

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA - SISVECOS

Guía Operativa
Plan de intervenciones Colectivas
2012



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ D.C. 2012

Alejo Alejo Henry
Cardona Gomez Gloria del Pilar
Profesional Especializado
Área de Vigilancia de Salud pública

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. Contexto del PDA Salud Mental dentro de la VSP	2
2. Dimensión donde se ubica y códigos	3
3. Descripción	3
4. Objetivo	4
5.1 General	4
5.2 Específico	5
5. Descripción de las Intervención	5
6. Estrategia de Vigilancia	8
7. Detalle y Operación de las acciones de vigilancia	9
7.1 Alistamiento	9
7.2 Componente de Información	10
7.3 Componente de Análisis	12
7.4 Componente de valoración	14
7.4.1 Identificación de Caso	14
7.4.2 Valoración del Caso	15
7.4.3 Canalización de Caso	16
7.4.4 Acompañamiento del Caso	16
7.5 Componente de evaluación y seguimiento del caso	19
7.6 Atención de emergencias y desastres	20
8. Mecanismos de coordinación	20
9. Mecanismo de retroalimentación	20
10. Perfil	21
11. Bibliografía.	21
12. Anexos	22

**SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
DE LA CONDUCTA SUICIDA**

1. CONTEXTO DEL PDA SALUD MENTAL DENTRO DE LA VSP

La Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental cada vez más se hace más importante, el comportamiento del perfil epidemiológico en la ciudad demuestra que una de las 10 primeras causas de morbimortalidad son las lesiones de causa externa, por eso la Secretaria Distrital de Salud dentro del SIVIGILA D.C., a incorporado subsistemas de vigilancia en salud pública para los eventos prioritarios como Violencias mediante el SIVIM, el consumo de sustancias psicoactivas con el VESPA, las lesiones externas no intencionales (SIVELCE) y la conducta suicida con el SISVECOS.

Los subsistemas de salud mental permiten monitorear y realizar análisis de la situación de cada uno de los eventos con el fin de dirigir las acciones del Proyecto de Autonomía (PDA) es así como dentro del PDA ya se establecen estrategias articuladas y transversales para los eventos en mención lo que permite que se trabaje directamente sobre los determinantes que inciden en la salud mental de los capitalinos.

2. DIMENSIONES DONDE SE UBICA Y CÓDIGOS

Respuestas Integradoras: Consolidación de la red de VSP
Sistematización de la información de VSP
Análisis de la situación de salud
Intervenciones individuales y colectivas
Atención de emergencias y desastres

PDA y transversalidad: Salud Mental

Proyecto de Inversión: 625

3. DESCRIPCIÓN

El sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida capta los datos correspondientes a los casos de ideación, amenaza e intento de suicidio, generando información oportuna, válida, confiable y comparable de cada uno de los eventos enunciados con el fin de dar cuenta del comportamiento epidemiológico de los mismos y así mismo facilitar el seguimiento y el monitoreo de los casos mediante el **SISVECOS**, este proceso de seguimiento se apoya mediante la intervención psicosocial de la conducta suicida en cualquiera de los ámbitos de la vida cotidiana. El sistema busca identificar los casos mórbidos de conducta suicida con el fin de reducir los suicidios consumados en la ciudad. El subsistema hace parte de las intervenciones individuales y colectivas de vigilancia en salud pública la cual debe ser revisada para la contextualización del subsistema (Ver ficha técnica) pero sus acciones viajan por cada uno de las respuestas integradoras del sistema de vigilancia en Salud Pública.

Se define como un conjunto de procedimientos y acciones articuladas que se dirigen hacia la identificación, captación y búsqueda de casos a partir de los reportes de la vigilancia epidemiológica comunitaria, los cuales cumplen con la función de Unidades Informadoras (UI) y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) así como de otros subsistemas de vigilancia del SIVIGILA¹, especialmente Intoxicaciones. Mortalidad materna por causa externa y el SIVIM. El SISVECOS se encarga de la asistencia técnica, mantenimiento e incremento del las UPGD y UI y realizar búsqueda activa en aquellas localidades donde el reporte es menor a 18 casos (Chapinero, barrios Unidos y Teusaquillo, Puente Aranda, Antonio Nariño, Candelaria, Santafe, Mártires, San Cristóbal, Tunjuelito y Sumapaz).

En el componente de información, se cuenta con un formato de captura de datos y valoración del caso, que permite registrar diariamente al sistema de vigilancia epidemiológica **SISVECOS**² los casos identificados de conducta suicida en el nivel local. El último día calendario de cada mes, se enviará la base de datos donde se registro el formato de captura y valoración de casos acumulada al mes que se reporte a La Secretaría Distrital de Salud.

Dentro de las acciones que corresponden al componente antes mencionado se elabora en el nivel local la crítica de la información a los formatos de captura recabados antes de realizar la digitación correspondiente, es decir que se ingresa a la base de datos aquel caso que cumpla con los criterios

¹ Revisar las guías operativas de SIVIM, Seguridad Química y Medicamentos Seguros.

² El registro de la información captada de cada caso se hace en la base de datos diseñada para ese fin.

de calidad de la información para su valoración³, aquel caso que no cumpla con la información será descartado por calidad del dato y se informará a la UPGD y UI.

En relación con el componente de análisis, el producto básico se constituye en los reportes mensuales (base de datos) y los boletines temáticos (salud mental) trimestrales acumulados los cuales deben presentarse en los meses de abril, julio, octubre y enero junto con las bases de datos acumuladas del mes correspondiente de los demás subsistemas de salud mental.

Dichos boletines incluyen la distribución de los casos de ideación, intento y amenaza suicida según **variable de persona** como: edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, situación ante el SGSSS y segmentos de población en condiciones de vulnerabilidad; **variables de lugar** como: territorios GSI y escenario y **variables de tiempo**: a partir de las categorías de mes y los comparativos de tendencia trimestral y anual; por último se hace una caracterización del evento describiendo el evento desencadenante primario, ausencia o presencia de enfermedad mental y mecanismo. Además se realizara investigaciones epidemiológicas de campo ante los casos de suicidio consumado, en especial menores de 18 años, conducta suicida en menores 9 años y gestantes.

En el componente de intervención se incluye la identificación, valoración⁴, canalización de acuerdo al criterio del referente del SISVECOS, seguimiento y monitoreo del caso con el propósito garantizar la estabilidad y la canalización del sujeto a la atención integral del POS y PIC respectiva de acuerdo a la clasificación de caso: Tener en cuenta para la valoración e identificación de la conducta suicida los criterios de clasificación según la manifestación presentada⁵: (ANEXO 1)

El componente de evaluación, se denomina consolidación de la red de VSP, para su desarrollo del componente se lleva a cabo el mantenimiento, asesoría técnica en incremento del 5% de las UPGD y UI.

4. OBJETIVOS

Meta Estructural del Plan Distrital de Salud: Reducir la Tasa de Suicidio a 3.0 x 100.000 Habitantes para el 2012, lo cual equivale a 80 suicidios menos que deben ocurrir en la ciudad de Bogotá. (Línea de base año 2007 3.1 x 100.000 Habitantes)⁶

4.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida en el Distrito Capital con el fin de caracterizar y describir su comportamiento epidemiológico y orientar las acciones encaminadas hacia la prevención y mitigación del riesgo en sus diversas manifestaciones, con énfasis en el suicidio consumado.

³ **Criterio de calidad:** La información notificada por cada una de las UPGD y UI debe tener la información básica para el registro y valoración de los casos de conducta suicida, nombre completo, edad, número de Identificación, teléfono, dirección, barrio, localidad y manifestación de la conducta suicida.

⁴ El seguimiento Incluye: Primera ayuda psicológica, gestión de la demanda para la prestación de servicios complementarios (canalización), fortalecimiento de los recursos individuales, familiares y colectivos mediante la asesoría a la familias.

⁵ Los criterios de valoración del riesgo suicida se constituyen en guías que orienten el actuar terapéutico; no son flexibles en razón de la dinámica de la conducta humana, no remplazaran la valoración de un profesional con experiencia y entrenamiento requerido y pertinente.

⁶ Acuerdo 308 de 2008- Plan de Desarrollo Bogotá Positiva.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Identificar los casos de conducta suicida (Ideación, amenaza, intento (tentativa e intento) según riesgo y localidad que son canalizados por la comunidad, UPGD, UI y los ámbitos de vida cotidiana y cumplen con los criterios de calidad del dato además se realiza búsqueda activa institucional en las localidades donde el reporte es menor a 18 casos.
2. Facilitar la estructuración del sistema de vigilancia local y distrital de la conducta suicida mediante el mantenimiento de las UPGD y UI.
3. Caracterizar los casos de conducta suicida que requieran la realización de investigación epidemiológica de campo por su externalidad, magnitud e impacto en la comunidad con el fin de establecer el soporte psicosocial que se requiere para el restablecimiento emocional y dirigir las estrategia de intervención para su prevención.
4. Fortalecer el apoyo institucional mediante las rutas de intervención que permitan la canalización y seguimiento de los casos de ideación, amenaza e intento de suicidio según la valoración del riesgo mediante las unidades de trabajo asesorías o actividades grupales, especialmente los casos moderados y severos.
5. Consolidar la red de VSP mediante el mantenimiento de UPGD, UI y la cualificación de los profesionales que están realizando procedimiento intervención en conducta suicida, además se realizará soporte técnico al sistema y a los profesionales en Salud Mental.

5. DESCRIPCION DE LA INTERVENCIÓN

La vigilancia en Salud Pública esta organizada de acuerdo a unas respuestas integradoras por donde viajan los subsistemas entre ellos el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, a continuación se describe las acciones de acuerdo a la respuesta integradora, producto, subproducto, actividades y articulación.

RESPUESTA INTEGRADORA	PRODUCTO	SUBPRODUCTO	ACCIONES	ARTICULACION
Consolidación de la red en VSP	Red de vigilancia del sistema de Vigilancia Epidemiológica de la conducta suicida, caracterizada, asesorada y operando información para la acción.	Seguimiento al plan de acción de vigilancia en salud publica	Planear la Vigilancia de la Conducta suicida mediante la elaboración del Plan de Acción del Subsistema. (ANEXO 2)	Articulación con las acciones de Salud Mental realizadas en el territorio y fuera de él.
		Seguimiento al plan de acción de vigilancia en salud publica	Elaborar un tablero de control (AEXO 3) de acuerdo a la metodología establecida al plan de acción con el fin de realizar el seguimiento de la operación del Subsistema.	
		Caracterización de la red de VSP activa y potencial (UPGD y unidades informadoras) en las localidades	Actualizar el Directorio de las UPG y UI para Conducta Suicida. (ANEXO 4) Elaborar el mapa de actores de acuerdo a la metodología establecida (ANEXO 5)	Articulación con las acciones de Salud Mental desde los ámbitos de vida cotidiana..
			Mantener el 100% de UPGD activas a Diciembre de 2012,	

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

RESPUESTA INTEGRADORA	PRODUCTO	SUBPRODUCTO	ACCIONES	ARTICULACION
		Asesoría y asistencia técnica, en los diferentes subsistemas de VSP a la Red en normatividad, lineamientos, protocolos y bases de datos.	asesoradas y con asistencia técnica en SIVIGILA Nacional y demás subsistemas de vigilancia en Salud Pública. Incremento de notificación positiva con respecto al 2011 en contraste con las búsquedas activas institucionales, a través de diferentes fuentes de información. Realizar plan y operación para convertir, de unidades informadoras caracterizadas en el sistema, a UPGD activas en el mismo	Articulación con las acciones de Salud Mental con los ámbitos de vida cotidiana.
Sistematización de la información en VSP	Contar con un Sistema de Información operando en las localidades	Bases de datos de Vigilancia en Epidemiológica de la Conducta Suicida con calidad y oportunidad de la información mensualmente Y tablero de control de acuerdo a la definición de caso.	Mantener actualizada la base de datos de conducta suicida (ANEXO 6) mensualmente con los casos notificados que cumplan con los criterios de calidad. Tablero de control (ANEXO 7) mensual de acuerdo a la definición del caso.	Articulación con los ámbitos de vida cotidiana..
Análisis de la situación de salud y del conocimiento	Análisis por localidad de situación de salud actualizado con enfoque poblacional, territorial y de determinantes sociales	Espacios de análisis del sistema integrado de vigilancia en salud pública. Boletines temáticos del sistema de vigilancia en salud pública publicados	Participar en las unidades análisis organizadas por el Grupo AISIS y Aporta a través del profesional de salud mental a la gestión territorial de la salud con énfasis en salud mental y Conducta suicida. Participar semestralmente a los COVES locales y distritales con el fin de socializar el análisis de los eventos en salud mental y conducta suicida. Participar en el CIECS una vez por semestre. Construir un boletín temático semestral en salud mental con la articulación del referente del SIVIM en el cual se incluya el análisis de Conducta suicida de acuerdo al ANEXO 8.	Articulación con todas las acciones del PDA de Salud Mental en los diferentes ámbitos de vida cotidiana y con las acciones de gestantes lactantes y materno infantil. Y las acciones de Vigilancia en Salud pública de Intoxicaciones.
Urgencias y	Disponibilidad de las Unidades Comando en Salud Pública (UCSP) para la preparación, respuesta y	Atención integral de las urgencias y emergencias en salud pública (incluido brotes) que se presenten	Para las acciones de Salud mental que se requieran en atención de emergencias y desastres se llevaran a cabo de	Articulación con todas las acciones del PDA de

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

RESPUESTA INTEGRADORA	PRODUCTO	SUBPRODUCTO	ACCIONES	ARTICULACION
emergencias	administración de las urgencias y emergencias (incluido brotes) con impacto en salud pública en el Distrito Capital.	y que sean canalizadas por la UCSP (unidades comando en salud publica) local	acuerdo a las necesidades de población y a un plan de acción que se elaborará con el sistema comando.	Salud Mental en los diferentes ámbitos de vida cotidiana
Otras intervenciones individuales y colectivas	Fortalecimiento del Sistema de vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida	Intervenciones prioritarias Epidemiológicas en los casos de conducta suicida	<p>Valoración del caso de Conducta suicida (ANEXO 9), con el fin de clasificar el caso y el riesgo y remitir los casos a la intervención psicosocial y a los servicios de salud mental que se requieran de acuerdo al criterio del referente.</p> <p>Se realizará Investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) de acuerdo a los caso prioritarios: (ANEXO 11)</p>	Articulación con todas las acciones del PDA de Salud Mental en los diferentes ámbitos de vida cotidiana y con las acciones de gestantes lactantes y materno infantil. Y las acciones de Vigilancia en Salud pública de Intoxicaciones.
		Intervenciones Epidemiológicas de control en los casos de conducta suicida	Seguimiento y monitoreo del caso después de 3 meses del cierre del caso mediante llamada telefónica para establecer la condición de la persona que presento la conducta suicida. (ANEXO 9 – ANEXO 6 MONITOREOS)	
		Búsqueda Activa Institucional de en los casos de conducta suicida	Sensibilización a las UPGD y UI con el fin de identificar los casos de conducta suicida en las localidades (ANEXO 10) en las cuales el registro es menor a 18 casos mensuales.	
		Canalización a las unidades de trabajo de los territorios en salud mental el 100% de los casos valorados en casos de conducta suicida Ideación, amenaza e intento de suicidio, que cumpla con los criterios de canalización de acuerdo a la prioridad establecida en la guía operativa.	Reuniones mensuales con los referentes de los ámbitos comunitario, escolar y familiar para la retroalimentación y canalización de casos.	

6. ESTRATEGIA DE VIGILANCIA

La estrategia de la Vigilancia será mediante búsqueda activa para las localidades donde mensualmente el número de casos es menor a 19 manifestaciones de conducta suicida y búsqueda pasiva en aquellas localidades donde el número de casos mensual es mayor a 20 casos. Para los casos de conducta suicida identificados y cumplan con la calidad del dato se realiza investigación epidemiológica de campo.

Definición de unidades:

Unidades Informadoras (UI): Es aquella persona natural (La comunidad) o jurídica, institución educativa o de salud que informa sobre algún caso de conducta suicida y por lo general el número de reporte no supera el de dos casos mensuales, además la notificación no es permanente sino solo cuando se presenta un caso. Instituciones Educativas, la comunidad, los ámbitos, y la información generado por Salud a Su Casa (SASC), Línea 106 y Centro Regulador de Urgencias y Emergencias)

Unidades primarias generadoras del Dato (UPGD): Es aquella persona jurídica, institución de salud que informa sobre algún caso de conducta suicida y por lo general continuamente reportan un número considerado de casos mensuales. Son solo IPS..

Unidad Notificadora (UN): Es aquella persona jurídica, institución de salud como los hospitales o las acciones específicas en Salud Mental (Ruta de las violencias del ámbito escolar) que recogen la información de los casos de conducta suicida que reportan UPGD y UI para hacer el consolidado final de los datos, es decir los hospitales de la red que tiene a su cargo el **SISVECOS**.

El mantenimiento de unidades primarias generadoras del dato e informadoras y de notificación tendrá dos acciones fundamentales: El proceso rutinario a lo largo del año de sensibilización, asesoría, asistencia técnica y la evaluación de la respuesta de cada unidad primaria generadora del dato – UPGD. Y la cualificación y asesoría técnica de los profesionales que desarrollan acciones en conducta suicida actividad que debe ser llevada a cabo por el referente SISVECOS una vez por año.

El sistema de vigilancia deberá estar implementado en cada uno de los hospitales, garantizando la actualización diaria del sistema mediante el registro de los casos identificados por las diferentes UI y UPGD; y el análisis respectivo mensual y semestral. Estas actividades contarán con un psicólogo⁷ (o dos) en cada hospital para la identificación, canalización, seguimiento, investigación epidemiológica de campo y monitoreo de los casos. El hospital deberá garantizar el apoyo del técnico y el epidemiólogo para la digitación y análisis de la información.

El proceso de **SISVECOS**, se articulará con los psicólogos (profesionales universitarios) de las unidades de trabajo en salud mental en lo local, para realizar la intervención y seguimiento de casos cuando el referente SISVECOS lo crea conveniente de acuerdo a los criterios canalización. El desarrollo de las actividades en esta ficha técnica será realizado por el profesional universitario el psicólogo en cada uno de los hospitales responsable del **SISVECOS**.

7. DETALLE Y OPERACIÓN DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA:

Las actividades a realizar desde el SISVECOS son de acuerdo a los diferentes componentes de la vigilancia y las respuestas integradoras que están en el subsistema, para la consolidación del sistema se realizaran las acciones de Alistamiento y evaluación de las UPGD y UI; para la sistematización de la información se realiza la consolidación de la información de conducta suicida; en el componente de análisis de la información y gestión de la información se realizará las investigaciones epidemiológicas de campo y el boletín semestral de salud mental, por último el SISVECOS realiza intervenciones prioritarias y de control.

⁷ Se sugiere al hospital que el profesional SISVECOS tenga como perfil psicólogo y haber participado en la intervención psicosocial durante los dos últimos años, si no fuera posible el hospital deberá solicitar el aval del profesional contratado mediante un oficio anexando la hoja de vida de la persona.

7.1 Consolidación de la Red de Vigilancia

Alistamiento: Actividad a realizar por el psicólogo **SISVECOS** de cada Hospital. Los productos de Alistamiento se entregaran el 30 de de marzo de 2012, por correo electrónico.

1. **Plan de acción y tablero de Control:** Elaboración de acuerdo a los ANEXOS – 2 y 3 el plan de acción y el tablero de control para el seguimiento trimestral de la operación del subsistema de vigilancia epidemiológica de Conducta suicida. Estos productos permiten planificar los recursos y estimar los tiempos requeridos para cubrir las demandas provenientes o exigidas a las unidades que integran el sistema, la estimación de seguimientos y comunicaciones requeridas con las entidades, que tienen competencias en la atención integral de los casos de conducta suicida se realiza una solo vez y se realiza seguimiento trimestral.
2. **Línea de Base 2012:** Hacer la revisión del informe final del 2011 comportamiento histórico de la notificación y de las UPGD para establecer la línea de base para el año 2012. Se realizará de las variables de tiempo, lugar (el análisis del lugar debe hacerse de acuerdo a los territorios de GSI teniendo en cuenta los barrios de cada localidad) y persona de los intentos de suicidio 2006 - 2011, Suicidio consumado 2006 a 2011 y el comportamiento de las UPGD y UI del último año. Esta línea de base hace parte de la respuesta integrado de Unidad de análisis, debe hacerse mediante la revisión de los siguientes documentos:
 - El informe del comportamiento de la conducta suicida 2006 – 2011, Línea de base y el informe final del 2011 del comportamiento de la conducta suicida.
 - Las bases de datos de conducta suicida del hospital enviadas a la SDS del 2011.
 - La información sobre suicidios consumados podrán ser solicitados a el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, www.medicinalegal.gov.co /estadísticas/ GCRNV /Al final de la pagina esta el formato de solicitud de información. (Correo: drip@medicinalegal.gov.co)

Finalizado el documento de comportamiento epidemiológico este debe ser entregado al ASIS del Hospital, con lo cual se podrá comenzar con el procedimiento de monitoreo de la meta distrital establecida en cada localidad.

3. **Caracterización de UPGD y UI:** Actualización de la información y la red de actores para conducta suicida mediante la entrega del directorio de las UPGD y UI (ANEXO 4) y la elaboración del mapa de actores (ANEXO 5), este incluye la coordinación sectorial, intersectorial y transectorial de las acciones que se requieran para el desarrollo de la intervención y permitan el proceso de canalización y estabilización del sujeto. Este producto debe ser coordinado con el equipo de salud mental en lo local.
4. **Depuración de la base de datos del 2011:** De acuerdo a la entrega del informe de retroalimentación de la base de datos del 2011 por parte de SDS se hace el ajuste a la base de datos.

7.2 Sistematización de la información

Componente de información:

El hospital deberá garantizar la permanente información de conducta suicida en la localidad mediante el registro y actualización de los casos que se canalizan al sistema de vigilancia con el apoyo de los técnicos del hospital, el cual garantizará la digitación y actualización de la misma.

1. **Búsqueda activa de casos**⁸: Esta es la actividad más importante del procedimiento y permite la identificación de casos confirmados o sospechosos mediante los casos identificados por las UPGD, UI o UN, entre otras, esta actividad es activa para aquellos hospitales donde la notificación de casos es menor a 19 registros mensuales, (Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo, Puente Aranda, Antonio Nariño, Candelaria, Santafe, Mártires, San Cristóbal, Tunjuelito y Sumapaz). (ANEXO 10) Para los hospitales donde el registro de casos es mayor a 20 casos mensuales se realizará búsqueda pasiva, se trabajará sobre los reportes que diariamente reciba el hospital sin necesidad de ir a buscarlos.

Definición de caso de conducta suicida:

Caso confirmado: Caso de conducta suicida que es canalizada por UPGD como IPS públicas y privadas, Instituciones Educativas, o el CRUE donde hay evidencia clara de haber presentado cualquier manifestación de la conducta y no requiere la confirmación del caso.

Caso Sospechoso: Caso de conducta suicida que es canalizada por UPGD como instituciones educativas, comunidad, los ámbitos, la línea 106, entre otros, que requieren la confirmación de la manifestación de la conducta por que no se sabe cual fue la que se presento.

Casos Descartados:

- 1) **Por calidad de dato:** No cuenta con la información suficiente para poder identificar y/o verificar los casos de conducta suicida para el inicio de su valoración.
- 2) **Por Evento:** Aquellos que al realizar el proceso de valoración fueron identificados con otro tipo de eventos, como lesión no autoinflingida de carácter no intencional o una violencia.

Caso Fallido: Caso de una persona que por su voluntad no acepta la realización de un proceso de intervención porque no está interesado, la familia solicita de antemano su desinterés.

Caso Inconcluso: Caso que por decisión inherente a la familia no continúo con el proceso de intervención para conducta suicida pero que tiene como mínima una visita cumplida.

Tener en cuenta que:

Un caso confirmado de conducta suicida identificado por Vigilancia en Salud Pública del hospital tendrá que iniciar el procedimiento de notificación e identificación del caso antes de 24 horas para que el psicólogo **SISVECOS** en este tiempo realice el primer contacto con la persona para comenzar el procedimiento de valoración y posteriormente canalizarlo a los servicios del POS y unidades de trabajo del PIC en salud mental.

⁸ Requiere que los datos se busquen de forma expresa, por personas especializadas o entrenadas en el tema. En ella, lo organismos, instituciones o la comunidad busca los casos donde se producen, es decir, donde los casos pueden estar. (Protocolo de vigilancia epidemiológica – Secretaria Distrital de Salud)

2. **Actualización del SISVECOS:** Digitación de la información, depuración y actualización mensual del sistema de vigilancia epidemiológica. (ANEXO 6) Todo caso que sea identificado como confirmado o sospechoso y no haya sido descartado por calidad del dato, tendrá que incluirse en el sistema de información. Esta actividad será realizada por los técnicos del SIVIGILA de los hospitales de acuerdo a la forma en la que lo organice el coordinador de Epidemiología, tener en cuenta los casos de intoxicación y los reportados por la línea 106, verificar que se encuentran digitados. La base de datos será entregada el último día calendario del mes y debe ser acumulada al año, esta se entrega con el tablero de control de definición de caso (ANEXO 7) que también se actualiza mensualmente por correo electrónico cardona.pilar@yahoo.es y halejo@saludcapital.gov.co.

Los casos que son registrados en el **SISVECOS** son todos aquellos que por la ubicación de la vivienda pertenecen a la localidad, aquellos que no son de la localidad (FORANEOS) serán remitidos por los referentes del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida a los referentes de las otras localidades por medio de la base de datos para tal fin (ANEXO 6.1 – FORANEOS), la cual debe ser retroalimentada mensualmente por los hospitales que reciben la información. El envío se realiza por correo electrónico a los referentes locales de los hospitales (se enviara el directorio de referentes en actualizado al 2012) con copia al correo cardona.pilar@yahoo.es. Se le sugiere a los hospitales utilizar el correo creado para el SISVECOS en Gmail así: sisvecoshru@gmail.com (Iniciales del hospital **h** Rafael Uribe **ru**).

El psicólogo del **SISVECOS** de la localidad solicitará y deberá hacer seguimiento de los casos que notifico a otra localidad. El cual deberá llevar el control mediante la base de datos de los casos notificados, teniendo en cuenta la fecha de notificación, la localidad y la fecha de respuesta del hospital. Al igual que supervisará que el sistema de vigilancia diariamente este actualizado. A la secretaría solo se enviará la base de datos de la localidad esta prohibido que se realice algún tipo de modificación o se incluya algún tipo de logo a la base Excel.

7.3 Análisis de la situación en Salud y gestión del Conocimiento

Componente de análisis: Critica de la información.

El Análisis del comportamiento de la conducta suicida se hace a partir de la información recolectada en el SISVECOS, se incluye el informe semestral para entregar en julio (ANEXO 8) que hará parte del boletín temático y las investigaciones epidemiológicas de campo (ANEXO 11), de menores de 9 años y gestantes lactantes y las que se requieran por parte de la SDS por ser caso especial. Por último el referente de SISVECOS deberá participar en las actividades programadas por ASIS para el análisis situacional, Los COVES y los CIECS.

1. **Boletín Temático:** Se realizará el análisis del comportamiento de la conducta suicida de acuerdo al ANEXO 8. Para este fin se incluirá la información recolectada en las reuniones de los referentes del SISVECOS, las unidades de trabajo (Asesorías y grupos) de salud mental y la información de la base de datos de mensuales, todo se entregará para la construcción de un boletín temático semestral que se realizará en salud mental para lo cual su elaboración se hará con la articulación y apoyo del profesional del SIVIM y el grupo ASIS.
2. **Investigación Epidemiológica de Campo (IEC):** Para los casos de conducta suicida que lo requieran se realizará una investigación de caso (ANEXO 11), con el fin de completar la información que se necesite con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y/o la Secretaría Distrital de Salud, el referente apoyará dicha actividad que será liderado por la referente a nivel Central. Se prioriza aquellas:

- Solicitadas directamente por SDS, se realizarán en 8 días hábiles, finalizando este tiempo será enviada por correo electrónico.
- Los casos de suicidio consumado, casos de conducta suicida en menores de 8 años, casos de suicidio consumado en niños y niñas menores de 18 años y gestantes. Se realizará un informe semestral de estos casos que ya tendrán con anterioridad la valoración del SISVECOS pero para el informe se complementará la información con el resultado de la información de la intervención prioritaria y de control, además de la información que se requiera. Es importante tener claro que esta actividad dentro de la matriz de programación de Vigilancia hace parte de las intervenciones prioritarias epidemiológicas.

Esta actividad será apoyada por los referentes de las unidades de trabajo asesoría y actividades grupales de salud mental en lo local quienes harán entrega de la información requerida y apoyarán en lo que se requiera, el informe final tendrá el visto bueno del coordinador de epidemiología.

3. **Análisis de la Situación de Salud** (ASIS) cuenta con diferentes metodologías y técnicas de investigación y recolección de información que pueden ser utilizadas para completar el análisis del comportamiento de la conducta suicida. El referente del SISVECOS asistirá a las actividades programadas por el Grupo ASIS de acuerdo al seguimiento que se realiza a la meta.

El componente de análisis se socializará en los espacios definidos por Vigilancia en Salud pública como: COVE, Unidades de análisis distritales y locales, sala situacional, el CIECS DC, de acuerdo con la programación prevista a solicitud de los interesados, además el referente debe asistir a estos espacios locales y distritales.

Es importante recordar que el análisis del comportamiento suicida permitirá establecer las estrategias de intervención que se requieren para poder promocionar la salud mental y prevenir las manifestaciones suicidas de acuerdo a las características poblacionales y de contexto, teniendo en cuenta que la evidencia en el monitoreo del suicidio consumado durante los 10 años demuestra que no cambia el comportamiento de una localidad a otra, aunque durante el 2011 en algunas localidades la forma de comportarse cambió significativamente como en Ciudad Bolívar donde el número de casos decreció.

El SISVECOS contribuye a realizar el análisis de la información que se requiere para monitorear la meta distrital que está dentro del Plan de Desarrollo, requerida por diferentes instituciones públicas y privadas como IPS, ESES, UPGD (IPS y IED) y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que requieren del análisis que se hace para la formulación de programas y proyectos, sensibilización y formación de la comunidad en el tema y elaboración de publicaciones científicas en boletines epidemiológicos locales y distrital, artículos y libros.

7.4 Intervenciones Epidemiológicas prioritarias y de control

Esta actividad se realiza mediante la identificación del caso, su valoración, canalización y acompañamiento (seguimiento y monitoreo del caso).

7.4.1 Identificación del caso: Se realizará por cada uno de los casos identificados que cuenten con la calidad de la información. El referente del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida al conocer el caso debe corroborar y completar la información, por medio del primer contacto

telefónico⁹. Esta información se recabará en el formato de captura de datos (ANEXO 9). Se sugiere que durante este primer contacto se concerté la visita para su valoración.

Procedimiento de identificación:

1. Identificar **SI** el caso es de la localidad, si no pertenece a ella se debe canalizarse a la localidad a la que pertenece por medio del envío de un correo electrónico al referente **SISVECOS** de la localidad a la que pertenece, se debe llevar control de los casos notificados. Esta actividad se puede realizar mediante el formato¹⁰.
2. Realizar el contacto con el sujeto o su red social, esta actividad se realizará mediante llamada telefónica¹¹, para concertar la visita para su valoración. Si después de tres llamadas no hay contacto con la persona o su red de apoyo (familia e institución educativa), el caso es un caso descartado por calidad del dato y si la persona rechaza cualquier proceso de valoración es un caso fallido.
3. Completar la información del formato de captura de datos de acuerdo a la información que en el momento se pueda recabar.
4. Concertar la visita para el proceso de valoración. Mientras no se haga cambio del formato de captura de datos se continúa con el que actualmente se utiliza.

7.4.2 Valoración del Caso: El psicólogo deberá hacer un análisis funcional del comportamiento para analizar las dimensiones del problema con el fin de confirmar el caso sospechoso, identificar la conducta suicida, su riesgo, evento desencadenante, establecer los recursos (a nivel individual, social y económico), la red social apoyo y factores protectores. Para realizar la fase de valoración como máximo el referente tendrá 15 días para que este sea entregado a la intervención en el territorio siempre y cuando para casos moderados y severos, se debe canalizar a las acciones del territorio todos los casos de niños y niñas menores de 18 años además de las gestantes lactantes. El referente SISVECOS tendrá el criterio para remitir al caso a los servicios que requiera.

El referente para realizar la valoración podrá asistir y realizar visita a las familias, a las IPS, en las instituciones educativas, hacer la revisión de historias clínicas y documentos que permitan identificar las causas y factores relacionados con la conducta suicida, al igual se podrá entrevistar con las personas que requiera, Información que posteriormente será entregada al psicólogo de la unidad de trabajo asesoría en salud mental de acuerdo al ámbito de vida cotidiana que se necesite para que realice el seguimiento al plan de acción propuesto en el territorio (ANEXO 9). Toda la información debe ser consignada en el formato de captura de datos. Se recuerda que para que la valoración del caso cuente con criterio de calidad y viabilidad toda la información de conducta suicida debe estar digitada en el formato de captura de datos con las fuentes primarias y secundarias que fueron necesarias para su valoración, estas fuentes pueden ser una o dos como el usuario y su familia o fuente secundaria como el profesional de la salud mental, docentes y orientadoras de las instituciones educativas, entre otras.

Cuando sea confirmado un intento de suicidio con sustancia química o medicamento se debe hacer entrega del resultado de valoración al referente del hospital encargado en el tema para que él pueda

⁹ **Visita Domiciliaria:** para la cual se requiere transporte para cada una de las visitas, la no prestación del recurso es objeto de glosa para el hospital.

¹⁰ http://saludpublicabogota.org/wiki/images/b/b2/Formato_canalizacion.pdf

¹¹ En esta llamada se le informara a la familia que habrá una persona que se comunicará con ella para ayudarla con el proceso de canalización al programa terapéutico que se realizará para reducir el riesgo de un reintento o un suicidio consumado.

enviar y complementar la información solicitada a nivel central, el referente del SISVECOS debe hacer la revisión de estas guías operativas (Sustancias químicas y medicamentos seguros) para coordinar y complementar el trabajo a realizar ante las intoxicaciones por sustancias donde se evidencia una conducta auto inflingida con el y/o los referentes den hospital responsables del tema.

La ficha de captura de datos debe tener copia de la Ficha del SIVIGILA de intoxicaciones como soporte del caso cuando fue remitido por una IPS por intoxicación por alguna sustancia.

Pasos para la valoración:

1. Realizar la visita o contacto con el caso.
2. Realizar la valoración mediante los instrumentos: escala de valoración de riesgo (especial para adolescentes), Ecomapa, estructura familiar, APGAR. (ANEXO 9)
3. Completar la información para la valoración mediante revisión documental y entrevistas con las personas y profesionales que se requieran para hacer la definición del caso. Adjuntar la información y protocolos de vigilancia Seguridad química, medicamentos seguros y lesiones de causa externa. Se recuerda que las fuentes primarias y secundarias como mínimo son cuatro (4). (ANEXO 9)
4. Confirmar caso sospechoso a caso confirmado.
5. Definir el caso de acuerdo a las manifestaciones de conducta suicida y su riesgo.
6. Completar el plan de valoración y realizar el plan de acción.
7. Canalizar a los servicios de salud que se requieran de acuerdo al criterio del referente. Concertar la entrega del caso a las intervenciones de salud mental del PIC siempre y cuando el caso lo requiera, tendrá como máximo 15 días desde el momento de la notificación. La remisión del caso se realizará en el formato para este caso (ANEXO 12).

Desde el principio se debe aclarar al usuario cual serán las actividades a realizar desde el SISVECOS y las intervenciones de salud mental en lo local para que él tenga en cuenta la función y responsabilidad de cada uno de los referentes de acuerdo a las funciones de la salud pública. El componente de valoración también se realiza ante los casos prioritarios de vigilancia epidemiológica comunitaria, siempre y cuando la información cumple con el criterio de calidad, ante los hallazgos encontrados se canalizará el caso a las actividades o unidades de trabajo del PIC.

En cuanto a los casos del ámbito de vida cotidiana escolar ellos realizarán las intervenciones que requieran cuando el caso es leve y se puede intervenir con las acciones de salud mental organizadas para ese ámbito en el territorio, entregaran la información mediante el ANEXO 13, en el cual informaran si se requiere hacer la intervención por el SISVECOS y luego las acciones de salud mental en lo local. Se debe garantizar el registro de la información en la base de datos.

7.4.3 Canalización de casos

Solo se realizará cuando se haya finalizado el proceso de valoración, los psicólogos deberán remitir el caso a las intervenciones de salud mental específicas para la conducta suicida en lo local cuando cumplan con los siguientes criterios: casos moderados y severos, niños y niñas menores de 18 años,

gestantes, lactantes y a los familiares de casos de suicidios consumados de los cuales se tiene conocimiento para que ello se realiza el seguimiento del plan de acción propuesto.

Pasos para la canalización.

1. Entrega del caso al referente de salud mental de acuerdo a las unidades de trabajo local en el territorio.
2. Registro de el caso (s) al referente de la unidad de trabajo. Referenciando fecha, nombre y hora, estableciendo aquellos que requieren intervención prioritaria. Se hace entrega del formato de remisión de casos (ANEXO 12). Se sugiere que el SISVECOS cuente con un diario, cuaderno o correo electrónico de salida y entrega de los casos.

7.4.4 Acompañamiento al caso

Se realizará en dos momentos:

1) **Seguimiento:** Se hace al plan de acción propuesto por el referente SISVECOS por la intervención en salud mental de acuerdo a la unidad de trabajo en cada uno de los territorios y fuera del él. Para lo cual el SISVECOS apoyará mediante el suministro de la información que se requiera.

2) **Inversión epidemiológica de control:** Se hace tres meses después del cierre de la intervención (unidad de trabajo o SISVECOS) se realizará por medio de llamada telefónica por parte de los profesionales del **SISVECOS**.

1. Seguimiento de Casos: El seguimiento de los casos se realizará por medio de la intervención en salud mental en lo local de acuerdo a la unidad de trabajo en el territorio. El referente del **SISVECOS** apoyará la intervención mediante los resultados de la valoración, comunicación permanente y suministro de información que se requiera para el cumplimiento de la actividad, además para despejar dudas frente al mismo.

Pasos para el seguimiento:

1. Garantizar la actualización de la información del caso en el **SISVECOS** de acuerdo a la información suministrada por el referente de la intervención o unidad de trabajo en salud mental, cuando se haya cerrado el caso (2 meses después), es importante que los profesionales cuenten con un espacio que permita ubicar los formatos de captura de datos, valoración y plan de seguimiento donde sea de fácil acceso para los dos. Además se entregará el caso mediante el formato de remisión de casos.
2. Registro en el diario o cuaderno de la entrega de los casos por parte de la unidad de trabajo de salud mental en lo local, llevar el control del tiempo de entrega el cual no puede superar los dos meses.
3. Participar activamente de las actividades programadas para la realización de intervenciones grupales o jornadas en el ámbito de vida cotidiana escolar ante un caso de conducta suicida que genere la activación en la atención en primeros auxilios psicológicos o intervención de primera instancia en las instituciones educativas.
4. Convocar mensualmente a las reuniones para la canalización, estudio de caso y retroalimentación de los mismos, a los referentes de salud mental que hayan intervenido o deban intervenir un caso

de conducta suicida, lo cual serán de insumo para la elaboración del informe trimestral (boletín temático de salud mental).

2. Intervención Epidemiológica de control: Se realiza tres meses después del cierre de la intervención en salud mental que se haya realizado, es importante llevar el control de la fecha en la que se hizo esta actividad por parte de la intervención. Su objetivo es verificar los resultados de la intervención en salud mental que se realizó en el territorio y la canalización a los servicios requeridos, se espera que el caso haya superado la crisis, este estable emocionalmente y haya retomado el desarrollo de sus actividades diarias con el fin de evitar un reintento o un suicidio consumado. (Registro de la información en el formato de monitoreo (ANEXO 9) la información se registra en la base para monitoreos (ANEXO 6.2)

Pasos para la intervención epidemiológica de control

1. Verificar en el diario de registro la información entregada por el referente de la intervención en salud mental para verificar los casos a intervenir en el mes.
2. Comunicarse vía telefónica para solicitar información que permita verificar los resultados en el restablecimiento psicosocial del usuario. Si no es posible después de tres intentos el caso se reporta en el informe mensual, trimestral y en SISVECOS como un caso fallido. El referente podrá solicitar información adicional a las Instituciones Educativas e IPS o entidades que requiera para confirmar el restablecimiento emocional. Se hace cierre del caso.
3. Hacer la canalización a las unidades de trabajo en salud mental, Si de nuevo existe un riesgo inminente para un reintento y el caso ingresa de nuevo al sistema de vigilancia mediante la actualización del caso como reincidente.
4. Registro de la información en la base de datos de intervenciones epidemiológicas de control de casos.

Tabla 1. Metas intervenciones prioritarias y de control por cada una de las localidades, es importante recordar que los casos de conducta suicida son por demanda, se espera que como mínimo mensualmente los hospitales puedan valorar 19 casos de conducta suicida.

LOCALIDAD DE NOTIFICACION	PRIORITARIAS	CONTROL
USAQUEN	120	120
CHAPINERO	25	25
SANTA FE	40	40
SAN CRISTOBAL	120	120
USME	110	110
TUNJUELITO	74	74
BOSA	270	270
KENNEDY	190	190
FONTIBON	170	170
ENGATIVA	174	174
SUBA	230	230
BARRIOS UNIDOS	25	25
TEUSAQUILLO	25	25
LOS MARTIRES	25	25
ANTONIO NARINO	30	30
PUENTE ARANDA	100	100
LA CANDELARIA	5	5
RAFAEL URIBE	150	150
CIUDAD BOLIVAR	300	300
SUMAPAZ	5	5
TOTAL GENERAL	2188	2188

7.5 Consolidación de la red de VSP

Componente de Evaluación y seguimiento

Las acciones del componente de evaluación se realizarán de acuerdo a la ficha técnica de consolidación de redes de vigilancia en Salud Pública (Ver ficha técnica)

1. Caracterización de la red de VSP activa y potencial (UPGD y unidades informadoras) en las localidades para conducta suicida, mediante el directorio y el mapa de actores
2. Evaluación del comportamiento de las UPGD y UI. Este análisis debe incluir los reportes realizados mes a mes por cada unidad notificadora y deberá ser la base para la elaboración del plan de acción que ha de adjuntarse en el informe correspondiente al periodo contratado, enviado a la secretaría de salud por correo electrónico cardona.pilar@yahoo.es, en el tiempo estipulado. Revisar la Función 4 de la guía operativa de consolidación de redes de vigilancia. (ANEXO 2 y 3)
3. Se debe hacer contacto con la UPGD correspondiente o comunicación para la concertación de visitas por búsqueda activa institucional o de apoyo técnico. Se debe realizar sensibilización, asesoría y asistencia técnica a las UPGD sobre la dinámica del sistema de vigilancia epidemiológica de conducta suicida. (ANEXO 14)
4. Realizar y hacer seguimiento a las UPGD y UI mediante el tablero de control entrega trimestral a la Secretaría. (ANEXO 3)

Para el proceso de evaluación de las UPGD del SISVECOS se debe hacer la revisión de la ficha técnica de consolidación de la red VSP. Estas actividades serán realizadas por el referente del SISVECOS.

7.6 Atención de emergencias y desastres

Los equipos SISVECOS de cada ESE darán respuesta a la atención en situaciones de emergencia que puedan registrarse en la ciudad de Bogotá, de acuerdo con los requerimientos y directrices establecidas y/o comunicadas por la Secretaría Distrital de Salud y el hospital. Para apoyar la actividad es necesaria la revisión de la ficha técnica de urgencias y emergencias en Salud pública. Esta actividad se realizará a demanda y se facturará como si fuera un proceso de valoración de caso de conducta suicida.

La Vigilancia en Salud Pública continúa dando cobertura a toda la población. A través de la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria la vigilancia en salud pública se integró de forma activa a las intervenciones dirigidas a los cincuenta y ocho territorios del Distrito Capital, con las siguientes respuestas integradoras:

- Consolidación de la Red, donde se realizarán actividades de caracterización de redes sociales vinculadas al territorio.
- Sistematización de la Información de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria en los territorios.
- Análisis de Situación de Salud, en los territorios.

Se amplía la información en la ficha de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria.

8. MECANISMOS DE COORDINACIÓN

El sistema de vigilancia epidemiológica en conducta suicida debe hacer un proceso de articulación con las demás Proyectos del PDA y transversalidades no solo al momento de considerarlos como unidades generadores e informadoras, sino además se debe incorporar un flujo de acciones relacionadas con: la entrega de información que se requiera para la caracterización del evento, fortalecer las acciones realizadas en el seguimiento de la conducta suicida con las intervenciones que viajan por los territorios en salud mental, es decir, que ante un caso de conducta suicida valorado por el SISVECOS, este debe ser remitido al territorio para que se defina el proceso de intervención de acuerdo a la unidad de trabajo más conveniente para el usuario y su familia.

9. MECANISMO DE RETROALIMENTACIÓN

Mensualmente La Secretaría Distrital de Salud realizará la retroalimentación de la notificación de la información a nivel central el día del CIECS distrital el cual se realizará el último miércoles de cada mes.

10. PERFIL

Profesional Universitario con experiencia como mínimo con dos años en la intervención psicosocial de Conducta Suicida del ámbito familiar y 6 meses mínimo en la operatividad del SISVECOS y/o áreas afines.

11. BIBLIOGRAFIA

- Alcaldía Mayor de Bogotá (1996) Decreto 649 1996. Comité de Vigilancia Epidemiológica en Lesiones de Causa externa. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/PROGRAMAS_DEPARTAMENTOS_MUNICIPIOS_SEGUROS/dms_cerca/legislacion/Decretos/DECRETO%20649%20DE%201996.pdf
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2008) Acuerdo 308 de 2008- Plan de Desarrollo Bogotá Positiva. Recuperado el día 25 de Abril de la página: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30681>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2007) Forensis. Epidemiología del Suicidio. Jorge Oswaldo González Ortiz.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009) Forensis. Bogotá: Colombia
- Organización Mundial de la Salud (2004) El suicidio un problema de salud pública enorme. Boletín de Prensa Día mundial para la prevención del Suicidio. Ginebra. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- Ministerio de Protección Social. (2006) Decreto 3518 de 2006. Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf>.
- Ministerio de protección Social. (1996) Ley 2358 1996. Política Nacional de Salud Mental. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina www.minproteccion.gov.co.
- Ministerio de protección Social. (2007) Ley 1122 de 2007. Modificación a ley 100. Sistema general de seguridad social en Salud. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
- Ministerio de protección Social. (2007) Decreto 3039 2007. Plan nacional de Salud Publica. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina <http://www.casanare.gov.co/index.php?idcategoria=1418>
- Ministerio de protección Social. (1979) Ley 9 de 1979. Sistema de Vigilancia y Control Sanitario. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/ley_9_1979.Codigo%20Sanitario%20Nacional.pdf
- Ministerio de protección Social. (1983) Decreto 1562 de 1983. Vigilancia en Salud Pública. Recuperado el día 25 de Abril de la pagina http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/decreto/1984/decreto_1562_1984.html
- Secretaría Distrital de Salud (2001) Protocolo de vigilancia epidemiológica Lesiones de Causa Externa. Panamericana Formas e Impresiones S.A
- Secretaría de Gobierno, Universidad Nacional de Colombia. (2001) Investigación sobre el suicidio en Bogotá. Giro P y M: Bogotá.

12. ANEXOS

1. Definición de la Conducta suicida
2. Plan de Acción
3. Tablero de Control
4. Directorio de UPG y UI
5. Metodología para la construcción del Mapa de actores
6. Base de datos (Casos – foráneos – Monitoreos)
7. Tablero de control definición de caso
8. Formato para el análisis trimestral de la Conducta suicida.
9. Formato de Captura de Datos, valoración y monitoreo de la conducta suicida
10. Búsqueda activa de casos de conducta suicida
11. Metodología IEC.
12. Formato de remisión a las unidades de trabajo de salud mental en lo local.
13. Formato de remisión del ámbito de vida cotidiana escolar al SISVECOS.
14. mantenimiento de las UPG y UI.

**ANEXO 1
DEFINICIÓN DE CASO DE CONDUCTA SUICIDA**

Con el fin de mejorar el proceso de identificación y notificación de casos de conducta suicida, esta se definirá de acuerdo a su manifestación (ideación, amenaza, intento y suicidio consumado) y su riesgo (leve, moderado y severo), como se describe a continuación:

IDEACION SUICIDA	
Riesgo Leve	La ideación como pensamiento de querer morir con antecedente de un problema emocional no trascendental para su vida que permita el restablecimiento emocional fácilmente.
Riesgo Moderado	La ideación como “pensamientos constantes” de querer morir con antecedente de un problema emocional, sin establecer estrategias para poder resolver el problema. Pensamientos constantes de querer morir con antecedente de un problema emocional asociado a divorcio, pérdida del estatus laboral, ocupacional o financiero, rechazo por parte de una persona importante, entre otras, sin establecer estrategias para poder resolver el problema, asociado a un trastorno mental o psiquiátrico de base (generalmente depresión, alcoholismo y trastorno de la personalidad) y/o medicado o con una enfermedad física (Enfermedad Terminal dolorosa o debilitante, SIDA). Aquellas familias o familiares (sobrevivientes) de la persona que se suicidó.
Riesgo severo	Plan de Muerte estructurado para llevar a cabo un suicidio.
AMENAZA SUICIDA	
Riesgo severo	Situación en la cual un sujeto amenaza con quitarse la vida, ante un familiar o una persona y requiere intervención en emergencias y apoyo para su posible hospitalización e intervención médica. La amenaza suicida se considera como un intento suicida fallido.
INTENTO DE SUICIDIO	
Se subdivide en: Tentativa de suicidio y suicidio fallido	
<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) La tentativa de suicidio: Conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, donde no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. (Riesgo Moderado) 3) Suicidio fallido: Hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado, o no se logra el suicidio consumado pero las intenciones de muerte son evidentes. (Riesgo Severo) <p style="text-align: right;">Stengel (1961)</p>	
Riesgo Moderado	Situación de tentativa de suicidio que no involucre sus signos vitales, presencia clara de manipulación con la situación y evidencia de intento por primera vez, acompañado o antecedido de un problema emocional y sin establecer estrategias para poder resolverlo. Comportamiento que puede ser clasificado como un gesto suicida ¹² . Paciente que es canalizado en el servicio de hospitalización o urgencias de una IPS pública o privada por presentar un intento de suicidio o una tentativa de suicidio.
Riesgo severo	Situación de intento y pensamientos suicidas conjuntamente, que claramente evidencia un suicidio fallido por su método y dificultades en el contexto. Situación de intento de suicidio que puede estar relacionado o asociados a trastorno mental o físico, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual, y consumo frecuente de una sustancia psicoactiva. Intentos previos de suicidio que involucraron sus signos vitales; intento de suicidio que ha sido dado de alta que implicó en consideración sus signos vitales; además de presentar alguno de los siguientes factores (uno o más de ellos): Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/o trastornos psiquiátricos, estatus de divorcio, viudez y soltería, vivir solo, desempleo o retiro, problemas familiares. Paciente que reporta como un plan de vida un plan de muerte bien estructurado, para llevar a cabo un suicidio consumado.
SUCIDIO CONSUMADO	
Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.	

¹² Definido como aquel acto en el cual hay una amenaza verbal e incluye el acto auto lesivo, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente por que puede terminar en un reintento que puede llevar a un suicidio consumado.

**ANEXO 2
PLAN DE ACCIÓN**

A continuación encontrará las instrucciones para la elaboración del Plan de acción del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS, el cual debe ser incorporado al Plan de Acción del componente de salud mental del Hospital.

INSTRUCTIVO DEL FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE PLAN DE ACCION

OBJETIVO: Estandarizar la elaboración de planes de acción en cualquier componentes o ambito el Plan de Itnerenciones Colectivas y facilitar el seguimiento.



PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION:

1	Lea los contenidos del formato
2	Revise en profundidad los temas sobre los cuales va a elaborar su plan de acción
3	HOSPITAL: Escriba el nombre del Hospital que diligencia el formato
4	AMBITO O COMPONENTE: Escriba el nombre del ámbito o componente que elabora el plan de acción
5	OBJETIVOS: Defina el o los objetivos principales en torno al desarrollo y logro del proceso relacionado con la plan.
6	RESPUESTA INTEGRADORA O PROCESO: Relacione la respuesta integradora o el nombre del proceso sobre el cual se contruirá el plan de acción.
7	ACCIÓN O INTERVENCIÓN: Escriba el nombre de la acción o intervención que forma parte de la respuesta integradora y sobre la cual se desarrollará el plan de acción
8	ESTRATEGIA: Diseñe la(s) estrategias de trabajo que considere más apropiadas para el logro de los objetivos, en respuesta a la acción o intervencion enunciada y en el marco de la respuesta integradora o proceso descrito.
9	META: Determine por cada estrategia, la(s) meta(s) que desea lograr teniendo en cuenta el periodo de contratación de la respuesta integradora o el proceso desarrollado.
10	ACTIVIDADES: Liste, de ser posible en orden secuencial, las actividades que se requieren para dar respuesta a la estrategia planteada. Tenga en mente el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) como referente para evitar ciclos de actividades inconclusos.
11	INDICADOR: <u>En relación con la meta planteada</u> , construya el indicador requerido para su medición. Solo en casos excepcionales, plantee indicadores por actividad con el fin de monitorizar aspectos puntuales de proceso. Recuerde que cualquier indicador construido, debe alimentar directamente cualquiera de los indicadores generales del ambito o componente al que pertenece el plan de acción.
12	CRONOGRAMA: elabore cronograma <u>por actividad</u> , sombreando los recuadros respectivos. El cronograma debe ser semanal para poder observar las cargas de trabajo y la dinámica de la planeación.
13	RESPONSABLE: Escriba el nombre del responsable del liderazgo y buen desarrollo de la estrategia y si lo requiere, por control interno, determine el responsable directo de la ejecución de cada actividad.
14	ELABORADO POR: Escriba el nombre de quien elabora el plan
15	FECHA DE APROBACIÓN: Escriba la fecha en la que fue aprobado el plan en la DSP de la SDS.

**ANEXO 3
TABLERO DE CONTROL**

La construcción del tablero de control se hace para el monitoreo de los indicadores que se establecieron en el plan de acción elaborado en el anexo 1, este instrumento permitirá que mensualmente se haga seguimiento al proceso de SISVECOS y trimestralmente se envíe a la Secretaría de Salud su evaluación.

El tablero de Control permite calificar la operatividad de la intervención mediante sus indicadores en excelente, sobresaliente, satisfactorio, aceptable y deficiente. El puntaje se registra en la casilla del puntaje obtenido de acuerdo al puntaje esperado que se ha establecido con anterioridad, además se hace las observaciones frente al puntaje obtenido con el fin de justificar el resultado.

	DIRECCION DE SALUD PUBLICA VIGILANCIA Y CONTROL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION CONTROL DOCUMENTAL FORMATO TABLERO DE CONTROL INDICADORES SIVIGILA SAA Pág. 1/1 Código 114-VYC-FT Septiembre de 2011	Elaborado por: Ana Sofía Alonso Revisado por: Elkin de Jesús Osório Saldarriaga Aprobado por: Herman Redondo Control Documental: Dirección Planeación y Sistemas		
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA FORMATO TABLERO DE CONTROL INDICADORES SIVIGILA - SAA ESE: EJE PIC 2011: VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA COMPONENTE: SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION Y MANTENIMIENTO DEL PROCESO DE NOTIFICACION				
Periodo:				
Nº	Nombre del indicador	PUNTAJE ESPERADO	PUNTAJE OBTENIDO PRIMER SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES PRIMER SEGUIMIENTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

RESULTADO DEL MONITOREO		REALIMENTACION DE MANTENIMIENTO	
NIVEL DE CALIFICACION	RANGOS DE CALIFICACION	CALIFICACION	OBSERVACIONES
Excelente	95% - 100%		
Sobresaliente:	85% - 94%		
Satisfactorio:	75% - 84%		
Aceptable:	60% - 74%		
Deficiente	< 60%		

**ANEXO 4
DIRECTORIO UPGD Y UI**

Con el fin de contar con el directorio actualizado de UPGD y UI de **conducta suicida**¹³ en el distrito cada localidad actualizará el directorio entregado en el 2011 a la SDS para que este pueda ser consolidado y enviado a cada uno los hospitales. Esta herramienta permitirá llevar a cabo los procesos de Investigación epidemiológica de campo, las Intervenciones del SISVECOS y los procesos de canalización de servicios de salud mental requeridos entre las localidades.

Para el proceso de consolidación de la red de Vigilancia en Salud Publica permitirá identificar cuales de las UI pueden durante el 2012 convertirse en UPGD.

Instrucción para el registro de la información en la matriz:

RAZON SOCIAL INSTITUCION	COGIGO DE LA INSTITUCION	TIPO DE LA INSTITUCION	UPGD/UI	REPRESENTANTE INSTITUCIONAL	DIRECCION	TELEFONO	EMAIL

RAZON SOCIAL INSTITUCION: Registro del nombre por el cual la institución se registra ante La Cámara de Comercio

COGIGO DE LA INSTITUCION: Número asignado por cámara de comercio y que se registra como UPGD, aquella que no sean UPGD se registra el código de la cámara de comercio.

TIPO DE LA INSTITUCION Especificar el tipo de servicios que presta la institución si es de salud es una Institución Prestadora de Servicios de salud, si es una institución educativa como colegio o universidad, Organización No Gubernamental, fundación entre otras.

UPGD/UI: De acuerdo a los criterios del Hospital establecer cuales instituciones registradas en el directorio cumplen los criterios de Unidad primaria generadora de datos o cuales cumplen criterios de Unidades Informadoras

REPRESENTANTE INSTITUCIONAL: El nombre de la persona que se registra de la institución en el directorio es aquel con el cual el referente sisvecos tiene comunicación permanente para la notificación de los casos de conducta suicida.

DIRECCION: Ubicación geoespacial donde se encuentra ubicada la institución de acuerdo a la georeferenciación de la malla vial de Bogotá.

TELEFONO: Numero asignado a la linea telefónica del representante de la institución que reporta y notifica los casos de conducta suicida en la institución.

EMAIL: Correo electrónico de la representante de la institución que reporta y notifica los casos de conducta suicida al hospital.

¹³ Solo se debe registrar aquellas UPGD y UI que reporten casos de conducta suicida específicamente

ANEXO 5

METODOLOGIA MAPA DE ACTORES

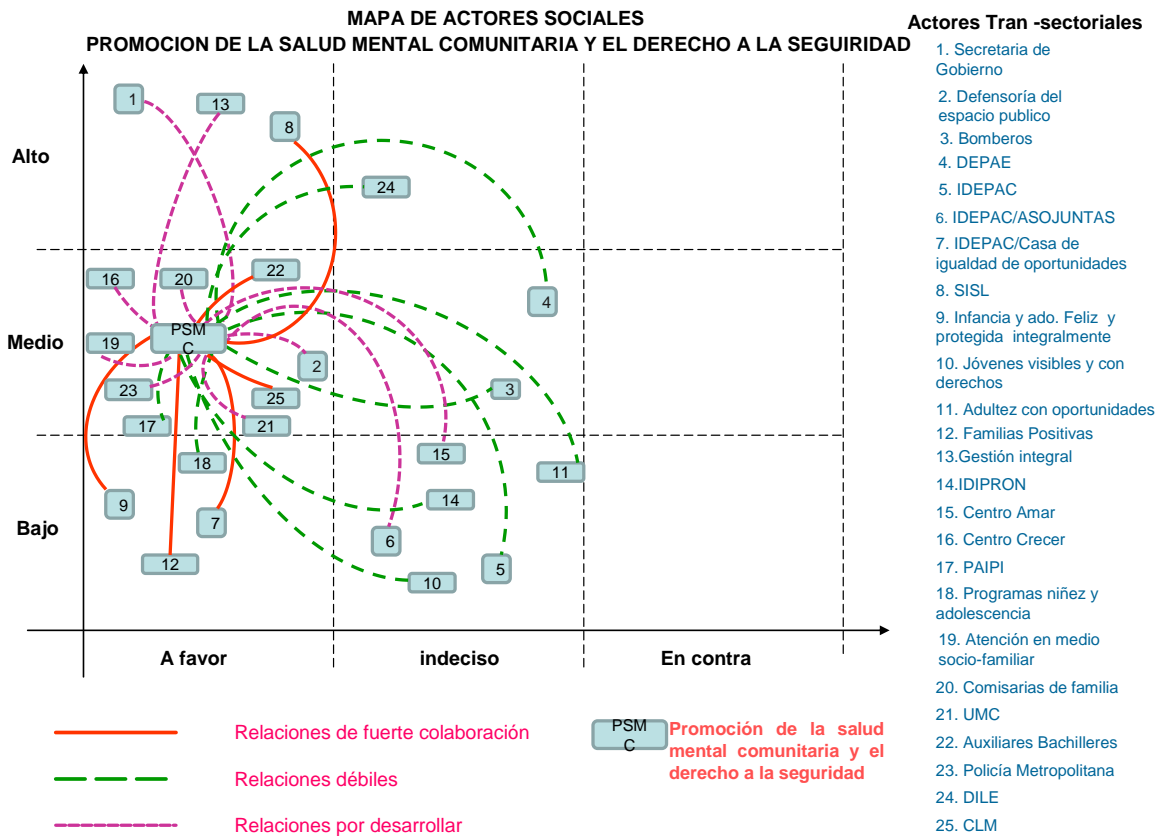
La elaboración del mapa de actores se realiza mediante dos fases, la primera busca identificar la entidad de acuerdo al sector. Mediante la matriz que se observa a continuación los referentes deben:

SECTOR	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	ENTIDAD O PROGRAMA	FUNCIÓN	RELACIÓN PREDOMINANTE	NIVEL DE INFLUENCIA	NUMERO

Identificar la entidad como actor que incide de forma positiva o negativa ante la conducta suicida, especificando el sector al que pertenece teniendo claro que puede ser una entidad pública, (las secretarías del distrito) o privada, para cada una de ellas se hace una breve descripción y se identifica el programa que incide sobre el evento y se establece su función. Luego se identifica la relación predominante (alto, medio y bajo) y el nivel de influencia (A favor, indeciso o en contra). Por último se asigna un número para cartografiarla.

En la segunda fase se gráfica la información que se obtiene del análisis de la matriz antes mencionada de acuerdo al ejemplo grafica 1, teniendo en cuenta la información de la matriz y como se cartografió, luego se establece el tipo de relación fuerte, débil o por construir:

Grafica 1. Mapa de actores



ANEXO 6 INSTRUCTIVO BASE DE DATOS

A continuación encontrará el instructivo para el registro de la información en el formato de captura de datos como para la base de datos, es importante aclarar que no se registra toda la información del formato de captura de información en la base de datos, solo se hace la que es necesaria para su análisis.

INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACION EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CONDUCTA SUICIDA (SISVECOS) POR MEDIO DEL FORMATO DE CAPTURA DE DATOS Y VALORACION.

Elaborado: Gloria del Pilar Cardona. Psicóloga - Epidemióloga

El formato de captura de datos del SISVECOS permite registrar la información para el análisis de la conducta suicida en el distrito, además es una forma de verificar los casos que son valorados y canalizados por el sistema de vigilancia a las diferentes intervenciones del Plan de Intervenciones Colectivas y Plan Obligatorio de Salud.

Se hace de vital importancia completar y registrar la mayor información posible, la cual debe ser veraz, válida y confiable. Esta información es recolectada en el proceso de identificación y notificación de los casos por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Informadoras al área de vigilancia epidemiológica de las unidades notificadoras, además de la información que se recolecta en el proceso de valoración de casos de conducta suicida no fatal (Ideación, Amenaza e Intento) del SISVECOS.

IMPORTANTE:

Las Unidades Notificadoras (Los hospitales de la red Pública) solo registran la información en el formato de captura y base de datos de los casos de conducta suicida (Ideación, Amenaza e Intento de suicidio) que cuenten con la calidad de la información y pertenezcan a la localidad.

En este instructivo se encontrará la definición de cada una de las variables del formato y la forma de registrar la información:

Para tener en cuenta:

1. En el instrumento y la base de datos se deben registrar todos los casos de conducta suicida (Ideación, amenaza, intento y suicidio consumado) que cuenten con los criterios de calidad: El procedimiento para la confirmación de la información es verificar los criterios de calidad, confirmar y clasificar el caso en confirmado o descartado ya sea por calidad de datos o porque al hacer el proceso de valoración no es un caso de conducta suicida, al confirmarse que no es un caso este no se registra en la base de datos pero si en el formato de captura de información.
2. Ninguna de las casillas debe quedar en blanco se debe utilizar SD cuando no se cuenta con la información, F si el caso es fallido para la valoración, I si es un caso inconcluso. No debe existir otro tipo de información como 0 o 99 en la casilla si ese dato no se solicita.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

- a. **Caso Fallido (F)** Caso de una persona que por su voluntad no acepta la realización de un proceso de intervención porque no está interesado, la familia confirma de antemano su desinterés.
 - b. **Caso Inconcluso (I)**: Se tiene el primer contacto y se inicia la valoración pero no se concluye.
3. La base debe ser acumulativa al año y se entrega una SOLA base por hospital, independientemente del número de Localidades que tenga cada uno, solo se registra la información que sea de la localidad, la demás se remite y es responsabilidad del Hospital que recibe los casos incluirla en la base de datos e iniciar el proceso de valoración.
 4. Toda la base se registra en mayúsculas y no puede ser modificada su estructura, ni se puede incluirse los logos de los hospitales y nuevas casillas, además no se registra información después de la última casilla donde culmina, no se deben enviar con colores y toda la información se registra en una solo hoja de exell.

I HOJA: DATOS BASICOS

La primera hoja del formato de captura de datos hace referencia a la primera hoja del SIVIGILA del INS el cual no puede ser modificado y todo su información debe estar registrada.

1. INFORMACIÓN GENERAL:

1.1 Nombre del evento: Es el nombre de la manifestación de la conducta suicida: Ideación suicidio, amenaza suicida, Intento de suicidio y suicidio consumado. Se registra el código de acuerdo al número que esta registrado en la definición.

- a. **Ideación Suicida (Código: 0001):** Pensamiento e Idea que una persona refiera con intensiones o deseo de querer morir.
- b. **Amenaza Suicida (Código: 0002):** Situación en la cual un sujeto amenaza con quitarse la vida, ante un familiar o una persona y requiere intervención en emergencias y apoyo para su posible hospitalización e intervención medica. La amenaza suicida se considera como un intento suicida fallido.
- c. **Intento de suicidio (Código: 0003):** Acciones realizadas de manera deliberada hacia sí mismo que hubiesen resultado en una seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna
- d. **Suicidio Consumado (Código 0004):** Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la victima misma, sabiendo ella que debía producir su muerte.

1.2 Fecha de notificación: Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2012) es para cualquier tipo de manifestación de conducta suicida. Es el día en el que se informa del caso a vigilancia en salud pública por parte de las unidades primarias generadoras del dato o unidades informadoras.

1.3 Semana Epidemiológica: Se registra la semana de acuerdo al calendario epidemiológico en el cual se notifica el caso.

1.4 Año: El año vigente de la notificación.

1.5 Departamento que notifica: Lugar donde se notifica el caso de acuerdo a la división administrativa del país por departamentos, para los casos de Bogotá se escribe: Cundinamarca departamento al cual pertenece la ciudad.

1.6 Municipio que notifica Se escriba la palabra Bogotá.

1.7 Razón social de La Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) / Unidad Informadora (UI): Se considera UPGD solo las Instituciones prestadoras de servicios de salud que cumplan con la condiciones para hacerlo de acuerdo a los criterios de Vigilancia. Si la coordinación de Vigilancia en Salud Pública del hospital considera que una Organización No Gubernamental o una Institución Educativa Distrital cumple con el criterio se puede reportar como una UPGD. Cuando es una Unidad Informadora (UI) también se registra su nombre, se considera UI las Instituciones que no cumplen el criterio de UPGD por la frecuencia y numero de notificaciones que hace es menor. Pueden ser Organización No Gubernamental o una Institución Educativa Distrital.

1.8 Código de la UPGD / UI: Se registra el código del Dpto. Que es el número 11 para cundinamarca, el código del municipio que es el 001 para Bogotá. Para el código de las UPGD es el número asignado para la habilitación, por eso muy probablemente aquellas que cuenten con este código serán Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. (IPS)

1.9 Nit. UPGD y UI: Es el código comercial que establece cámara de comercio ante el registro en esa entidad.

2. DENTIFICACION DEL USUARIO

2.1 Primer Nombre: Es obligatorio. Es la designación que se le da a una persona para distinguirlo de otros.

2.2 Segundo Nombre: Solo si se tiene

2.3 Primer Apellido Es Obligatorio

2.4 Segundo Apellido: Es Obligatorio

2.5 Teléfono: Número telefónico donde se puede ubicar a la persona preferiblemente un celular o el teléfono de su casa.

2.6 Fecha de Nacimiento: Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2012) Es la fecha en la que la persona nace.

2.7 Tipo de Documento de identificación: El tipo de documento de identidad es asignado por la registraduría civil o las entidades como el ministerio de exterior. Se registra la información por medio de una X.

RC (1) Registro de Nacimiento: Es el documento de identidad de los niños menores de de 14 años de edad.

TI (2) Tarjeta de Identidad: documento de identidad para los niños entre las edades de 15 a 18 años de edad.

CC (3) Cedula de Ciudadanía Número del documento de identidad para las personas mayores de 19 años de edad.

CE (4) Cedula de Extranjería Número del documento de identidad para las personas que no cuentan con ciudadanía colombiana.

PA (5) Pasaporte Número del pasaporte. Es un documento con validez internacional, que identifica a su titular (en ciertos países también a sus descendientes directos e incluso a sus cónyuges) expedido por las autoridades de su respectivo país, que acredita un permiso o autorización legal para que salga o ingrese del mismo, por los puertos o aeropuertos internacionales.

MS (6) Menor sin identificación: Niño y/o niña menor de 18 años que no cuenta con registro civil o tarjeta de identidad.

AS (7) Adulto sin identificación: Adulto mayor de 18 años que no cuenta con ningún documento de identidad.

2.8 Número de identificación: Número del identificación de acuerdo al tipo de documento que se identifica. Este no puede ser registrado con letras puntos o copas solo se registra con números

2.9 Edad: Se registra el número de años cumplidos.

2.10 Unidad de Medida de la Edad: Se marca con una X la Unidad de Medida de la edad, es decir si es:

1- En Años	2- en Mes	3 – en Días	4. En Horas	5 - en Minutos
------------	-----------	-------------	-------------	----------------

2.11 Sexo: Se registra si es hombre (1) y mujer (2). Es un sistema biológico que determina el desarrollo de las características sexuales de un organismo.

2.12 País de ocurrencia: País donde Ocurre el evento.

2.13 Departamento y municipio de Ocurrencia: Se registra el código del Dpto. Que es el número 11 para cundinamarca, el código del municipio que es el 001 para Bogotá que es donde ocurre el evento.

2.14 Área de Ocurrencia del caso: Se registra con una X. 1 Cabecera Municipal (Cualquier barrio de las localidades de Bogota), 2 Centro Poblado y 3 Rural Disperso. Por lo general se clasifica en el 1 solo aquellas localidades que tengan zonas rurales se registra 3.

2.14.1 Se establece el nombre del área de ocurrencia, es decir Cabecera mpal, Centro- poblado o Rural disperso.

2.15 Barrio: Se registra el nombre exacto del barrio establecido y legalizado por Catastro distrital.

2.15.1 Localidad: El número de la localidad en la cual ocurrió el hecho (Manifestación de conducta suicida), no es la localidad donde se vive. Se registra para todas las manifestaciones de conducta suicida.

Usaquén (1), Chapinero (2), Santafé (3), San Cristóbal (4), Usme (5), Tunjuelito (6) , Bosa (7), Kennedy (8), Fontibón (9), Engativa (10), Suba (11), Barrios Unidos (12), Teusaquillo (13), Mártires

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

(14), Antonio Nariño (15), Puente Aranda (16), Candelaria (17), Rafael Uribe (18), Ciudad Bolívar (19), Sumapáz (20), Fuera de Bogotá (21) y Sin dato (0).

2.16 Dirección de residencia: Se debe registrar de acuerdo al manual de catastro.

2.17 Ocupación: Nombre de la ocupación de la persona de acuerdo al Código de clasificación internacional uniforme de ocupaciones.

2.18 Tipo de régimen: Se refiere al tipo de seguridad social con el que cuenta la persona que manifiesta cualquiera de las conductas suicidas (Ideación, intento o consumado). Contributivo (1), Subsidiado (2), Excepción (3), Especial (4) y No afiliado o Vinculado (5), se debe marcar con una X sobre la casilla.

2.19 Nombre de la Administradora de Salud: Se escribe el nombre de la entidad que administra los servicios de salud del afiliado en contributivo, subsidiado y especial como EPS y se registra su código asignado por la MPS a la administradora.

2.20 Pertenece a comunidad Indígena: Es el código asignado por el DANE a la pertenencia étnica,

1 Indígena	2 ROM	3 Raizales	4 Palanqueros	5 Afro colombianos	6 Otros
------------	-------	------------	---------------	--------------------	---------

2.21 Grupo Poblacional: Grupos poblacionales en riesgo que cumplen con una condición especial.

5 otros grupos poblacionales	7 Discapacitados	9 desplazados Pueden en Situación o en Condición.	13 Migrantes	14 Carceleros	15 Gestantes
------------------------------	------------------	---	--------------	---------------	--------------

3. NOTIFICACION

3.1 Departamento y Municipio de residencia: Para el registro de esta casilla se utiliza el nombre de la UPZ como departamento y municipio y el código de la UPZ y no el código del departamento y municipio.

3.2 Fecha de consulta: Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2012), Es la fecha en la cual la persona consulta el servicio o da a conocer su manifestación de la conducta suicida, si esta fecha no se tiene se registra la misma de la notificación del caso.

3.3 Inicio de síntomas: Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2012). Es la fecha en la que la persona identifica que aparece la manifestación u ocurre la conducta, aplica para las tres (ideación, amenaza e Intento de suicidio) si la persona no la recuerda exactamente se hace una aproximación.

3.4 Clasificación inicial del caso: Es la primera valoración que se hace ante una manifestación de conducta suicida:

1. Sospechoso Caso de Conducta suicida remitido por una institución diferente a una IPS que no tiene	2. probable Caso que puede ser notificado a vigilancia por ser una lesión de causa externa o Intoxicación	3. Conf. Por laboratorio Casos de Conducta suicida especialmente por intoxicación en el cual el medico tratante solicito examen de	4. Conf. Clínica Confirmación por el profesional de la salud tratante de una manifestación de la	5. Conf. Por nexo epidemiológico Caso de conducta suicida en cualquiera de sus manifestaciones como
---	--	---	---	--

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

como corroborar de forma positiva el caso.	que falta por comprobar su intencionalidad o manifestación suicida.	laboratorio que compruebe una prueba de toxicología para establecer la sustancia que se utilizo en la autolesión.	conducta suicida en una persona, independientemente del contexto en el que se dio (En el colegio, IPS, fundación, etc.)	consecuencia de una manifestación de conducta suicida presentada por otra persona efectivamente cercana al que la manifiesta o como consecuencia de un caso de Homicidio – tentativa de homicidio ocasionado por la persona que manifiesta la conducta suicida.
--	---	---	---	---

3.5 Hospitalización: Se registra la confirmación de la situación inmediatamente después de la notificación del caso, es decir solo se registra la hospitalización cuando esta haya sido no mayor a 6 meses de la notificación. 1 - Hospitalizado. 2 – No hospitalizado

3.6 Fecha de hospitalización: Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2012). Registro de la fecha de hospitalización no mayor a 6 meses.

3.7 Condición final: Para todos los casos de conducta suicida se registra la información independientemente si estuvo hospitalizado o no. 1 – vivo. 2 – Muerto.

3.8 Fecha de defunción Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2012). Fecha en la que se registra la muerte de la persona que presento la manifestación de conducta suicida.

3.9 No. De certificado de defunción: Se registra para todos los casos donde falleció la persona, es aquel certificado expedido por el medico tratante o medicina legal donde se confirma la muerte y sus causas.

3.10 Causa básica: La causa básica se registra de acuerdo a la clasificación del CIE 10 para lesiones autoinflingidas.

TABLA 1: CODIGOS DEL CIE 10 PARA CONDUCTA SUICIDA.

	CODIGO	EVENTO
CONDUCTA SUICIDA (lesiones autoinflingidas intencionalmente)	X60	Envenenamiento por exposición analgesicos no narcoticos, anticepticos y antireumaticos
	X61	Envenenamiento por exposición a drogas antiepilepticas, sedantes, hipnoticas, antiparkinsonianianas y psicotropicas no clasificadas en otra parte.
	X62	Envenenamiento por exposición analgesicos no narcoticos, anticepticos y antireumaticos
	X63	Envenenamiento por exposición denarcoticos y psicodislepticos (alucinogenos) no clasificados en otras partes.
	X64	Envenenamiento por exposición a otras drogas, medicamntos y sustancias biologicas y lo no especificado.
	X65	Envenenamiento por exposición al alcohol.
	X66	Envenenamiento por exposición a disolventes organicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.
	X67	Envenenamiento por exposición a otros gases y vapores
	X68	Envenenamiento por exposición a plagicidas.
	X69	Envenenamiento por exposición a otros productos quimicos y sustancias nocivas y los no especificados.
	X70	Por Ahorcamiento, estrangulación o sofocación
	X71	Por ahogamiento y sumersión
	X72	Por disparo de arma corta
	X73	Por disparo de rifle, escopeta y arma larga.
	X74	Por disparo de otras armas de fuego y las no especificadas.
	X75	Por material explosivo
	X76	Por humo, fuego y llamas.
	X77	Por vapores de agua, vapores y objetos calientes.
	X78	Por objeto cortante
	X79	Por objeto romo o sin filo
X80	al saltar desde un lugar elevado.	
X81	Por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.	
X82	Por colisión de vehiculo de motor.	
X83	Por otros medios especificos	
X84	Por otros medios no especificos.	

3.11 Nombre del profesional que registra la ficha: Nombre de la persona que registra la información en la primera hoja del SIVIGILA.

3.12 Teléfono del profesional que diligencia la fecha: Numero de la persona que registra la información en la primera hoja del SIVIGILA.

Es importante aclarar, que si la información de la primera hoja llega incompleta por parte de las UPGD o UI, el referente SISVECOS debe completar y confirmar la información. Esta primera hoja es la que permite hacer el proceso de notificación de casos al área de vigilancia en Salud pública del hospital y el inicio de la valoración del caso.

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL ENTE TERRITORIAL AJUSTES

Esta información debe ser registrada por el referente del SISVECOS cuando ya se haya completado la información, realizado el proceso de confirmación de datos y la valoración del mismo.

4.1 Seguimiento y Clasificación final del caso: 0 No aplica,

<p>0. No aplica</p>	<p>3. Conf. Por laboratorio Casos de Conducta suicida especialmente por intoxicación en el cual el medico tratante solicito examen de laboratorio que compruebe una prueba de toxicología para establecer la sustancia que se utilizo en la autolesión.</p>	<p>4. Conf. Clínica Confirmación por el profesional de la salud tratante de una manifestación de la conducta suicida en una persona, independientemente del contexto en el que se dio (En el colegio, IPS, fundación, etc.)</p>	<p>5. Conf. Por nexo epidemiológico Caso de conducta suicida en cualquiera de sus manifestaciones como consecuencia de una manifestación de conducta suicida presentada por otra persona efectivamente cercana al que la manifiesta o como consecuencia de un caso de Homicidio – tentativa de homicidio ocasionado por la persona que manifiesta la conducta suicida.</p>	<p>6. Descartado Son aquellos casos que al realizar el proceso de valoración fueron identificados con otro tipo de eventos, como lesión no auto inflingida de carácter no intencional o una violencia.</p>	<p>7. otra actualización No aplica para conducta suicida.</p>
---------------------	---	---	--	--	---

4.2 Fecha de ajuste: Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2012). Se registra la fecha cuando se hace la verificación del caso.

II HOJA: CONTINUACION DE LOS DATOS BASICOS

La segunda hoja del formato de captura de datos busca completar la información de la primera hoja del SIVIGILA del INS, información que se completará una vez se haga la confirmación y verificación de la información de la primera hoja.

5. INFORMACIÓN GENERAL (continuación):

5.1 Unidad notificadora: Nombre de la empresa social del estado que consolida la información a la SDS.

5.2 Ámbito: Por medio de un carácter numérico se identifica el ámbito que reporta el caso. IPS (1), ESCOLAR (2), FAMILIAR (3), COMUNITARIO (4), LABORAL (5), COMUNIDAD (6), EPIDEMIOLOGIA (7), UPGD y UI (8), otras Instituciones educativas IE (9) NO APLICA (0) No aplica cuando el caso no es notificado por ninguno de los anteriores mencionados.

5.3 Persona que identifico la persona con la manifestación: Se registra el nombre de la persona que identifica el caso.

5.4 Relación o parentesco: Tipo de relación y vinculo de la persona que identifico el paciente con la manifestación de la conducta suicida.

6. DENTIFICACION DEL PACIENTE (continuación)

6.1 Escolaridad: Se registra el último nivel de escolaridad terminado, se registra en todos los casos de conducta suicida independiente de la manifestación de la conducta suicida. No fue a la escuela NI (0), Preescolar P (1), Primaria Incompleta PI (3), Primaria Completa PC (4), Secundaria Incompleta SI (5), Secundaria Completa SC (6), Técnica post secundaria incompleta TI (7), Técnica post secundaria completa TC (8), Universidad Incompleta UI (9), Universidad Completa UC (10). Posgrado incompleto PGI (11), Posgrado completo PGC (12) y Deescolarizado D (13). Se debe marcar con una X sobre la casilla.

6.2 Estado Civil: Se registra para todos los casos registrados en la base de datos. Soltero S (a) (1), Casado(a) C (2), Unión Libre UI (3), Separado S (a) (4), Divorciado(a) D (5), Viudo (a) V (6). Se debe marcar con una X sobre la casilla.

6.3 Situación especial: Se registra para todos los casos de la base de datos. Se refiere a una condición especial como: Menor en Abandono (1), En protección (menor infractor, menor de edad en ICBF o recluido en una institución penitenciaria o carcelaria) (2), Reincorporado (3), Habitante de calle (4), Persona cabeza de familia (5), Explotados /tadas Laboral (6), Personas en situación de prostitución (7), servidores públicos (8), situación de Desplazado (9), Condición de Desplazamiento (10), Población LGTB (11), Consumidor SPA (12) y otro (13). Se debe marcar con una X sobre la casilla.

6.4 Estratificación Social: Se entiende por la clasificación que se realiza para el pago de servicios públicos, de acuerdo al barrio donde se encuentre la vivienda. Se registra estrato I (1), Estrato II (2), estrato III (3), Estrato IV (4), Estrato V (5) y Estrato VI (6). Para el Plan de seguimiento se debe marcar con una X sobre la casilla.

7. CARACTERIZACION DE LA CONDUCTA SUICIDA

7.1 Conducta suicida que se reporta: Se registra el tipo de manifestación de conducta suicida con una X sobre la casilla, en la base de datos se registra: Ideación Suicida (1), Amenaza Suicida (2), Intento suicida (3), Consumado (4). Esta información se registra finalmente cuando sea confirmado el caso y se puede iniciar el proceso de valoración

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

7.2 Nivel de Riesgo: De acuerdo a la clasificación establecida se registra el valor numérico leve (1), Moderado (2) y severo (3) y No aplica (0), cuando el caso es suicidio consumado. Se debe marcar con una X sobre la casilla.

IDEACION SUICIDA	
Riesgo Leve	La ideación como pensamiento de querer morir con antecedente de un problema emocional no trascendental para su vida que permita el restablecimiento emocional fácilmente.
Riesgo Moderado	La ideación como “pensamientos constantes” de querer morir con antecedente de un problema emocional, sin establecer estrategias para poder resolver el problema. Pensamientos constantes de querer morir con antecedente de un problema emocional asociado a divorcio, pérdida del estatus laboral, ocupacional o financiero, rechazo por parte de una persona importante, entre otras, sin establecer estrategias para poder resolver el problema, asociado a un trastorno mental o psiquiátrico de base (generalmente depresión, alcoholismo y trastorno de la personalidad) y/o medicado o con una enfermedad física (Enfermedad Terminal dolorosa o debilitante, SIDA). Aquellos familias o familiares (sobrevivientes) de la persona que se suicidio.
Riesgo severo	Plan de Muerte estructurado para llevar a cabo un suicidio.
AMENAZA SUICIDA	
Riesgo severo	Situación en la cual un sujeto amenaza con quitarse la vida, ante un familiar o una persona y requiere intervención en emergencias y apoyo para su posible hospitalización e intervención médica. La amenaza suicida se considera como un intento suicida fallido.
INTENTO DE SUICIDIO	
Se subdivide en: Tentativa de suicidio y suicidio fallido	
4)	
5) La tentativa de suicidio: Conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, donde no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. (Riesgo Moderado)	
6) Suicidio fallido: Hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado, o no se logra el suicidio consumado pero las intenciones de muerte son evidentes. (Riesgo Severo)	
Stengel (1961)	
Riesgo Moderado	Situación de tentativa de suicidio que no involucre sus signos vitales, presencia clara de manipulación con la situación y evidencia de intento por primera vez, acompañado o antecedido de un problema emocional y sin establecer estrategias para poder resolverlo. Comportamiento que puede ser clasificado como un gesto suicida ¹⁴ . Paciente que es canalizado en el servicio de hospitalización o urgencias de una IPS pública o privada por presentar un intento de suicidio o una tentativa de suicidio.
Riesgo severo	Situación de intento y pensamientos suicidas conjuntamente, que claramente evidencia un suicidio fallido por su método y dificultades en el contexto. Situación de intento de suicidio que puede estar relacionado o asociados a trastorno mental o físico, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual, y consumo frecuente de una sustancia psicoactiva. Intentos previos de suicidio que involucraron sus signos vitales; intento de suicidio que ha sido dado de alta que implicó en consideración sus signos vitales; además de presentar alguno de los siguientes factores (uno o más de ellos): Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/o trastornos psiquiátricos, estatus de divorcio, viudez y soltería, vivir solo, desempleo o retiro, problemas familiares. Paciente que reporta como un plan de vida un plan de muerte bien estructurado, para llevar a cabo un suicidio consumado.
SUCIDIO CONSUMADO	
Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.	

¹⁴ Definido como aquel acto en el cual hay una amenaza verbal e incluye el acto auto lesivo, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente por que puede terminar en un reintento que puede llevar a un suicidio consumado.

7.3 Escenario: Solo se registra para intento, amenaza y suicidio consumado. Para ideación se registra No aplica (0). Para intento y consumado se registra: Hogar (1), Lugar de trabajo (2), Vía pública (3), Establecimiento público (4), Institución educativa (5) y otro (6). Se debe marcar con una X sobre la casilla.

7.4 Mecanismo Y código CIE 10: Solo para amenaza, intento y suicidio consumado. Es la forma con la cual atenta contra su vida. Se registra los códigos del CIE 10. Para ideaciones no aplica y se registra con (0). De acuerdo a la tabla de la página 34 donde se especifica la clasificación de la conducta suicida.

7.5 Incidente y Reincidente: Se registra para todas las manifestaciones de conducta suicida, el valor numérico para Incidente (1) cuando es la primera vez que se presenta el caso y reincidente (2) cuando ya se ha presentado un intento previo. Se debe marcar con una X sobre la casilla.

7.6 Número de manifestaciones previas: Se debe especificar el número total de manifestaciones especialmente casos de amenaza e intentos anteriormente presentados por la persona. Si en la casilla anterior se registra un caso de reincidencia para amenaza o intento se actualiza como uno más en esta casilla.

7.7 Fecha del ultima conducta suicida: Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2008), Es la fecha de la última conducta suicida que presento la persona, al actual que se esta registrando.

7.8 Evento desencadenante primario y secundario. Se registra para todos los casos den la base de datos. Corresponde al principal motivo que lleva al paciente a la manifestación de la conducta suicida y se constituye en una valoración subjetiva del consultante. La clasificación depende de la valoración inicial y el seguimiento realizado tanto para el primario y secundario; el primario es obligatorio. Se registra el código del CIE 10 que esta en la tabla. En la Base de datos se registra el código.

Ejemplo: Como primaria puede ser un conflicto familiar y el secundario puede ser un conflicto de pareja. Es decir, en un adolescente se puede generar un conflicto con la familia que lo lleve a tomar la decisión de atentar contra su vida a causa de relación de noviazgo en la cual la familia no esta de acuerdo.

FACTORES QUE INFULYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD CIE – 10 CONSIDERADOS PRIORITARIOS PARA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	
✓	(1) Enfermedad Crónica y Terminal del Sujeto
✓	(O05) Aborto
✓	(T74) Síndromes del Maltrato <ul style="list-style-type: none"> * (T74.0) Negligencia o abandono * (T74.1) Abuso físico * (T74.2) Abuso sexual * (T74.3) Abuso Psicológico * (T74.8) Otros síndromes del maltrato
✓	(Z55) Problemas relacionados con la educación y la alfabetización <ul style="list-style-type: none"> * (Z55.3) Problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar * (Z55.4) Problemas relacionados con la inadaptación educacional y desavenencias con maestros y compañeros * (Z55.8) Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización
✓	(Z56) Problemas relacionados con el empleo y el desempleo <ul style="list-style-type: none"> * (Z56.0) Problemas relacionados con el desempleo, no especificados * (Z56.1) Problemas relacionados con el cambio de empleo * (Z56.2) Problemas relacionados con amenaza de pérdida del empleo

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

<ul style="list-style-type: none"> * (Z56.4) Problemas relacionados con desavenencias con el jefe y los compañeros de trabajo * (Z56.6) Otros problemas de tensión física o mental relacionadas con el trabajo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Z59) Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas <ul style="list-style-type: none"> * (Z59.0) Problemas relacionados con la falta de vivienda * (Z59.1) Problemas relacionados con vivienda inadecuada * (Z59.2) Problemas caseros y con vecinos e inquilinos * (Z59.4) Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados * (Z59.5) Problemas relacionados con pobreza extrema * (Z59.6) Problemas relacionados con bajos ingresos * (Z59.7) Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar * (Z59.9) Problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Z60) Problemas relacionados con el ambiente social <ul style="list-style-type: none"> * (Z60.0) Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital * (Z60.1) Problemas relacionados con situación familiar atípica * (Z60.2) Problemas relacionados con persona que vive sola * (Z60.3) Problemas relacionados con la adaptación cultural * (Z60.4) Problemas relacionados con exclusión y rechazo social * (Z60.5) Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas * (Z60.8) Otros problemas relacionados con el ambiente social * (Z60.9) Problema no especificado relacionado con el ambiente social
<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Z62) Otros problemas relacionados con la crianza del niño <ul style="list-style-type: none"> * (Z62.0) Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres * (Z62.1) Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres * (Z62.2) Problemas relacionados con la crianza en institución * (Z62.3) Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño * (Z62.4) Problemas relacionados con el abandono emocional del niño * (Z62.5) Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño * (Z62.6) Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza * (Z62.8) Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño * (Z62.9) Problema no especificado relacionado con la crianza del niño
<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Z63) Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares <ul style="list-style-type: none"> * (Z63.0) Problemas en la relación entre esposos o pareja * (Z63.1) Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos * (Z63.2) Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado * (Z63.3) Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia * (Z63.4) Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia * (Z63.5) Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio * (Z63.6) Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa * (Z63.7) Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar * (Z63.8) Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Z64) Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales <ul style="list-style-type: none"> * (Z64.0) Problemas relacionados con embarazo no deseado * (Z64.1) Problemas relacionados con la multiparidad * (Z64.3) Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro
<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Z65) Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales <ul style="list-style-type: none"> * (Z65.0) Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión * (Z65.1) Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento * (Z65.2) Problemas relacionados con la liberación de la prisión * (Z65.3) Problemas relacionados con otras circunstancias legales * (Z65.4) Problemas relacionados con víctima de crimen o terrorismo * (Z65.5) Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades * (Z65.8) Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales
<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Z70) Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual <ul style="list-style-type: none"> * (Z70.0) Consulta relacionada con la actitud sexual * (Z70.1) Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente * (Z70.2) Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona * (Z70.3) Consulta relacionada con preocupaciones combinadas sobre la actitud, la conducta y la orientación sex.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

* (Z70.8) Otras consultas sexuales específicas
✓ (Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida <ul style="list-style-type: none"> * (Z72.0) Problemas relacionados con el uso del tabaco * (Z72.1) Problemas relacionados con el uso del alcohol * (Z72.2) Problemas relacionados con el uso de drogas * (Z72.3) Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico * (Z72.4) Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados * (Z72.5) Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo * (Z72.6) Problemas relacionados con el juego y las apuestas * (Z72.8) Otros problemas relacionados con el estilo de vida
✓ (Z73) Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida <ul style="list-style-type: none"> * (Z73.0) Problemas relacionados con la enfermedad consuntiva * (Z73.1) Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad * (Z73.2) Problemas relacionados con la falta de relajación y descanso * (Z73.3) Problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte * (Z73.4) Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas, no clasificados en otra parte * (Z73.5) Problemas relacionados con el conflicto del rol social, no clasificados en otra parte * (Z73.6) Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad * (Z73.8) Otros problemas relacionados con dificultades con el modo de vida
✓ (Z81) Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento <ul style="list-style-type: none"> * (Z81.1) Historia familiar de abuso de alcohol * (Z81.2) Historia familiar de abuso del tabaco * (Z81.3) Historia familiar de abuso de otras sustancias psicoactivas * (Z81.4) Historia familiar de abuso de otras sustancias * (Z81.8) Historia familiar de otros trastornos mentales y del comportamiento
✓ (Z82) Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedades crónicas incapacitantes <ul style="list-style-type: none"> * (Z82.0) Historia familiar de epilepsia y otras enfermedades del sistema nervioso * (Z82.7) Historia familiar de malformaciones congénitas, deformidades y otras anomalías cromosómicas * (Z82.8) Historia familiar de otras discapacidades y enfermedades crónicas incapacitantes no clasificadas en otra parte
✓ (Z83) Historia familiar de otros trastornos específicos <ul style="list-style-type: none"> * (Z83.0) Historia familiar de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
✓ (X38) Víctimas de Inundaciones
✓ (X39) Exposición a otras fuerzas de la naturaleza y las no especificadas <ul style="list-style-type: none"> ✓ (2) Otro tipo de evento (solo para conducta suicida) ✓ (99) Sin información

7.9 Probable Trastorno asociado. Se registra para todos los casos registrados en la base de datos. Corresponde a la Impresión diagnóstica, NO siempre se halla asociación con un tipo de trastorno. (La conducta suicida no necesariamente es patológica) Es opcional si se puede diagnosticar SI (1) Y NO (0). Se marca con una X.

7.10 Cual: Se hace de acuerdo a la clasificación del CIE 10 y se especifica de la siguiente forma: El número de la categoría más grande, ejemplo el 2 para Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas. En la Base se registra el número.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CIE 10	
1)	Trastorno mental orgánico, incluido los sintomáticos.
1.1	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
1.2	Demencia Vascular
1.3	Demencia son especificar
1.4	Síndrome amnésico orgánico
1.5	Delirium
1.6	Debido a lesiones o disfunción cerebral
1.7	Trastorno mental orgánico sin especificar

- 2) **Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas.**
- 3) **Esquizofrenia, trastorno esquizotico y trastorno de ideas delirantes.**
 - 3.1 Esquizofrenia
 - 3.2 Trastorno esquizotípico
 - 3.3 Trastorno Psicotico agudo
 - 3.4 Trastorno de ideas delirantes
 - 3.5 Trastorno esquizoafectivo
 - 3.6 Psicosis no orgánica
- 4) **Trastorno del humor (afectivos)**
 - 4.1 Episodio maniaco
 - 4.2 Trastorno Bipolar
 - 4.3 Episodios depresivos
 - 4.4 Distimia
 - 4.5 Trastorno depresivo recurrente
 - 4.6 Trastorno del humor (afectivos) persistentes
- 5) **Trastorno neurótico, secundarios o situaciones estresantes y somatomorfos.**
 - 5.1 Trastorno de ansiedad fóbica
 - 5.2 Trastorno de ansiedad
 - 5.3 Trastorno obsesivo – compulsivo
 - 5.4 Reacción a estrés grave y trastorno de adaptación
 - 5.5 Trastornos disociativos (de conversación)
 - 5.6 Trastornos somatomorfos
 - 5.7 Trastornos neuróticos
- 6) **Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.**
 - 6.1 Trastornos de la conducta alimentaría
 - 6.2 Trastorno no orgánico del comportamiento
 - 6.3 Disfunción sexual no orgánica
 - 6.4 Trastornos del comportamiento relacionados con el puerperio
- 7) **Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.**
 - 7.1 Trastornos específicos de la personalidad
 - 7.2 Trastorno mixto
 - 7.3 Trastorno persistente de la personalidad
 - 7.4 Trastorno de los hábitos y control de impulsos
 - 7.5 Trastorno de identidad sexual
 - 7.6 Trastorno de inclinación sexual
- 8) **Retraso mental**
- 9) **Trastorno del desarrollo psicológico**
 - 9.1 Trastornos específicos del desarrollo del habla
 - 9.2 Trastorno específico del desarrollo del aprendizaje escolar
 - 9.3 Trastorno específico del desarrollo psicomotor
 - 9.4 Trastornos generalizados del desarrollo
- 10) **Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual de la infancia y adolescencia**
 - 10.1 Trastornos hipercinéticos
 - 10.2 Trastornos disociales
 - 10.3 Trastornos disociales y emocionales
 - 10.4 Trastornos emocionales de inicio de la infancia
 - 10.5 Trastornos del comportamiento social
 - 10.6 Trastornos de tic
- 11) **Trastorno del neurodesarrollo**
- 12) **Trastornos del sueño**

7.11 Clasificación del Caso: Clasificación que realiza el referente SISVECOS de acuerdo al proceso de valoración. Caso confirmado CC (1): Caso de conducta suicida que después del proceso de valoración se confirma. Casos Descartados por calidad del dato CDD (2): No cuenta con la

información suficiente para poder identificar y/o verificar los casos de conducta suicida para el inicio de su valoración. Caso descartado por Evento CDE (3): Aquellos que al realizar el proceso de valoración fueron identificados con otro tipo de eventos, como lesión no autoinflingida de carácter no intencional o una violencia. Caso Fallido CF (4): Caso de una persona que por su voluntad no acepta la realización de un proceso de intervención porque no está interesado, la familia solicita de antemano su desinterés. Caso Inconcluso CI (5): Caso que por decisión inherente a la familia no continúa con el proceso de intervención para conducta suicida pero que tiene como mínima una visita cumplida.

III HOJA: VALORACION DE LA RED DE APOYO PRIMARIA (familia)

La tercera hoja del formato de captura de datos busca hacer el proceso de valoración de factores de riesgo de la conducta suicida, mediante tres instrumentos estandarizados y la entrevista a profundidad a las fuentes primarias y secundarias información que se recaba en el proceso de valoración del caso.

8. PROCESO DE VALORACION DE LA CONDUCTA SUICIDA

8.1 Fecha de inicio de valoración: Fecha en la que se inicia el proceso de valoración del caso. Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2008).

8.2 Fecha de cierre de la valoración: Fecha en la que se cierra el proceso de valoración del caso se recuerda que no puede ser superior a 20 días. Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2008).

8.3 Apgar Familiar: es un instrumento recomendado por el Ministerio de Salud de Colombia para la evaluación del funcionamiento familiar. Consta de 5 preguntas con 5 opciones de respuesta cada una, a modo de escala de Lickert. Cada ítem tiene un valor de cuatro (4): Nunca = 0, Casi Nunca = 1, Algunas veces = 2, Casi siempre = 3, Siempre = 4. El puntaje máximo a obtener es de 20/20 puntos.

Se debe registrar El puntaje obtenido por la familia permite clasificarla en 4 rangos de funcionamiento familiar:

- 1) Entre 18 – 20 Buen funcionamiento familiar (BFF),
- 2) Entre 14 – 17 Disfunción familiar leve (DFL).
- 3) Entre 10 – 13, Disfunción familiar moderada (DFM)
- 4) Con puntajes de 9 o menos Disfunción familiar severa (DFS).

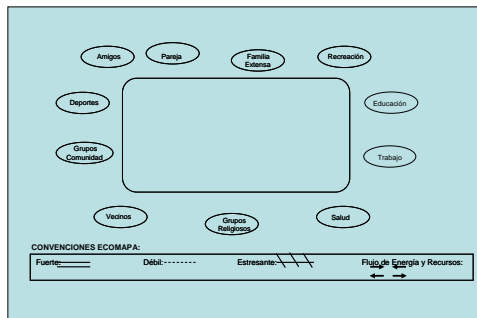
Para las 2 preguntas de soporte de amigos, cada pregunta se puntúa sobre cuatro (4), el puntaje máximo es de 8/8. El registro del puntaje total del APGAR es la suma del la puntuación conjunta entre el APGAR familiar y el soporte de amigos, da un valor máximo de 28/28.

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. La familia se define como el (los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su familia es la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional mas fuerte. Para cada pregunta marque solo con una X que parezca aplicar para usted.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia,					

tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
• El tiempo para estar juntos.					
• Los espacios en la casa.					
• El dinero.					
Tabulación puntaje					
Tiene usted alguna persona, amiga o amigo cercanos, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?					

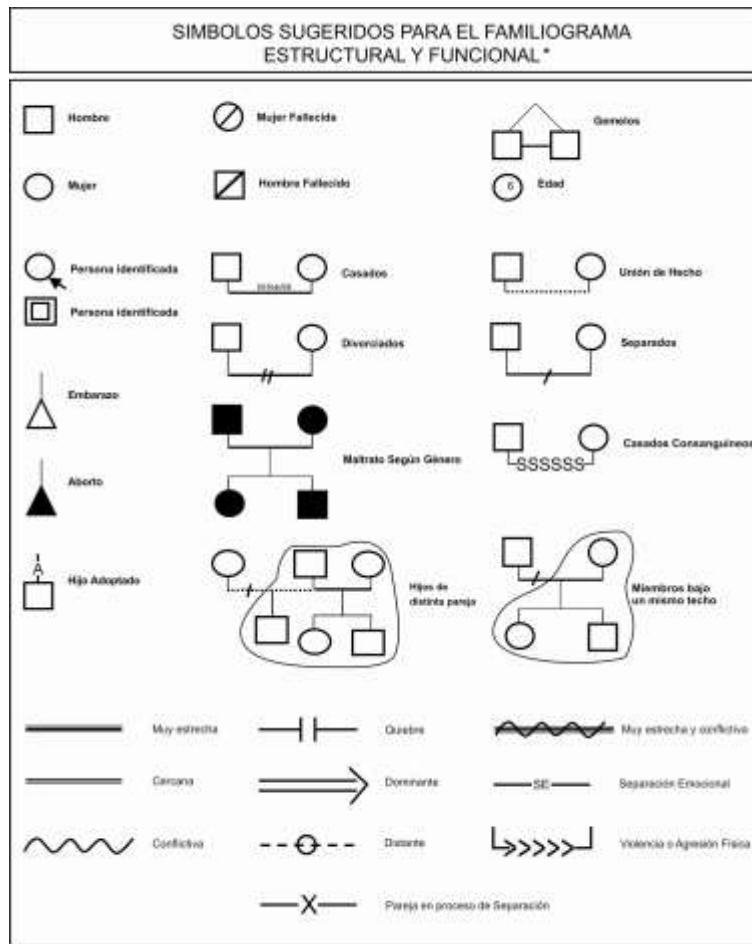
8.4 El ecomapa Es una herramienta recomendada por el Ministerio de salud de Colombia para la evaluación de individuos y sus familias, en relación con la red de soporte extrafamiliar, existente o no, en cada caso, Permite identificar recursos significativos presentes en el mundo familiar; recursos inexistentes o muy débiles; naturaleza de las relaciones predominantes de la familia con su medio ambiente; caracterización de la familia en cuanto a su estructura, y como multicarential o con carencia única, identificando tipo de carencias y límites de la familia respecto a su medio ambiente.



Para la utilización del Instrumento se pregunta por cada uno de las redes sociales y se dibuja las líneas de acuerdo a la convención del ecomapa, para el registro de la información se marca como una X de acuerdo como corresponda en la base de datos por cada red se califica 1. Fuerte, 2 débil, 3 estresante y 4 flujo de energías y recursos.

8.5 El familiograma: Es un instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado. Permite identificar problemas de salud, genéticos y hereditarios, basados en la información recopilada. Es un método para almacenar datos de la familia, los cuales dan la oportunidad de hacer una retro-información básica (nombres, fechas de nacimiento, muerte, matrimonio, entre otros) y así mismo información compleja (problemas familiares repetitivos, triangulaciones, herencia y otros).

Este se construye de acuerdo a los símbolos sugeridos para su elaboración al interior del rectángulo del ECOMAPA como se puede observar en el siguiente grafico de acuerdo a estas convenciones:



8.6 Conformación Familiar: Establece la relación de la persona con sus miembros del núcleo familiar: 1. Sol@, 2. Padre, 3. Madre, 4. Padrastro, 5. Madrastra, 6. Herman@s, 7. Hermanastr@s, 8. Pareja, 9. Hij@s, 10. Abuel@s, 11. Amig@s y 12 otros familiares. Se debe marcar con una X sobre la casilla.

8.7 Ciclo de Vida Familiar: El ciclo de familia esta dividido en 6 etapas: 1. Formación: es cuando la pareja esta recientemente conviviendo, 2. Crecimiento: cuando nace el primer hijo en la familia, 3. Ajuste o conciliación: cuando los hijos son adolescentes, 4. Apertura: Cuando el hijo esta en etapa de juventud has cuando los hijos salen del hogar, 5. contracción: Cuando los hijos abandonan el hogar y 6. Disolución: Por muerte, separación o por divorcio.

8.8 Tipo de Familia: Se establece de acuerdo a la conformación de los miembros de la familia. 1 Familia mononuclear: Los hijos con alguno de los dos padres. 2. Familia nuclear: Los hijos con los dos padres. 3. Familia mixta o ampliada: los hijos con alguno de los dos padres y su nueva pareja puede o no tener hijos la nueva pareja y convivir. 4. Familia extensa Cuando se convive con otros miembros de la familia como abuelos y tíos. 5. No aplica

8.9 Situación socioeconómica - roles familiares¹⁵: La situación económica de la familia se realizara desde la clasificación de Van Wel (1992) que combina aspectos emocionales con privación

¹⁵ <http://www.uclm.es/bits/sumario/28.asp>

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

socioeconómica, estableciendo la siguiente tipología, para el registro de la información se marca con una X:

TIPO DE FAMILIA	CUMPLE
1. Familia Normal: Esta familia cuenta con suficientes redes , recursos y su dinámica más que ser un factor de riesgo es un factor protector.	
2. Familia desorganizada: escaso cumplimiento de las funciones parentales, cuidado negligente de los hijos, organización caótica del hogar, reglas implícitas o secretas, poca ritualización de la vida familiar.	
3. Familia socialmente enferma: Conflictos de relación internos y con el medio (dificultades en la red social que aparece truncada; problemas con figuras de autoridad (maestros, policía...).	
4. Ajuste defectuoso al medio: discrepancia entre metas y recursos; privación socioeconómica; labilidad en los límites externos, tendencia a la desintegración.	
5. Familia deprivada: graves carencias socioeconómicas, familias marginales, viven a espaldas de la sociedad y de los servicios de protección social.	
6. Familia simbiótica: relaciones intrincadas de sometimiento y dependencia, violencia en forma de actos como forma de relación con escaladas complementarias.	

8.10 Dinámica familiar: se establece de acuerdo a la percepción (Alta – media – baja) que tiene la persona sobre la funcionalidad de la familia de acuerdo a los siguientes criterios, la información se registra mediante una X:

FUNCIONES	BAJA	MEDIA	ALTA
1. Función de socialización: las familias como organizaciones primarias y funcionales para la formación de los individuos, permiten la constitución de subjetividades, el desarrollo de proyectos de vida, la producción y reproducción de la cultura y la satisfacción de necesidades básicas a través de la provisión económica. Es por esto que las familias y sus redes comunitarias de apoyo, son fundamentales para la construcción democrática de ciudad, a partir de la gestión social, política, económica, cultural y ambiental de los territorios que habitan			
2. Función formadora: La familia desempeña la función de proveer los conocimientos, habilidades, virtudes y relaciones que permiten que una persona viva la experiencia de pertenencia a un grupo social más amplio. La familia socializa dentro de sí y hacia fuera de ella, es decir es mediadora social. Así, las personas conocen y aprenden los límites y alcances de lo público y lo privado. La familia ejerce poder moldeador y modelador y educa a la descendencia, asegurando de esta manera aspectos de la reproducción social.			
3. Función Económica y de protección: La familia construye colectivamente según las posibilidades del contexto social, político y económico que determinan en sus contextos territoriales la satisfacción de las necesidades materiales, individuales y colectivas, como el alimento, techo, salud, educación, transporte y vestido, entre otras y para ello hace uso de todos sus recursos y debe generar relaciones solidarias a su interior			
4. Función Afectiva: es una de las funciones de mayor importancia puesto que hace posible el desarrollo y transmisión de sentimientos que dan condiciones para el desarrollo emocional de sus integrantes y de su ser colectivo; esta función, está ligada estrechamente a la esfera afectiva y vivencial dentro de un proceso de comunicación familiar y social.			

IV HOJA: VALORACION FACTORES DE RIESGO

En este apartado se busca identificar las problemáticas o necesidades del individuo que conllevaron a la manifestación de la conducta suicida, la cual es una forma de comunicación que contiene sentimientos y gran importancia para el sujeto.

8.10 Eventos Antecedentes (Marcar con una X)

	FISICOS	X	PSICOLOGICOS	X	FAMILIARES
	1. Trastorno mental		1. Consumo de Sustancias Psicoactivas.		1. Antecedentes de violencia intrafamiliar y maltrato
	2. Enfermedades terminales		2. Dificultad para la resolución de problemas		2. Antecedentes en familia de intento suicida

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

	3. Enfermedad Crónicas dolorosas		3. Sentimiento de tristeza.		3. Antecedentes familiares de suicidio consumado
	4. Embarazo no planeado no deseado		4. Sentimiento de soledad		4. Antecedentes en Familia con Ideación suicida
	5. Aborto		5. Sentimiento de frustración		5. Antecedente Trastorno mental
	6. Se siente triste o depresivo.		6. Sentimiento de culpa		6. Enfermedades Crónicas dolorosas
	7. Utilización de algún fármaco con implicaciones en el estado de animo		7. Antecedentes de abuso sexual y violencia sexual		7. Enfermedad Terminal
	8. Diagnostico de un especialista de enfermedad Mental		8. Conductas Impulsivas		8. Existen dificultades económicas que contribuyen para que su entorno familiar sea difícil.
	9. Presenta alguna discapacidad		9. Aislamiento		9. Antecedentes de Consumo de SPA
	10. Antecedentes de Intento Suicidio.		10. Conflicto de Identidad		10. Sensación de desamparo de abandono, soledad, desesperanza porque percibe que nada de lo que hace es adecuada para su familia.
	11. Edad (Adolescente – Edad Avanzada)		11. Duelo		11. No existen normas de convivencia claras establecidas
TOTAL:		TOTAL:			12. Pautas de Crianza Inadecuadas
X	RED SOCIAL	X	SOCIO / ECONOMICO / CULT		13. No existe integración familiar.
	1. Antecedentes en amigos con suicidio		1. Problemas Económicos		Prácticas de interacción entre los familiares caracterizadas por las agresiones físicas o emocionales.
	2. Conflicto social permanente con sus pares		2. Pérdidas de trabajo		14. Dispersión de la familia con poca o ninguna interacción entre los miembros
	3. Sensación de desamparo de abandono, soledad, desesperanza porque percibe que nada de lo que hace es adecuada para sus pares.		3. Tiene algún problema que no ha podido reservar de tipo económico, académico, entre otros.		15. Ausencia o déficit en demostraciones de afecto.
	4. No tiene en quien confiar o a quien contarle sus cosas		4. No practica una creencia religiosa		16. Falta de comunicación al interior de la familia, el dialogo como tal se limita a lo formal.
	5. Tiene problemas con su pareja.		5. Eventos vitales estresantes		17. Falta de apoyo social para la familia
	6. Dificultades Académicas.		6. Fácil acceso a armas/medicamentos y tóxicos		18. La familia evade la situación
	7. Matoneo		7. Pérdidas afectivas		19. Vive solo
TOTAL:		TOTAL:		TOTAL:	

Se registra el número de X que se dan en cada criterio que establece los eventos desencadenantes desde lo físico, psicológicos, familiar, redes de soporte social y factores sociales económicos y culturales. A Mayor número de eventos identificados mayor riesgo. Escala de calificación factores físico (11), factores psicológico (11), factores familias (18) y red de apoyo social (7) y factores socioculturales – económicos (7). **TOTAL DE LA ESCALA: 54.** En la tabla se registra el total de eventos identificados y se suman sus valores y se registran en el total.

FISICO:	PSICOLOGICO:	FAMILIAR:	RED SOCIAL:	SOCIALES:
TOTAL Lista de chequeo:				

Se establece el nivel de riesgo de acuerdo a la suma de cada uno de los criterios es importante aclarar que si el mayor número de eventos se presenta en la familia el riesgo es mayor según la siguiente calificación:

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

NIVEL DE RIESGO DE FACTORES DE RIESGOS	X
1. Severo: El total de número de eventos desencadenantes es desde 26 a 54 en el total de la lista de chequeo.	
2. Moderado: El total de número de eventos desencadenantes es desde 15 a 25 en el total de la lista de chequeo.	
3. Leve: El total de número de eventos desencadenantes es desde 1 a 14 en el total de la lista de chequeo.	

8.11 Situación actual de riesgo de conducta suicida

VAVOLRACION	SI	NO	PORQUE
¿Planeo otra(s) forma(s) para efectuar el acto?			
¿Persiste la idea de morir?			
¿Qué sentimientos le ha generado el haber vivido esta situación?			

V HOJA: ACTIVIDADES - HALLAZGOS Y OBSERVACIONES

9. ACCIONES DESARROLLADAS

9. 1 Acciones desarrolladas por: Es importante nombrar el tipo de actividad que se realiza de acuerdo a la unidad de trabajo en lo local, Se marca con una X sobre la casilla.

CRUE	ASESORIA	GRUPOS	JORNADAS
------	----------	--------	----------

- 1) **Intervención del CRUE:** Se registra para los casos que lo requieran. La intervención del CRUE fue por que hizo la primera atención del caso o por que apoyo por valoración psiquiatría después de ser canalizado el caso. Si (1) No (0)
- 2) **Unidad de Trabajo para salud mental:** Se registra para los casos que lo requieran cuando se realice algún tipo de intervención en salud mental en cualquiera de los ámbitos de vida cotidiana. Si (1) No (0).

3) **Acciones del POS:**

ACCIONES	SI	NO	PORQUE
cuenta con tratamiento farmacológico y terapéutico			
llevando a cabo las recomendaciones establecidas por el terapeuta			
Requiere de un apoyo o tratamiento especializado y no ha sido valorado			

10. HALLAZGOS

10. 1 Hallazgos a nivel del paciente - a nivel familiar: Para realizar los hallazgos de la intervención se debe tener en cuenta: Historia personal desde la infancia hasta la vida actual (Aspectos relevantes que surgen en el discurso del sujeto) Historia Familiar, matrimonial, Relaciones

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

sociales. I la Información que se registro en el Instrumento de valoración. Se registra la información de forma cualitativa.

10. 2 Factores Protectores:

ACCIONES	SI	NO	PORQUE
Cuenta con el apoyo de su familia			
cuenta con otro tipo de recursos a nivel individual, social y económico			
esta llevando a cabo las recomendaciones establecidas por el terapeuta			
Tiene otro tipo de factores de riesgo			

10. 3 Plan de acción: Actividades a desarrollar de acuerdo a la manifestación, el riesgo, los factores de riesgo y protectores, concertado con la res de apoyo, su familia y el sujeto. Se registra la información.

10. 4 Observaciones: Se registra todo lo que sea necesario y conveniente para el caso de acuerdo al criterio del referente.

10. 5 Fuentes Primarias y secundarias: Hacer inventario de Fuentes Primarias y secundarias que soporten los hallazgos y la valoración (Si es posible se debe tener copia de ellos, como por ejemplo fichas SIVIGILA e EPICRISIS) Registrar la Información puede ser una sola fuente.

FUENTE	TECNICA DE RECOLECCION DE INFORMACION	HALLAZGOS	FIRMA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

VI HOJA: MONITOREO

11. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL MONITOREO

El monitoreo se hace tres meses después mediante una llamada telefónica su objetivo verificar la situación actual de la persona que presento la conducta suicida.

11. 1 Fecha de inicio de seguimiento: Fecha en la que se hace el primer contacto con el caso de conducta suicida. Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2008).

11.2 Fecha de cierre de seguimiento: Fecha en la que se hace el cierre del seguimiento al caso de conducta suicida. Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2008).

11.3 Fecha de Monitoreo: Fecha en la que después de tres meses se hace de nuevo el contacto con el caso para saber su situación actual. Se registra en el formato día/mes/año. (09/04/2008).

11.4 Se realizo contacto: Se registra SI – NO si se pudo hablar con la persona personalmente.

11.5 Valoración: Se registra la información con una X. Valoración positiva, la persona supero la crisis emocional y en este momento esta estable. Valoración Negativa la persona continua o presenta de nuevo una crisis emocional se debe establecer el porque. Si la valoración es negativa el caso debe ser remitido a la Intervención psicosocial.

POSITIVA	NEGATIVA Porque:
-----------------	----------------------------

11.6 Recomendaciones: Se describe las recomendaciones que se hacen para hacer la remisión del caso.

NOTA: PARA LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DE VALORACIÓN LAS ESCALAS Y EL FORMATO DEBEN IR CON LA FIRMA DEL USUARIO ASI COMO LAS FUENTES PRIIMARIAS Y SECUNDARIAS

Base de datos:

La base se encuentra en excell en ella se encontrará las variables del formato de captura de datos que se debe registrar de acuerdo a las casillas, se recuerda que no se pueden hacer modificaciones a la base de datos.

- Hoja I Base de datos.
- Hoja II Casos Foráneos.
- Hoja III Monitoreos.

ANEXO 7

TABLERO DE CONTROL DEFINICION DE CASO

El tablero de control de los casos de conducta suicida de acuerdo a la definición de casos permite realizar el seguimiento de los casos notificados mes a mes y acumulados al año de acuerdo a su definición, esta información deberá ser enviada a La Secretaria Distrital de Salud el último día calendario del mes con la base de datos acumulada y actualizada.

TABLERO DE CONTROL DE LOS CASOS DE CONDUCTA SUICIDA POR DEFINICION DE CASOS

MES:

LOCALIDAD	TOTAL CASOS IDENTIFICADOS SISVECOS		TOTAL CASOS DESCARTADOS POR CALIDAD DEL DATO		TOTAL CASOS VALORADOS SISVECOS		TOTAL CASOS FALLIDOS		TOTAL CASOS DESCARTADOS DE CTA SUICIDA		TOTAL CASOS INCONCLUSO		TOTAL CANALIZADOS PSICOSOCIAL		TOTAL INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS		TOTAL CASOS MONITOREADOS		TOTAL CASOS REMITIDOS A OTRA LOCALIDAD		
	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	ACUM.	MES	
USAQUEN																					
CHAPINERO																					
SANTAFE																					
SAN CRISTOBAL																					
USME																					
TUNJUELITO																					
BOSA																					
KENNEDY																					
FONTIBON																					
ENGATIVA																					
SUBA																					
B.UNIDOS																					
TEUSQUILLO																					
MARTIRES																					
A. NARIÑO																					
PUENTE ARANDA																					
CANDELARIA																					
RAFAEL URIBE																					
C.BOLIVAR																					
SUMAPAZ																					
TOTAL																					

TOTAL CASOS IDENTIFICADOS SISVECOS: Se registra el total de casos notificados al SISVECOS al mes por las diferentes UPGD y UI.

TOTAL CASOS DESCARTADOS POR CALIDAD DEL DATO: Número de registros que fueron descartados notificados por las UPGD y UI por no contar con los criterios de calidad del dato.

TOTAL CASOS VALORADOS SISVECOS: Número de casos valorados e intervenidos en el mes por la intervención del Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida.

TOTAL CASOS FALLIDOS: Número de Caso de una persona que por su voluntad no acepta la realización de un proceso de intervención porque no está interesado, la familia solicita de antemano su desinterés.

TOTAL CASOS DESCARTADOS DE CTA SUICIDA Número de casos al mes que al realizar el proceso de valoración fueron identificados con otro tipo de eventos, como lesión no autoinflingida de carácter no intencional o una violencia.

TOTAL CASOS INCONCLUSO: Número de casos al mes que por decisión inherente a la familia no continuó con el proceso de intervención para conducta suicida pero que tiene como mínima una visita cumplida.

TOTAL CANALIZADOS PSICOSOCIAL: Número de casos al mes que por cumplir con los criterios establecidos para la canalización fueron remitidos al ámbito familiar a la intervención psicosocial.

TOTAL INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS: Numero de casos de conducta suicida a los que se les realizo en el mes IEC de acuerdo a los criterios establecidos en la guía operativa.

TOTAL CASOS MONITOREADOS: Número de casos de conducta suicida a los que se les realizo el monitoreo mediante llamada telefónica en el mes tres meses después del cierre de la intervención.

TOTAL CASOS REMITIDOS A OTRA LOCALIDAD: Numero de casos notificados al SISVECOS en el mes que pertenecen a otra localidad y fueron remitidos a la localidad de origen.

ANEXO 8

**INFORME DEL SISTEMA DE INFORMACION
CONDUCTA SUICIDA**

Instrucciones: El siguiente esquema les permitirá realizar el boletín semestral en conducta suicida, se registra la información y se analiza.

1. Identificar el número de casos de conducta suicida identificados por el sistema de información por mes

	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Ideación				
Amenaza				
Intento				
Consumado				

2. Numero de UPGD y UI identificando el número de casos canalizados

UPGD/UI	IDEACION	AMENAZA	INTENTO	CONSUMADO
NOMBRE				

3. Casos identificados por territorios de GSI

4.

GSI	IDEACION	AMENAZA	INTENTO	CONSUMADO
NOMBRE				

5. Ámbito y número de casos canalizados

AMBITO	IDEACION	AMENAZA	INTENTO	CONSUMADO
NOMBRE				

6. Caracterización Epidemiológica de de la conducta suicida (Variables de tiempo lugar y personas)

- a. Proporción de casos por manifestación de conducta suicida (trimestre)

MANIFESTACION	NUMERO	%
IDEACION		
AMENAZA		
INTENTO		
CONSUMADO		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

b. Número y proporción de casos por edad y sexo solo para intento de suicidio.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	N	%	N	%	
5 a 9					
10 a 14					
15 a 19					
20 a 24					
25 a 29					
30 a 34					
35 a 39					
40 a 44					
45 a 49					
50 a 54					
55 a 59					
60 a 64					
65 a 69					
70 a 74					
75 y más					
TOTAL					

CICLO VITAL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	N	%	N	%	
0 A 5					
6 A 14					
15 a 19					
19 A 26					
27 a 59					
60 Y Mas					

c. Número y proporción de casos por SGSSS solo para intento de suicidio.

SGSSS	NUMERO	%
CONTRIBUTIVO		
SUBSIDIADO		
NO VINCULADO		
EXCEPCIONAL		
ESPECIAL		

d. Número y proporción de casos por aseguradora solo para intento de suicidio

EPS - ARS	NUMERO	%

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

e. Número y proporción de casos por escolaridad solo para intento de suicidio.

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
Ninguna		
Primaria Incompleta		
Primaria Completa		
Secundaria Completa		
Secundaria Completo		
Secundaria Incompleto		
Técnico post universitario incompleto		
Técnico post universitario incompleto		
Universitario incompleto		
Universitario Completo		
Universitario Incompleto		
Postgrado Incompleto		
Postgrado completo		
Sin Información		

f. Número y proporción de casos por estado civil solo para intento de suicidio.

Estado civil	NUMERO	%
soltero(a)		
Casado(a)		
Unión Libre		
Separado(a)		
Divorciado(a)		

g. Número y proporción de casos por ocupación solo para intento de suicidio. **(La ocupación depende de la clasificación que se establece en el sistema)**

Ocupación	NUMERO	%

h. Número y proporción de casos por situación especial solo para intento de suicidio.

SITUACIÓN ESPECIAL	NUMERO	%
Ninguna		
Gestante/lactante		
Discapacidad		
Menor Abandonado		
En protección		
Situación de Desplazamiento		
condición de desplazamiento		
Reincorporado		
Habitante de calle.		
Raizales		
Rom		
Afrocolombianos		
Palenqueros		
Indígenas		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Persona Cabeza de familia		
Explotados/adados laboralmente		
Personas en situación de prostitución.		
Servidores Públicos.		
Otro		

i. Número y proporción de casos por escenario solo para intento de suicidio.

ESCENARIO	NUMERO	%
Hogar		
Lugar de trabajo		
Vía pública		
Establecimiento público		
Institución educativa		

j. Número y proporción de casos por mecanismo solo para intento de suicidio.

MECANISMO	NUMERO	%
Intoxicación exógena		
Arma de fuego		
Objeto corto Punzante		
Asfixia mecánica		
Lanzamiento al vacío		
Lanzamiento a vehículo		
Embolia gaseosa		
Quemadura		
Explosivos		
Otro		

K. Número y proporción de casos por evento desencadenante primario solo para intento de suicidio. (Se registran los cinco primeros eventos desencadenantes)

Evento desencadenante	NUMERO	%

7. Hacer un análisis de los indicadores de la guía operativa.

INDICADOR	ANALISIS
Indicador I	
Indicador II	
Indicador III	
Indicador IV	

8. Número de casos remitidos por localidad, intervención psicosocial y monitoreos Identificando el número de casos y a la localidad a la que fue remitida. Además el número de casos remitidos a la intervención psicosocial y a los cuales se les hizo monitoreo.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Total de casos remitidos otra localidad		Número de Casos
Localidades:	Engativa	

Total de casos remitidos a la intervención psicosocial	Número
Análisis cualitativo de la valoración	

Total de casos a los cuales se les hizo monitoreo	Número
Análisis cualitativo del monitoreo	



9. Análisis de casos fallidos, Identificando que tipo de fallido se presenta y las recomendaciones.
10. Análisis cualitativo de los determinantes sociales.
11. Recomendaciones ante el evento de conducta suicida.
12. Análisis del proceso de articulación ámbitos, PDA y otras intervenciones de VSP.
13. observaciones y recomendaciones del sistema de información de conducta suicida

Elaboro _____
Hospital _____
Correo _____
Celular _____

NOTA: ESTOY ATENTA A SUS RECOMENDACIONES SOBRE EL DOCUMENTO.

**ANEXO 10
BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL**

Para el ejercicio de búsqueda activa institucional se debe utilizar el registro a continuación, en el cual se establece que tipo de conducta suicida que se identifico en la UPGD y UI, la manifestación puede ser no fatal y fatal.

 CENSO DE CONTROL DE NOTIFICACIÓN AL Sivigila 					
Departamento: _____ Municipio / corregimiento, Localidad o barrio _____					
Nombre de la UPGD: _____					
Trimestre a evaluar: Primero: <input type="checkbox"/> Segundo: <input type="checkbox"/> Tercero: <input type="checkbox"/> Cuarto: <input type="checkbox"/> Meses _____ AÑO: 20 _____					
Nombre del Responsable: _____					
Correo electrónico: _____					
Persona encargada de la notificación: _____					
Evento	CIE 10	Descripción	Eventos encontrados por RIPS	Eventos notificados al SIVIGILA	Eventos pendientes por notificar al Sivigila
CONDUCTA SUICIDA (lesiones autoinflingidas intencionalmente)	X60	Envenenamiento por exposición analgesicos no narcoticos, anticepticos y antireumaticos			
	X61	Envenenamiento por exposición a drogas antiepilepticas, sedantes, hipnoticas, antiparkinsonianias y psicotropicas no clasificadas en otra parte.			
	X62	Envenenamiento por exposición analgesicos no narcoticos, anticepticos y antireumaticos			
	X63	Envenenamiento por exposición denarcoticos y psicodislepticos (alucinogenos) no clasificados en otras partes.			
	X64	Envenenamiento por exposición a otras drogas, medicamntos y sustancias biologicas y lo no especificado.			
	X65	Envenenamiento por exposición al alcohol.			
	X66	Envenenamiento por exposición a disolventes organicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.			
	X67	Envenenamiento por exposición a otros gases y vapores			
	X68	Envenenamiento por exposición a plagicidas.			
	X69	Envenenamiento por exposición a otros productos quimicos y sustancias nocivas y los no especificados.			
	X70	Por Ahorcamiento, estrangulación o sofocación			
	X71	Por ahogamiento y sumersión			
	X72	Por disparo de arma corta			
	X73	Por disparo de rifle, escopeta y arma larga.			
	X74	Por disparo de otras armas de fuego y las no especificadas.			
	X75	Por material explosivo			
	X76	Por humo, fuego y llamas.			
	X77	Por vapores de agua, vapores y objetos calientes.			
	X78	Por objeto cortante			
	X79	Por objeto romo o sin filo			
X80	al saltar desde un lugar elevado.				
X81	Por arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento.				
X82	Por colisión de vehiculo de motor.				
X83	Por otros medios especificos				
X84	Por otros medios no especificos.				
TOTAL					

ANEXO 11 METODOLOGIA DE ESTUDIO DE CASOS CONDUCTA SUICIDA

Por: Gloria del Pilar Cardona, Ps. Epidemióloga
Ref. Salud Mental

INTRODUCCION

Con el fin de mejorar el proceso de caracterización de la conducta suicida en los casos que se requieran, como por ejemplo los de niños, niñas y adolescentes y gestantes, se busca realizar en los territorios y localidades un estudio de caso (s) que nos permitan poder identificar las factores de riesgo, describir la situación que genero la manifestación de la conducta (Ideación, amenaza, intento o suicidio consumado), además establecer y proponer formas de intervención para la prevenir la conducta suicida.

DEFINICION ESTUDIO DE CASO

Los estudios de caso permiten abordar un problema en particular para describir y establecer las circunstancias específicas del problema. Se define el caso como un sistema acotado con lo que insistía en su condición de objeto más de proceso, un caso puede ser una persona o varias personas que comparten un mismo evento a estudio.

Para este tipo de estudios los datos pueden ser cualitativos y cuantitativos lo más importante es la forma en la que se analiza e interpreta para describir el caso o los casos en estudio. Es también importante mencionar que se pueden recolectar la información desde diferentes fuentes, (Chetty, 1996) como por ejemplo, contar con la información recolectada en la historia clínica por egreso hospitalario, la ficha de intervención psicosocial y las entrevistas llevadas a cabo a los familiares, entre otras.

La investigación por estudio de caso puede ser realizada a partir de metodologías cuantitativas o cualitativas. La primera consiste en el contraste de teoría(s) ya existente(s) a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio. Por lo tanto, para realizar estudios cuantitativos es indispensable contar con una teoría ya construida, dado que el método científico utilizado en la misma es el deductivo; mientras que la segunda (metodología cualitativa) consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos, Glasser y Strauss (1987: 253, citado en Perry, 1998:788)

Los estudios de casos pueden ser diferentes, entre esos están los explicativos, los cuales, se define como aquel que busca encontrar las razones, o explicaciones de un fenómeno. Las razones se pueden traer del contexto simultáneo del fenómeno, a partir del pasado, o alternativamente a partir del futuro como se explica a continuación (<http://www.uiah.fi/projekti/metodi/271.htm>)

Explicación a partir del pasado. En las ciencias naturales las explicaciones para los acontecimientos tradicionalmente se buscan en el pasado: ¿cuáles son las razones que causaron el presente estado de cosas?

Explicación a partir del presente. Especificar los eventos o situaciones que antecedieron el suceso la manifestación de la conducta suicida, identificando factores físicos, psicológicos y sociales (específicamente el familiar) que puedan ser importantes para entender el proceso o la ocurrencia del acto.

Explicación a partir del futuro. Es común cuando se están explicando los actos de la gente, es importante establecer situaciones futuras que pueden ser riesgo o nos pueden permitir establecer futuras formas de intervención en la prevención de la conducta suicida.

En conclusión se puede decir que los casos de investigación adoptan, en general, una perspectiva integradora. Un estudio de caso es, según la definición de Yin (1994, pág. 13), “una investigación empírica que estudia un

fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.”

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los casos de conducta suicida tanto de Ideación, amenaza, intento y suicidio consumado que requieran ser estudiados y descritos por presentar alto impacto en la comunidad, mediante la realización de las investigaciones de caso. Especialmente la población gestante y niños, niñas y adolescentes.

PROCEDIMIENTO

1) Identificación de la problemática

Se identifica cualquier manifestación de conducta suicida que sea llevado a cabo por un niño o niña menor de 9 años y cualquier mujer estado de gestación que manifieste una ideación, amenaza, intento o suicidio consumado.

Se aclara que la muestra puede ser acumulativa al número de casos que sean identificados por la base de datos del sistema de información de conducta suicida, o individual dependiente del número captados cada semestre.

Definición de la(s) unidad(es) de análisis

Los estudios de caso(s) pueden ser simples o múltiples, dependiendo del número de casos que se vaya a estudiar. Sin embargo, Yin (1989:28) propone una tipología que establece cuatro tipos básicos, dependiendo del número de casos y de los diferentes niveles de análisis. Así, se identifica:

- El caso único o unidad de análisis.
- El caso único con unidad principal y una o más subunidades.
- Los casos múltiples con unidad principal de análisis.
- Los casos múltiples con unidad principal y una o más subunidades dentro de la principal.

Por lo tanto, para las investigaciones epidemiológicas de campo de conducta suicida se realiza unidades de análisis de un caso único o unidad de análisis o/y los casos múltiples con unidad principal de análisis.

Se aclara que hay dos unidades de análisis en la investigación: 1) Niño (s) o niña (s) menores de 9 años y 2) las mujeres gestantes¹⁶ en cualquier ciclo vital.

2) Construcción del marco conceptual de conducta suicida

Se debe hacer una contextualización teórica y empírica del evento a estudio, es decir, de ideación, intento o suicidio consumado la cual no puede ser menor a 5 hojas ni mayor a 10. Este marco debe contar con las referencias y citas pertinentes, que den cuenta de la bibliografía revisada, definiendo el evento, causas y consecuencias y procesos de intervención desde la prevención y atención de la conducta suicida.

3) Preguntas informativas generales

El investigador propone una pregunta de investigación, la cual, puede ser una afirmación o un interrogante a cerca de un fenómeno, en forma precisa y clara, de tal forma que de esta se desprendan los métodos,

procedimientos e instrumentos para la realización de la investigación.
http://es.wikipedia.org/wiki/Pregunta_de_investigaci%C3%B3n

Ejemplo: ¿Cuáles son los factores que anteceden un intento de suicidio en mujeres en gestación?

4) Recolección de información

Yin (1989:29) recomienda la utilización de múltiples fuentes de datos y el cumplimiento del principio de triangulación para garantizar la validez interna de la investigación. Esto permitirá verificar si los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes de información guardan relación entre sí (principio de triangulación); es decir, si desde diferentes perspectivas convergen los efectos explorados en el fenómeno objeto de estudio. En consecuencia, el investigador podrá utilizar diferentes fuentes de información bases de datos, Internet, entrevistas a investigadores del área, organismos públicos o privados, documentos y estadísticas relacionadas con el fenómeno abordado en la investigación.

De manera similar, se requiere la aplicación de distintos instrumentos de recolección de información, tales como: entrevista personal no estructurada, entrevista personal estructurada, encuestas por cuestionarios, observación directa estructurada, observación directa no estructurada, revisión de documentos y de datos estadísticos relacionados con el fenómeno estudiado, entre otros.

Pues Shaw (1999:64) indica que “la investigación conducida dentro del paradigma cualitativo está caracterizada por el compromiso para la recolección de los datos desde el contexto en el cual el fenómeno social ocurre naturalmente y para generar una comprensión que está basada en las perspectivas del investigador”.

Para conducta suicida se aclara que cuenta con los instrumentos y fuentes primarias y secundarias que permiten hacer el análisis, como por ejemplo: Historia Clínica de egreso social, ficha de seguimiento de la intervención psicosocial en conducta suicida y entrevista a la familia, entre otras.

5) Análisis e interpretación de la información

En una investigación cualitativa, lo principal es generar una comprensión del problema de investigación, en lugar de forzar los datos dentro de una lógica deductiva derivada de categorías o suposiciones (Jones, 1985:25). Por lo tanto, es importante que los datos sean analizados en forma inductiva, guiado por la literatura inscrita en el marco teórico de la investigación (Easterby-Smith *et al.*, 1991; Glaser y Strauss, 1967; Lofland, Lofland, 1971; Marshall & Rossman, 1995; Strauss & Corbin, 1990).

Pese a que no existe ninguna fórmula considerada como la mejor manera o la forma más correcta de realizar el análisis inductivo de datos cualitativos (Yin, 1994:102), algunos autores sugieren una serie de recomendaciones, como una manera de contribuir al desarrollo del paradigma cualitativo y de suministrar una guía a los investigadores interesados en implementar este tipo de metodología.

Para el desarrollo del análisis tener en cuenta:

- 1) Realizar la descripción de la situación actual: teniendo en cuenta mecanismo, evento desencadenante y las consecuencias generadas del evento, eventos desencadenantes, predisponentes y factores de riesgo.
- 2) Identificar los factores y dimensiones del sujeto desde físico, psicológico, social, cultural y espiritual. Tener en cuenta las variables que están implícitas en las fichas de captura de la información para completar la información.
- 3) Establecer determinantes sociales: Identificar los determinantes singulares, particulares y generales.
- 4) Si el análisis es más de un caso referenciar las similitudes y diferencias del caso en cuanto a las dimensiones del sujeto de acuerdo al caso menores de 9 años y gestantes¹⁷ y lactantes por ejemplo.

¹⁷ Revisar la guía operativa de salud sexual y reproductiva para la mortalidad materna y perinatal a causa de una conducta suicida.

Se hace análisis con la bibliografía revisada. En esta etapa, el investigador se centra en las áreas de interés que conduzcan a la comprensión del problema de investigación, a través de la concentración de los datos recolectados y su comparación constante con los códigos previamente establecidos, para determinar las diferencias y similitudes con la literatura existente al respecto. (Glaser & Strauss, 1967).

6) Resultados

Una vez desarrollada la fase anterior se procede a efectuar un análisis profundo de la información, con el propósito de interpretar las relaciones encontradas entre las categorías establecidas con base en el marco teórico (variables) y los datos obtenidos, e intentar explicar porqué existe dicha relación, lo cual conduce a la comprensión del fenómeno estudiado (conceptualización). Los variables se refieren a las diferentes dimensiones o variables establecidas, y que fueron extraídas de las diferentes teorías y enfoques insertos en el marco teórico de la investigación. pensamiento & gestión, 20. Universidad del Norte, 165-193, 2006.

7) Discusión

El documento final realizará una discusión como conclusión de los resultados encontrados Además propondrá estrategias de intervención de acuerdo al análisis encontrado.

Referencias

- Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium – sized firms. *International small business journal*, vol. 5, octubre – diciembre.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research, *Academy of Management Review*, 14 (4): 532-550.
- Eisenhardt, K.M. (1991). “Better stories and better constructs: the case for rigor and comparative logic”, *Academy of Management Review*, 16 (3), 620-7.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (1995). *Designing Qualitative Research*, 2nd ed., Thousand Oaks, CA, Sage.
- Perry Ch. (1998). Processes of a case study methodology for postgraduate research in marketing, *European Journal of Marketing*, 32 (9/10): 785-802.
- Perry, C. 1998. “A structured approach to presenting theses”, *Australian Marketing Journal*, 6 (1): 63-86.
- Shaw, E. (1999). A guide to the Qualitative Research Process: Evidence from a Small Firm Study. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2 (2): 59-70.
- Yin, R. K. (1984/1989). *Case Study Research: Design and Methods*, Applied social research Methods Series, Newbury Park CA, Sage
- Yin, R.K. (1993). *Applications of Case Study Research*, Applied Social Research Methods Series (Vol. 34), Newbury Park, CA, Sage.
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research – Design and Methods*, Applied Social Research Methods (Vol. 5, 2nd ed.), Newbury Park, CA, Sage

ANEXO 12
FORMATO DE REMISION PARA INTERVENCIÓN EN LA FAMILIA
En construcción grupo de salud mental

**ANEXO 13
FORMATO DE REMISION PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

En construcción grupo de salud mental

ANEXO 14
MANTENIMIENTO DE LA UPGD y UI
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA DE CONDUCTA SUICIDA

Lista de chequeo para asesoría, asistencia técnica
 Y búsqueda activa institucional

IDENTIFICACION

Fecha de la visita:		Hora de inicio:	
Nombre de la institución:			
Dirección:		Tel:	Fax:

Motivo de la visita:

Solicitud de la institución

Búsqueda activa por notificación

Solicitud de la SDS

Ingreso al sistema

Programación de la ESE

Otra

Nombre de la persona encargada de la notificación periódica:

ACTIVIDADES REALIZADAS	SI	NO
Se entregaron formatos de captura del SISVECOS		
Cuantos:		
Se realizó capacitación en el manejo de la notificación		
Cuantas personas se capacitaron		
Se resolvieron inquietudes técnicas		
Cuáles – utilice el espacio para observaciones		
Se recopilaron datos no reportados o formatos diligenciados		

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA VISITA

COMPROMISOS y OBSERVACIONES

NOMBRES Y FIRMAS DE QUIEN(ES) ATENDIERON LA VISITA PROGRAMADA

Cargo o función	Nombre y apellidos	Institución
Epidemiólogo ESE		
Psicólogo ESE		
Institución visitada		

Utilice hojas adicionales en caso de requerirse

**ANEXO 15
RESUMEN DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN EL SISVECOS DE ACUERDO A LA
RESPUESTA INTEGRADORA Y A LOS COMPONENTES DE VIGILANCIA**