



Nº *71* -2024-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, *07* de *Marzo* de 2024

Visto, el expediente con Registro DG-003908-2024, que contiene el Memorando Nº 150-2024-DG/INSN, con el cual se hace llegar el documento técnico DIRECTIVA SANITARIA: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO", elaborado por el Servicio Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño;



CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;



Que, mediante Memorando Nº040-DIDASM-INSN-2024, de fecha 22 de febrero del 2024, remite su opinión favorable para el documento: "IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO", elaborado por el servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño, lo cual es refrendado por el Memorando Nº113-DEIDAEMNA-INSN-2024.

Que, con Memorando Nº 150-2024-DG/INSN, de fecha 26 de febrero de 2024, la Dirección General autoriza la aprobación de la Directiva Sanitaria IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO", elaborado por el Servicio Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño;



Con la opinión favorable de la Dirección General, la Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente y la visación de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo Primero. – Aprobar la DIRECTIVA SANITARIA: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, que consta de 61 páginas, elaborado por el Servicio Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud del Niño

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la "IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO", en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
[Signature]
M.C. CARLOS URBANO DURAND
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 18710 - R.N.E. 18886

**CLUD/REK
DISTRIBUCIÓN:**

- () DG
- () DA
- () DEIDAEMNA
- () DIDASM
- () OEI
- () OGC



Instituto Nacional de Salud del Niño

Líder en Pediatría

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**DIRECTIVA SANITARIA :
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO
SUICIDA Y MANEJO DE LA
CONDUCTA SUICIDA EN
SERVICIOS DE EMERGENCIA,
HOSPITALIZACIÓN Y
CONSULTORIO EXTERNO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO**

Servicio Psiquiatría

Febrero 2024

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Lita
Dra. LITA BENDOZA PAREDES
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Jefa de Servicio de Psiquiatría
CMP: 41073 RNE: 21347 / 22927

DIRECTIVA SANITARIA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



Jefe del Departamento de Salud Mental:

Dra. Hilda María Serpa Salazar



Autores:

Dra. Deborah Vanessa León Amenero

Dra. Lita Mendoza Paredes

Revisores:

Oficina de Gestión de la Calidad - INSN

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Lita
Dra. LITA MENDOZA PAREDES
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Jefa de Servicio de Psiquiatría
CMP. 41073 RNE 81247 / 00027

ÍNDICE

I.	FINALIDAD	3
II.	OBJETIVOS	3
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
IV.	BASE LEGAL	3-4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	4-13
5.1.	DEFINICIONES OPERATIVAS	4-5
5.2.	ETIOLOGÍA	5-6
5.3.	FISIOPATOLOGÍA	6-7
5.4.	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	7-8
5.5.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	8-13
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	14-36
6.1.	CUADRO CLÍNICO	14-16
6.2.	DIAGNÓSTICO	16-17
6.3.	EXÁMENES AUXILIARES	17-21
6.4.	MANEJO	21-33
6.5.	COMPLICACIONES	33-35
6.6.	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	35-36
6.7.	FLUXOGRAMA	36-41
VII.	RESPONSABILIDADES	42
VIII.	ANEXOS	42-56
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57-60

I. FINALIDAD:

La presente Directiva Sanitaria tiene como finalidad disminuir la morbimortalidad asociada a la conducta suicida en niños y adolescentes, a través de la identificación del riesgo de suicidio y manejo de la conducta suicida en los niños y adolescentes, por los distintos servicios que componen al INSN

II. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procedimientos técnicos y criterios clínicos básicos para el abordaje integral de los niños y adolescentes atendidos por Conducta Suicida.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer una intervención adecuada, teniendo en cuenta los estadios evolutivos del niño y adolescente y su relación con la familia.
- Establecer recomendaciones para el diagnóstico Conducta Suicida y sus variantes, teniendo en consideración los criterios del CIE10.
- Apoyar a los profesionales a determinar el diagnóstico diferencial del niño y adolescente con Conducta Suicida.
- Establecer de manera práctica el manejo y terapéutica pertinentes para el abordaje integral de la Conducta Suicida en niños y adolescentes según las evidencias con mayor rigor científico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Directiva Sanitaria está dirigida a todos los profesionales de la salud física y mental del Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña, para ser empleada en los diversos Servicios de Emergencia, Hospitalización y Consultorio externo.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Ley N° 30947, Ley de Salud Mental
- Ley N° 31627, Ley que modifica la Ley 30947, Ley de Salud Mental, a fin de fortalecer la prevención y promoción de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes y otras poblaciones vulnerables
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.



- Decreto Supremo. N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios en Salud, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947. Ley de Salud Mental.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA - Se conforma el Comité Técnico de la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727 -2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN, Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud.
- Resolución Directoral N° 144-2019-DG-INSN. que aprueba los derechos y deberes del paciente, los padres y/o tutores en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Ideación suicida:** Pensamientos pasivos de querer estar muerto o pensamientos activos de suicidarse, no acompañados de una conducta preparatoria ⁽¹⁾.
- **Amenaza suicida:** Acto interpersonal, que podría predecir una posible conducta suicida ⁽²⁾.
- **Plan suicida:** Propuesta de un método de cómo llevar a cabo una conducta suicida ⁽²⁾.
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia (implícita o explícita) de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad y la persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida ⁽¹⁾.
- **Gesto o Autolesiones, sin intención de suicidio:** Conducta autoinfligida con la ausencia de intención de morir. Destinado a otras razones, sea para aliviar el malestar o para efectuar cambios en su entorno ^(1;2)
- **Intento de suicidio:** Conducta potencialmente autoinfligida, asociado con al menos alguna intención de morir, como resultado del acto. Evidencia de que la intención puede ser explícita o inferirse de la conducta o circunstancia. Puede o no resultar en una lesión real ⁽¹⁾. En población infante juvenil, el propósito subyacente no se tiene en



cuenta, para evitar así desestimar la gravedad de lo que le sucede al paciente ⁽³⁾.

- **Suicidio:** muerte ocasionada por la lesión autoinfligida informada como intencional ⁽⁴⁾.

5.2. ETIOLOGÍA:

La etiología de la conducta suicida es compleja y multifactorial, por lo que no existe un único factor que explique su aparición. Si bien se considera que los eventos estresores son un factor importante en la conducta suicida, no todas las personas expuestas a estresores vitales importantes desarrollan tal conducta.

El modelo diátesis-estrés de la conducta suicida postula que en personas con una diátesis o vulnerabilidad preexistente (factores de riesgo), la aparición de estresores o factores vitales importantes desencadenantes (factores precipitantes) pueden propiciar la conducta suicida.

5.2.1. Diátesis o Vulnerabilidad ^(5;6;7)

Consiste en aquellos factores de riesgo que predisponen a una persona a presentar un trastorno mental o la conducta suicida. Entre ellos se incluyen la predisposición genética, heredabilidad, factores neuroquímicos y neuroanatómicos, factores psicológicos, patologías crónicas (mentales o físicas) y los factores medioambientales.

En sí misma, la diátesis no es suficiente para el desarrollo de un trastorno ya que todas las personas presentan algún grado de riesgo y la mayoría no llegan a presentar la conducta suicida.

5.2.2. Estrés ^(5;6;7)

Consiste en aquellos factores que pueden precipitar la aparición de un trastorno mental o la conducta suicida en una persona con diátesis o vulnerabilidad. Entre ellos se consideran a los diversos eventos traumáticos o adversos, tales como conflicto interpersonal (intrafamiliar, de pareja, bullying, entre otros), pérdida en sus diversas formas (salud física o mental, de red social, académica, económica, académica, etc) o maltrato (físico, psicológico, abandono, sexual, económico).

Este modelo no es estático ya que la probabilidad de llegar a la conducta suicida va a aumentar en función a la presencia de mayor diátesis o estrés.

Asimismo, de acuerdo a la teoría de "el fenómeno kindling", la aparición repetitiva de psicopatología mental puede llevar a cambios neuronales que se traducen en mayor vulnerabilidad. De esta manera, con cada intento de suicidio aumenta la vulnerabilidad por lo que se requerirá a futuro de un "menor estresor" para su aparición.



Entonces, se considera que tanto factores individuales (genéticos, biológicos, psicológicos, patológicos) como medio-ambientales (entorno familiar, social y diversos eventos estresores) cumplirán roles en la aparición de la conducta suicida.

De esta manera, los distintos factores asociados a la aparición de la conducta suicida serían los asociados a la diátesis (factores de riesgo), al estrés (factores precipitantes) o a la atenuación del riesgo (factores protectores) [Anexo 1].

5.2.3. Diferencias en el desarrollo entre adultos y jóvenes ^(6,8)

Si bien el suicidio puede ocurrir a cualquier edad, los factores de desarrollo pueden modificar su etiología.

Respecto a la edad como factor de vulnerabilidad, la inmadurez cognitiva de los niños pequeños los previene de planear y ejecutar un intento suicida, teniendo métodos menos complejos e inmediatos. Por otra parte, respecto a los estresores, las familias disfuncionales son un precipitante común en prepuberales y el conflicto entre pares y la presencia de trastornos mentales en los adolescentes.

5.3. FISIOPATOLOGÍA ⁽¹⁸⁾:

5.3.1. Cambios Bioquímico:

Se ha estudiado el rol del metabolismo y funcionamiento de la serotonina y, en segundo lugar, de la dopamina como factores involucrados en la conducta suicida, estando asociados al control de impulsos.

Serotonina: Los niveles de 5-HIAA (Ácido 5-hidroindolacético, metabolito de la serotonina) en líquido cefalorraquídeo estaban más disminuidos (a) en personas con trastorno depresivo con conducta suicida que en aquellas sin conducta suicida, (b) en personas con intentos repetitivos en comparación a un primer intento y (c) en personas que emplearon métodos más violentos. Además, las personas con menores niveles de 5-HIAA tenían una menor supervivencia.

Respecto al funcionamiento del sistema serotoninérgico, se evidencian (a) bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, (b) bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre, (c) altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos y (d) disminución en el número y capacidad de unión de 5HT1a en el núcleo dorsal del rafe.

Dopamina: disminución del Ácido homovalínico en líquido cefalorraquídeo de personas con conducta suicida.



5.3.2. Neurobiológico:

Las personas con algún intento suicida presentan distintos niveles de actividad en diversas regiones cerebrales ante la exposición de emociones o conductas ajenas. Las principales áreas involucradas fueron la región orbito-lateral derecha de la corteza prefrontal, parte superior derecha de la circunvolución frontal superior, circunvolución del cíngulo y cerebelo. Esto sugiere que las personas con conducta suicida presentan mayor sensibilidad a la desaprobación, mayor propensión a actuar en respuesta a estímulos negativos y disminución en la capacidad de responder ante estímulos positivos. De esta manera, estos patrones de actividad neuronal pueden representar una vulnerabilidad.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Cada año, 703 000 personas se suicidan, y hay muchas que lo intentan, reportándose un suicidio cada 40 segundos.

Globalmente, de acuerdo a la OMS en el 2016 la tasa de suicidios fue de 10.5 por cada 100 000 habitantes. Si bien el 77% del total de suicidios se presentaron en los países de ingresos medianos y bajos, la tasa más elevada (11.5 por 100 000) se presentó en países de ingresos altos. Por otra parte, la relación de suicidios entre hombres y mujeres es de 3:1 en los países de ingresos altos, mientras que es más igualada en países de ingresos medianos y bajos ⁽⁹⁾.

Respecto al grupo etario, la población joven es en la que se encuentran mayores tasas. Entre las personas entre 15 y 29 años, es la cuarta causa de muerte a nivel mundial ⁽⁹⁾; en Estados Unidos, es la segunda causa de muerte en la población entre 10 a 34 años ⁽¹⁰⁾, después de las lesiones no intencionales.

Por otra parte, para valorar la conducta suicida, el YRBSS (Youth Risk Behavior Surveillance System) monitorea seis categorías de conductas relacionadas que llevan a muerte o discapacidad en población estudiantil entre 14 a 18 años. De acuerdo al reporte del 2019, en Estados Unidos, 1 de cada 5 (18.8%) había considerado en cometer un suicidio, uno en seis (15.7%) había hecho un plan suicida, uno en once (8.9%) había tenido un intento suicida y uno en cuarenta (2.5%) había tenido un intento suicida que requirió de asistencia médica.

En nuestro país, según el MINSA 614 personas se suicidaron en el 2020, y para abril del 2021 más de 200 personas ya se habían quitado la vida ⁽¹¹⁾.

De acuerdo al estudio de Vigilancia Centinela del Intento de Suicidio del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, que tomó como muestra 489 casos de intentos de suicidio en 12 regiones del país (2018), se encontró que el 65.5% de los intentos de suicidio corresponden a mujeres. Asimismo, de acuerdo al grupo etario, el 67.6% de los casos fue en personas menores de 30 años con una edad promedio de 22 años. Finalmente, respecto al grado de instrucción, el 62.3% tenían instrucción secundaria ⁽¹²⁾.



Por otra parte, respecto a población adolescente, según el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (2012), un 25.9% de su muestra percibió deseos de morir alguna vez en su vida, un 4.9% tuvo alguna vez planes suicidas y un 3.6% de la población adolescente ha tenido un intento suicida. Las prevalencias de deseos de muerte fue mayor para el grupo entre los 15 a 17 años y la mayoría de conductas suicidas se indentificaron en el sexo femenino ⁽¹³⁾.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

La identificación de los factores de riesgo (asociados al medio ambiente, estilos de vida, heredabilidad y factores individuales) permitirá prestar especial cuidado en aquellos adolescentes que los presenten; sin embargo, la ausencia de la mayoría de ellos no los eximen de la posibilidad de un intento de suicidio ⁽¹⁴⁾.

En población infanto-juvenil, cabe resaltar que los factores pueden ir variando según el nivel de desarrollo del niño o adolescente.

5.5.1. Medio ambiente:

Entorno familiar: Se evidencia mayor riesgo entre aquellas personas con ausencia o pobre apoyo parental, en el contexto de separación o divorcio con padres ausentes u orfandad, violencia intrafamiliar y patología mental en los padres (incluye conducta suicida entre padres).

Bullying o conflicto entre pares: La presencia de burlas o críticas, estereotipos físicos o abuso físico pueden ser detonantes en la aparición de conductas autolesivas o hasta ideación /intentos de suicidio. Esto aumenta si en el hogar existe psicopatología parental o rechazo ⁽¹⁵⁾.

De esta manera, existe mayor ideación, conducta suicida y suicidio consumado entre aquellos niños y adolescentes involucrados en bullying o acoso entre pares que en los grupos control; esto corresponde no solo en las víctimas sino también en los acosadores. Así mismo, suele conllevar a diversos trastornos de salud mental ⁽¹⁴⁾.

Nivel socioeconómico bajo⁽¹⁵⁾: Considerada como privación material. Los adolescentes perciben escasez material en sus familias, y en algunos casos los puede llevar a buscar algún trabajo para ayudar con las necesidades familiares. Ello genera tensión y conflicto. La pobreza suele afectar las posibilidades de socialización, recreación o descanso, sea por la ubicación y características de sus viviendas o por la escasa disponibilidad de actividades de recreación. Ello conlleva a mayor aislamiento, ausencia de hobbies y alteración en el estado mental.

Escolaridad: Aquellos alumnos que perciban su desempeño académico como una dificultad generando a su vez sensación de fallo, impotencia e incapacidad. Las dificultades académicas, inasistencias o

abandono escolar son factores de riesgo importantes, para intentos de suicidio así como para delincuencia y abuso de sustancias.

Abuso sexual infantil: El antecedente de abuso sexual puede aumentar el riesgo hasta en 11 veces entre los 4 y 12 años y hasta 6 veces entre los 13 y 19 años.

Exposición a intentos de suicidio ajenos: Existen autores que postulan que existe asociación entre intentos de suicidios y (a) suicidios en medios de comunicación, (b) suicidios de celebridades y (c) la agrupación geográfica y temporal de suicidios. Sea de manera directa o indirecta (a través de medios de comunicación y redes sociales), el presenciar un intento de suicidio genera la idea que un posible suicidio se torne más aceptable y factible para la persona expuesta, y esto es más significativo en adolescentes que en población adulta por encontrarse más expuestos a los medios ⁽¹⁴⁾.

Sin embargo, no se le considera la exposición a intentos de suicidio ajenos como un factor de riesgo en sí, sino como un evento adverso que (en combinación con otros factores de riesgo como psicopatología previa o un ambiente en conflicto) puede conllevar a un intento de suicidio. Por otra parte, al ser los intentos de suicidio más frecuentes entre mujeres adolescentes, es más frecuente que estén expuestas a un intento de suicidio de alguna de sus pares ^(16;17)

5.5.2. Estilos de vida:

Uso nocivo de alcohol y sustancias^(18;19) Uno de cada cuatro suicidios corresponde a una persona con abuso de alcohol u otras sustancias. Respecto al alcohol, su uso nocivo es un factor de riesgo para conducta suicida y puede desencadenar ideación suicida incluso en ausencia de síntomas depresivos severos, con un riesgo 6 veces mayor. La intoxicación por alcohol se asocia a labilidad emocional y disminución del control de impulsos, aumentando el riesgo. Por otra parte, el consumo de cannabis puede también aumentar el riesgo de suicidio, más aún en combinación con alcohol.

Por otra parte, un adolescente con abuso de sustancias suele presentar cierto grado de conflicto familiar, en su red social así como conductas agresivas y delictivas, aumentando los factores de riesgo a una conducta suicida.

Relaciones interpersonales ^(20;16) El riesgo de ideación e intentos suicidas tiende a estar asociado con la conducta suicida entre pares, especialmente los intentos de suicidio entre pares. Esto es independiente del género, edad y raza.

De acuerdo a la hipótesis de relación selectiva, las personas en mayor riesgo de conducta suicida son más propensas a entablar amistad con otros individuos en riesgo. Así mismo, se ha visto que existe mayor relación entre



adolescentes que tengan conductas similares tales como consumo de sustancias y síntomas depresivos.

Conductas de riesgo: Pobre competencia social e instrumental, o estar asociados a conflicto físico en el último año.

5.5.3. Factores hereditarios ^(8;21)

De acuerdo a Brent et al, la tasa de suicidio es mayor entre los adolescentes que tienen un familiar de primer grado con conducta suicida comparado con aquellos sin un antecedente familiar directo, incluso luego de ajustar variables tales como presencia de un trastorno mental o trastorno de personalidad (OR: 4.3, intervalo de confianza: 1.1 – 16.6).

Existen cambios genéticos involucrados en el sistema serotoninérgico, hallándose polimorfismos en diversos genes, especialmente en:

Triptófano hidroxilasa (TPH): Enzima involucrada en las síntesis de serotonina. Se han identificado dos genes que codifican la TPH:

- *TPH1* (se expresa predominantemente en tejido periférico).
- *TPH2* (codifica para la síntesis principal de 5-HT en las neuronas).

Se han encontrado como variantes de *TPH2* asociadas a conducta suicida las siguientes: rs1386494, r7305115, rs1386483, 14 SNPs, rs7305115.

Receptor de Serotonina (5-HTR):

- *5-HTR1B*: gen del receptor de 5-HTR1B, ubicado en el cromosoma 6. Considerado como mediador de la conducta suicida, ya que se asocia a la impulsividad (mediador indirecto) y a alteración del sistema serotoninérgico (mediador directo). Variantes involucradas: T261G, A161T, C129T, G861C.
- *5-HTR2A*: gen del receptor 5-HTR2A, ubicado en el cromosoma 13 (13q14–q21). Variantes implicadas: A1438G + 24 SNP, T102C, A1438G + 7 SNPs

Transportador de Serotonina (5-HTT): Juega un rol importante como regulador de la sinapsis serotoninérgica.

- *SLC6A4*: gen situado en cromosoma 17 (17q11.2). Cuenta con promotores de polimorfismo ((5-HTTLPR, rs4795541). Se ha evidenciado que el alelo largo (L) transcribe los genes de manera más eficiente que el alelo corto (S). Se ha reportado asociación entre el alelo S con un aumento de riesgo de intento de suicidio (OR: 1.13) y el L a una disminución de riesgo de suicidio (OR: 0.83).





Asimismo, se han asociado dos marcadores con la ideación suicida y ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores inotrópicos del glutamato. Además, se sugiere que hasta el 45% de las diferencias en la conducta suicida en los gemelos se explican por factores genéticos.

5.5.4. Factores individuales

Si bien el ser humano es un ser social por naturaleza y su identidad se construye en función a su relación con los demás, el medio ambiente y estilos de vida no explicarían en su totalidad la aparición de una conducta suicida.

Algunos rasgos de personalidad son predictores de suicidabilidad, tales como rasgos de perfeccionismo, dependencia afectiva, búsqueda de novedad, pesimismo, alteración del autoconcepto y autocrítica. Asimismo, las estrategias de afrontamiento maladaptativas son un factor de riesgo importante tanto para depresión como para la ideación suicida. Finalmente, la impulsividad es un factor de suma importancia, ya que el 50% de adolescentes con un intento suicida han tenido la ideación menos de una hora previa al acto ⁽²²⁾.

Factores Biológicos:

- **Edad:** Los intentos de suicidio y suicidios consumados son raros antes de la pubertad. El suicidio consumado aumenta a finales de la adolescencia hasta inicios de los 20 años, posiblemente asociado a trastornos mentales comórbidos y consumo de sustancias. Por otra parte, los intentos de suicidio suelen ser más frecuentes entre los 16 y 18 años, decreciendo posteriormente ⁽⁸⁾.
- **Sexo:** En función a los intentos de suicidio, es más probable que las mujeres consideren un intento de suicidio, hacer un plan específico y realizarlo.

Factores Psicológicos:

Algunas características psicológicas relacionadas son la impulsividad y la presencia de algunas distorsiones cognitivas, tales como el pensamiento dicotómico, rigidez y sobregeneralización. Así mismo, la dificultad en la resolución de problemas y la autocrítica juegan un rol importante. Respecto al afecto, la desesperanza es el factor más influyente, y puede ir acompañado de irritabilidad, tristeza, ansiedad, impulsividad o ira ⁽¹⁸⁾.

Trastornos mentales:

- **Depresión** ⁽²³⁾ Considerado el principal factor de riesgo. Existe un riesgo 20 veces mayor en comparación a la población



general y 5 veces mayor, incluso en comparación con otros trastornos considerando género, edad, raza y nivel socioeconómico. La OMS plantea que entre el 65 y 90% de suicidios e intentos de suicidio están relacionados con algún grado de trastorno depresivo, y a mayor severidad del cuadro existe mayor riesgo. La sintomatología depresiva media la relación entre desesperanza y conducta suicida. Sin embargo, adolescentes sin depresión pueden también presentar ideación y/o conducta suicida.

- Trastorno bipolar ⁽¹⁸⁾ Alrededor del 25 a 50% de personas con trastorno bipolar tienen un intento de suicidio, habiendo mayor riesgo al inicio de trastorno y ante la presencia de comorbilidades.
- Trastornos psicóticos ⁽¹⁸⁾ En los inicios de la enfermedad existe mayor riesgo de suicidio, seguido por pacientes con recaídas frecuentes y en los meses posteriores al alta hospitalaria. El riesgo es 30 a 40 veces mayor que en población general y, de manera similar al trastorno bipolar, alrededor del 25 a 50% de todas las personas con esquizofrenia tendrán un intento de suicidio, y el 10% de ellas fallecerán por suicidio.

Otros trastornos mentales ^(18;19)

- Trastornos de Ansiedad: pueden estar asociados con ideación suicida, tentativas de suicidio y suicidio consumado, pero aún no se considera como un factor de riesgo independiente.
- Trastornos de Conducta: Se caracterizan por impulsividad, asociado a sintomatología depresiva en un riesgo importante para la conducta suicida. Asimismo, con frecuencia se desarrollan en un medio social caótico y es víctima de algún tipo de abuso, lo cual aumenta el riesgo.
- Trastornos de Conducta Alimentaria: presentan antecedentes de ideación o conducta suicida 4 veces mayor que la población general.
- Trastornos de Personalidad: el Trastorno Límite de Personalidad presenta un riesgo de suicidio 4 a 8% superior a la población general.

Otras condiciones:

- Intento previo: Es el predictor más fuerte de riesgo suicida. Se considera que aumenta el riesgo entre 20 a 30 veces en el primer año. Está fuertemente asociado con planificación suicida. Por otra parte, una historia de conducta autolesiva no necesariamente predice la recurrencia de las mismas.



- Enfermedad física o discapacidad: Se puede encontrar enfermedad física en el 25% de las personas que se suicidan, aunque suele ir asociado a un trastorno mental comórbido.
- Orientación sexual e identidad de género⁽¹⁸⁾ En adolescencia y adultos jóvenes, existe mayor riesgo de suicidio entre homosexuales y adolescentes transgénero, como consecuencia del maltrato recibido por su entorno, discriminación, pérdida de red social y síntomas de ansiedad y depresión asociados.

De acuerdo al modelo diátesis-estrés planteado previamente, los factores de riesgo asociados conducta suicida suelen ir acompañados de factores precipitantes (estresores) y factores protectores:

5.5.5 Factores precipitantes

Entre ellos se consideran a los diversos eventos adversos:

- Conflicto interpersonal: intrafamiliar, de pareja, bullying, entre otros.
- Pérdida o duelo: pérdida de la salud física o mental, de la red social (p. ej. mudanza), académica, económica, etc.
- Maltrato: físico, psicológico, abandono, sexual, económico.

5.5.6 Factores protectores

Medio-ambientales

- Relaciones intrafamiliares saludables.
- Apoyo 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.

Individuales

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
- Adecuado autoconcepto.
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
- Presentar flexibilidad cognitiva.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:



6.1. CUADRO CLÍNICO:

6.1.1. Signos y síntomas (3;7;19;24)

Examen Físico

La evaluación y manejo físico será en función del método de intento de suicidio. Además, una evaluación física completa permitirá evaluar la presencia de alguna conducta autolesiva previa.

En el momento agudo, puede ser que la psicopatología no se presente en su totalidad. Ya una vez que los síntomas físicos han sido manejados, suele aparecer sintomatología mental, en su mayoría depresiva.

Examen Mental

Los síntomas cardinales del fenómeno suicida incluyen las ideas de suicidio, planes y actos que se traducen en un intento de suicidio o en un suicidio consumado.

Si bien lo usual es la presencia de sintomatología depresiva, no todos los suicidios o intentos de suicidio se dan en un trastorno depresivo, por lo que la psicopatología puede variar.

De manera general, pueden presentarse algunos de los siguientes síntomas:

- **Conciencia y orientación:** variará en función del estado físico del paciente. En pacientes despiertos, lúcidos y orientados en tres esferas, en el examen mental se puede evidenciar:
- **Atención y concentración:** disminución en capacidad de concentración. Estado respecto a información concerniente a estresores.
- **Conducta:** Inhibida, agresividad hacia sí o su entorno. Puede haber conducta negativista, opositorista y desafiante.
- **Percepción:** pueden haber alteraciones en la percepción (p. ej. pseudoalucinaciones auditivas o alucinaciones, según la comorbilidad de fondo).
- **Pensamiento:** ideación suicida (anticipación imaginaria de la muerte), deseo de muerte (latente o evidente), ideas de autocrítica, ideas de minusvalía, visión negativa o catastrófica (respecto a su vida, entorno y futuro), rigidez cognitiva, diversas demandas, rechazo a recibir ayuda. Delusiones según la comorbilidad psiquiátrica.
- **Afecto:** tristeza, desesperanza, soledad, anhedonia. Pueden presentarse además irritabilidad, cólera, ansiedad, pánico o apatía. Escasa tolerancia a la frustración. Desregulación emocional.



- **Volitivo:** Hipobulia, impulsividad.
- **Insight o conciencia de enfermedad:** variable.

De todos los mencionados, los síntomas asociados a un aumento de riesgo son: pobre capacidad de concentración, tristeza, anhedonia, ansiedad, desesperanza, ideas de minusvalía, impulsividad, ataques de pánico, insomnio persistente y agitación psicomotriz.

6.1.2. Interacción cronológica

La conducta suicida es un proceso continuo, constituido por varias etapas, que va desde el deseo de morir, el pensamiento o la ideación suicida, el plan suicida, intento suicida y finalmente el suicido consumado (25)

Respecto al curso, suele tener un periodo de evolución corto, de semanas o meses. Sin embargo, puede ser que la idea de muerte tenga más de un año de evolución y nunca haya sido expresada. La conducta suicida se puede presentar como un episodio aislado, o como una sucesión de episodios de carácter crónico.

Silverman et al, en base al trabajo presentado por O'Carroll et al (1995) (3), realizaron una revisión de la nomenclatura, intentando incluir puntos clave para las definiciones, teniendo en consideración el resultado final de la conducta, la intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta.

Las definiciones planteadas son las siguientes:

- **Ideación suicida:** Pensamientos pasivos de querer estar muerto o pensamientos activos de suicidarse, no acompañados de un conducta preparatoria
- **Comunicación suicida:** transmisión de pensamientos, deseos o intencionalidad de terminar con la propia vida. Puede haber evidencia (implícita o explícita) de que la comunicación suponga por sí misma una conducta suicida. Se le considera como punto medio entre la ideación y la conducta suicida. No producen lesiones.
 - Amenaza suicida: Acto interpersonal, que podría predecir una posible conducta suicida.
 - Plan suicida: Propuesta de un método de cómo llevar a cabo una conducta suicida.
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia (implícita o explícita) de que:
 - La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad



- La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención acabar con su vida.

Dentro de las conductas suicidas se encuentran:

- Gesto suicida: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida. Existe evidencia de que la persona no tiene intención de matarse.
- Conducta suicida no determinada: grado indeterminado de intencionalidad suicida. Puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte.
- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida. Sin resultado fatal, pero con evidencia de intencionalidad de provocar la muerte.
- Suicidio consumado: muerte autoinfligida con evidencia de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

De acuerdo a lo antes planteado, la evaluación del riesgo no se plantea únicamente según la letalidad del método empleado, sino en función a la intencionalidad suicida, siendo esta un factor clave, ya que la estimación del riesgo en niños y adolescentes no es la misma que en población adulta (7; 24)

Asimismo, es importante especificar que no todas las conductas autolesivas tendrán intencionalidad suicida presente o adecuadamente esclarecida. De esta manera, *Posner et al*, ⁽¹⁾ describen las siguientes Conductas autolesivas no suicidas:

- Autolesiones, sin intención de suicidio: Conducta autoinfligida con la ausencia de intención de morir. Destinado a otras razones, sea para aliviar el malestar o para efectuar cambios en su entorno.
- Otras autolesiones no deliberadas: Conducta autoinfligida sin evidencia de intención, tales como lesiones accidentales, procedimentales o como consecuencia de un trastorno mental o de la conducta.
- Eventos potencialmente suicidas o indeterminados: Conducta en la cual la intención de morir es desconocida y no puede ser inferida. La lesión es clara, pero no el motivo.
- Sin suficiente información: No se puede sospechar ni negar un posible suicidio.

6.2. DIAGNÓSTICO ⁽³⁾

6.2.1. Criterios de diagnóstico :

La conducta suicida no cuenta con criterios diagnósticos específicos, por lo que requiere de una exhaustiva evaluación a fin de plantear el manejo inmediato, prevenir la reincidencia y plantear los diagnósticos diferenciales.



El diagnóstico de la conducta suicida es clínico, por lo que la evaluación consiste en la anamnesis y exploración clínica. Los exámenes auxiliares no son parte del diagnóstico, pero se solicitarán siempre que sean necesarios según las complicaciones físicas.

La anamnesis se desarrollará tanto al niño o adolescente (cuando sea posible) como a los padres o cuidadores primarios. En ella se evaluarán los diversos factores previamente mencionados (de riesgo, precipitantes y protectores), así como las condiciones bajo las cuales se llevó a cabo la conducta suicida, incluyendo los inherentes al acto (circunstancias del acto suicida) y la respuesta del entorno [ANEXO 2].

La exploración clínica incluirá el examen físico y examen mental previamente descritos.

Cabe recalcar que el empleo de un método de baja letalidad con posibilidad de rescate no necesariamente indica ausencia de intento real de suicidio ni elimina el diagnóstico. Tal como se ha descrito, un intento de suicidio en un niño o adolescente es siempre una señal de riesgo.

Todos los síntomas o datos deben ser considerados en función del contexto, ya que ninguno es por sí solo suficiente para hacer un diagnóstico y explicar lo que sucede al paciente.

6.2.2. Diagnóstico diferencial:

- Eventos accidentales: Aquellos eventos accidentales (intoxicaciones, inhalación de gases, caídas de altura, heridas con arma blanca o de fuego, etc) sin intención de muerte. Para poder hacer la diferencia, en el examen psicopatológico se evaluarán si hay un cuadro depresivo, la intensidad de los síntomas, la presencia de manía o hipomanía, ciclación rápida, presencia de irritabilidad, delusiones o alteraciones en la conciencia.
- Trastornos mentales: Evaluar si la conducta autolesiva o de riesgo se produjo en el marco de un trastorno mental que haya llevado al niño o adolescente a lastimarse (como sintomatología psicótica en un paciente con esquizofrenia, lesión mental orgánica, bajo efecto de alguna sustancia, etc) sin que haya habido real intencionalidad de muerte.
- Maltrato: Es necesario descartar que el evento no haya sucedido como consecuencia de maltrato hacia el niño o adolescente.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES:

6.3.1. De patología clínica

Según criterio médico, de acuerdo a patología médica, puede realizarse entre otros:



- Dosaje de carbamatos y organofosforados.
- Dosaje de drogas ilícitas: cocaína, marihuana, fenciclidina, éxtasis.
- Dosaje de drogas lícitas: alcohol, benzodiazepinas.

En nuestro Instituto podemos realizar:

- Dosaje de drogas terapéuticas: carbamazepina, fenitoína y fenobarbital
- Prueba de embarazo en adolescentes
- Pruebas serológicas: Elisa para HIV, hepatitis C, Sífilis.

6.3.2. De imágenes

Según criterio médico, de acuerdo a patología médica.

6.3.3. De exámenes especializados complementarios

Las Escalas o Cuestionarios son aquellos exámenes complementarios que nos permiten evaluar tanto la conducta suicida, desde la evaluación de los factores de riesgo, síntomas asociados hasta la ideación suicida en sí. Estas escalas o cuestionarios acompañan el juicio clínico, pero no lo sustituyen ⁽¹⁸⁾.

Dado que no existe un instrumento único de evaluación, se recomienda utilizar aquellos que se aproximen más a las necesidades del clínico, en función de aspectos tales como las características clínicas del paciente o el lugar donde se realiza la evaluación. Asimismo, siempre que sea posible se recomienda utilizar escalas que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas y que hayan sido adaptadas y validadas en nuestro medio. Con independencia de los instrumentos utilizados para la evaluación, sí debe dejarse constancia en la historia clínica de los resultados de dicha evaluación ⁽²⁶⁾.

A continuación, presentamos escalas divididas en tres grupos: Escalas que evalúan síntomas asociados, Escalas que evalúan el riesgo / ideación suicida y Escalas que evalúan la conducta suicida:

Escalas que evalúan síntomas asociados al suicidio:

- *Self-harm Questionnaire (SHQ) [ANEXO 3]*

Cuestionario auto aplicable sobre autolesiones.

Consta de 15 ítems enfocados en identificar la presencia de pensamientos y conductas autolesivas en adolescentes. Las primeras tres preguntas son de tamizaje para determinar la presencia de conducta autolesiva; las preguntas restantes se enfocan en los aspectos específicos de la conducta autolesiva: último episodio, método utilizado para autolesionarse, motivación, vivencia durante el autolesionismo, finalidad de la



autolesión, presencia de consumo de sustancias durante el acto, planeación y ejecución del mismo y presencia de comunicación del episodio a otra persona.

Presenta una sensibilidad de la escala para detectar conducta autolesiva es de 95%, valor predictivo positivo de 72% y su valor predictivo negativo de 90% ⁽²⁷⁾.

- *Escala de Hamilton para la Depresión (HRDS). [ANEXO 4]*

Permite evaluación de gravedad y remisión de los síntomas depresivos.

Consta de 17 ítems, a mayor puntuación, mayor gravedad de los síntomas.

Se considera respuesta al tratamiento cuando existe una disminución mayor o igual al 50% en comparación al basal, respuesta parcial cuando es entre el 25 y 49% y ausencia de respuesta cuando la variación es menor al 25%. Finalmente, un puntaje menor a 7 habla de remisión de la sintomatología.

- *Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS). [ANEXO 5]*

Escala aplicada por entrevista, permite la evaluación de la gravedad de los síntomas depresivos en la última semana.

Consta de 10 ítems, cada uno con una puntuación entre 0 a 6.

No hace diagnóstico de depresión, pero ayuda a valorar respuesta al tratamiento, siguiendo los mismos puntos de corte de la HRDS. Finalmente, un puntaje menor a 8 habla de remisión de la sintomatología.

Escalas que evalúan el riesgo / ideación suicida:

- ASQ ^(28,29) [ANEXO 6]

Su nombre consiste en el acrónimo "Ask Suicide-Screening Questions".

Se trata de una escala disponible para el público en general. Empleada como herramienta de screening, consta de 4 preguntas de "sí/no" y 1 pregunta para desarrollar.



Tiene una duración de aplicación de aproximadamente 20 segundos y ha mostrado adecuada sensibilidad y especificidad en evaluación de población pediátrica.

Si bien fue diseñada inicialmente para población en área de emergencia, se ha demostrado su utilidad en pacientes tanto hospitalizados en áreas médicas, quirúrgicas, así como en unidades de atención primaria.

Cuenta con validación en población infanto-juvenil, traducción al español y es de aplicación breve (menos de 1 minuto).

- *SAD Persons* ^(30;31) [ANEXO 7]

Su nombre consiste en un acrónimo en inglés (Sex, Age, Depression, Previous Attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Social support lacking, Organized plan for suicide, No spouse, Sicknes), que identifica los diez factores que deben ser evaluados en la anamnesis del paciente.

Se puntúa como 1 ante la presencia y 0 la ausencia de los siguientes ítems: Sexo masculino, Edad menor a 20 o mayor a 45 años, Diagnóstico activo de depresión, Intento previo de suicidio, Abuso de alcohol, Ausencia de pensamiento racional, Apoyo social insuficiente o inadecuado, Plan de suicidio elaborado, Ausencia de pareja, Problemas de salud.

De acuerdo a los resultados, se plantea la conducta a seguir: 0 a 2 (alta y seguimiento ambulatorio), 3 a 4 (seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso) 5 a 6 (se sugiere ingreso) y 7 a 10 (ingreso forzoso).

Existe una versión adaptada a la población infanto-juvenil

Otras escalas para valorar el riesgo o ideación suicida:

- *Scale For Suicide Ideation de Beck (SSI) Escala de Ideación Suicida* ^(31;26)
- *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)- Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio* ⁽³⁰⁾.
- *Modified Scale For Suicide Ideation (MSSI)* ⁽³¹⁾

Escalas que evalúan la conducta suicida

- *Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) [ANEXO8]* ⁽²⁶⁾



Escala heteroaplicada, dividida en tres secciones: a) Circunstancias objetivas, donde se recoger las circunstancias objetivas del intento de suicidio b) Autoinforme, se valora la actitud del paciente ante la vida y la muerte y 3) Circunstancias subjetivas.

Evalúa la valoración del paciente respecto a su tentativa.

- *Suicide Behavior Questionnaire [ANEXO 9]*

Cuestionario de siete páginas que fue reducido a cuatro preguntas para ser completadas en alrededor de cinco minutos.

A pesar de sus buenas propiedades psicométricas, tiene la desventaja de no evaluar el riesgo suicida actual sino las conductas suicidas a lo largo de la vida.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (III-2):

6.4.1. Medidas generales y preventivas

6.4.1.1. Identificación del riesgo suicida (SCREENING DE SUICIDALIDAD)

- Las enfermedades médicas no psiquiátricas generan en los niños y adolescentes cambios a nivel físico, cognitivo, social y emocional, conllevando a mayor riesgo en desarrollar un trastorno mental y el riesgo de suicidio.
- La mayoría de personas que mueren por suicidio acuden a recibir atención médica meses antes del acto; sin embargo, muchos pacientes no verbalizarán la ideación suicida si no se les pregunta directamente.
- Es de suma importancia el poder identificar el riesgo suicida en los ambientes médicos y quirúrgicos.
- El cuestionario ASQ [ANEXO 6] es la herramienta planteada por la NIH (National Institute of Mental Health) para realizar el screening de riesgo suicida.

El plan de detección de riesgo de suicidio en nuestra Institución se sugiere que sea realizado a partir de este Cuestionario, el cual se puede aplicar en áreas de emergencia, consultorio externo y pacientes hospitalizados tanto en áreas médicas como quirúrgica:

Se desarrollará de la siguiente manera:



1. Ámbito de aplicación:

- Dirigido a pacientes de 10 años a más que se encuentren en área de Observación de Emergencia u Hospitalización y consultorio externo
- El/la paciente debe encontrarse físicamente estable como para poder resolver la escala/cuestionario.
- Caso contrario, el screening debe ser pospuesto hasta la estabilización clínica.
- Debe ser realizado por personal previamente capacitado.
- De ser posible, debe ser sin los padres/cuidadores presentes durante el screening inicial, siempre y cuando los tutores se encuentren de acuerdo y firmen un Consentimiento Informado.

2. ASQ - Calificación de resultados:

- Responde NO a todas las preguntas 1 a 4: Screening Negativo.
- Responde SÍ a ≥ 1 de las preguntas 1 a 4: pasar a pregunta 5.
- Paciente se rehúsa a responder: Screening Positivo (no agudo).
- Responde NO a la pregunta 5: Screening Positivo (no agudo).
- Responde SÍ a la pregunta 5: Screening Positivo en Riesgo Inminente.

3. Manejo según resultados:

- Screening Negativo: finaliza el Screening.
- Screening Positivo (no agudo):
 - Requiere evaluación por Psicología: realizar interconsulta.
 - Reevaluación del riesgo suicida y determinar si requiere evaluación completa en salud mental..
 - Emplear Nivel de observación "a la vista" (Ver acápite de MEDIDAS DE SEGURIDAD, líneas abajo)
- Screening Positivo en riesgo inminente:
 - Requiere evaluación por Psiquiatría: realizar interconsulta.
 - Requiere evaluación por Psicología: realizar interconsulta.
 - Emplear Nivel de observación "al alcance".
 - Establecer medidas de seguridad.



- Transferencia a una Institución que cuente con Unidad de Hospitalización de Salud Mental, según estado físico del paciente.

De esta manera, se busca identificar de manera temprana a aquellos pacientes con riesgo suicida y brindarles una atención y manejo oportunos.



6.4.1.2. Manejo de la conducta suicida

Para el manejo de la conducta suicida en niños y adolescentes se requiere de un enfoque profesional multidisciplinario, con una evaluación integral del paciente en el aspecto físico, mental y psicosocial ⁽³²⁾

Asimismo, en toda atención deben estar presentes los siguientes elementos claves ⁽³³⁾:

- Promover la seguridad de la persona: previniendo que cometa el suicidio y manteniendo / re-estableciendo la salud.
- Instituir el tratamiento necesario: de acuerdo al trastorno mental subyacente o situaciones que puedan haber precipitado la conducta suicida.
- Establecer una adecuada relación terapéutica.

En Emergencia ^(8:18:34-35)

- **Abordaje inicial por Pediatría:**
 - El paciente que acuda a emergencia por conducta suicida y presenta algún grado de compromiso médico, debe ser en primer lugar estabilizado físicamente.
 - El paciente que acuda a emergencia por ideación o conducta suicida sin afección médica debe recibir atención médica dentro de la primera hora de llegada, dado el riesgo de reincidencia del intento y/o fuga.
 - Ambiente de entrevista y examen: El médico que brinde la primera atención, debe procurar que sea en un ambiente privado, de manera empática y respetuosa, donde se asegure la confidencialidad.
 - Respecto a la anamnesis, se recomienda:

- Obtener información tanto del paciente como de los familiares o cuidadores. La información brindada por los niños y adolescentes varía de acuerdo



al nivel de desarrollo cognitivo y la psicopatología subyacente al momento de la evaluación. Asimismo, suele encontrarse disparidad entre la información brindada por los pacientes y sus cuidadores, siendo más probable que los primeros identifiquen y compartan ideación suicida, antes que sus familiares o cuidadores.

- Cuidar el lenguaje no verbal (postura dirigida hacia la persona, contacto visual adecuado, evitar gestos de reproche, respetar silencios).

- Evitar comentarios que invaliden las emociones o pensamientos del paciente, realizar comparaciones, generalizaciones o emitir juicios de valor sobre su conducta.

- **Abordaje integral:**

Una vez llevada a cabo la primera atención por pediatría, el manejo de la conducta suicida en niños y adolescentes requiere un enfoque profesional multidisciplinario, con una evaluación integral del paciente en el aspecto físico, mental y psicosocial ⁽³²⁾. Debido a ello, se sugiere:

- Interconsulta a distintas especialidades médico-quirúrgicas según corresponda.
- Intervención de Salud Mental:
 - Toda persona que haya presentado una conducta suicida debe ser evaluada por Psiquiatría y por Psicología.
 - Los pacientes deberán ser re-evaluados por Psiquiatría y/o Psicología cuando el médico tratante lo considere, estando el paciente plenamente consciente para tener una adecuada evaluación psicopatológica.
- Interconsulta a Servicio Social.
- Evaluación por MAMIS.
- Intervención de Fiscalía según corresponda:
 - De acuerdo al Artículo 30° de la Ley General de Salud N° 26842: "El médico que brinda atención médica a una



persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente”.

- El médico que realice la atención de un paciente con Conducta suicida, deberá poner en conocimiento al Fiscal de turno.
- Durante todo el proceso de manejo, se deberán aplicar las MEDIDAS DE SEGURIDAD, descritas más adelante.

En Hospitalización:

- En nuestra institución, no se cuenta con una Unidad de Hospitalización de salud mental por lo que existen limitaciones estructurales y asistenciales para el manejo de un/una paciente con conducta suicida.
- Por lo tanto, una vez estabilizado físicamente al paciente se recomienda la derivación a un Hospital que cuente con una Unidad de Hospitalización de Salud Mental con capacidad resolutive que cumple con los requerimientos necesarios para el manejo.
- Se debe brindar el Abordaje Integral del paciente, presentado en párrafos anteriores, tal como se realiza en Emergencia, con la evaluación por Psiquiatría, Psicología, Servicio Social, MAMIS y la intervención de Fiscalía.
- Los motivos por los que el/la paciente no requiera ser hospitalizado/a deben ser consignados en la historia clínica.
- En caso que la persona no sea hospitalizada, se sugiere que el seguimiento sea lo antes posible, incluso dentro de las siguientes 24 horas.

En consulta externa:

- La evaluación del paciente con ideación o intento suicida en consultorio externo se realiza mediante la entrevista clínica y tiene como objetivo evaluar a la persona e identificar los diagnósticos asociados que puedan predisponer al suicidio como resultado.



• Manejo en la primera consulta por Salud Mental

(36):

- Evaluación del problema o incidente precipitante: mediante entrevista tanto al paciente como a los familiares o cuidadores a cargo.
- Evaluación del riesgo suicida: evaluación de la conducta suicida, la intencionalidad, la letalidad, la premeditación y accesibilidad a medios suicidas. Así mismo, evaluar presencia de signos y síntomas de algún trastorno mental o antecedentes de conducta suicida.
- Asegurar la supervivencia del paciente: en consultorio de Psiquiatría, realizar una intervención en crisis.
- Determinar la necesidad de pase a emergencia: de acuerdo a evaluación realizada y resultado de intervención en crisis.
- Mantener la red de apoyo social: informar adecuadamente de la situación a los familiares o cuidadores responsables y brindarles indicaciones para el cuidado del paciente (sea en hospitalización, emergencia o ambulatoriamente).

• Manejo en las consultas subsiguientes de Salud Mental:

- Evaluación continua del riesgo suicida y la necesidad de hospitalización.
- Procurar cierta flexibilidad en la frecuencia y duración de las consultas.
- Involucrar activamente a la familia.
- Revisión regular del plan de tratamiento, así como restablecimiento de metas.
- Considerar el tratamiento psicofarmacológico.
- Consultar con colegas de manera multidisciplinaria.

• Manejo en Consultorio Externo de especialidades médico-quirúrgicas:

- En caso se identifique conducta suicida de un niño adolescente en consulta externa: realizar una transferencia a emergencia.
- Mantener la red de apoyo social: informar adecuadamente de la situación a los familiares o cuidadores responsables y brindarles indicaciones para el cuidado del paciente (sea en



hospitalización, emergencia o ambulatoriamente).

Medidas de seguridad

Durante la identificación de un paciente en riesgo en Hospitalización o Consulta Externa, o durante la estancia de un paciente con conducta suicida en el servicio de Emergencia, deberán adoptarse todas aquellas medidas de seguridad que impidan la fuga y las acciones de auto o heteroagresividad ⁽¹⁸⁾:

- Acompañamiento continuo por familiar responsable.
- Aviso a vigilancia.
- Retirar objetos personales potencialmente lesivos (aretes, lapiceros, tijeras, tajador, pasadores).
- No dejar a disposición: medicación, material de salud (jeringas, blisters de pastillas, amarras), material de limpieza.
- Sujeción / contención mecánica condicional a auto o heteroagresividad o riesgo de caída.
- No desestimar cualquier comunicación de deseo o intencionalidad suicida del paciente. Reportarlo oportunamente.
- Especificar el Nivel de Observación que se le brindará a cada paciente (documentado en su historia):
 - Nivel de Observación "Al alcance":
 - Personas en riesgo extremo de suicidio o que expresa intencionalidad suicida activa. Puede haber tenido un intento autolesivo reciente, encontrarse en estado psicótico impredecible o presentar impulsividad y agresividad.
 - Requiere vigilancia continua y debe estar al alcance inmediato de la estación de Enfermería, del personal médico, personal técnico o de seguridad.
 - Requiere estar a la vista de la estación de enfermería.
 - Requiere acompañamiento continuo de familiar o cuidador.
 - Nivel de Observación "A la vista":
 - Para aquellas personas que manifiestan intencionalidad suicida pero que no presentan signos de impulsividad o conducta autodestructiva. Puede haber



tenido un episodio autolesivo reciente o presentar síntomas psicóticos.

- Requiere estar a la vista de la estación de Enfermería en la misma habitación.
- Nivel de Observación "Observación frecuente":
 - Personas que tienen riesgo de suicidio aumentado en comparación a una control, o cuando existen dudas sobre la intencionalidad.
 - Se recomienda que el tiempo entre observaciones varíe entre 10 a 20 minutos y que no sea fácilmente predecible por el paciente.

6.4.2. Terapéutica:

6.4.2.1 Tratamiento farmacológico

- No existe un tratamiento farmacológico para el manejo de la conducta suicida en sí misma, por lo que la medicación se prescribe como parte del tratamiento para el trastorno de salud mental subyacente.
- El tratamiento debe instaurarse lo antes posible.
- Cuando sea necesario prescribir una medicación que sea potencialmente letal en sobredosis, es importante brindar la dosis y cantidad exacta de medicamento (idealmente en dosis no letales en conjunto), y bajo la supervisión del personal de salud.

6.4.2.2 Intervenciones psicoterapéuticas

- En Emergencia y Hospitalización
 - Se recomienda garantizar su disponibilidad.
 - Se sugiere que la intervención sea de acuerdo al trastorno mental o problema psicológico de base.
 - La psicoterapia debe incidir en un aspecto específico: ideación suicida, autolesiones, desesperanza, etc.
- En Consultorio Externo^(8;18;32)
 - Terapia cognitivo-conductual (TCC) o Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC):
 - Efectivas cuando se busca reducir algún aspecto concreto de la conducta suicida. En adolescentes, la terapia grupal es más efectiva que la individual.
 - En combinación con tratamiento farmacológico (ISRS como Fluoxetina) se evidencia mayor mejoría.



- Terapia Dialéctico Conductual (TDC o DBT)
 - En pacientes con diagnóstico o rasgos de trastorno límite de la personalidad (TLP) es la estrategia más efectiva. Además, es de ayuda en pacientes con trastorno afectivo bipolar para la disminución de la conducta e ideación suicida.
 - Se suele incorporar a los miembros de la familia, así como simplificar el lenguaje empleado. Así mismo, el miembro de familia que participe es quien ayudará a mejorar el ambiente familiar y enseñar a los otros miembros de familia como modelar y reforzar conductas adaptativas en el adolescente.
- Terapia de Resolución de Problemas (TRP)
 - En adolescentes con depresión y riesgo suicida, ayuda a disminuir el riesgo y puede mejorar la autovaloración y asertividad.
- Terapia interpersonal psicodinámica breve
 - En adolescentes con riesgo suicida, es efectiva en la atenuación de síntomas depresivos, ideación suicida, ansiedad y desesperanza.
 - Su efectividad depende de la alianza terapéutica y de la capacidad del adolescente para informar al terapeuta sobre su ideación suicida.
- Terapia Familiar
 - Busca modificar la manera (maladaptativa) de resolución de conflictos en la familia; así como fomenta el desarrollo de relaciones interpersonales adecuadas.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Los efectos adversos varían de acuerdo a cada medicamento empleado, dosis, modo de empleo, así como de las características individuales del paciente (edad, comorbilidades, medicación habitual). A fin de disminuir el riesgo de efectos colaterales, es importante que la medicación sea indicada y valorada por el médico psiquiatra tratante.

6.4.4 Signos de alarma (7; 18; 35; 38; 39)

- Respecto a la aparición de conducta suicida:
 - Cognitivos:
 - Presentar ideación suicida consistente: decir directamente la idea o posibilidad de suicidarse.
 - Verbalizar comentarios negativos sobre sí mismo (p. ej. Referirse a sí mismos como una



“carga para los demás”), sobre su vida (p. ej. insatisfacción sobre la vida o pobre voluntad para vivir) o sobre el futuro.

- Realizar comentarios relacionados con su muerte, la muerte o el acto suicida.
- Realizar despedidas con personas más allegadas (familiares o amistades cercanas).
- Referir que piensan a menudo sobre el suicidio (diferenciar si se trata de un deseo suicida, una idea obsesiva o una posible delusión).
- Afectivos
 - Aumento de síntomas de tristeza o ansiedad.
 - Sensación de vacío, impotencia, indefensión o desesperanza
 - Sensación de “dolor físico o emocional” insoportable.
 - Pérdida de interés por aficiones, relaciones interpersonales y de cuidado personal.
 - Aparente periodo de calma o mejoría repentina luego de haber presentado los síntomas anteriores. Se puede tratar de un periodo de riesgo de suicidio inminente
- Conductuales
 - Presencia de lesiones recientes en alguna parte del cuerpo.
 - Recolección de información o investigación sobre autolesiones o métodos de suicidio.
 - Actitudes asociadas a preparativos para quitarse la vida: alejarse de amistades cercanas o familiares, deshacerse de objetos personales (usualmente aquellos preciados), despedidas verbales o escritas, “cerrar asuntos pendientes”, etc.
 - Desarrollar un plan suicida.
 - Adquirir de manera repentina útiles que puedan ayudar al suicidio.
 - Cambios de conducta repentinos.
 - Aumento en la ingesta de bebidas alcohólicas o consumo de sustancias, sea en frecuencia o cantidades superiores.
- Respecto a la reincidencia en la conducta suicida:
 - Signos de alarma en el paciente:
 - Pobre noción de la gravedad del acto, mostrando insistencia respecto al alta o intento de fuga.
 - Mal control de impulsos



- Agravamiento de un trastorno psicopatológico (síntomas afectivos, agitación, psicosis o alteración del sensorio).
- Agravamiento de enfermedad crónica o dolorosa.
- Signos de alarma respecto al método: Método reciente potencialmente letal, intentos previos.
- Signos de alarma respecto al entorno: Pobre soporte familiar y social y estresores persistentes no resueltos.

6.4.5 Criterios de alta ^(33;32;35)

6.4.5.1 Criterios a tomar en cuenta para el alta

Debido a que en la institución no se cuenta con hospitalización para manejo de conducta suicida, los siguientes criterios de alta responden a aquellos pacientes que estando hospitalizados por patología médica no psiquiátrica hayan presentado un Screening Positivo no agudo según la escala ASQ, previamente descrita:

- Paciente en condiciones de alta por pediatría / medicina / cirugía.
- Disminución de intensidad de psicopatología (ausencia de ideación suicida o ideación suicida no consistente, atenuación de síntomas afectivos, cognitivos o conductuales).
- Disminución de estresores ambientales.
- Paciente con adecuado soporte familiar / social.
- Familiares conocen y aceptan las recomendaciones para el hogar.

6.4.5.2 Recomendaciones generales

Dado que los primeros días y semanas posteriores al alta son de mayor riesgo suicida, en especial en aquellas personas con síntomas depresivos presentes, es importante considerar lo siguiente:

- El plan de alta suele ser desarrollado en conjunto con la persona y los familiares que sean de soporte, una vez que el paciente esté estabilizado.
- Antes del alta, el familiar responsable debe tener un claro entendimiento de las recomendaciones para el hogar y su responsabilidad en el cuidado de la salud física y mental del menor de edad.
- Asegurar que tiene acceso a un servicio de emergencia las 24 horas (especificar en caso de emergencia física acudir al INSN, en caso de emergencia por



psicopatología acudir a un Hospital / Instituto especializado en Salud Mental).

- En caso sea necesario, es posible establecer una Junta Médica.

6.4.5.3 Recomendaciones para el hogar:

- En caso sea necesario salir del hogar, procurar que sea acompañado o que se quede en casa con alguien de confianza hasta su cita control por Salud Mental.
- Incluir a la persona en la planificación respecto a su recuperación y cómo mantener el hogar seguro.
- Evitar conversaciones que puedan desencadenar sintomatología, al menos hasta la siguiente consulta por Salud Mental.
- Estar dispuestos a escuchar en caso paciente desee hablar sobre ideación o impulso suicida.
- Proveer alternativas seguras para regular sus emociones, que no sean autolesivas (actividad física, arte, contacto interpersonal, etc.)
- Prestar atención extra en situaciones que puedan llevar a un aumento del riesgo suicida (aniversarios, cumpleaños, reuniones judiciales, etc).
- Evitar contacto con cualquier elemento/sustancia potencialmente lesiva:
 - Cuerdas, objetos punzocortantes o cualquier otro elemento considerado como potencial arma suicida.
 - *Alcohol*: eliminar el alcohol en el hogar o reducirlo al mínimo posible.
 - *Medicamentos y venenos*: asegurar que toda la medicación está contabilizada y guardada lejos de la persona en riesgo. Si es posible, supervisar la toma de medicación. Procurar eliminar toda la medicación que no se emplea o ya ha caducado. Guardar adecuadamente cualquier posible veneno o pesticida.
 - *Armas de fuego*: restringir y prevenir al acceso a cualquier arma, en especial armas de fuego. Si es posible, removerlas del hogar y del entorno del paciente.

6.4.6 Pronóstico

El pronóstico, de manera general, estará relacionado con: a) el daño colateral físico del método utilizado, b) el cumplimiento estricto del paciente y familiares de las indicaciones de protección, cuidados y citas y c) el

trastorno psiquiátrico o rasgos de personalidad subyacentes y del cumplimiento y respuesta a terapia ⁽³⁵⁾.

Sin embargo, de manera más específica, los siguientes son considerados factores de mal pronóstico:

- Inicio temprano de conducta suicida (prepuberal).
- Inicio temprano de síntomas de depresión mayor.
- Primer mes del alta hospitalaria por un intento de suicidio.

Si bien la mayoría de los suicidios se dan en el primer intento ⁽⁴⁰⁾, el tiempo transcurrido desde un último intento es un factor importante. La mayoría de los nuevos intentos ocurren dentro de las 4 semanas siguientes, y se calcula un riesgo de 0.27 a 0.69 de un nuevo intento de suicidio a los 6 meses. Se considera que el riesgo es mayor cuanto más reciente ha sido el evento debido a que recién se está instaurando y adecuando un tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico, por lo que es imperativo emplear medidas de control y contención y disminución de riesgo en este periodo ⁽⁴¹⁾.

Por otra parte, más del 40% de los adolescentes que cometen un intento de suicidio presentan riesgo de repetirlo a los 10 años del primer intento. El riesgo de reincidencia dependerá de:

- La intensidad de ideación suicida.
- Lenta atenuación de la ideación suicida en último intento.
- Presencia de síntomas depresivos.
- Dos o más intentos de suicidio previos.
- Pobre respuesta al tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.
- Pobres niveles de cohesión familiar.
- Historia o presencia de maltrato en sus diversas formas.

Finalmente, respecto al pronóstico a largo plazo, se postula que a los 5 a 10 años del primer intento de suicidio existe mayor riesgo de muerte violenta y/o pobre desempeño psicosocial (cambios frecuentes de colegio, accidentes motorizados, arrestos, fuga del hogar); y en la adultez, alrededor del 50% de adolescentes con un intento de suicidio es diagnosticado de un trastorno del afecto (trastorno de ansiedad o depresivo) ⁽⁴²⁾.

6.5. COMPLICACIONES

Principal complicación: Muerte

El envenenamiento es el principal tipo de suicidio en el Perú, lo cual se explica por la facilidad de acceso a diversos tipos de sustancias. Por lo tanto, las complicaciones del envenenamiento dependerán del agente empleado (dosis letal, efectos de intoxicación) ⁽⁴³⁾.





- Psicofármacos ^(44;45)
 - Benzodiacepinas: Cuando la sobredosis está asociada a otras sustancias con efecto depresor (alcohol, antidepresivos, antipsicóticos u opiáceos), el efecto hipnótico de las benzodiacepinas es potenciado y puede haber depresión respiratoria y cardiovascular.
 - Antidepresivos: La intoxicación con antidepresivos puede llevar al desarrollo de alteración de conciencia, agitación, convulsiones. En caso de los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, imipramina) se puede presentar letargia, pulso irregular, hipotensión arterial, alteraciones en EKG. Por otra parte, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina, escitalopram, citalopram) presentan un mejor perfil de seguridad teniendo entre las principales manifestaciones náuseas, vómitos e íleo. En caso haya co-ingesta con otra sustancia el riesgo aumenta, siendo la mayor complicación el Síndrome Serotoninérgico (agitación, hipertensión, hiperreflexia, fiebre, diaforesis, taquicardia, coma).
 - Antipsicóticos: Las complicaciones a nivel neurológico (sedación hasta coma), neurovegetativo y cardiovascular son dosis dependiente; sin embargo, los efectos extrapiramidales (disonía, acatisia, parkinsonismo) no siempre serán dosis dependiente. La mayor complicación asociada es el síndrome neuroléptico maligno (alteración del nivel de la conciencia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica con hipertermia maligna e hipertensión).

- Pesticidas ^(46;47;48)
 - A pesar que los organofosforados y carbamatos son compuestos diferentes, el mecanismo por el que ambos producen toxicidad es la inhibición de acetilcolinesterasa.
 - Las complicaciones médicas dependerán de la dosis empleada del compuesto, el tipo de órgano fosforados o carbamato y la susceptibilidad individual (como patologías del paciente).
 - Los síntomas se pueden presentar a manera de 1. Crisis colinérgica inicial (30 minutos a 2 horas post-contacto), 2. Síndrome intermedio (1 a 6 días post-ingesta) o como 3. Polineuropatía tardía (entre 1 a 3 semanas post-ingesta, en caso de órgano-fosforados).
 - Las complicaciones se presentan a manera de un síndrome colinérgico (síntomas muscarínicos y nicotínicos) y puede llegar a afectación del SNC (cefalea, confusión, insomnio, alteración de la memoria, ataxia, temblor, disartria, vértigo, convulsiones hasta depresión respiratoria y coma).
 - Entre otras complicaciones descritas están: alteración en la atención, capacidad de procesamiento de información y síntomas psicóticos.
 - Es necesario considerar:
 - No necesariamente existe relación directa entre el volumen de pesticida ingerido y la dosis de carbamato u



organofosforado, dado que el porcentaje de estos inhibidores de la acetilcolinesterasa puede variar entre los pesticidas.

■ No todos los pesticidas en nuestro país contienen carbamatos u órgano-fosforados, por lo que la clínica no siempre será la misma.

- Intoxicación por cáusticos ⁽³⁵⁾
 - Los cáusticos (sean ácidos o álcalis) son sustancias que generan lesión y destrucción de los diversos tejidos. La extensión y calidad de la lesión dependerá de factores como: el volumen ingerido, concentración, grado de viscosidad, duración del contacto y tiempo de tránsito, presencia/ausencia de comida, presencia/ausencia de reflujo gastro-esofágico, características premórbidas del tracto GI.
 - Las complicaciones inmediatas van desde la lesión tisular en labios o mucosa oral, hasta acidosis metabólica, fallo renal, neumonitis química (por aspiración) y hemólisis. En casos graves, las ulceraciones gastrointestinales pueden conllevar a una peritonitis química con shock hipovolémico.
 - Los sobrevivientes de intoxicación por cáusticos pueden tener como consecuencia: estenosis (esofágica, antral, pilórica o yeyunal), aclorhidria, gastroenteropatía perdedora de proteínas, mucocele esofágico (en pacientes que requirieron de interposición de colon), carcinoma gástrico de células escamosas (3%) y carcinoma esofágico (84%).

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

6.6.1 Criterios de Referencia:

Al ser nuestra institución un Instituto Nivel III-2, cuenta con la capacidad resolutive en manejo de las distintas complicaciones médicas y/o quirúrgicas consecuentes de la conducta suicida; sin embargo, no cuenta con una Unidad de Hospitalización de Salud Mental, por lo que, una vez estabilizado clínicamente el paciente, aquellos con conducta suicida con riesgo alto o riesgo inminente por persistencia de ideación suicida o que requieran de hospitalización para manejo de trastorno mental subyacente, deberán ser referidos a una Institución especializada que cuente con una Unidad de Hospitalización en Salud Mental, a fin de salvaguardar la integridad mental y física del paciente.

Criterios de Hospitalización: ^(33,34)

- Riesgo suicida inminente: persistencia de ideación suicida a pesar de intervención en crisis inicial.
- Necesidad de tratamiento más intenso del trastorno mental.
- Falta de apoyo social: la persona no tiene apoyo adecuado para contención en el hogar. (p. ej. No cuentan con cuidadores adecuados o no tienen personas de apoyo disponibles).



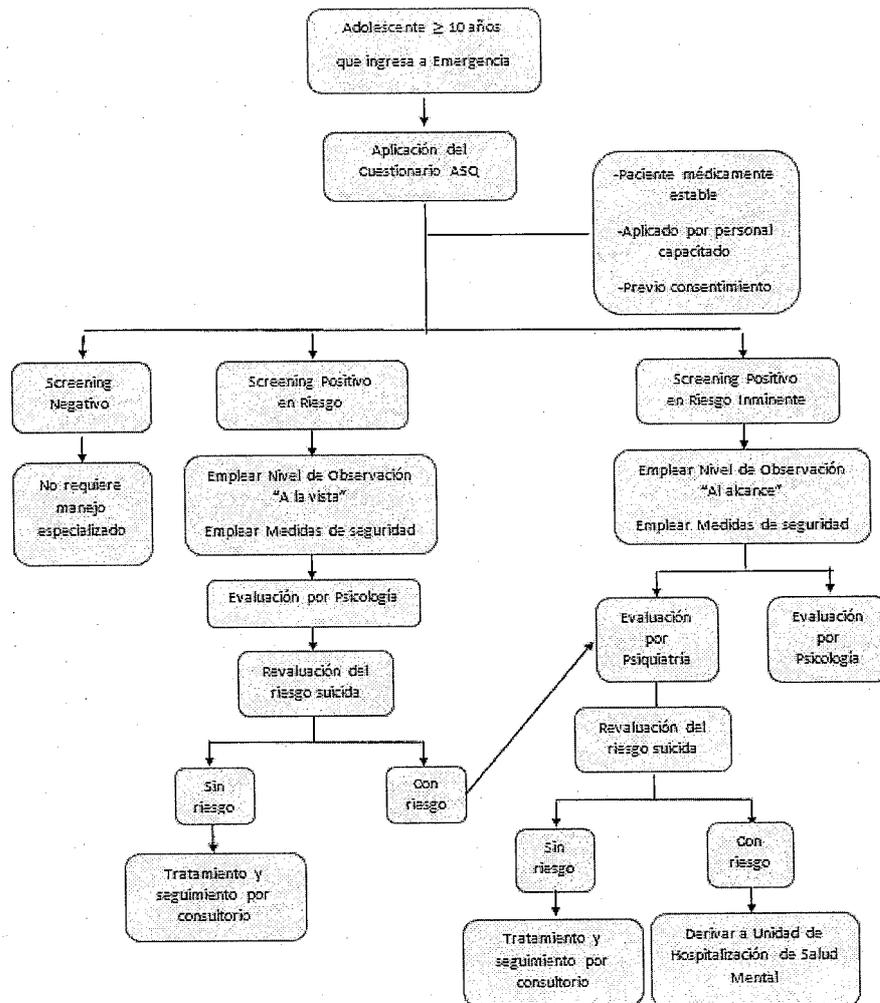
- Riesgo de lesión grave asociado a un trastorno mental, siendo la hospitalización la única manera de evitarlo.

6.6.2 Criterios de Contrarreferencia

Según la Norma Técnica de Sistema de Referencia y Contrarreferencia, éstas últimas son un procedimiento administrativo y asistencial, mediante el cual el establecimiento de salud de destino de referencia devuelve la responsabilidad del cuidado del usuario al establecimiento de salud debido a que podría manejar o monitorizar el problema de salud integralmente. En este caso, todo paciente que se encuentre sin riesgo suicida, con buena adherencia al tratamiento y con factores de buen pronóstico puede ser contrarreferido a su Hospital de origen o Centro de Salud Mental Comunitario para su seguimiento.

6.7 FLUXOGRAMA

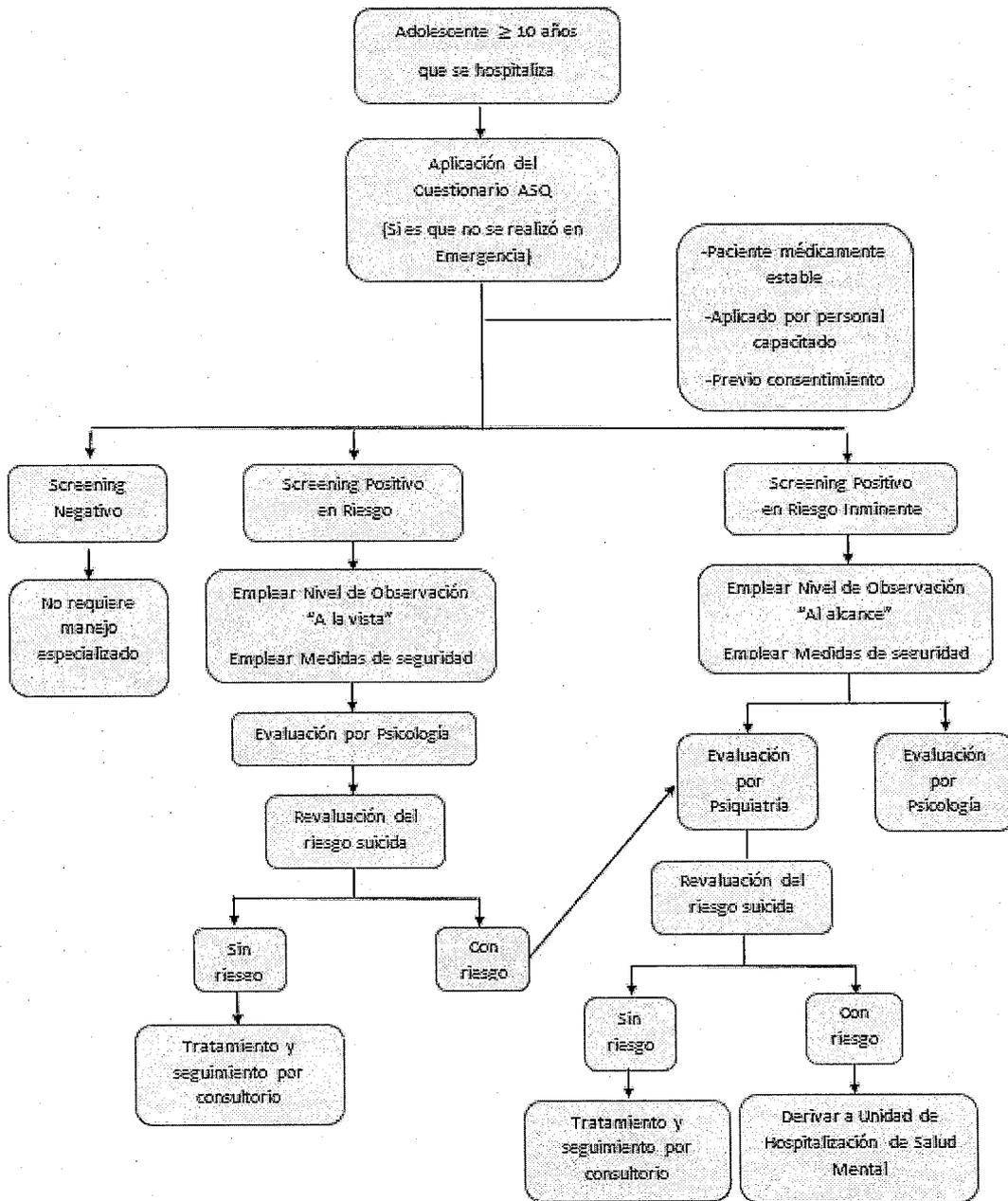
6.7.1 Identificación del riesgo suicida en Emergencia



Fuente: Elaboración Propia

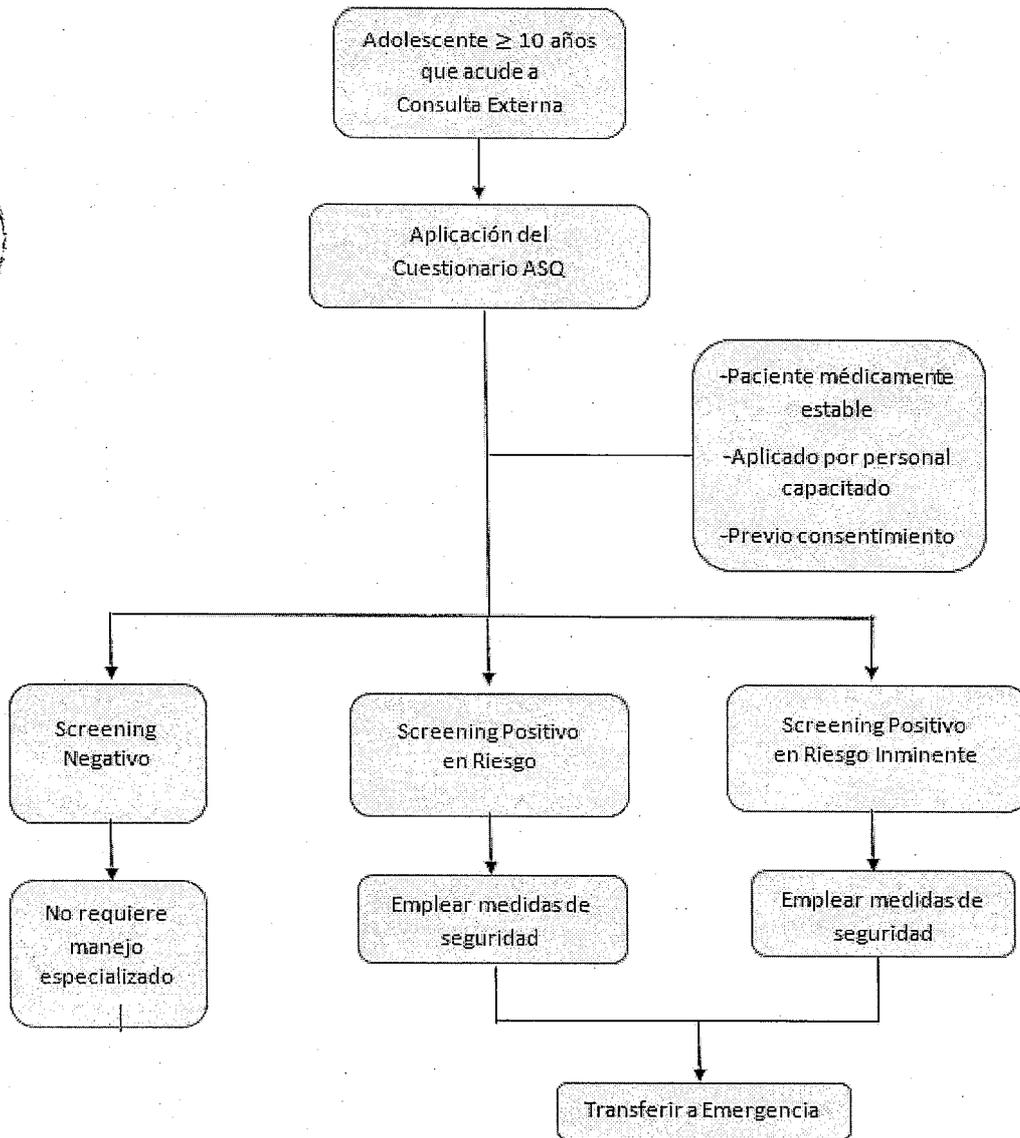


6.7.2 Identificación del riesgo suicida en Hospitalización



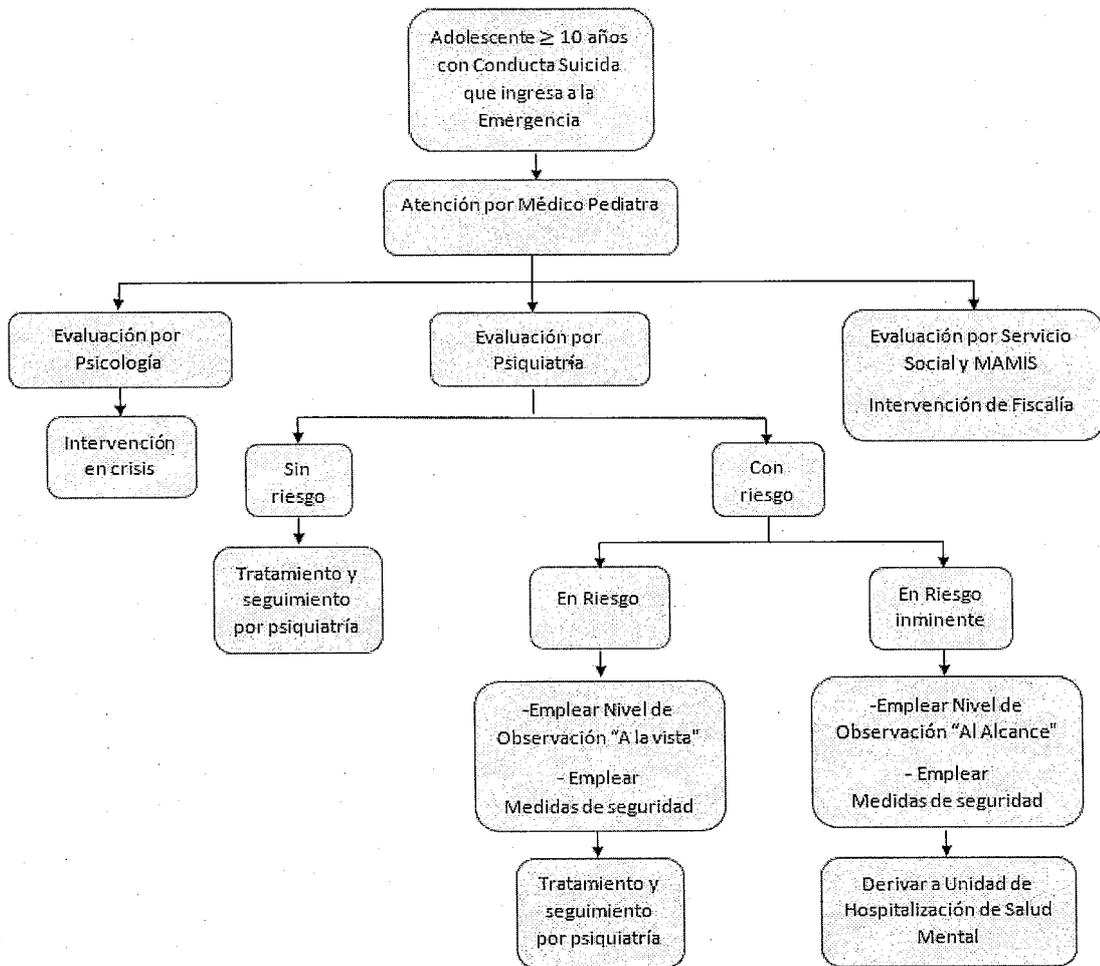
Fuente: Elaboración Propia

6.7.3 Identificación del riesgo suicida en Consultorio



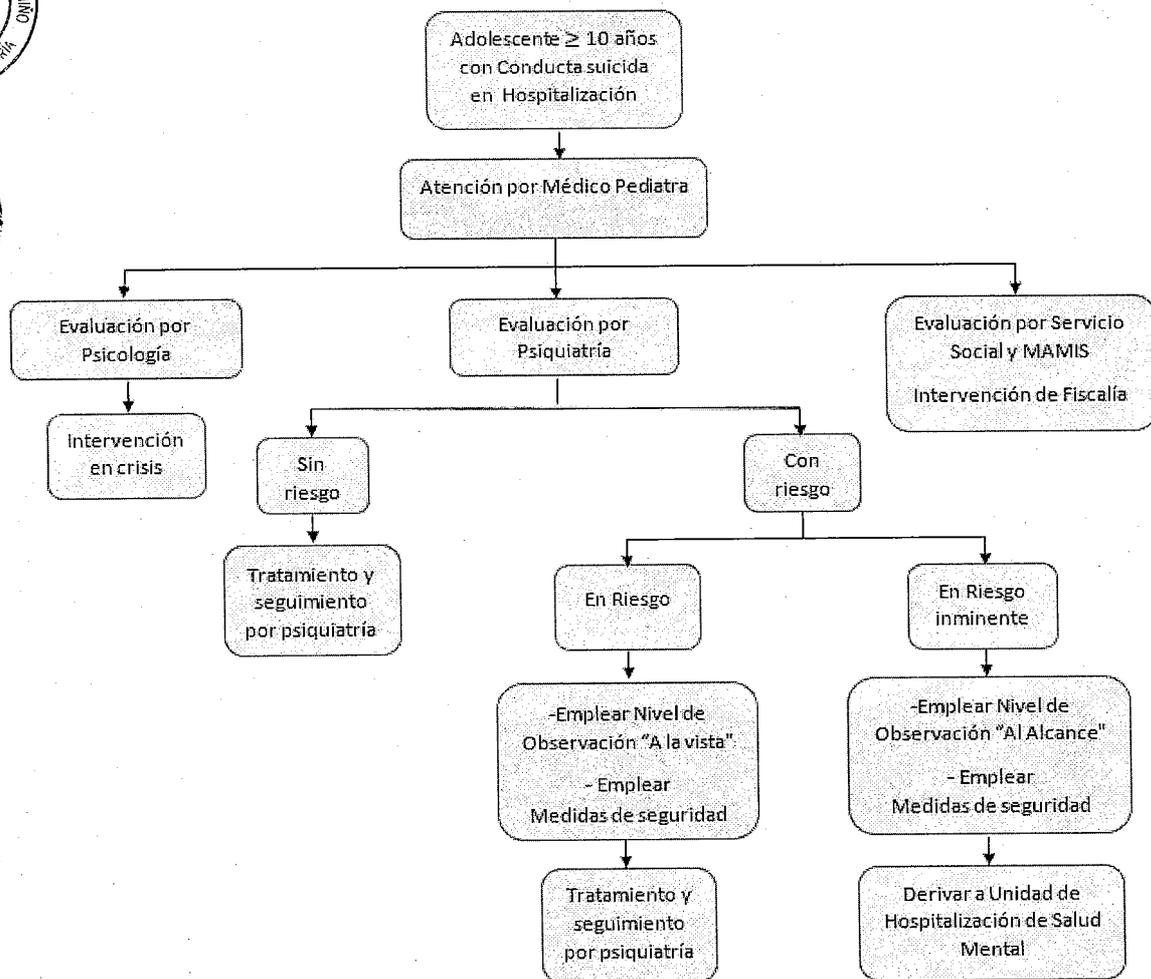
Fuente: Elaboración Propia

6.7.4 Manejo de la conducta suicida en Emergencia



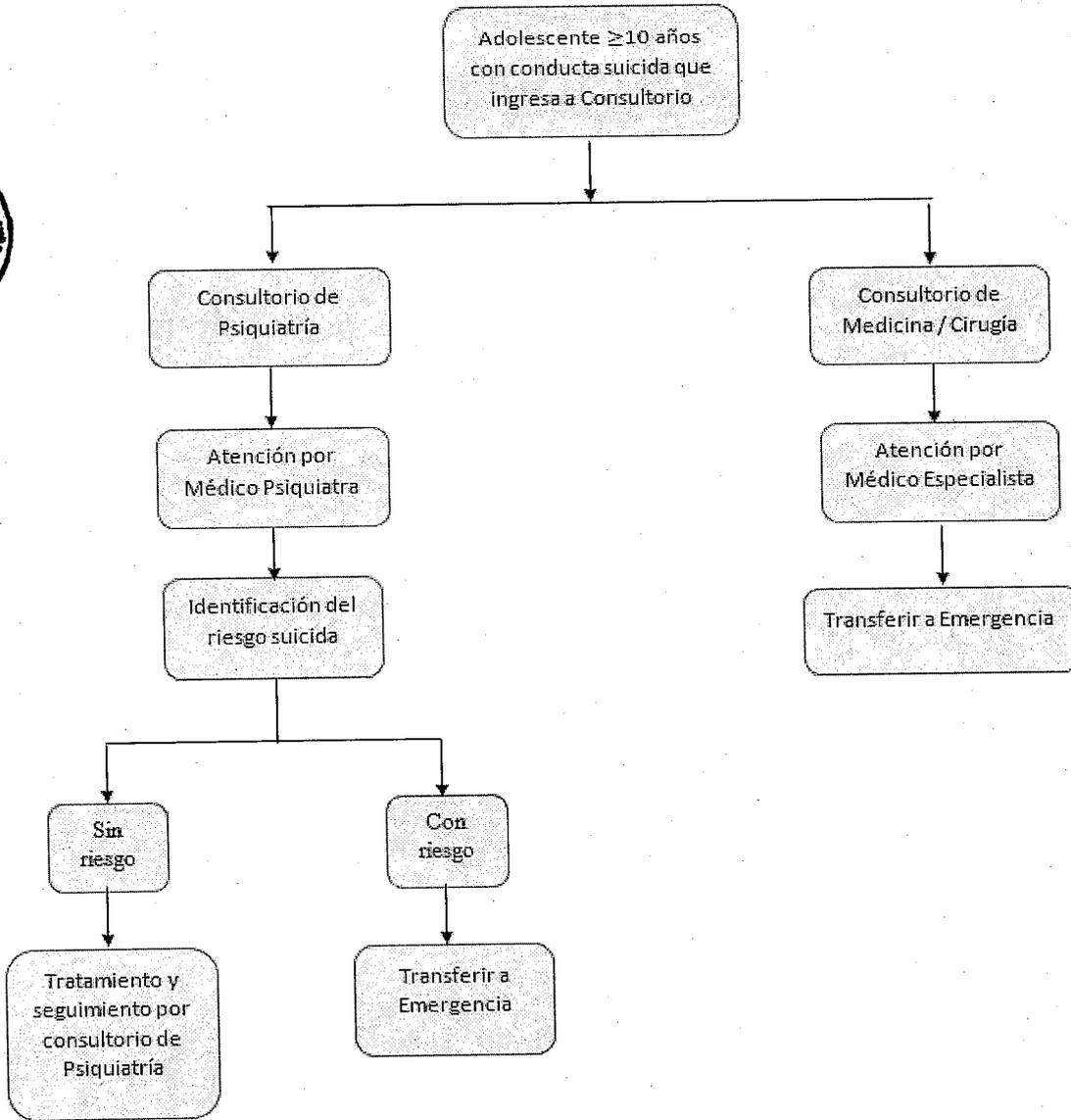
Fuente: Elaboración Propia

6.7.5 Manejo de la conducta suicida en Hospitalización



Fuente: Elaboración Propia

6.7.6 Manejo de la conducta suicida en Consultorio Externo



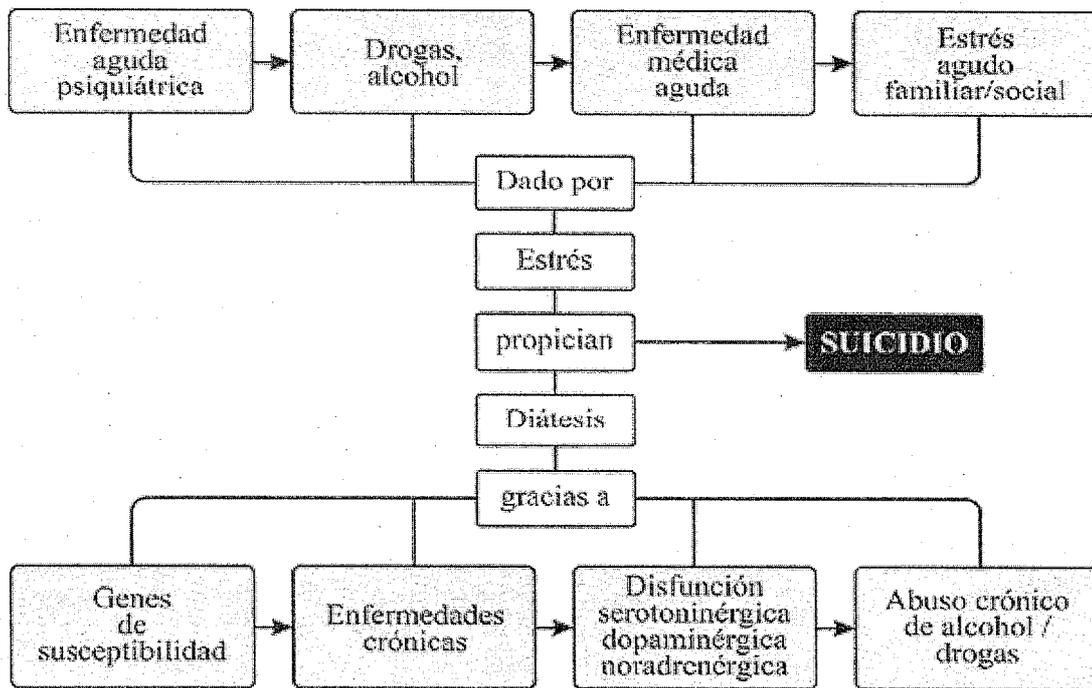
Fuente: Elaboración Propia

VII. RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades de la presente Directiva Sanitaria son asumidas por los Jefes de Departamento, Jefes de Servicio y todo personal asistencial de los Servicios de Emergencia, Hospitalización y Consultorio Externo del Instituto Nacional de Salud del Niño.

VIII. ANEXOS

8.1. ANEXO N°1: ESQUEMA DEL MODELO ESTRÉS DIÁTESIS DE LA CONDUCTA SUICIDA



Extraído de: Andrade Salazar, et al. (2016). Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. Cultura del cuidado. 13. 70-89. DOI: 10.18041/1794-5232/cultrua.2016v13n1.2139.

8.2. ANEXO N°2: EVALUACIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

EVALUACIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO	
Circunstancias del acto suicida	<ul style="list-style-type: none"> - Letalidad del método empleado. - Posibilidad de rescate. - Grado de premeditación. - Motivo desencadenante. - Intencionalidad. - Actitud ante el fallo suicida.
Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida previa. - Intentos previos. - Factores precipitantes. - Patología psiquiátrica.
Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Patología psiquiátrica. - Factores de riesgo ambiental.
Patología asociada	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del estado de ánimo. - Trastorno de la conducta. - Consumo de alcohol y drogas. - Trastornos de ansiedad. - Esquizofrenia.
Características del medio familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Reacción ante el intento de suicidio. - Capacidad de contención. - Factores de riesgo.
Estudios complementarios	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, bioquímica. - Análisis de orina. - Tóxicos en sangre y orina.

Extraído de: María Jesús Mardomingo (2015). Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ediciones Díaz de Santos. España.



8.3. ANEXO N° 3: SELF - HARM QUESTIONNAIRE

Anexo 1: Cuestionario de Autolesionismo en Español

Preguntas de tamizaje:

Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito, sin querer morir? Por ejemplo, ¿alguna vez has pensado en cortarte los brazos, muñecas u otra parte de tu cuerpo, o haber pensado en tener una sobredosis? [Marca una casilla].

- 1. No
- 2. Sí, una vez
- 3. Sí, dos, tres o cuatro veces
- 4. Sí, cinco o más veces

Pregunta 2. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? [Marca una casilla].

- 1. No
- 2. Sí, una vez
- 3. Sí, dos, tres o cuatro veces
- 4. Sí, cinco o más veces

Pregunta 3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo, ¿te has cortado a ti mismo, o has tenido una sobredosis que no fuera accidental? Esto incluye todos los episodios de autolesionismo, hayas querido o no morir en ese momento [Marca una casilla].

- 1. No
- 2. Sí, una vez
- 3. Sí, dos, tres o cuatro veces
- 4. Sí, cinco o más veces

Si contestaste "No" a la pregunta 3, este es el final del cuestionario. Continúa sólo si contestaste "Sí" a la pregunta 3.

Pregunta 4. ¿Cuándo te lastimaste por última vez? [Marca una casilla].

- 1. En las últimas 24 hrs.
- 2. En la última semana
- 3. En el último mes
- 4. En el último año
- 5. Hace más de un año

Pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por última vez, tú...? [Marca una casilla].

- 1. Te cortaste la piel (especifica cómo)
- 2. Tuviste una sobredosis o tomaste veneno (especifica cómo)
- 3. Ambas, te cortaste la piel y tuviste una sobredosis o tomaste un veneno (especifica cómo)
- 4. Hiciste algo más (especifica cómo)

Pregunta 6. Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pensaras en lastimarte? [Selecciona las casillas que apliquen].

- 1. Problemas familiares
- 2. Problemas con tu novia(o)
- 3. Problemas con la policía
- 4. Problemas escolares
- 5. Problemas de salud
- 6. Problemas con el alcohol
- 7. Problemas con alguna droga
- 8. Algún otro (Especifica):

Pregunta 7. ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte? [Selecciona las casillas que apliquen].

- 1. Enojo
- 2. Tristeza
- 3. Preocupación
- 4. Excitación
- 5. Desorientación
- 6. Tensión
- 7. Vergüenza
- 8. Miedo
- 9. Algún otro (Especifica):

Pregunta 8. ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte? [Selecciona las casillas que apliquen].

- 1. Enojo
- 2. Tristeza
- 3. Preocupación
- 4. Excitación
- 5. Desorientación
- 6. Tensión
- 7. Vergüenza
- 8. Miedo
- 9. Alivio
- 10. Algún otro (Especifica):

Pregunta 9. ¿Después de lastimarte, tú...? [Marca una casilla].

- 1. Te sentiste mejor
- 2. Te sentiste peor
- 3. Te sentiste igual

Pregunta 10. Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...? [Marca una casilla].

- 1. Morirte
- 2. Autocastigarte
- 3. Mostrarle a alguien más cómo te sentías
- 4. Dejar de sentirte mal
- 5. Evitar hacer algo más
- 6. Sentirte mejor
- 7. Conseguir que otros hicieran algo
- 8. Conseguir detener a otros de hacer algo
- 9. Algo más (Especifica):

Pregunta 11. Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...? [Marca una casilla].

- 1. Drogas y alcohol
- 2. Drogas
- 3. Alcohol
- 4. Ninguno

Pregunta 12. Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello? [Marca una casilla].

- 1. Meses
- 2. Semanas
- 3. Días
- 4. Minutos
- 5. Segundos





Anexo 1: Cuestionario de Autolesionismo en Español (continuación)

Pregunta 13. Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar? (Marca una casilla)

- 1.- No
- 2.- Sí, parcialmente
- 3.- Sí, detalladamente

Pregunta 14. Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie
 - 2.- A alguien a quien conocía
- Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía
- ¿Cómo se lo hiciste saber?:

Pregunta 15. Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie
 - 2.- A alguien a quien conocía
- Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía
- ¿Cómo se lo hiciste saber?:

Extraído de: García-Mijares, José Fernando, Alejo-Galarza, Gabriel de Jesús, Mayorga-Colunga, Samuel Rodolfo, Guerrero-Herrera, Luis Fernando, & Ramírez-GarcíaLuna, José Luis. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud mental*, 38(4), 287-292. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.039>



8.4. ANEXO N°4: ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE, HDRS)



Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terceros expresados sin preguntarle

DIRECTIVA SANITARIA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que está enfermo</p>

Extraído de: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2° Ed. Ars Medica. Capítulo 6: Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor.

8.5. ANEXO N°5: ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY - ASBERG

Población diana: Población general. Es una escala heteroadministrada mediante entrevista. Este instrumento consta de 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma - 6: máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo.

PUNTUACIÓN TOTAL	
------------------	--

Bibliografía

- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatr 1979; 134:382-9.
- Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.

1. Tristeza observada

Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.

- 0. Sin tristeza
- 1.
- 2. Parece decaído pero se anima sin dificultad
- 3.
- 4. Parece decaído la mayor parte del tiempo
- 5.
- 6. Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido.

2. Tristeza declarada por el paciente.

Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarte. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.

- 0. Tristeza esporádica según las circunstancias.
- 1.
- 2. Triste o decaído pero se anima sin dificultad
- 3.
- 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas
- 5.
- 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable

DIRECTIVA SANITARIA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



3. Tensión interna

Representa sentimientos de malestar mal definidos, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.

- 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera.
- 1.
- 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.
- 3.
- 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad.
- 5.
- 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.

4. Sueño reducido.

Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.

- 0. Duerme como siempre.
- 1.
- 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.
- 3.
- 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas
- 5.
- 6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño

5. Apetito reducido

Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con la que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.

- 0. Apetito normal o aumentado.
- 1.
- 2. Apetito ligeramente reducido
- 3.
- 4. Sin apetito. La comida es insípida.
- 5.
- 6. Necesita persuasión para comer algo.

6. Dificultades para concentrarse

Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.

- 0. Ninguna dificultad para concentrarse.
- 1.
- 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos.
- 3.
- 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.
- 5.
- 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.

DIRECTIVA SANITARIA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



7. Lásitud

Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.

- 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
- 1.
- 2. Dificultades para empezar actividades.
- 3.
- 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
- 5.
- 6. Lásitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.

8. Incapacidad para sentir.

Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.

- 0. Interés normal por el entorno y por otras personas.
- 1.
- 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
- 3.
- 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.
- 5.
- 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos.

9. Pensamientos pesimistas

Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.

- 0. Sin pensamientos pesimistas
- 1.
- 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio.
- 3.
- 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.
- 5.
- 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables.

10. Pensamientos suicidas.

Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberán influir en la evaluación.

- 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
- 1.
- 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
- 3.
- 4. Probablemente estaría mejor muerto. Los Pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
- 5.
- 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

Extraído de: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía



8.6. ANEXO N°6: CUESTIONARIO DE SCREENING DE SUICIDIO - ASQ (Ask Suicide-Screening Questions, ASQ)



Herramienta para la Detección del Riesgo de Suicidio

Ask Suicide-Screening Questions

Pregúntele al paciente:

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto? Sí No
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto? Sí No
3. En la última semana, ¿ha estado pensando en suicidarse? Sí No
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Sí No

Si contestó que sí, ¿cómo? _____

¿Cuándo? _____

Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? Sí No

Siguientes pasos:

Si el paciente contesta que «No» a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5).

No hay necesidad de intervención (*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa).

Si el paciente contesta que "Sí" a cualquier pregunta de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una prueba de detección positiva. Hágale la pregunta 5 para evaluar la agudeza:

"Sí" a la pregunta número 5 = prueba de detección positiva aguda (identificación de riesgo inminente)

- El paciente necesita una evaluación de salud mental completa o de seguridad URGENTE.

El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.

- Mantenga al paciente a la vista. Retire todos los objetos peligrosos de la habitación. Avísele al médico responsable de la atención del paciente.

"No" a la pregunta 5 = prueba de detección positiva no aguda (identificación de riesgo)

- El paciente necesita una evaluación de seguridad breve del riesgo de suicidio para determinar si es necesaria una evaluación completa de salud mental. El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.

- Avísele al médico responsable de la atención del paciente.

Extraído de: National Institute Mental Health. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit. Spanish versión. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/youth-asq-toolkit#outpatient>



8.7. ANEXO N°7: ESCALA DE SAD PERSONS ADAPTADA



SIGLA	SIGNIFICADO	MAYOR RIESGO
S	Sex – Sexo	Masculino
A	Age – Edad	Mayor de 15 años
D	Depression <i>Depresión o trastorno del afecto</i>	Sí
P	Previous suicide attempt <i>Intento de suicidio previo</i>	Sí
E	Ethanol or drug abuse <i>Abuso de sustancias</i>	Sí
R	Rational thinking loss <i>Ausencia de pensamiento racional</i>	Sí (causa física o mental)
S	Social support lacking <i>Ausencia de soporte social</i>	Sí
O	Organized plan <i>Plan suicida</i>	Sí
N	Negligent parenting, significant family stressors, or suicidal modeling by parents or siblings. <i>Negligencia, estresores familiares importantes, antecedentes de intento de suicidio en familiar nuclear.</i>	Sí
S	School problems. <i>Problemática escolar.</i>	Agresividad, bullying

Extraído de: Juhnke, G. A., (1996). The Adapted SAD PERSONS: A suicide assessment scale designed for use with children. *Elementary School Guidance & Counseling*, 30, 252-258.

8.8. ANEXO N°8: ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK



I. Circunstancias Objetivas	
1- <i>Aislamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2- <i>Medición del tiempo</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3- <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros, pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación, pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4- <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Aviso a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5- <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6- <i>Preparación activa del intento</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7- <i>Nota suicida</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8- <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estás mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme	

DIRECTIVA SANITARIA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTORIO EXTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



<p>9- Propósito supuesto del intento</p> <p>0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza</p> <p>1. Componentes de 0 y 2</p> <p>2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas</p>
<p>10- Expectativas sobre la probabilidad de muerte</p> <p>0. Pensó que era improbable</p> <p>1. Posible pero no probable</p> <p>2. Probable o cierta</p>
<p>11- Concepción de la letalidad del método</p> <p>0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal</p> <p>1. No estaba seguro si lo que hacía era letal</p> <p>2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal</p>
<p>12- Seriedad del intento</p> <p>0. No intentó seriamente poner fin a su vida</p> <p>1. Inseguro</p> <p>2. Intentó seriamente poner fin a su vida</p>
<p>13- Actitud hacia el vivir/morir</p> <p>0. No quería morir</p> <p>1. Componentes de 0 y 2</p> <p>2. Quería morir</p>
<p>14- Concepción de la capacidad de salvamento médico</p> <p>0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica</p> <p>1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica</p> <p>2. Seguro de morir, aunque recibiese atención médica</p>
<p>15- Grado de premeditación</p> <p>0. Ninguno, impulsivo</p> <p>1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento</p> <p>2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento</p>
<p>16- Reacción frente al intento</p> <p>0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza</p> <p>1. Acepta tanto el intento como su fracaso</p> <p>2. Rechaza el fracaso del intento</p>
<p>17- Preconcepciones de la muerte</p> <p>0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos</p> <p>1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas</p> <p>2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte</p>
<p>18- Número de intentos de suicidio previos</p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. 1 o 2</p> <p>2. 3 o más</p>
<p>19- Relación entre ingesta de alcohol e intento</p> <p>0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p> <p>2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento</p>
<p>20- Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, cuando no el método utilizado para el intento.</p> <p>0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad</p> <p>1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad</p> <p>2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento</p>

Extraído de:

<https://ayuda-psicologica-en-linea.com/psicologia-pdf/intencionalidad-suicida-beck-sis/>

8.9. ANEXO N°9: SUICIDE BEHAVIOR QUESTIONNAIRE



Instrucciones:

Por favor elija la opción en la hoja de respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

1. ¿Alguna vez has pensado o intentado quitarte la vida?

1. Nunca
2. Fue un pensamiento breve
3. Tuve un plan para matarme pero no lo intenté
4. Tuve un plan para matarme pero realmente no quería morir
5. Intenté suicidarme, pero no quería morir
6. Intenté suicidarme, y realmente esperaba morir

2. ¿Con qué frecuencia pensaste en suicidarte el año pasado?

1. Nunca
2. Raramente (1 vez)
3. Algunas veces (2 veces)
4. A menudo (3-4 veces)
5. Muy a menudo (5 veces o más)

3. ¿Alguna vez has dicho a alguien que podrías suicidarte o que podrías hacerlo?

1. No
2. Sí, una vez, pero realmente no quería morir
3. Sí, una vez, y realmente quería morir
4. Sí, más de una vez, pero no quería hacerlo
5. Sí, más de una vez, y realmente quería hacerlo

4. ¿Cómo de probable es que intentes suicidarte algún día?

0. Nunca
1. Ninguna posibilidad en absoluto
2. Más bien improbable
3. Improbable
4. Probable
5. Bastante probable
6. Muy probable

Intentos en el pasado (int) = el número de la opción seleccionada en el ítem 1
Frecuencia (frec) = el número de la opción seleccionada en el ítem 2
Amenaza (ame) = el número de la opción seleccionada en el ítem 3
Probabilidad (prob) = el número de la opción seleccionada en el ítem 4
Comportamientos suicidas total = $int+frec+ame+prob$ _____

Extraído de: Rey, L., Sánchez-Álvarez, N., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., & Extremera, N. (2018). Validez del cuestionario de comportamientos suicidas (SBQ-R) en una muestra de adolescentes. Póster presentado en el IX Congreso Internacional de Psicología y Educación, Logroño, 21-23 de junio.

8.10. CONSENTIMIENTO INFORMADO



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO ASQ

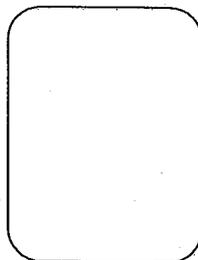
“ Ask Suicide - Screening Questions”

Fecha y Hora: ____/____/____ : ____

Yo, _____ padre, madre y/o tutor del menor _____ con Historia Clínica: _____ he sido informado por el **Médico Cirujano** que mi menor hijo requiere que se le aplique el cuestionario ASQ “Ask Suicide-Screening Questions” en un ambiente seguro, acompañado por personal de salud, sin la presencia de un familiar/tutor responsable durante el tiempo de aplicación. En la opinión del **Médico Cirujano**, es la mejor opción actual en mi caso para poder desarrollar una adecuada anamnesis. El **Médico Cirujano** ha respondido a todas las dudas y preguntas que he realizado.

Por lo tanto, en forma libre, consciente y voluntaria; SI (), NO () DOY MI CONSENTIMIENTO para el procedimiento de la aplicación del cuestionario ASQ sin presencia del familiar o tutor responsable durante el procedimiento.

Así mismo, se me ha explicado que no es necesario el uso de videograbaciones durante el procedimiento.



Firma y/o huella digital del padre o responsable legal del paciente

N° DNI _____

Firma y sello del **Personal Asistencial** que realiza el procedimiento.

DNI _____

N° de Colegiatura: _____

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



1. Posner K. The classification of suicidal behavior. In: The Oxford handbook of suicide and self-injury. Oxford University Press; 2014. p. 7–22.
2. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007 Jun;37(3):264–77.
3. María Jesús Mardomingo Sanz. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz De Santos; 2015.
4. España Ministerio De Sanidad, Consumo Y Bienestar Social. CIE-10-ES : Clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión.. Madrid] Ministerio De Sanidad, Consumo Y Bienestar Social Boletín Oficial Del Estado; 2020.
5. Andrade Salazar JA, Lozano Sapuy LP, Rodríguez Romero A, Campos Ramírez JA. Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. *Cultura del cuidado*. 2018 Aug 20;13(1):70–89.
6. Nugent AC, Ballard ED, Park LT, Zarate CA. Research on the pathophysiology, treatment, and prevention of suicide: practical and ethical issues. *BMC Psychiatry*. 2019 Nov 1;19(1).
7. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica [Internet]*. 2015 Jul [cited 2019 Nov 15];33(2):117–26. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
8. Doey T, Steele M. RE: Suicidal Behaviours among Polish Youth in Light of the following Papers: Suicidal Behaviour in Children and Adolescents. Parts 1 and 2. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010 Jun;55(6):400–0.
9. World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. 2018;
10. Injury Data Visualization Tools | WISQARS | CDC [Internet]. wisqars.cdc.gov. Center of Disease Control and Prevention; 2020. Available from: <https://wisqars.cdc.gov/data/lcd/home>
11. Minsa advierte que la tasa de suicidio está en aumento en el Perú [Internet]. www.gob.pe. 2021. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/490446-minsa-advierte-que-la-tasa-de-suicidio-esta-en-aumento-en-el-peru>
12. MINSA. DS N°071-MINSA/CDC-V.01. Vigilancia de Problemas de la Salud Mental priorizados en Establecimientos de Salud Centinela y mediante encuesta poblacional. N°496-2016/MINSA.



13. Instituto Nacional de Salud Mental. Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación. Informe General. Anales de Salud Mental. 2012;29(1).
14. Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. PEDIATRICS. 2016 Jun 27;138(1):e20161420-0.
15. Valdez-Santiago R, Cruz-Bañares AL, Rojas-Carmona A, Arenas-Monreal L. Living Conditions of Adolescents Who Have Attempted Suicide in Mexico. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020 Aug 18;17(16):5990.
16. Yildiz M, Orak U, Walker MH, Solakoglu O. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. Death Studies. 2018 Jun 19;1-7.
17. Harris KM, Bettiol S. Exposure to suicidal behaviors: A common suicide risk factor or a personal negative life event? International Journal of Social Psychiatry. 2016 Dec 13;63(1):70-7.
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).; 2012.
19. Parmelee DX, David RB. Psiquiatría del niño y el adolescente. Elsevier España; 1997.
20. Crepeau-Hobson MF, Leech NL. The Impact of Exposure to Peer Suicidal Self-Directed Violence on Youth Suicidal Behavior: A Critical Review of the Literature. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2013 Aug 28;44(1):58-77.
21. Mirkovic B, Laurent C, Podlipski M-A, Frebourg T, Cohen D, Gerardin P. Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Directions. Frontiers in Psychiatry. 2016 Sep 23;7.
22. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. 2019 Jan 25;29(6).
23. Ishaq M, Shah M, Meghani ST, Punjani N. Suicidal Behavior among Teenagers: A Review. INTERNATIONAL JOURNAL OF ENDORSING HEALTH SCIENCE RESEARCH (IJEHSR). 2014 Jun 1;2(1):31.
24. Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, Gil Lemus LM, Jaramillo LE, García Valencia J, Bravo Narváez E, et al. Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013;43:3-11.
25. Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Aguilar W, et al. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la



- Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. Anales de la Facultad de Medicina. 2019 Mar 27;80(1):28–33.
26. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012 Jan;5(1):8–23.
27. García JF, Alejo- G de J, Mayorga SR, Guerrero LF, Ramírez-GarcíaLuna JL. Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. Salud mental. 2015 Aug 20;38(4):287–92.
28. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine [Internet]. 2012 Dec 1;166(12):1170. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1363508>
29. Horowitz LM, Wharff EA, Mournet AM, Ross AM, McBee-Strayer S, He J-P, et al. Validation and Feasibility of the ASQ Among Pediatric Medical and Surgical Inpatients. Hospital Pediatrics. 2020 Aug 21;10(9):750–7.
30. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Literature review to identify standardized scales of assessment of suicidal risk in adults seen in primary health care. Medwave [Internet]. 2018 Sep 20;18(05). Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/English/Reviews/GeneralReviews/7263.act>
31. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2015 Dec 10 [cited 2020 Dec 6];63(4):707–16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n4/v63n4a17.pdf>
32. MINSa. Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. 2008.
33. New Zealand Guidelines Group, New Zealand. Ministry Of Health. The assessment and management of people at risk of suicide : for emergency departments and mental health service acute assessment settings. Wellington, N.Z.: New Zealand Guidelines Group; 2003.
34. Ministerio de Salud y Protección Social Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción) . Colombia. 2017; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
35. Hospital Cayetano Heredia. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Intento de Suicidio. 2017;
36. Universidad Industrial de Santander. Guía para la atención primaria del paciente con ideación o intento suicida. 2014;



37. César Soutullo Esperón. Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente. Madrid, España Editorial Médica Panamericana, S.A; 2018.
38. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. 2018.
39. Suicide Prevention [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). Available from: <http://www.nimh.nih.gov/suicideprevention>
40. Shain BN. Youth Suicide: The First Suicide Attempt. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2018 Oct;57(10):730–2.
41. Brent DA, Greenhill LL, Compton S, Emslie G, Wells K, Walkup JT, et al. The Treatment of Adolescent Suicide Attempters study (TASA): predictors of suicidal events in an open treatment trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [Internet]. 2009 Oct 1;48(10):987–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19730274/>
42. Groholt B, Ekeberg Ø. Prognosis after Adolescent Suicide Attempt: Mental Health, Psychiatric Treatment, and Suicide Attempts in a Nine-Year Follow-up Study. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2009 Apr;39(2):125–36.
43. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-González J, Huarez B, Grendas L. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016;33(4):751–7.
44. Gutiérrez-Barba JG, Barrón-Balderas A. Intoxicación por neurolepticos. In: Salud y enfermedad del niño y del adolescente (8a ed) [Internet]. Distrito Federal: Editorial El Manual Moderno; 2017. Available from: https://www.manualmoderno.com/apoyos_electronicos/9786074486018/caps/3_5_02.pdf
45. Juan Pablo Acuña B. Intoxicación grave por psicofármacos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011 May;22(3):332–9.
46. Pino-Vásquez A, Brezmes-Raposo M. Intoxicación por organofosforados. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatal del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2013;
47. Saborío Cervantes I, Mora Valverde M, Durán Monge M del P. Intoxicación por organofosforados. Revista Medicina Legal de Costa Rica. 2019;36(1).
48. Valdivia-Infantas M. ¿Intoxicación por carbamatos? No siempre es el mismo caso. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2014;27(4).