

PROTOCOLO PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA – CODIGO DORADO

CONTROL DE CAMBIOS		
Descripción del cambio	Fecha de cambio	Versión creada
Codificación Protocolo para el cuidado integral de la salud de personas con conducta suicida – código dorado	22/JUNIO/2026	001

Contenido

JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
ALCANCE	5
COMPONENTES DE LA RUTA DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA.	5
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.....	5
PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	5
ATENCIÓN.....	6
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS	6
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO DE CODIGO DORADO	7
PROTOCOLOS DE MANEJO	14
RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON AUTOLESIÓN.....	15
INTEVENCIONES PSICOSOCIALES	16
CRITERIOS DE REMISIÓN O VALAORACIÓN POR PSIQUIATRIA.....	17
SEGUIMIENTO DE CASOS AUTOLESION/SUICIDIO	17
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	18
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA:	19
INDICADORES DE SEGUIMIENTO	19
FLUJOGRAMA	20
ANEXOS.....	20
ANEXO 1: BASE DE DATOS DEL REGISTRO, ACTIVACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS CON RIESGO SUICIDA.....	20
ANEXO 2: FICHA DE NOTIFICACIÓN SIVIGILA CÓDIGO 356	21
ANEXO 3: SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)	22
ANEXO 4: CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA NIÑOS RQC	22
ANEXO 5: ASK SUICIDE-SCREENING QUESTIONS (ASQ).....	23
ANEXO 6: COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)	24
ANEXO 7: ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK.....	25
REFERENCIAS	25

JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo se fundamenta en la necesidad de garantizar una respuesta inmediata, integral y humanizada frente a los eventos de conducta suicida, en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la Resolución 4886 de 2018, la Resolución 347 de 2026 y demás disposiciones normativas relacionadas con la atención en salud mental.

La conducta suicida constituye un problema prioritario de salud pública, con impacto significativo en la morbilidad, mortalidad y bienestar de las comunidades. La implementación del Código Dorado en la ESE se justifica en los siguientes aspectos:

Protección del derecho a la vida: El protocolo asegura la activación inmediata de recursos institucionales para salvaguardar la vida de las personas en riesgo.

Respuesta oportuna: Establece tiempos definidos y mecanismos de coordinación para la atención de emergencias por intento de suicidio, evitando demoras que puedan agravar la situación clínica.

Atención integral: Promueve la articulación de servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa, teleorientación y apoyo comunitario, garantizando continuidad en el cuidado.

Cumplimiento normativo: Permite dar cumplimiento a las políticas nacionales de salud mental, fortaleciendo la capacidad institucional de respuesta frente a eventos críticos.

Seguridad del paciente: Minimiza riesgos derivados de la falta de protocolos estandarizados y fomenta prácticas de atención basadas en evidencia y cuidado humanizado.

Responsabilidad institucional: Reafirma el compromiso de la ESE con la prevención del suicidio, la promoción de la salud mental y la protección de la comunidad.

La adopción del Protocolo para el cuidado integral de la salud de las personas con conducta suicida - Código Dorado en la ESE Alejandro Prospero Reverend se crea como acción estratégica y obligatoria para garantizar la atención integral, segura y oportuna de las personas con conducta suicida, consolidando el compromiso institucional con la salud pública y el bienestar social.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Garantizar una respuesta inmediata, organizada y humanizada ante la identificación de riesgo suicida en usuarios atendidos en la ESE, mediante la activación del Código Dorado, asegurando detección temprana, atención oportuna, seguimiento, continuidad del cuidado, reducción de riesgos y articulación con la red de servicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la identificación temprana del riesgo suicida en la población intervenida.
- Establecer el protocolo de activación del Código Dorado en todos los escenarios de intervención de la ESE Alejandro Prospero Reverend.
- Canalizar oportunamente y sin barreras a los servicios de salud que se requieran.
- Implementar el seguimiento individual, familiar y comunitario de los casos identificados.
- Mejorar la calidad del registro y la notificación de los eventos en salud pública.

ALCANCE

Aplica a todo el personal asistencial, administrativo y de apoyo de la ESE en los servicios de:

- Atención Inmediata
- Consulta externa (intramural y extramural)
- Apoyo Dx y complementación terapéutica (intramural y extramural)
- Internación
- Equipos Básicos de Salud.
- PIC
- PAPSIVI
- Jóvenes en Paz

Está dirigida a la atención de personas que presenten:

- Ideación suicida
- Plan suicida
- Intento de suicidio
- Factores de riesgo asociados a la conducta suicida

COMPONENTES DE LA RUTA DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Con el apoyo de EBS, PIC, equipos extramurales, se implementarán estrategias de Capacitación para Promover acciones y procesos transformadores a las personas y comunidades para identificar, gestionar y utilizar los recursos necesarios para adoptar y mantener estilos de vida saludables que favorezcan su salud mental y bienestar psicosocial. Estas estrategias se enfocarán en:

- Promover la salud mental mediante estrategias integrales.
- Fortalecimiento de capacidades en habilidades y competencias socioemocionales.
- Fortalecimiento de redes de apoyo sociales y comunitarias.
- Implementación de estrategias de comunicación para el cuidado de la salud mental individual, familiar y comunitaria.

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Acciones dirigidas a anticipar, prevenir y/o reducir la presencia de factores de riesgo asociados a la conducta suicida, se enfoca primordialmente a la modificación de condiciones y conductas de riesgo en personas, familias y comunidades, mejorando la capacidad de respuesta para el cuidado de las personas con conducta suicida. Se priorizarán las acciones basadas en evidencia tales como:

- Detección temprana a través de pruebas de tamización: Se promoverá la aplicación de herramientas de tamizaje en salud mental, de acuerdo con el curso de vida, con el fin de identificar de manera oportuna posibles riesgos. Con el apoyo de los Equipos Básicos en Salud, PIC y Equipos Extramurales deberán identificar factores de riesgo en los diferentes espacios de interacción comunitaria, tales como visitas domiciliarias, cartografía social, familiogramas, ecomapas y actividades colectivas.
- Prevenir las diferentes formas de violencia y violencia de género utilizando estrategias de educación, TIC para difundir mensajes claves a la población de incidencia o intervenida.
- Estrategias educativas para eliminar la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
- Implementar estrategias de comunicación dirigidas a fortalecer el sentido de vida, reducción del estigma y comunicación responsable de la conducta suicida a medios de comunicación.
- Acciones de educación en los entornos educativos y otros entornos vulnerables para



retrasar la edad de inicio de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, como factor de riesgo para la conducta suicida.

- Desarrollar capacidades en el talento humano de la ESE para la intervención en crisis, apoyo a sobrevivientes de suicidio (familias y/o red de apoyo de las personas que tuvieron muerte por suicidio). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2026)

ATENCIÓN

Estará enfocada a brindar una atención integral, integrada y continua que cubra desde el nivel de atención primaria, favoreciendo la reducción de las brechas en salud mental mediante la oportunidad, continuidad y calidad de la atención, adaptadas a las necesidades de las personas, familias y comunidades. Se priorizará la implementación y aplicación de la 'Guía de Práctica Clínica adaptada a Colombia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida, que la ESE Adopto mediante resolución interna No. 161 del 10 de junio de 2026.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS

Es importante que en los diferentes contactos que tenga el personal de salud de la ESE (EBS, PIC, Extramural, Intramural, PAPSIVI, jóvenes en paz) con la población intervenida, se identifiquen tempranamente los factores de riesgos para lo cual EVALÚE LA POSIBILIDAD DE AUTOLESIÓN/SUICIDIO SI LA PERSONA PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Desesperanza y desesperación extremas, pensamientos/planes/actos del presente o pasados de autolesión o suicidio, actos de autolesión con signos de envenenamiento o intoxicación, hemorragia por heridas autoinfligidas, pérdida del conocimiento o letargo extremo.
- Alguno de los trastornos MNS (Mentales, Neurológicos y por consumo de Sustancias) prioritarios.
- Dolor crónico o alteraciones emocionales graves
- Violencia intrafamiliar
- Aislamiento social
- Problemas familiares

Ante la identificación de cualquier factor de riesgo sin evidencias de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente se deben realizar pruebas de tamizaje:

Tabla No. 1: Pruebas de tamizaje

TAMIZAJE	UTILIZACIÓN	EDAD
SRQ	Herramienta de tamizaje utilizada en atención primaria para detectar trastornos mentales comunes como depresión, ansiedad y problemas somatomorfos.	Se aplica a personas de 16 años en adelante para identificar síntomas en los últimos 30 días.
RQC	Herramienta de tamizaje de 10 ítems utilizada para identificar posibles problemas de salud mental en niños y adolescentes. Se aplica a padres o cuidadores para detectar signos de alerta, y si al menos una respuesta es "Sí", se sugiere valoración profesional.	Niños y Adolescentes de 5 a 15 años
Ask Suicide-Screening Questions (ASQ):	Un cuestionario rápido de 4 preguntas (toma aprox. 20 segundos) diseñado para entornos médicos (urgencias, atención primaria). Se considera muy sensible para detectar riesgo en jóvenes.	Mayores de 8 años

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Considerada el estándar de oro, evalúa la gravedad de la ideación y conducta suicida. Tiene versiones para atención primaria, adolescentes (13-18 años) y adultos. Es reconocida internacionalmente y validada en español.	Adolescentes (13-18 años) y adultos.
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik:	Consta de 15 ítems (sí/no) que evalúan intentos previos, intensidad de la ideación, depresión y desesperanza. Es fácil y rápida de aplicar en atención primaria, emergencias y salud mental para evaluar ideación, intentos previos e impulsividad, siendo efectiva en población general y grupos de riesgo (como pacientes psiquiátricos)	Se aplica principalmente a adolescentes y adultos.

En el cuadro anterior nos muestra pruebas de tamizaje que serán aplicadas teniendo en cuenta la edad, factores de riesgos identificados o situaciones individuales de cada paciente.

Cuando se identifique Riesgo Suicida, evalúe los pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y de allí en adelante en forma periódica, según se requiera. Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona. OMS (2017), Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. (OMS, 2017)

Todo paciente en el que se identifique algún riesgo suicida se le debe activar la Ruta de Código Dorado.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO DE CODIGO DORADO

Los códigos dorados de menores de edad deben ser notificados a ICBF, policía de infancia y adolescencia, comisaría de Familia, Fiscalía, defensoría etc., según corresponda.

Tabla No. 2

No.	Descripción de la Actividad	Responsable o Rol/Dependencia	Registros
1	CLASIFIQUE TRIAGE Para efectos de la implementación del Código Dorado, se entiende el triage en conducta suicida como el proceso clínico inicial, estructurado y documentado, mediante el cual un profesional de salud capacitado: ➤ Detecta la presencia de ideación, plan o intento suicida. ➤ Valora el nivel de riesgo suicida (alto, medio o bajo) mediante juicio clínico informado. ➤ Define la prioridad de atención y los tiempos máximos de respuesta. ➤ Activa los protocolos institucionales y territoriales correspondientes. Este triage no equivale a una valoración diagnóstica completa, pero sí determina	El triage debe ser realizado por: • Profesionales de enfermería. • Médicos generales. • Otros profesionales de la salud entrenados específicamente en identificación y manejo inicial del riesgo suicida, según la complejidad del Servicio.	Historia Clínica Base de datos

	el curso inmediato de la atención y las medidas de seguridad requeridas. Criterios clínicos mínimos para evaluar en el triage: Durante el triage, el profesional debe explorar de manera breve, clara y directa los siguientes elementos: ➤ Presencia actual de ideación suicida, pensamientos de muerte o deseo de no vivir. ➤ Existencia de plan suicida, incluyendo método, accesibilidad y letalidad. ➤ Antecedentes de intentos de suicidio previos. ➤ Estado emocional actual (desesperanza, ansiedad intensa, agitación, impulsividad). ➤ Consumo reciente de sustancias psicoactivas. ➤ Factores protectores inmediatos (red de apoyo, motivos para vivir, acompañamiento). Para efectos operativos, el triage en conducta suicida se clasifica de la siguiente manera: Triage I: Corresponde a personas con intento de suicidio reciente, conductas de alta letalidad. Estos casos constituyen una urgencia médica y en salud mental, requieren atención inmediata, estabilización clínica y activación prioritaria del Código Dorado. Triage II: Incluye personas que consultan por ideación suicida con método y plan específico, o que, aun sin intento reciente, presentan ideación estructurada. Triage III: Ideación suicida sin plan estructurado, también personas con pensamientos pasivos de muerte, sin intención ni plan suicida. Aunque no constituyen una urgencia inmediata, estos casos requieren valoración clínica, educación en signos de alarma y seguimiento ambulatorio estructurado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2026) El triage debe realizarse con enfoque diferencial, considerando edad, género, pertenencia étnica, discapacidad, contexto de violencia, conflicto armado y otras condiciones de vulnerabilidad, ajustando la entrevista y la clasificación del riesgo.		
--	--	--	--

	La clasificación de Triage en los escenarios de EBS, PIC, jóvenes en Paz, atenciones extramurales serán realizadas por el profesional de enfermería, y en PAPSIVI será realizada por el profesional en psicología.		
2	Clasificación del Riesgo Suicida posterior al Triage se realiza la clasificación del riesgo: Riesgo alto: Pacientes con ideación suicida activa, plan definido, acceso a medios letales, intento reciente o alteración significativa del juicio. Requieren valoración por psiquiatría y, de acuerdo con el caso, manejo intrahospitalario o seguimiento especializado intensivo. Riesgo moderado: Pacientes con ideación suicida sin plan inmediato, antecedentes de intento o factores de riesgo relevantes, pero con juicio conservado y algunos factores protectores. La remisión a psiquiatría se individualiza según el criterio clínico, garantizando seguimiento estrecho. Riesgo bajo: Pacientes sin ideación activa ni plan suicida, con adecuada red de apoyo y factores protectores presentes. Se prioriza manejo ambulatorio, educación y seguimiento programado, sin desestimar el evento como factor de riesgo futuro. Según la resolución de la estrategia nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, todo paciente con riesgo suicida debe ser clasificado como prioridad en triage, y aquellos con riesgo alto deben recibir atención en un tiempo no mayor a 30 minutos. En los casos en que la consulta esté asociada a un intento de suicidio, la clasificación del riesgo y la priorización en triage deben orientarse de manera inmediata a la protección de la vida y a la estabilización clínica del paciente, reconociendo que la conducta suicida consumada constituye una urgencia médica y vital. En este escenario, la prioridad del triage I, no es la evaluación exhaustiva del riesgo suicida, sino la atención inmediata de las lesiones físicas, la reversión de los efectos	Profesionales médicos, Enfermería Psicología. Otros profesionales de la salud entrenados específicamente en identificación y manejo inicial del riesgo suicida, según la complejidad del Servicio.	Toda la información del triage debe quedar registrada de manera clara y completa en la historia clínica, incluyendo: • Fecha y hora del triage. • Profesional responsable. • Nivel de riesgo asignado. • Decisiones clínicas iniciales. • Activación del Código Dorado y remisiones realizadas. Este registro es obligatorio para efectos clínicos, legales, de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA – evento 356) y de auditoría en calidad Formato de Referencia y Contrarreferencia

	tóxicos, la estabilización hemodinámica y neurológica, y el manejo integral de las complicaciones médicas agudas, de conformidad con los protocolos de urgencias. La valoración del riesgo suicida y psicosocial deberá realizarse una vez el paciente se encuentre clínicamente estabilizado, garantizando condiciones de seguridad, conciencia y capacidad de participación en la evaluación, sin que ello implique retraso en la activación del Código Dorado ni en la continuidad de la atención en salud mental. Esta clasificación permitirá definir la conducta inmediata a seguir. Para el riesgo bajo, se gestionará la asignación de la cita con psicología, esta no puede ser en un periodo mayor a 48 horas, en caso de que el paciente no capite con la ESE se deberá notificar al asegurador y/o quien haga sus veces sobre el riesgo del paciente. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2026) Cuando PIC identifica el caso de bajo riesgo, lo atienden en centro de escucha y le hacen la gestión de citas con psicología. Para riesgo alto y medio, se deberá activar el Equipo de Respuesta Inmediata, en los casos en que se identifique el paciente en cualquiera de las modalidades intramurales, extramurales o en comunidad, se deberá remitir el paciente al servicio de urgencias, en estos casos se notificará a la central de ambulancias de la ESE para que realice el traslado del paciente a cualquiera de las sedes con el servicio de urgencias habilitado. Se debe realizar la remisión respectiva del paciente en el formato de referencia y contrarreferencia establecido a nivel institucional.		
3	Activación Equipo de Respuesta Inmediata Una vez se identifique el paciente en los servicios de urgencias o ingrese remitido de otro de los servicios intramurales, extramurales o atenciones comunitarias se activará el equipo de respuesta inmediata que estará conformado por los siguientes profesionales: Conformación mínima del equipo multidisciplinario.	Medico General. Enfermería Psicología Trabajo Social Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica

	El manejo inicial debe estar a cargo, como mínimo, de un equipo multidisciplinario conformado por: ➤ Médico general: Responsable de la valoración clínica integral, la identificación de comorbilidades médicas, la evaluación inicial del riesgo suicida, la definición del inicio de manejo farmacológico cuando exista indicación clínica y la articulación del plan de atención. ➤ .Profesional de Psicología con formación clínica o especialización clínica: Encargado de la evaluación psicopatológica, la exploración estructurada de la ideación y conducta suicida, la intervención psicoterapéutica inicial y el desarrollo de estrategias no farmacológicas. ➤ Profesional de Trabajo Social: Responsable de la evaluación del contexto familiar, social y comunitario, la identificación de factores de riesgo y protección extrínsecos, la activación de la red de apoyo y la articulación con recursos institucionales y territoriales ➤ Jefe de Enfermería: Responsable de coordinar el cuidado integral del paciente, realizar seguimiento clínico continuo, garantizar la implementación de medidas de seguridad, supervisar la adherencia al plan de manejo, participar en la valoración del riesgo suicida y liderar la articulación del cuidado entre los diferentes profesionales del equipo de salud. ➤ .Auxiliar de Enfermería: encargado de la vigilancia directa del paciente según el nivel de riesgo, la observación permanente de signos de alarma, la implementación de medidas de seguridad (incluida la restricción de acceso a medios potencialmente letales), el acompañamiento terapéutico básico y la comunicación	
--	--	--

	oportuna de cambios clínicos al equipo profesional. Este equipo debe actuar de manera coordinada, complementaria y documentada, evitando abordajes fragmentados que incrementen el riesgo y comprometan la continuidad del cuidado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2026) Determine si hay evidencias de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente: NO: CONSEJO CLÍNICO Si la persona está médicamente estable, realice el tratamiento apropiado, según sea necesario. SI: Se requiere el tratamiento para el acto médicamente grave de autolesión. Vaya al PROTOCOLO 1. (OMS, 2017) NOTA: Los pacientes que se atiendan en los CS de Minca, CS Guachaca, CS Taganga y en zonas de esta cobertura extramural, deben ser direccionados o referidos a Clínica la Castellana donde serán atendidos.		
4	Evalúe: ¿Existe riesgo inminente de autolesión/suicidio? una vez que la persona esté médicamente estable, pregunte a la persona y a sus cuidadores si observan ALGUNO de los siguientes síntomas: ➤ Pensamientos o plan de autolesión/suicidio en la actualidad ➤ Antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes, o de un acto de autolesión en el último año, en una persona que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida, o no se comunica Si se identifica que ES PROBABLE QUE HAYA UN RIESGO INMINENTE DE AUTOALESIÓN/SUICIDIO Vaya al PROTOCOLO 2, trate a la persona. Si no se identifica la probabilidad de riesgo inminente de autolesión/suicidio pase al siguiente paso. (OMS, 2017)	Medico General. Enfermería Psicología Trabajo Social Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica
5	Evalúe ¿Existen antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes o de un acto de autolesión en el último año?	Medico General. Enfermería Psicología Trabajo Social	Historia Clínica

	Es improbable que haya un riesgo inminente de autolesión/suicidio, pero todavía puede persistir el riesgo. Vaya al PROTOCOLO 3, trate a la persona y luego prosiga al siguiente PASO. Si no se identifica antecedentes de pensamiento o de un plan autolesión en el último mes o un acto de autolesión en el último año, Es improbable que haya un riesgo de autolesión/suicidio y prosiga al siguiente PASO. (OMS, 2017)	Auxiliar de Enfermería	
6	Evalúe ¿Tiene la persona trastornos MNS concurrentes? — Depresión — Psicosis — Trastornos por el consumo de sustancias — Epilepsia — Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente. Si se encuentra cualquiera de los anteriores, Trate los trastornos concurrentes. Si no se encuentran Trastornos mentales concurrente, pase al siguiente PASO. (OMS, 2017)		
7	Evalúe ¿Tiene la persona un dolor crónico? SI: Controle el dolor y trate todo	Medico General. Enfermería Psicología Trabajo Social Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica
8	Evalúe ¿Tiene la persona síntomas emocionales suficientemente graves para justificar el tratamiento clínico? ➤ Dificultad para llevar a cabo actividades usuales laborales, escolares, domésticas o sociales ➤ Automedicación repetida para alteraciones emocionales o síntomas físicos idiopáticos ➤ Marcada aflicción o búsqueda reiterada de ayuda. (OMS, 2017) Remita para Valoración por Psiquiatría. Una vez valorado, y teniendo en cuenta el estado físico del paciente, se determinará la conducta a seguir. Si el paciente amerita remisión a otro nivel de complejidad, esta debe cumplirse teniendo en cuenta el protocolo de referencia y contrarreferencia institucional, notificando la necesidad de	Medico General. Enfermería Psicología Trabajo Social Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica

remisión al CRUE y a la EAPBS correspondiente.		
TODO PACIENTE DEBE SER ESTABILIZADO ANTES DE SER TRASLADADO A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD.		

Referencia: Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0

PROTOSCOLOS DE MANEJO

PROTOSCOLO 1

Acto médicamente grave de autolesión

- » En todos los casos: Coloque a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud.
- » NO deje sola a la persona.
- » Trate médicamente la lesión o la intoxicación. Si hay intoxicación aguda con plaguicidas, siga las indicaciones de la sección “Tratamiento de la intoxicación con plaguicidas”.
- » Si se requiere hospitalización, continúe monitoreando estrechamente a la persona para prevenir el suicidio.
- » Cuide a la persona con autolesión.
- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial.
- » Ofrezcales apoyo a los cuidadores.
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.
- » Mantenga contacto regular y seguimiento periódico.

PROTOSCOLO 2

Riesgo inminente de autolesión/suicidio

- » Elimine los medios de autolesión/suicidio.
- » Cree un entorno seguro y propicio; si es posible, ofrezca un área tranquila y separada para esperar el tratamiento.
- » NO deje sola a la persona.
- » Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.
- » Atienda el estado mental y la alteración emocional.
- » Proporcione psicoeducación a la persona y a sus cuidadores.
- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial.
- » Ofrezcales apoyo a los cuidadores.
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.
- » Mantenga contacto regular y seguimiento periódico.

PROTOSCOLO 3

Riesgo de autolesión/suicidio

- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial.
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.
- » Mantenga contacto regular y seguimiento periódico.

Tratamiento de la intoxicación con plaguicidas

Si el establecimiento de atención de salud dispone de un conjunto mínimo de capacidades y recursos, trate al paciente usando el documento de la OMS, Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication (Manejo clínico de la intoxicación aguda con plaguicidas) http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en/, en inglés). De lo contrario, transfiera a la persona de inmediato a un establecimiento de salud que tenga los siguientes recursos:

- habilidades y conocimientos sobre cómo reanimar a las personas y evaluar para determinar las características clínicas de la intoxicación por plaguicidas;
- capacidad y conocimientos para tratar las vías respiratorias; en particular, para intubar y prestar apoyo respiratorio hasta que se pueda colocar un respirador;
- atropina y medios para su administración intravenosa si se presentan signos de intoxicación colinérgica; y
- diazepam y medios para su administración intravenosa si la persona presenta crisis convulsivas.

Considere la posibilidad de administrar carbón activado si la persona está consciente, si da su consentimiento fundamentado y se presenta para la atención una hora después de la intoxicación. (OMS, 2017)

No se recomienda la emesis forzada.

No se deben dar líquidos por vía oral.

RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON AUTOLESIÓN

- Coloque a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud (no la deje sola). Si la persona debe esperar el tratamiento, ofrezca un ambiente que reduzca al mínimo el malestar; si es posible, colóquela en un área separada y tranquila, bajo supervisión constante y en contacto con un miembro designado del personal o un familiar para garantizar su seguridad en todo momento. (OMS, 2017)
- Elimine el acceso a medios de autolesión.
- Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.
- Movilice a la familia, los amigos y otras personas pertinentes o a los recursos de la comunidad disponibles para supervisar y apoyar a la persona durante el período de riesgo inminente (vea la sección “Ofrezca y active el apoyo psicosocial”).
- Trate a las personas con autolesión con la misma atención, el respeto y la privacidad otorgados a otras personas y sea sensible al sufrimiento emocional asociado con la autolesión.
- Incluya a los cuidadores si la persona desea su apoyo durante la evaluación y el tratamiento; si es posible, la evaluación psicosocial debe incluir una entrevista personal entre la persona y el trabajador de salud para abordar temas privados.
- Preste apoyo emocional a los miembros de la familia y los cuidadores, si lo necesitan.
- Vele por la continuidad de la atención.
- Para la prevención de la autolesión, no se recomienda la hospitalización en servicios no psiquiátricos de un hospital general. Sin embargo, si el ingreso a un hospital general (no psiquiátrico) es necesario para el manejo de las consecuencias médicas de la autolesión, supervise a la persona estrechamente para prevenir otra autolesión mientras está en el hospital.
- Si receta medicamentos:

- Vea en los módulos pertinentes de la GI-mhGAP las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de trastornos concurrentes.
- Use medicamentos que sean menos peligrosos en caso de una sobredosis intencional.
- Entregue prescripciones para períodos breves (por ejemplo, para una semana por vez).

INTEVENCIONES PSICOSOCIALES

Ofrezca y active el apoyo psicosocial (OMS, 2017)

➤ Brinde apoyo a la persona

- Investigue las razones y las formas para permanecer con vida.
- Concéntrese en los puntos fuertes de la persona y aliéntela a hablar sobre cómo se resolvieron problemas anteriores.
- Si cuenta con recursos humanos suficientes, considere la orientación para la resolución de problemas para ayudar a las personas que han cometido actos de autolesión en el último año. Vaya a “Atención y prácticas esenciales de salud” APE

➤ Active el apoyo psicosocial

- Movilice a la familia, los amigos, personas interesadas y otros recursos disponibles para garantizar que se vigila estrechamente a la persona mientras persista el riesgo de autolesión/suicidio.
- Recomiende a la persona y los cuidadores que restrinjan el acceso a medios de autolesión/suicidio (por ejemplo, sustancias plaguicidas o tóxicas, medicamentos de prescripción, armas de fuego, etc.) cuando la persona tiene pensamientos o planes de autolesión/suicidio.
- Optimice el apoyo social de los recursos disponibles en la comunidad. Estos incluyen recursos informales, como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos; o recursos formales de la comunidad, si los hay, como los centros de crisis y centros locales de salud mental.

Apoyo a los cuidadores

- Informe a los cuidadores y los miembros de la familia que preguntar acerca del suicidio a menudo ayudará a la persona a sentirse aliviada, menos ansiosa y mejor comprendida.
- Los cuidadores y los familiares de las personas en riesgo de autolesión con frecuencia presentan estrés grave. Présteles apoyo emocional si lo necesitan.
- Informe a los cuidadores que, aunque puedan sentirse frustrados con la persona, deben evitar manifestar hostilidad y críticas severas hacia la persona vulnerable en riesgo de cometer autolesión/suicidio.

Psicoeducación

➤ Mensajes fundamentales para la persona y los cuidadores

- Si tiene pensamientos de autolesión/suicidio, busque ayuda de inmediato recurriendo a un familiar confiable, un amigo o un prestador de atención de salud.
- Está bien hablar del suicidio. Hablar del suicidio no provoca el acto de suicidio.
- Los suicidios son prevenibles.
- Tener un episodio de autolesión/suicidio es un indicador de sufrimiento emocional grave. La persona no ve una opción o una solución. Por consiguiente, es importante hacerle llegar a la persona apoyo inmediato para afrontar los problemas emocionales y los factores estresantes.
- Se deben retirar del hogar los medios de autolesión (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, medicamentos).
- La red de relaciones sociales, que incluye a la familia y otras personas

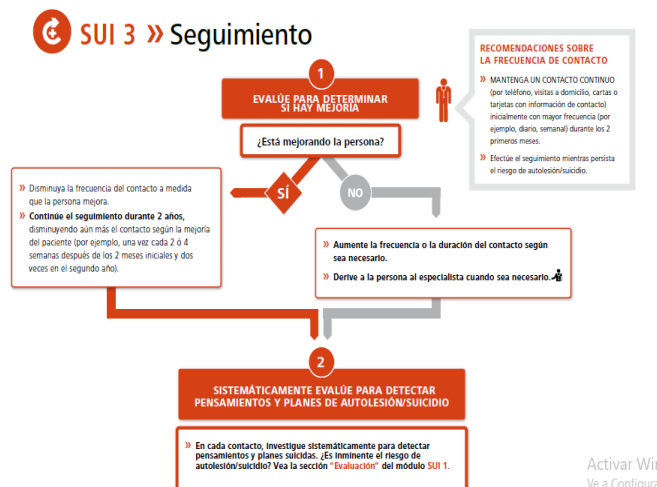


pertinentes, es importante para proporcionar apoyo social.

CRITERIOS DE REMISIÓN O VALAORACIÓN POR PSIQUIATRÍA.

- En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de psiquiatría, si:
 - Acto de autolesión con signos de intoxicación o envenenamiento, hemorragia por una herida autoinfligida, pérdida de la conciencia o letargia extrema (previa estabilización del paciente).
 - Pensamientos, planes o actos actuales de autolesión o suicidio, o antecedentes de pensamientos, planes, o actos de autolesión o suicidio en una persona que ahora se muestra extremadamente agitada, violenta o afligida o que no se comunica.
 - Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).
- En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente a una consulta por psiquiatría, si presenta alguna de las siguientes condiciones: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2027)
 - Trastorno mental grave
 - Conducta auto agresiva grave previa
 - Plan de suicidio elaborado
 - Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
 - Situación socio familiar de riesgo o falta de apoyo
 - Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

SEGUIMIENTO DE CASOS AUTOLESION/SUICIDIO



Fuente: Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0

El seguimiento de los casos reportados por la ESE Alejandro Prospero Reverend estará a cargo del profesional de trabajo social y se hará hasta verificar que se está dando continuidad al manejo indicado al egreso de la institución.

Todos los pacientes identificados en la institución serán reportados a las respectivas EAPBS quienes serán responsables del seguimiento a largo plazo.

La información de todo paciente identificado deberá ingresarse al siguiente link: https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspx?subpage=design&token=c4f13225ebfc425ea77b237920647d0e&id=8ZymShUag0mH90QnAI9oB_LjyZq8WUBGsIniNNEE6nFUNTDFWEg3SEZXRTSOU1ZRUEySDFVN1VXTy4u, que será el insumo para que el referente en conjunto con trabajo social realice los seguimientos respectivos.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La notificación de los casos estará a cargo del profesional médico o de enfermería de las Sedes donde reciba la atención el paciente. (Protocolo de Vigilancia en Salud Publica Intento de Suicidio, 2025)

Definición operativa de caso de intento de suicidio. Colombia 2025.

Tabla No. 3

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado clínicamente	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. * * Fuente: Basado en conceptos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
Caso descartado	Se descartan los casos que no cumplan con la definición, como el plan o la ideación suicida, y las intoxicaciones accidentales.
Ajustes	Los ajustes a la información de casos de intento de suicidio se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema. Los ajustes permitidos a los casos notificados son: ajuste D: “error de digitación” únicamente cuando alguna de las variables que conforman la llave primaria es incorrecta: código del evento, código del prestador, subíndice del prestador, tipo de documento, número de identificación, semana y año epidemiológicos, y el caso se debe volver a notificar correctamente; ajuste 6: “descartado” cuando después de revisado el caso, se concluya que no cumple con la definición operativa de caso; y ajuste 7: “otro ajuste”, para actualizar los datos de cualquier variable de la ficha de notificación, excepto las variables de la llave primaria.

Fuente: Protocolo de Vigilancia en Salud Publica. Intento de Suicidio. Código 356, Versión 6. 2025.

Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

Estrategias de vigilancia

Vigilancia pasiva: Corresponde a la notificación de casos confirmados por clínica de intento de suicidio al sistema de información Sivigila de forma periódica e individual mediante la ficha de notificación código INS 356 en Sivigila 4.0.

Vigilancia Basada en la Comunidad: Los vigías y los gestores comunitarios son potenciales detectores de señales, alertas y posibles casos y conglomerados de intento de suicidio. Desde su rol, el vigía o el gestor comunitario puede reportar al agente de salud o a quien tenga definido la entidad territorial, situaciones en salud mental que pudieran conducir a la ocurrencia de un intento de suicidio; por ejemplo, pensamientos, planes o actos actuales de autolesión o suicidio, o antecedentes de pensamientos, planes, o actos de autolesión, o suicidio en una persona que se muestra extremadamente agitada, violenta o afligida o que no se comunica, dolor crónico, sufrimiento emocional extremo, desesperanza o desesperación extremas y se encuentra en cualquiera de los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional). Protocolo de Vigilancia en Salud Publica. Intento de Suicidio. Código 356, Versión 6. 2025.

Responsabilidades:

Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Notificar los casos de intento de suicidio a la UNM, de acuerdo con los flujos de información y la periodicidad establecida para el evento.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Socializar e implementar en la red de prestadores de servicios de salud el presente protocolo, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.
- Garantizar las acciones individuales e integrales en los casos de Intento de suicidio, acorde con lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la normatividad vigente.
- Analizar y utilizar la información derivada del proceso de vigilancia para orientar la toma de decisiones en beneficio de su población usuaria.

Periodicidad de los Reportes:

Tabla No. 4

Actividad	Responsabilidad
Notificación super inmediata	Se deben notificar de manera super inmediata los casos confirmados de intento de suicidio en: ➤ Menores de 5 a 9 años y ➤ Los casos confirmados de cualquier edad con intentos previos.
Notificación inmediata	Los casos confirmados de intento de suicidio con edades entre 10 a 17 años se deben notificar de manera inmediata.
Notificación semanal	Los restantes casos confirmados de intento de suicidio deben notificarse semanalmente

Fuente: Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de Suicidio. Código 356, Versión 6. 2025.

EVALUACIÓN DE ADHERENCIA:

Trimestralmente se realizará evaluación de adherencia de los casos reportados, para el calculo de la muestra a auditar se utilizará la herramienta de la Contraloría General de la Nación para el cálculo de la muestra, con los siguientes parámetros técnicos:

- N: Tamaño de la población
- E: Margen de error del 5 %
- P: Proporción estimada del 10 %
- Nivel de confianza: 95 %
- Z: 1,96

Se dispone de listas de verificación la cual se utilizará como herramientas de auditoría para evaluar la adherencia al protocolo.

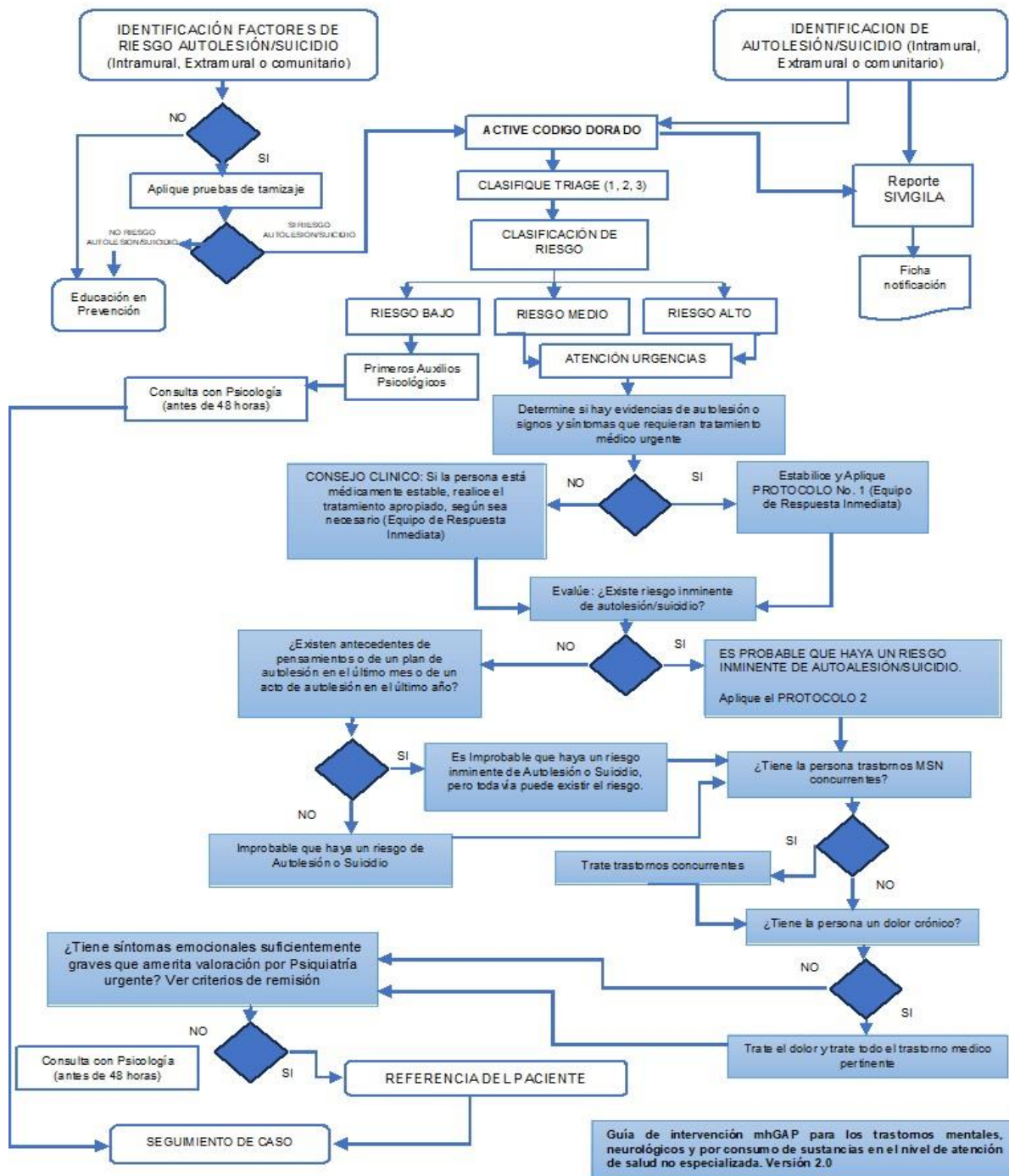
INDICADORES DE SEGUIMIENTO

- **Porcentaje de población tamizada:** número de tamizajes realizados / Total de población atendida x 100.
- **Número de casos identificados con riesgo suicida:** Número de casos identificados / total de tamizajes realizados
- . porcentajes de riesgo bajo, medio y alto.
- **Porcentaje de activación de Código Dorado:** número de casos que se realizo activación de código dorado / Total de casos identificado con riesgo suicida x 100
- **Porcentaje de casos con seguimiento efectivos:** número de casos con seguimiento efectivos / Total de casos reportados x 100
- **Cumplimiento en notificación a SIVIGILA:** Número de casos notificados a SIVIGILA / total casos atendidos.
- **% de adherencia protocolo:** Número de ítems evaluados positivamente / Total de

Items evaluados x 100.

FLUJOGRAMA

FLUJOGRAMA PROTOCOLO PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA – CODIGO DORADO



ANEXOS

ANEXO 1: BASE DE DATOS DEL REGISTRO, ACTIVACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS CON RIESGO SUICIDA

Y

Estilo

Configuración

Vista previa

Recopilar respuestas

Ver respuestas

Presentar

FORMATO DE REGISTRO, ACTIVACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS CON RIESGO SUICIDA

Formulario institucional para el registro, activación y seguimiento de casos con riesgo suicida identificados, en el marco del Código Dorado y la Resolución 347 de 2026. La información registrada deberá ser diligenciada de manera completa, oportuna y confidencial. **ES IMPORTANTE LLENAR EL FORMATO EN MAYUSCULA**

1. FECHA *

Especifique la fecha (d/M/yyyy)

2. NOMBRE DE USUARIO /PACIENTE *

ANEXO 2: FICHA DE NOTIFICACIÓN SIVIGILA CÓDIGO 356



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Cod INS 356. Intento de suicidio

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

5.1 Fecha de Ocurrencia (dd/mm/aaaa)	5.2 Intentos previos ☐ 1. Si ☐ 2. No	5.3 Número de intentos ☐ 1. Una vez 4. Mas de tres veces ☐ 2. Dos veces 99. Sin dato ☐ 3. Tres veces	5.4 Estado civil ☐ 1. Soltero(a) 2.Casado(a) ☐ 3. Unión libre 4. Viudo(a) ☐ 5. Divorciado(a)
5.5 Escolaridad ☐ 1. Preescolar 5. Media técnica 9. Profesional ☐ 2. Básica primaria 7. Técnica profesional 10. Especialización ☐ 3. Básica secundaria 8. Tecnológica o técnica 11. Maestría ☐ 12. Doctorado ☐ 13. Ninguno ☐ 14. Sin información			

6. FACTORES DESENCADENANTES

☐ Conflictos con pareja o ex pareja	☐ Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	☐ Problemas económicos	☐ Muerte de un familiar	☐ Escolar / educativa
☐ Problemas jurídicos	☐ Suicidio de un familiar o amigo	☐ Maltrato físico / psicológico / sexual	☐ Problemas laborales	☐ Problemas familiares

7. FACTORES DE RIESGO

☐ Consumo de SPA	☐ Antecedentes Familiares de conducta suicida	☐ Ideación suicida persistente	☐ Plan organizado de suicidio
---	--	---	--

Las siguientes opciones se activaran si hay antecedentes de trastorno psiquiátrico

ANEXO 3: SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

1.1. Cuestionario de Síntomas Self-Reporting Questionnaire (SRQ)

Pregunta	Sí	No
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		

ANEXO 4: CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA NIÑOS RQC

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2	¿El niño duerme mal?		
3	¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4	¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5	¿El niño ha huido de casa frecuentemente?		
6	¿Ha robado algo de la casa?		
7	¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8	¿Parece como retardado o lento para aprender?		
9	¿El niño casi nunca juega con otros niños?		
10	¿El niño se orina o defeca en la ropa?		

ANEXO 5: ASK SUICIDE-SCREENING QUESTIONS (ASQ)



ask

Suicide-Screening Questions

JUEGO DE HERRAMIENTAS DEL NIMH

Herramienta para la Detección del Riesgo de Suicidio

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
--	--------------------------	--------------------------

ANEXO 6: COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)
Versión exploratoria - Reciente

	Pasado Mes	
Formule las preguntas que están en negrilla.	Sí	No
Formule las preguntas 1 y 2		
1) ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?		
2) ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
3) ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo? Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".		
4) ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? a diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5) ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tenida e Intenciones de llevar a cabo este plan?		
6) ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida? Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.	En el curso de la vida	
	Últimos 3 meses	
Si la respuesta es "Sí", formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?		

Low Risk

Moderate Risk

High Risk

ANEXO 7: ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

ESCALA DE RS

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas trata sobre cosas que Ud ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Esta deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

REFERENCIAS

- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. (2025). Protocolo de Vigilancia en Salud Publica Intento de Suicidio. Bogotá: INS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). ABECÉ Orientaciones para el desarrollo e implementación del Código Dorado en el Territorio Nacional. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). Resolución 347. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2027). Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). . Bogotá: MSPS.
- OMS. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Organización Panamericana de la Salud.

	Nombre	Cargo	Firma
Proyecto	Diana Cabrera Cabrera	Médico Auditor Calidad	
	Shadya Yeaid	Contratista apoyo atención al usuario	
	Yoana Márquez	Contratista apoyo EBS	
Revisó	Alvaro Solano Perez	Profesional apoyo oficina asesora de planeacion	
Aprobó	Lina Armenta Rodríguez	Jefe Oficina Asesora de Planeacion	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			