

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

NO

C2 - ¿Ha querido hacerse daño?

SI

NO

C3 - ¿Ha pensado en el suicidio?

SI

NO

C4 - ¿Ha planeado suicidarse?

SI

NO

C5 - ¿Ha intentado suicidarse?

SI

NO

A lo largo de su vida:

C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

SI

NO

¿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:

☐

Sexo: Varón

☐

Edad: menor de 19 o mayor de 45

☐

Depresión

☐

Intentos de suicidio previos

☐

Abuso de alcohol

☐

Trastornos cognitivos (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos)

☐

Bajo soporte social

☐

Plan organizado de suicidio

☐

Sin pareja estable

☐

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**