

ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS)

Considerando toda la vida y Reciente

| IDEACIÓN SUICIDA | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p> | | Considerando toda la vida - (cuando la persona sintió más ganas de suicidarse) | 1 mes pasado |
| <p>1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p> | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/ suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plandurante el período de evaluación. <i>¿Ha pensado realmente en matarse?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p> | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". <i>¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p> | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener <u>cierta intención de llevarlos a cabo</u>, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". <i>¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p> | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. <i>¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tenida intención de llevar a cabo este plan?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p> | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN | | | |
| <p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo). Pregunte sobre cuando la persona sintió más deseos de suicidarse. Considerando toda la vida - Ideación más seria:</p> <p><u>1 mes pasado</u> - Ideación más seria:</p> | | Más seria | Más seria |
| <p>Tipo N° (1-5) Descripción de la ideación</p> <p>Tipo N° (1-5) Descripción de la ideación</p> | | | |
| <p>Frecuencia <i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i> (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p> | | _____ | _____ |
| <p>Duración <i>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</i> (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos</p> | | _____ | _____ |
| <p>Control <i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</i> (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (0) No intenta controlar los pensamientos</p> | | _____ | _____ |
| <p>Impedimentos <i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i> (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (0) No corresponde</p> | | _____ | _____ |
| <p>Razones para la ideación <i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i> (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (0) No corresponde</p> | | _____ | _____ |

| COMPORTAMIENTO SUICIDA (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos) | | Considerando toda la vida | 3 meses pasados | |
|--|---------------------------------|---|---|-------------------------|
| Intento real: Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i> . El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>cierta</i> intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <i>No es necesario que haya alguna herida o daño</i> , sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. ¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto? ¿Qué hizo? ¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida? ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____? ¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____? ¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____? ¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)? (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa: | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° total de intentos _____ | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° total de intentos _____ | |
| ¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida? | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera? Si la respuesta es "sí", describa: | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° total de intentos interrumpidos _____ | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° total de intentos interrumpidos _____ | |
| Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo? Si la respuesta es "sí", describa: | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° total de intentos abortados _____ | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° total de intentos abortados _____ | |
| Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)? Si la respuesta es "sí", describa: | | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | Fecha del intento más reciente: | Fecha del intento más letal: | Fecha del primer intento: | |
| Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte | | Ingrese código _____ | Ingrese código _____ | Ingrese código _____ |
| Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible | | Ingrese código _____ | Ingrese código _____ | Ingrese código _____ |

Factores de Riesgo/ Factores de Proteccion

Instrucciones: Marque todos los factores de riesgo y de proteccion que se aplican. Se completara despues de la entrevista con el paciente, revision de la historia clinica(s) y/o consulta con los miembros de la familia y/u otros profesionales.

| Ultimo 3 meses | Suicidio y Auto-Lesion | Toda La Vida | Estado Clinico (Reciente) | |
|--|---|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Intento reales de suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de esperanza |
| <input type="checkbox"/> | Intento interumpido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Episodio Depresivo Mayor |
| <input type="checkbox"/> | Intentos abortados o auto-interumpido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Episodio Afectivo Mixto (ejemplo: Bipolar) |
| <input type="checkbox"/> | Otros actos preparatorios para matarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alucinacion que Mandan hacerte dano |
| <input type="checkbox"/> | Auto-lesion sin el intento de suicidio) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comportamiento altamente impulsivo |
| Pensamientos de Suicidio | | | <input type="checkbox"/> | Abuso de sustancia o dependencia |
| Marque el mas serio en el ultimo mes) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Deseas estar muerto | | <input type="checkbox"/> | Agitacion o Ansiedad grave |
| <input type="checkbox"/> | Pensamientos de suicidio | | <input type="checkbox"/> | Carga percibida en la familia o otras personas |
| <input type="checkbox"/> | Pensamientos de suicidio (pero sin un plan especifico o intento de completarlo) | | <input type="checkbox"/> | Dolor fisico cronico o otro problema medico (VIH/ SIDA, COPD, cancer, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Intento de suicidio (sin un plan especifico) | | <input type="checkbox"/> | Pensamientos o ideas de homicidio |
| <input type="checkbox"/> | Intento de suicidio | | <input type="checkbox"/> | Comportamiento agresivo hacia otras personas |
| Eventos de Activacion (Reciente) | | | <input type="checkbox"/> | Metodo de suicidio disponible (pistola, pastillas,etc) |
| <input type="checkbox"/> | Reciente perdida o otros eventos negativos (ejemplo: legal, economico, relacion/amistad, etc) | | <input type="checkbox"/> | Niega o incapaz de estar de acuerdo con el plan de seguridad |
| Describe: | | | <input type="checkbox"/> | Abuso sexual (en la vida entera) |
| | | | <input type="checkbox"/> | Historial de suicidio en la familia (la vida entera) |
| <input type="checkbox"/> | Encarcelamiento pendiente o la falta de vivienda | | Factores de Proteccion (reciente) | |
| <input type="checkbox"/> | Aislamiento actual/ pendiente o sentirse solo | | <input type="checkbox"/> | Identifica razones para vivir |
| Historial de Tratamiento | | | <input type="checkbox"/> | Responsable por familia/otros; viviendo con familia |
| <input type="checkbox"/> | Diagnosticos/ tratamientos psiquiatricos anteriores | | <input type="checkbox"/> | Apoyo social y de familia |
| <input type="checkbox"/> | Sin esperanza o insatisfecho con el tratamiento | | <input type="checkbox"/> | Miedo a muerte o morir por dolor o sufrimiento |
| <input type="checkbox"/> | No cumple con el tratamiento | | <input type="checkbox"/> | Piensas que el suicidio es inmoral; Muy espiritual |
| <input type="checkbox"/> | No esta recibiendo tratamiento | | <input type="checkbox"/> | Participa/ comprometido en el trabajo o escuela |
| Otros Factores de Riesgo | | | Otros Factores de Proteccion | |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |

Notas sobre Factores de Riesgo/ Factores de Proteccion

Categorías de riesgo y consideraciones

Riesgo Alto:

Ideación suicida activa con intencion o con plan en el mes pasado (Ideación Suicida de C-SSRS #4 o #5) o Comportamiento Suicida en los ultimos 3 meses (Comportamiento Suicida de C-SSRS).

Riesgo Moderado:

Ideación suicida activa con metodo, SIN plan, inencion o comportamiento en el mes pasado (Ideación Suicida de C-SSRS #3) O Comportamiento Suicida hace mas de 3 meses (Considerando toda la vida de Comportamiento Suicida de C-SSRS) O Varios Factores de riesgo y algunos factores de proteccion.

Riesgo Bajo:

Deseos de morir o Ideacion suicida SIN metodo, intencion, plan, o comportamiento (Ideación Suicida de C-SSRS #1 o #2) O factores de riesgo que pueden cambiar y F\fuertes factores de proteccion O No hay historia de reportes de ideacion suicida activa o comportamiento.

Con Intesidad de Ideacion Activa, Riesgo generalmente es mas alto cuando:

- Pensamientos ocurren mas frecuente
- Pensamientos duran mas tiempo
- Pensamientos siente menos controlable
- Pocos Impedimentos por tomar accion de los pensamientos
- Emliminar el dolor es la "razon"

Calificación general para este cliente – En este caso:

- Riesgo bajo
- Riesgo moderado
- Riesgo alto

Notas/ Motivo de la calificación:
