ha de procederse a tomar acciones que garanticen el acceso oportuno a los servicios de salud mental.

9.1. Acciones individuales

En todos los casos, las acciones individuales contemplan:

1. Alerta a la EPS de cada caso identificado, para promover la intervención oportuna y el seguimiento. Dicha alerta será emitida por el ente departamental correspondiente.
2. En los casos de riesgo alto, se realizaran dos seguimientos, el primer seguimiento dentro del primer mes posterior al intento de suicidio y el segundo dos meses después.

Dichos seguimientos deben ser llevados a cabo por profesionales de salud mental (psicólogo o psiquiatra) preferiblemente con entrenamiento en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos o el profesional a cargo de la vigilancia.

9.2. Acción colectiva

Las acciones colectivas tienen por objetivo fortalecer a las comunidades y brindarles herramientas que les permitan reconocer el riesgo de suicidio, Incluyen:

- Fortalecer la coordinación interinstitucional entre las ESE, EPS, Secretarías de Salud Municipales y Departamentales, Redes de Urgencias.
- Sensibilizar y educar a la comunidad sobre los problemas y factores de riesgo más frecuentes, su identificación temprana y manejo
- Promover la generación de familias y comunidades protectoras de la salud mental que contribuyan en la identificación temprana y canalización de los casos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Americas. Washington: OPS; 2014.
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2013: datos para la vida: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013.
3. Ros Montalban S. La conducta suicida. Madrid: Aran Ediciones; 1997.
4. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. American Journal of Psychiatry. 1999;156(2):181-9.
5. Macana Tuta N.L. (2012) Comportamiento del suicidio en Colombia 2011.
6. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2005;35(3):239-50.
7. Ministerio de salud de Argentina, lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes, 2012
8. Bohórquez A. Carlos Gómez-Restrepo, MD, Nelcy Rodríguez Malagón² Adriana Bohórquez P., MD 3, Nancy Diazgranados F., MD 4 María Beatriz Ospina García, M. Sc. 5, Cecilia Fernández, MD 6. Revista colombiana de psiquiatría. 2002;31(4):271.
9. Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003. Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Cali; 2005.
10. Sadock BJ, Kaplan HI, Freedman AM. Comprehensive Textbook of Psychiatry: IV: William & Wilkins; 1983.



10. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
					Nombre Cargo

REVISÓ	APROBÓ
Nombre	Nombre
Subdirector Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLES A INCLUIR PARA B

Intento de suicidio											
(Diligencie los datos solicitados en las casillas correspondientes o marque con una X de acuerdo con la instrucción provista)											
RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS											
A. Nombre y apellidos del paciente				B. Tipo de ID*				C. Número de identificación			
*RC: Registro civil *TI: Tarjeta de identidad *CC: Cédula de ciudadanía *CC: Cédula de extranjería *PA: Pasaporte *MS: Menor sin ID *AS. Adulto sin ID											
5. Personas con las que vive (Marque en las casillas todas las opciones que apliquen con una X)											
a. Sólo		d. Pareja permanente e hijos		g. Familia extensa		k. Hijos					
b. Coarrendatario		e. Amiga(o)		h. Pareja ocasional		l. Hijos y pareja ocasional					
c. Pareja permanente		f. Padres		i. Padres y hermanos		ll. Parientes					
6. Factores asociados (Marque en las casillas todas las opciones que apliquen con una X)											
a. Problemas económicos, legales o sociales recientes				b. Perdida reciente de lazos familiares o sociales							
c. Problemas recientes con la pareja				s. Historia Familiar de intento de Suicidio o Suicidio							
e. Enfermedad crónica, degenerativa, incapacitante o terminal				f. Presencia de otros síntomas psiquiátricos							
g. Baja satisfacción con la vida, síntomas depresivos				h. Problemas actuales con el consumo de alcohol							
i. Problemas actuales con el consumo de sustancias				j. Exposición reciente a abuso sexual							
k. Exposición reciente a cualquier forma de violencia				l. Enfermedad grave en un familiar							
m. Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico				ñ. Antecedente de violencia intrafamiliar o abuso sexual							
o. Antecedente de intento de suicidio				p. Antecedente de tratamiento psiquiátrico							
q. Antecedente de trastorno psiquiátrico				r. Historia Familiar de trastorno psiquiátrico							
7. Trastornos Psiquiátricos asociados: (Marque en las casillas todas las opciones que apliquen con una X)											
a. Trastorno Depresivo			b. Otro Trastorno Afectivo			c. Abuso o Dependencia del Alcohol					
d. Abuso o dependencia de Sustancias			e. Esquizofrenia			f. Trastorno de personalidad					
g. Otro:			h. ¿Cuál?								
8. Mecanismo											
a. Ahorcamiento		b. Arma Corto punzante		c. Intoxicación		Sustancias:					
d. Lanzamiento al Vacío		e. Arma de Fuego		f. Otros		Cual:					
9. Determinación del Riesgo de Suicidio *(Marque en la casilla la opciones que apliquen con una X)											
Riesgo Medio				Riesgo Alto							
*Riesgo medio: Presencia de al menos un factor de riesgo, redes de apoyo débiles, baja letalidad de mecanismo utilizado para el intento											
*Riesgo alto: Niños menores de 14 años o adultos mayores de 75 años, Presencia de dos o más factores de riesgo, presencia de al menos un trastorno psiquiátrico asociado.											

ANEXO 2

TABLA DE DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Riesgo Medio	Presencia de al menos un factor de riesgo. Redes de apoyo débiles Baja letalidad de mecanismo utilizado para el intento
Riesgo Alto	Niños menores de 14 años o adultos mayores de 75 años. Presencia de dos o más factores de riesgo. Presencia de al menos un trastorno psiquiátrico asociado.