

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 1 de 23	

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTO DE SUICIDIO)

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 2 de 23	

INTRODUCCION

La atención integral en salud a paciente con intento de suicidio es uno de los componentes de salud mental necesario, y uno de los problemas psicosociales que se presentan en todos los grupos y sociedades, incrementando el número de muertes trágicas y con grandes trastornos emocionales para las familias.

Es considerado un problema difícil de analizar, en donde la angustia, el sufrimiento y la confusión llevan al individuo a elegir la muerte, afectando la salud mental de la comunidad a través de la huella que deja en los sobrevivientes.

También es considerado como un problema multifactorial que sigue un curso más o menos definido. En algunos casos; su objetivo es diferente a la pérdida de la vida como tal, pues la meta puede ser **llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad** (Jiménez-Tapia, González-Forteza 2003).

De acuerdo con los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de medio millón de personas mueren por esta causa cada año. De éstas, ocho de cada diez, antes de consumir el suicidio, lo han intentado sin éxito.

Este componente en salud mental es un importante reto para los profesionales de La salud y para la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, dentro del marco de atención y promoción de la vida, buscando siempre la atención humanizada, con calidad y calidez.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 3 de 23	

MARCO NORMATIVO

Suicidio: “acto consciente de aniquilación auto inducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución.”⁵

Shneidman E. Definition of suicide. New York: John Wiley, 1985:20

1. Factores de riesgo

El suicidio se considera un evento multicausal asociado a factores sociales, biológicos, individuales y ambientales.

Factores sociales: Según área geográfica es más frecuentes en áreas urbanas que rurales. Estado civil, es más frecuente en solteros. Religión; el suicidio es más bajo en países donde la religión católica es la más profesada. Es más frecuente en inmigrantes que en personas nativas del lugar. El alcoholismo, la farmacodependencia y drogadicción, presentan asociación significativa con la depresión clínica y suicidio, criterio demostrado en Colombia desde 1987. Lugar de ocurrencia del hecho, es más frecuente en la casa de habitación. La hora, es más frecuente en horas nocturnas. La ausencia de amigos y falta de redes de apoyo social incrementan el riesgo de intento de suicidio y del suicidio, al igual que el maltrato físico y psicológico

Factores biológicos: Anormalidades en el sistema serotoninérgico, niveles altos de serotonina –2 (5-HT₂). Trastornos endocrinos, especialmente el hipotiroidismo, trastornos metabólicos como la anemia perniciosa y la enfermedad de Wilson. Factores genéticos en familiares de primer grado de consanguinidad y en los gemelos homocigóticos existe una concordancia del 65%.

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 4 de 23	

2. FACTORES DE RIESGOS INDIVIDUALES:

Trastornos mentales

Trastorno Depresivo Mayor: Es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años . La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada y más en mujeres que en hombres.

Trastorno bipolar: Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas siendo 15 veces mayor en estos casos que en la población general.

Trastornos psicóticos: Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio, fundamentalmente los hombres jóvenes durante la primera etapa de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria. El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida . Sin embargo, debido a que este trastorno es poco frecuente en la población general (1%), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global.

Trastornos de ansiedad: Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 5 de 23	

Trastornos de la conducta alimentaria: En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general. Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía.

Abuso de alcohol y de otras sustancias: Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias

No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida. Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos y en general, después de años de enfermedad.

Trastornos de personalidad: Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad, fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general.

Factores Psicológicos

- Desesperanza y la rigidez cognitiva
- Impulsividad.
- El pensamiento dicotómico.
- La dificultad de resolución de problemas.
- La sobre generalización en el recuerdo autobiográfico.
- Perfeccionismo.

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 6 de 23	

- Autocrítica.

3. FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES Y DE CONTEXTO SOCIAL

Historia Familiar De Suicidio

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos.

Estudios realizados en niños adoptados mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho.

Los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción, tanto más cuanto antes se ha producido dicha adopción.

Eventos Vitales Estresantes

Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

Apoyo Socio-familiar

No tener cónyuge o pareja asociación con conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol.

La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social principalmente en los hombres, en los

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 7 de 23	

primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudez) No está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas.

Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio. Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio.

Por último, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio.

Religión

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes.

Exposición (efecto “contagio”)

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 8 de 23	

4. OTROS FACTORES DE RIESGO

- **Historia De Maltrato Físico O Abuso Sexual**

Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida. Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida. Los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales.

- **Orientación Sexual**

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida.

- **Acoso Por Parte De Iguales**

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas.

- **Fácil Acceso A Armas/Medicamentos/Tóxicos**

Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 9 de 23	

INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO E IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces. La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos, debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento.

Sexo

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres.

ENFERMEDAD FÍSICA O DISCAPACIDAD

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad.

La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.

Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio.

Respecto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tasa de suicidios ha disminuido desde la introducción de los antirretrovirales y actualmente es comparable con la de otras afecciones crónicas, siendo un 2-4% más elevada que en la población general.

Antecedentes Personales

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 10 de 23	

- Edad, está descrita una mayor frecuencia en edades avanzadas, sin embargo, en Colombia las tasas de suicidio se han venido desplazando hacia el grupo de edad de 15 a 19 años. Es más frecuente en hombres que en mujeres. Raza, es más frecuente en raza blanca que negra.

- Médicos. Presencia de enfermedades como Alzheimer, Parkinson, Huntingtong, accidentes cerebrovasculares, cáncer, migrañas, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad de Addison y Cushing, enfermedades infecciosas como brucelosis, hepatitis, influenza, SIDA, entre otras.

- **Consumo de medicamentos:** Analgésicos y anti-inflamatorios como la indometacina, fenacetina, fenilbutazona. Antibióticos como cicloserina, etionamida, griseofulvina, isoniazida, ácido nalidixico y sulfas. Hipotensores como clonidina, guanetidina, metil dopa, propanolol, reserpina y bloqueadores de canales del calcio. Antipsicóticos. Drogas cardíacas: digitalices y procainamida. Corticosteroides y ACTH, Disulfirán, L-dopa, metisérgida, contraceptivos orales.

- Presencia de defectos físicos, adquiridos o congénitos

- Trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos: la depresión, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, trastornos de pánico en fase avanzada.

- Antecedentes de pérdidas vitales recientes o problemas de adaptación.

- Intento previo de suicidio, tienen mayor riesgo quienes lo han intentado antes, con mayor probabilidad de consumarlo.

Se resalta la importancia de la depresión como trastorno mental más prevalente en Colombia y en el mundo y su asociación con el suicidio.

Medios utilizados: en relación con los métodos empleados para intentar o realizar un suicidio, varían dependiendo de la gravedad de la intención y los medios disponibles en el ambiente físico del individuo: arma de fuego, arma blanca, cortarse

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 11 de 23	

las venas, ahorcamiento, envenenamiento, precipitación, sumersión, quemaduras, laceraciones, combinación de métodos, entre otros.

Periodos críticos: se considera que los tres primeros meses posteriores al intento de suicidio son críticos por las recaídas y la gravedad de la intención cada vez peor, de estos, el primer mes es cada vez más crítico.

FACTORES PROTECTORES

Personales

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
- Presentar flexibilidad cognitiva
- Tener hijos, más concretamente en las mujeres

Sociales o medioambientales

- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad
- Integración social
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

1.2. DEFINICIÓN DE LAS FASES DEL EVENTO:

Ideación suicida: Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que haya llegado realmente a intentarlo. Los pensamientos pueden variar desde creer que los demás quieren que se muera., pensamientos transitorios de cometer suicidio, hasta hacer planes específicos de cómo hacerlo. El riesgo suicida es más alto cuando la

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 12 de 23	

decisión claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo.

Es el más importante indicador de suicidio, pues se refiere a la existencia misma de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada (por ejemplo expresarlo por escrito, a través de dibujos). A veces imaginando un Plan o Método concreto para realizarlo

Intento de suicidio: Llamado también suicidio frustrado o no exitoso. Es aquel realizado por una persona que habiendo decidido terminar con su vida o actuando en un súbito impulso, escoge el método más efectivo disponible, estando seguro de que nadie intervendrá y fracasa.

Suicidio: Se califica como suicidio el resultado fatal de la conducta autodestructiva que puede ser determinada por patología forense, toxicología, investigación criminal, evidencia psicológica y declaraciones de familiares o testigos.

Conducta parasuicida: Conductas riesgosas que pueden llevar a la persona a la muerte, sin desearlo conscientemente.

1.3 CUADRO CLINICO DE LA PATOLOGIA

Causas

El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes factores:

- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Depresión
- Dependencia del alcohol y de las drogas
- Esquizofrenia

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 13 de 23	

- Cuestiones de vida estresantes, como problemas serios a nivel financiero o en las relaciones interpersonales

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentirse avergonzado, culpable o como una carga para los demás.
- Sentirse como víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Los comportamientos suicidas pueden ser causados por una situación o hecho que la persona ve como agobiante, tales como:

- El envejecimiento (los ancianos tienen la tasa más alta de suicidio).
- La muerte de un ser querido.
- La dependencia de las drogas o del alcohol.
- Un trauma emocional.
- Enfermedades físicas graves.
- El desempleo o los problemas financieros.

2. Definición de acciones técnicas

A nivel individual (orientador escolar)

- Identificar la población con factores de riesgo o conductas de riesgos y brindar orientación personal y familiar, así como activación de redes de apoyo familiar y social.
- Solicitar la atención en salud de los casos de intento de suicidio identificados en la población escolar, a través de oficio remisorio especificando la atención integral en salud a la EPS de cada menor identificado.

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 14 de 23	

- Solicitar la Intervención en crisis por psiquiatría o psicología a los casos de intento de suicidio, a sus familiares y a su entorno social, teniendo en cuenta la resolución 5521 de 2013 (POS) el plan obligatorio en salud, que refiere intervención en urgencias con el acompañamiento de un profesional en psicología, y acompañamiento individual, familiar, de pareja y grupal por los servicios ambulatorios (psicología y psiquiatría).
- Realizar seguimiento al evento en los espacios educativos y comunitarios, a través del acompañamiento del orientador escolar.

A nivel comunitario

- Evitar la divulgación de la presencia de una epidemia de suicidios en la comunidad, situación que provoca alarma y desencadena incremento en el número de casos
- Incrementar las acciones de salud mental en relación:
 - Fomento de factores protectores del comportamiento individual, familiar y colectivo como: desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, la autoestima, la autonomía, la toma de decisiones, los valores y el respeto por la diferencia y la integridad física y emocional, principalmente en la población infantil y adolescente.
 - Adquisición de conocimientos y creencias favorecedoras de la convivencia cotidiana de manera armónica en lo familiar y lo social
 - Acceso a las actividades de información y educación orientadas al fomento de estilos de vida saludable.
 - Fortalecer las acciones relacionadas con los programas de salud: crecimiento y desarrollo del menor de cinco años y atención a la pareja gestante.

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 15 de 23	

RUTA DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EVENTO DE INTENTO DE SUICIDIO

1. IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO:

- IDENTIFICACIÓN DEL CASO
- (AGENTES COMUNITARIOS, FAMILIA)
- **ACTIVAR LA RUTA**

2. ESTABLECE TIPO DE EVENTO

- -AMENAZA DE SUICIDIO (PASO 3)
- - INTENTO DE SUICIDIO
- - IDEACCIÓN SUICIDA

2.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

- Personas que consultan mucho al médico por molestias somáticas.
- Personas que asumen comportamientos de riesgo y en general con múltiples traumatismos.
- Personas que refieren estar pasando por situaciones vitales estresantes que les generan mucho malestar: pérdidas, problemas laborales, escolares.
- Personas con manifestación de alteraciones afectivas significativas, evidentes para el docente, orientador escolar o compañero de clase.
- Personas con historia de alteración del sueño y el apetito reciente.
- Personas que manifiestan carencia de motivación para realizar actividades que antes les eran relevantes.
- Personas con duelo reciente no elaborado.
- Personas o familiares con enfermedad crónica y sintomatología anímica asociada: Epilepsia, Cáncer, VIH / SIDA, diabetes; esclerosis múltiple; enfermedades renales y hepáticas crónicas y otras condiciones

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 16 de 23	

gastrointestinales; trastornos óseos y articulares con dolor crónico; enfermedades cardiovasculares y neurovasculares; trastornos sexuales, personas que tienen dificultades para caminar, ver y oír.

- Personas con sintomatología de trastorno mental mayor.
- Personas con historia de conflicto, agresión verbal y física recurrente que refieran durante la identificación del caso.
- Personas con historia de consumo de sustancias psicoactivas de manera recurrente.
- Completar factores de riesgo, según las definiciones y conceptos anteriores.

Sugerencias de posibles preguntas generadoras en la entrevista con el menor, que generen empatía – disposición - confianza

- ¿Te sientes muy triste y con desesperanza?
- ¿Te sientes desesperado?
- ¿Te sientes incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Sientes la vida como una carga?
- ¿Has pensado en morir?: Frecuencia de la ideación, hace cuánto, posible planeación.
- ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida o alguien en tu familia

3. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS:

Evaluación médica inicial De forma general, los pasos a seguir ante un paciente que ha presentado una conducta suicida son:

1. Evaluar la situación orgánica del paciente mediante un examen físico completo.
2. En función del tipo y la gravedad de las lesiones o alteraciones funcionales, proceder a la estabilización, monitorización y observación de 12 a 24 horas en previsión de posibles complicaciones.

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 17 de 23	

3. Cumplida la etapa de diagnóstico y estabilización orgánica y estando el paciente ya consciente, desde el punto de vista psicopatológico, se puede responder de múltiples formas de acuerdo a la gravedad, las variables relacionadas al individuo, el auto informe y el contexto.

- Manejo como urgencia psiquiátrica
- Solicitar acompañamiento de un profesional en psicología – lo establece la norma: resolución 5521 de 2013 en el art. 64.
- **ACCIONES:** Estabilización del paciente, intervención en crisis.
- **Notificación inmediata al SIVIGILA Secretaria. Salud municipal**

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO

NIVEL DE RIESGO BAJO: buena red de apoyo, antecedentes familiares.

EJEMPLO: la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho ningún plan.

ACCIONES:

- Ofrecer apoyo emocional.
- Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir.
- Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo ha resuelto los problemas anteriores, sin recurrir al suicidio.
- Derivar a la persona a un médico o a un profesional de Salud Mental.
- **Reunirse a intervalos regulares (15 días y al mes) y mantenerse en contacto continuado.**

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 18 de 23	

NIVEL DE RIESGO MEDIO: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos

ACCIONES:

- Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes.
- Usar la ambivalencia. El abordaje deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.
- Explorar alternativas al suicidio. Se tratará de explorar diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.
- Pactar un contrato. Conseguir que la persona prometa no cometer suicidio.
- Remitir a la aseguradora del paciente solicitando atención por el psiquiatra y concertar una cita tan pronto como sea posible. (Consulta Ambulatoria Según Oferta De Servicios Según Resolución 5521 De 2013. (Psiquiatría, Psicología). Servicios Amigables Para Jóvenes).
- **Seguimiento por el personal de salud mental, a los 8 días, 15 días y al mes.**
- **Contactar con la familia, los amigos y compañeros de trabajo, y conseguir su apoyo.**

NIVEL DE RIESGO ALTO: Menor de edad, no redes de apoyo, intentos previos, la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente

ACCIONES:

- Permanezca con la persona. Nunca la deje sola.

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 19 de 23	

- Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio
- un contrato de no suicidio.
- Ponga en marcha la derivación inmediata del paciente a un centro de salud (PROCESO DE REFERENCIA SOLICITUD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. PSIQUIATRA ENVIA TRATAMIENTO AMBULATORIO O REHABILITACIÓN. (90 DIAS POS)- resolución 5521 de 2013.

APLICAR TAMIZAJES: buscan identificar y mejorar la canalización (Recabar información sobre aspectos clave como: método, frecuencia, duración, gravedad, motivación, factores precipitantes y protectores, ideación suicida e historia de conducta suicida previa)

TAMIZAJES MINSALUD: inventario de depresión de beck, *Manchester Self-Harm* para la conducta suicida, Escala De Patterson Sad Persons, Escala de Rosenberg para Autoestima, Apgar Familiar, Índice De Bienestar General (Who-5), Escala Breve Para Ansiedad, ADICIONAL:

- Evaluación escolar (académica y comportamental)
- Consideraciones culturales
- Evaluación del grupo familiar y social, También: riesgo de hacer daño a otro, funcionalidad, fortalezas y debilidades.

Terminado la evaluación del nivel de riesgo: Canalización Servicio De Salud Mental - Criterios

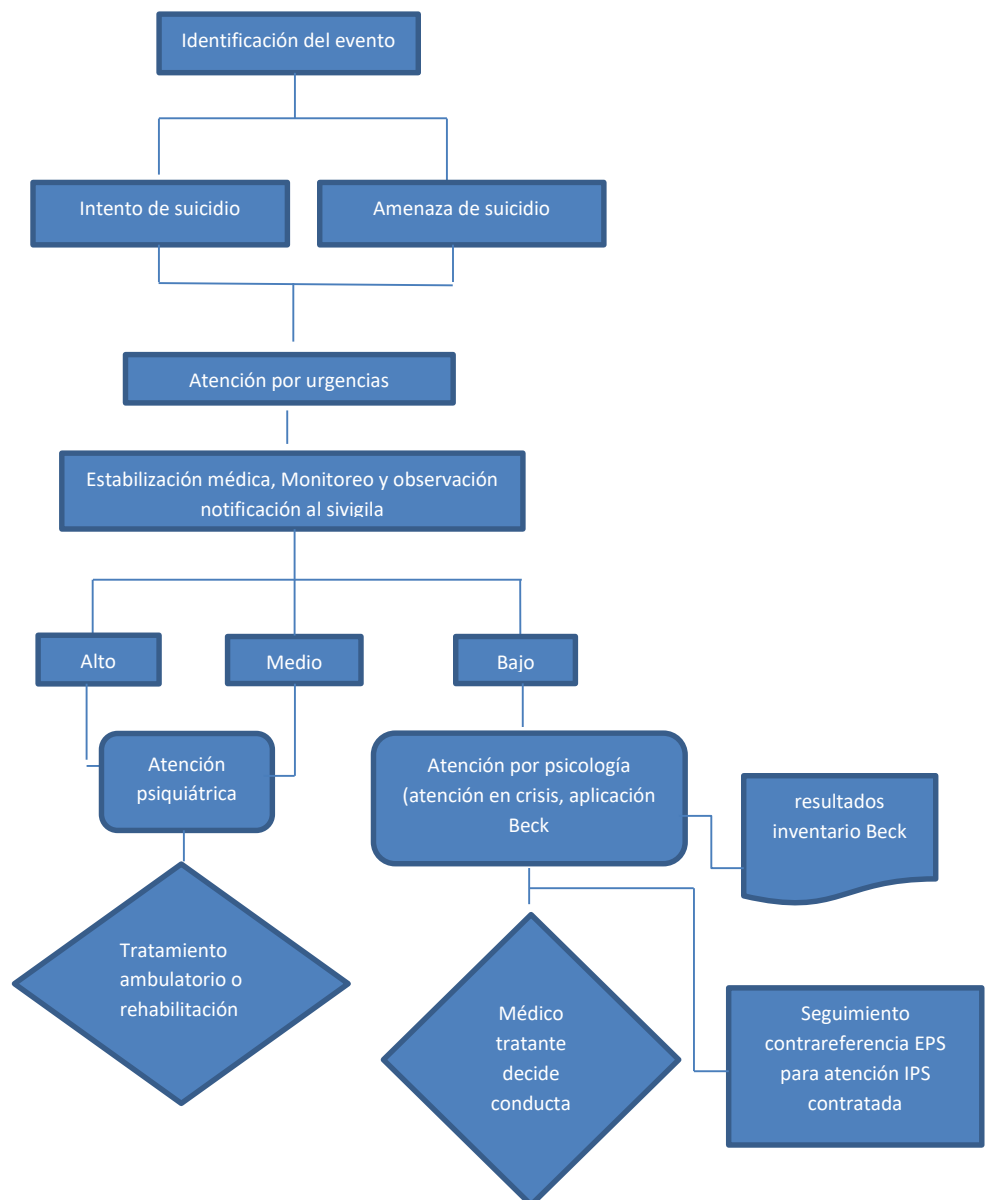
- Presencia de sintomatología depresiva.
- Hallazgo positivo de ideación suicida o sospecha a partir del comportamiento del paciente: verbalizaciones de muerte o similares.
- Elementos asociados a ideación suicida como existencia de planes o conductas que impliquen despedidas.
- Marcada impulsividad en comportamientos.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 20 de 23	

- Marcada desesperanza.

Nota: recuerden que todo el proceso de intervención, tratamiento y seguimiento lo realiza la EPS del menor en cumplimiento a la resolución 5521 de 2013 (POS), estipulado en los artículos 64, 65, 66.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA EVENTO DE INTENTO DE SUICIDIO SERVICIO DE URGENCIAS ESE CEO.



	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 21 de 23	

Normatividad vigente para exigir la atención en salud:

Ley 1566 de 2012, Artículo 2°. *Atención integral.* Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

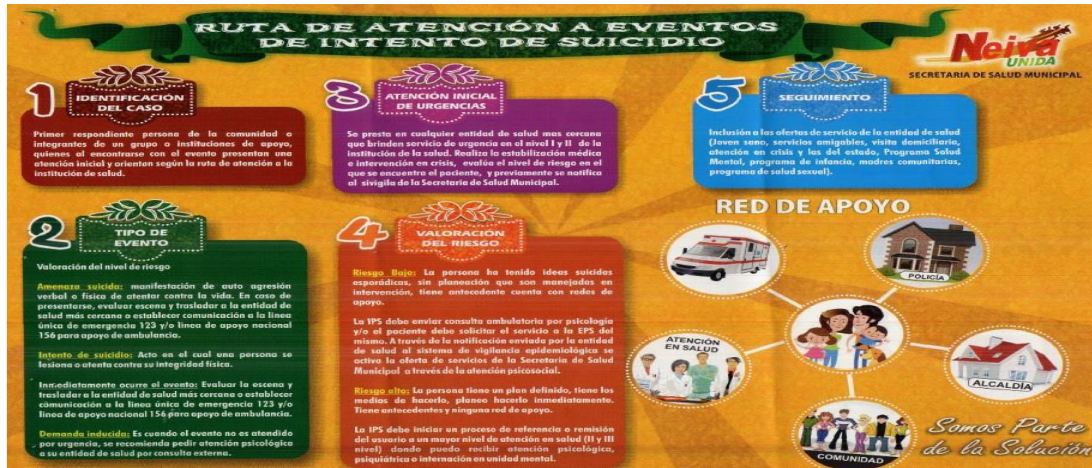
Todas las EPS-EPSS, cuenta con la red contratada para estas intervenciones: La atención de las personas con consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas se realizará a través de **los servicios de salud habilitados en instituciones prestadoras de salud (IPS) de baja, mediana y alta complejidad**, así como en los servicios de CAD.

Resolución 5521 de 2013.

ruta atención a eventos de intento de suicidio municipal



	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 22 de 23	



 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	SU-S1D35
	PROTOCOLO DE SALUD MENTAL ATENCION Y PROMOCION DE LA VIDA COMPONENTE (INTENTOS DE SUICIDIO)		VERSION	1
			VIGENCIA	21-10-2015
			PÁGINA 23 de 23	

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento	21/10/2015
2	Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso de “Gestión del servicio de urgencias” se realiza los siguientes ajustes: • Actualización de la vigencia. • Ajustes estructurales.	03/12/2021
Nombre: Juan Felipe Cabrera Peña Contratista área garantía de la Calidad.	Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta. Contratista área garantía de la Calidad.	Nombre: Ingry Alexandra Suarez Castro. Subgerente Técnico Científica.
Elaboró	Revisó	Aprobó