

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE GRAVEDAD DE SUICIDIOS COLUMBIA

(C-SSRS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo y Mann

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

EVALUACIÓN DE RIESGO

Instrucciones: Indique todos los factores de riesgo y protección que corresponda. A completar después de la entrevista con el paciente, revisión de la/s historia/s clínica/s y/o la consulta con los familiares y/u otros profesionales.				
Últimos 3 meses	Conducta suicida o autolesiva	De por vida	Estado clínico (reciente)	
<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio real	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desesperanza
<input type="checkbox"/>	Intento interrumpido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodio depresivo importante
<input type="checkbox"/>	Intento abortado o autointerrumpido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodio afectivo mixto (por ejemplo, bipolar)
<input type="checkbox"/>	Otras acciones preparatorias para matarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controla las alucinaciones de dañarse a sí mismo
<input type="checkbox"/>	Conducta autolesiva <i>sin</i> intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducta extremadamente impulsiva
Ideación suicida Indique las situaciones más graves del mes pasado			<input type="checkbox"/>	Abuso o dependencia de sustancias
<input type="checkbox"/>	Deseo de estar muerto		<input type="checkbox"/>	Agitación o ansiedad grave
<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas		<input type="checkbox"/>	Se percibe como una carga para la familia u otras personas
<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas con método (pero sin un plan específico ni intención de accionar)		<input type="checkbox"/>	Dolor físico crónico u otro problema médico agudo (VIH/SIDA, EPOC, cáncer, etc.)
<input type="checkbox"/>	Intención suicida (sin plan específico)		<input type="checkbox"/>	Ideación homicida
<input type="checkbox"/>	Intención suicida con un plan específico		<input type="checkbox"/>	Conducta agresiva hacia los demás
Eventos activadores (recientes)			<input type="checkbox"/>	Método de suicidio disponible (arma, píldoras, etc.)
<input type="checkbox"/>	Pérdida/s reciente/s u otro/s evento/s negativo/s significativo/s (legales, financieros, en las relaciones, etc.)		<input type="checkbox"/>	Se rehúsa o se siente incapaz de aceptar un plan de seguridad
Describa:			<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (de por vida)
			<input type="checkbox"/>	Historia familiar de suicidio (de por vida)
<input type="checkbox"/>	Encarcelamiento pendiente o indigencia		Factores de protección (recientes)	
<input type="checkbox"/>	Aislamiento actual o pendiente o sentimiento de soledad		<input type="checkbox"/>	Identifica razones para vivir
Antecedentes de tratamiento			<input type="checkbox"/>	Responsabilidad para con la familia u otros; vive con la familia
<input type="checkbox"/>	Diagnósticos y tratamientos psiquiátricos anteriores		<input type="checkbox"/>	Red social o familiar de apoyo
<input type="checkbox"/>	Desesperanza o insatisfacción con el tratamiento		<input type="checkbox"/>	Miedo a la muerte o miedo a morir debido al dolor y al sufrimiento
<input type="checkbox"/>	Incumplimiento del tratamiento		<input type="checkbox"/>	Creencia de que el suicidio es inmoral, alta espiritualidad
<input type="checkbox"/>	No recibe tratamiento		<input type="checkbox"/>	Comprometido con el trabajo o el estudio
Otros factores de riesgo			Otros factores de protección	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Describe cualquier conducta suicida, autolesiva o agresiva (incluya fechas)