



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**