

## ESCALA DETECCIÓN RIESGO SUICIDA

Número informe: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Traslado: SI  NO  Hospital: \_\_\_\_\_

### Durante este último mes:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| C1 - ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C2 - ¿Ha querido hacerse daño?                                    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C3 - ¿Ha pensado en el suicidio?                                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C4 - ¿Ha planeado suicidarse?                                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C5 - ¿Ha intentado suicidarse?                                    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

### A lo largo de su vida:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

¿Hay al menos una respuesta codificada SI? SI  NO

### MINI subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual) :

Si la respuesta anterior es **SI** especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

- C1 o C2 o C6 = SI : **LIGERO**
- C3 o (C2 + C6) = SI : **MODERADO**
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : **ALTO**

### Puntuar 1 por cada ítem señalado con una X:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sexo: Varón  |
| <input type="checkbox"/> | Edad: menor de 19 o mayor de 45  |
| <input type="checkbox"/> | Depresión  |
| <input type="checkbox"/> | Intentos de suicidio previos   |
| <input type="checkbox"/> | Abuso de alcohol   |
| <input type="checkbox"/> | Trastornos cognitivos (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos) |
| <input type="checkbox"/> | Bajo soporte social  |
| <input type="checkbox"/> | Plan organizado de suicidio  |
| <input type="checkbox"/> | Sin pareja estable   |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad somática  |

Puntuación total SAD

- 0 - 2 PUNTOS:** Alta con seguimiento ambulatorio.
- 3 - 4 PUNTOS:** Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internación psiquiátrica.
- 5 - 6 PUNTOS:** Si no hay control familiar estrecho debe internarse.
- 7 - 10 PUNTOS:** Internación. Riesgo de muerte inminente.

(\*) Tener en cuenta que, por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Incluir en el informe **MINI subescala suicidio** ( Ligero / Moderado / Alto ) y **Puntuación total SAD**