

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN



"Protocolo de Atención en Intento Autolítico"

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Dr. Francisco Cabezas	Psiquiatra	20/06/2019	
Revisado por:	Dra. Genoveva Torres	Coordinadora Técnica de Salud Mental	27/06/2019	 Dra. Genoveva Torres Médico Psiquiatra C.MSP. Libro 11 Folio 230 N° 692 INH 06-08-150
	Dra. Isolina Muñoz	Terapista de Psicorehabilitación 2	27/06/2019	 Dra. María Muñoz B. PSICÓLOGA INFANTIL Y PSICOREHABILITADORA 1085-08-809267
	Psic. Mirella Sánchez	Psicóloga Clínica 2	27/06/2019	 Dra. Mirella Sánchez Psicóloga Clínica. C.C. MSP. L.F. 104 N 318
	Psic. Javier Cárdenas	Psicólogo Clínico 5	27/06/2019	 Ministerio de Salud Pública Hospital General Docente de Calderón Psic. Javier Cárdenas Oregón C.C. MSP. L.F. 104 N 318

	Psic. Daniel Gómez Coello	Psicólogo Clínico 3	27/06/2019	
	Dr. Danny Flores	Subdirector de Especialidades Clínico Quirúrgicas	02/07/2019	
	Dra. Gladys Quevedo	Directora Asistencial	02/07/2019	
Aprobado por:	Dr. Jorge Peñaherra	Gerente General	30/09/2019	

"Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo".



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 3 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN:	4
2.	OBJETIVO	4
3.	ALCANCE	4
4.	DEFINICIONES Y CONCEPTOS:	5
5.	DIAGNÓSTICO	6
•	<i>Factores de Riesgo</i>	6
•	<i>Escalas de estratificación</i>	9
6.	TRATAMIENTO	13
7.	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	14
8.	BIBLIOGRAFÍA	15
9.	ANEXOS	17
10.	CONTROL DE CAMBIOS	18

1. INTRODUCCIÓN:

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo y se ha estimado que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100.000. (1)

Según el último informe sobre el suicidio en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las tasas de suicidio en adolescentes de 10 a 19 años y de 15 a 24 de Ecuador, fueron: respectivamente 7,5 y 13,6 por 100.000, reflejando su importancia. Además, según el mismo informe, el suicidio en Ecuador representa entre 15 y 20% de las muertes por causas externas en este grupo de edad. (2)

El presente protocolo por tanto, representa un instrumento técnico y práctico de referencia para la atención de pacientes con urgencias y emergencias en salud mental en el Hospital General Docente Calderón, documento realizado por el equipo de Salud Mental de esta casa de Salud, basado en aportes científicos de la psiquiatría contemporánea adecuada al contexto nacional y sobre todo en los protocolos actuales a nivel del Ministerio de Salud Pública en Ecuador.

2. OBJETIVO

Proporcionar un instrumento práctico, con directrices claras, secuenciales y ordenadas para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de urgencias y emergencias en la atención de conducta suicida en el Hospital General Docente Calderón.

3. ALCANCE

Este protocolo es de aplicación obligatoria en todos los servicios de atención del Hospital General Docente Calderón, respecto al manejo, diagnóstico y tratamiento de conducta suicida.

FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 5 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

El presente documento no incluye aspectos fuera del Hospital, manejo ambulatorio o atención prehospitolaria. Tampoco está dirigido para la atención de urgencias y emergencias de salud mental en niños, adolescentes, adultos mayores, embarazadas y otras poblaciones de atención prioritaria, aunque si se hace énfasis en aspectos fundamentales del diagnóstico y manejo en estos pacientes.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

Conducta Suicida

Se considera la conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia de que:

- La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad.
- La persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida. (3)

Parasuicidio

Conjunto de conductas voluntarias e intencionales, que el sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico y cuyas consecuencias son el dolor pero sin la intención de acabar con su vida. (1)

Ideación suicida

Pensamientos (cogniciones) sobre el suicidio. (1)

Comunicación suicida

En el que el individuo trasmite a terceros sus pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Existen 2 tipos de comunicación suicida.

- Amenaza suicida.- Acto verbal o no verbal, que podria predecir una futura conducta suicida.
- Plan suicida.- Método estructurado o no, con el cual se va a llevar a cabo la idea suicida.(1)

Intento Suicida

Acto suicida que no conlleva a la muerte por determinadas circunstancias externas. (1)

Suicidio

La muerte causada por el comportamiento lesivo autodirigido, con intención de morir como resultado de la conducta.

5. DIAGNÓSTICO

• Factores de Riesgo

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre.

Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes y estimar riesgo de muerte. Entre estos figuran los sociales, familiares, psicológicos y biológicos. (4)

Sociales

- Tensión social.
- Cambio de posición socio económico.
- Problemas con las redes sociales de apoyo.
- Pérdidas personales.
- Pérdida de empleo.
- Catástrofes.
- Desarraigo.



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 7 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

- Aislamiento.
- Exposición al suicidio de otras personas.
- Violencia ambiental, de género y violencia intergeneracional.

Familiares

- Funcionamiento familiar problemático.
- Alta carga suicida familiar.
- Abandono afectivo y desamparo.
- Familia inexistente.
- Violencia doméstica.
- Abuso sexual.

Psicológicos

- Intento de autoeliminación anterior.
- Pérdidas familiares.
- Frustraciones intensas.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Cambio brusco del estado anímico.
- Alteraciones del sueño.
- Abandono personal.

Biológicos

- Trastornos metabólicos.
- Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad.
- Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia.
- Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras).
- Enfermedades en fase terminal.
- Trastornos psiquiátricos.
- Deterioro cognitivo. (4)

Factores protectores

- Habilidades de resolución de problemas.
- Confianza en uno mismo.
- Habilidades sociales.
- Flexibilidad cognitiva.
- Hijos y familiares.
- Calidad del apoyo familiar y social.
- Integración social.
- Religión.
- Espiritualidad y valores positivos.
- Adopción de valores culturales y tradicionales.
- Tratamiento integral de la enfermedad física y mental. (1)

EVALUACIÓN:

La crisis suicida es un período limitado de tiempo en que el riesgo inmediato puede escalar rápidamente. Durante ella el paciente atraviesa un período de especial severidad clínica en que pueden existir ideas suicidas y/o intentos suicidas. El clínico puede verse enfrentado a evaluar una crisis suicida al entrevistar a un paciente que ha realizado un intento o ha comunicado deseos o propósitos suicidas a otra persona. A veces, es el propio profesional quien al interrogar a un paciente obtiene un relato de ideas suicidas. (5)

La actitud del entrevistador debe ser empática y caracterizarse por su comprensión sin realizar juicios de valor y brindando un ambiente cómodo que permita su libre expresión. (8)

FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 9 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

Cómo preguntar
✓ ¿Se siente infeliz? ✓ ¿Se siente desesperado? ✓ ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día? ✓ ¿Siente la vida como una carga? ✓ ¿Siente que la vida no merece vivirse? ✓ ¿Siente deseos de suicidarse?
Cuándo preguntar
✓ Tras el establecimiento de una comunicación empática ✓ Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
Qué preguntar
✓ ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ✓ Tienen alguna idea de ¿cómo la haría? ✓ ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? ✓ Ha decidido ¿cuándo va a llevar el plan de acabar con su vida? ✓ ¿Cuándo lo va hacer?

Fuente: Modificado de la OMS

• **Escalas de estratificación**

La severidad puede evaluarse según la letalidad del método y el grado de intención suicida. Ambas dimensiones se correlacionan débilmente, dado que una tentativa con elevada intención suicida puede realizarse con un método de baja o moderada letalidad. Por esta razón se han elaborado escalas para estimar el grado de intención suicida de la tentativa. (5)

Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlo. Y se podría utilizar cualquiera de las siguientes escalas como apoyo para su valoración.

ESCALA DE SAD PERSON:

Escala cuyo nombre se traduce como "personas tristes" y consiste en un acrónimo en inglés. Por cada elemento presente se suma un punto y se define la conducta sobre la base del puntaje obtenido.

0 a 2: alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio;

3 a 4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso;

5 a 6: se sugiere ingreso;

7 a 10: ingreso forzoso. (6)

<i>ESCALA DE SAD PERSON</i>		<i>PTS</i> <i>0 -1</i>
<i>S</i>	<i>Masculino</i>	
<i>A</i>	<i><20 ó > a 45 años</i>	
<i>D</i>	<i>Presencia de Depresión</i>	
<i>P</i>	<i>Intento de Suicidio Previo</i>	
<i>E</i>	<i>Abuso de alcohol y drogas</i>	
<i>R</i>	<i>Ausencia de pensamiento racional y trastorno cognitivo</i>	
<i>S</i>	<i>Apoyo social inadecuado</i>	
<i>O</i>	<i>Plan elaborado</i>	
<i>N</i>	<i>No pareja</i>	
<i>S</i>	<i>Problemas de salud, enfermedad médica o somática</i>	

Fuente: Tomado y modificado de guía de depresión MSP Ecuador, 2017

COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS):

Es una escala destinada a evaluar severidad de la ideación y la conducta suicida durante el último mes en pacientes con doce años de edad o más, además de enlazar el grado de severidad a un nivel de apoyo inmediato que la persona necesitaría.

FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 11 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

Característicamente evalúa cuatro grandes ítems: severidad de la ideación (avanzando en un continuum que va desde ideas pasivas/ideas activas/intención sin planificación/con planificación/ con método específico/con real intención de ejecutarlo), intensidad de la ideación, comportamiento suicida y grado de letalidad del intento, asignando un puntaje variable a cada ítem.6 (Anexo 1)

La C-SSRS en su versión abreviada como screening en atención primaria de salud evalúa sólo el ítem de severidad de la ideación, a través de seis preguntas directas clasificando a los pacientes con ideación suicida en tres categorías de riesgo fundadas en un código de colores: rojo equivale a riesgo alto y requiere de medidas de prevención inmediatas; naranja es riesgo moderado y requiere evaluación por el equipo de salud mental a la brevedad para elección de medidas de precaución; y amarillo es riesgo leve y son pacientes que se derivarán al equipo de salud mental en forma diferida.

ESCALA DE PLUTCHIK

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

En nuestro medio ha sido validada por Rubio y cols. Se trata de un cuestionario auto administrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1.El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Resulta fácil y rápida de administrar (1-2minutos).

INTERPRETACIÓN:

Admitiendo las dificultades que implica la detección de pacientes con riesgo suicida de una manera fiable, la escala resulta útil para distinguir en nuestros medios pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas. Algunos autores consideran que la escala no es efectiva para discriminar la severidad del riesgo suicida y describen la escala como una medida del riesgo más que como un predictor de acciones futuras. Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68%.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna.

Anexo 7. Escala de riesgo suicida de Plutchik

Instrucciones: las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho, por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

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

Tomado de: Generalitat Valenciana 2006

Interpretación: las respuestas afirmativas puntúan 1, y las negativas 0. A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 13 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

Fuente: Tomado de la guía de Depresión del MSP Ecuador. 2017

6. TRATAMIENTO

Posterior a la evaluación del paciente, se debe realizar entrevista familiar, para corroborar datos y realizar evaluación del entorno familiar y social del paciente.

En los casos que ameriten se debe solicitar la intervención de trabajo social para localizar a familiares, proporcionar la ayuda social necesaria o realizar un estudio social más especializado.

Intervención psicoterapéutica breve a paciente y familiares en los casos que lo ameriten, como parte del tratamiento integral, para promover un adecuado soporte del paciente, en el manejo y adherencia al tratamiento.

En pacientes con riesgo suicida leve quien previamente se encuentre estabilizado clínicamente, deberá ser referido a primer nivel de atención tipo B o C para manejo psicológico continuo.

En pacientes ambulatorios se realizarán controles subsecuentes acorde al criterio médico. Se recomienda terapia cognitiva conductual una vez por semana (al menos al inicio del tratamiento) en sesiones individuales.

En hospitalización se realizará visita diaria hasta alcanzar estabilidad en el cuadro clínico motivo de interconsulta en los casos de pacientes hospitalizados. La vigilancia y cuidado intrahospitalario está absolutamente a cargo del personal de enfermería y los médicos del piso en el cual el paciente está ingresado, y deben cumplir exactamente las órdenes que se indique.

Para casos de riesgo suicida moderado y que cuenten con acompañamiento familiar permanente, se indicará vigilancia cada 4 horas por personal de enfermería y se debe registrar en la historia clínica el estado del paciente, si al paciente presenta ansiedad, agitación o ideas suicidas se debe comunicar al médico de turno.

En casos de riesgo suicida moderado sin apoyo familiar, riesgo suicida grave o extremo la vigilancia debe ser permanente las 24 horas del día por parte del personal de enfermería, incluso el paciente debe ser acompañado al baño a realizar sus necesidades.

Si no existe el acompañamiento familiar permanente y la vigilancia continua por parte del personal de enfermería en una unidad no psiquiátrica el riesgo suicida es alto pese al tratamiento instaurado.

Elaboración de hoja de referencia y contrarreferencia según el caso.

Toda persona con intento autolítico y patología de base, debe recibir seguimiento al menos 6 meses posteriores a la remisión de la sintomatología.

7. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

Según la gravedad de la conducta suicida, estado clínico del paciente y criterios de Servicio de Terapia Intensiva; se decidirá el manejo por esta especialidad.

NECESIDAD DE INGRESO:

- Varón en edades de riesgo.
- Ideación o intento autolítico previo.
- Conducta impulsiva.
- Intento autolítico violento, casi letal o premeditado.
- Tomó precauciones para no ser descubierto o rescatado (planeación).
- Lamenta haber sobrevivido.
- Pensamiento irracional.
- Rechazo de ayuda.
- Agitación severa.
- Paciente psicótico.
- Trastorno psiquiátrico mayor.



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 15 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

- Comorbilidad grave y crónica asociada.
- Limitado apoyo social o familiar, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida. (7)

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de práctica clínica de Prevención y tratamiento de la Conducta suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-T 2010/02.
- 2) Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Pan Am Salud Pública. 2018; 42:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>.
- 3) Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. 2017.
- 4) Hernández P, Villarreal R. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN 2015; 19(8):1053.
- 5) Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(5) 607-615.
- 6) Carolina Abarca, et al. Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. Revista Biomédica revisada por pares 2018; 18(5) e: 7246 doi: 10.5867/medwave.2018.05.7246.
- 7) American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association; 2003 [citado 11 junio 2019]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx.

- 8) Organización Panamericana de la Salud, Editorial PALTEX, 2da Edison,
Pag. 292.



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA 17 DE 18

CÓDIGO: HGDC-PROT-AIA

9. ANEXOS

Anexo 1. Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Tabla 3. Versión abreviada de la escala de Columbia para evaluación de la severidad de la ideación suicida (C-SSRS)		Mey puede	
Formule las preguntas que están en negrita y subrayadas.		SI	NO
Formule las preguntas 1 y 2.			
¿Desea estar muerto(a)? La persona cree/a que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a) o de no seguir viviendo o el deseo de quedarse dormido/a y no despertar. ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?			
¿Le ha pasado? Personas como generales y no específicas relaciones al deseo de poner fin a su vida/su dolor (por ejemplo, "Ha pensado en suicidarse") o ideas sobre cómo quitarse la vida (metodología, condiciones, intención o plan) durante el periodo de evaluación. ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?			
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.			
¿Le ha pasado con métodos (con plan específico o sin la intención de actuar)? El/la participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto se obtiene de un plan específico con detalles elaborados de cómo, lugar o método (por ejemplo, la idea de un suicidio por inyección, pero sin un plan específico). Esto incluye a una) participante que afirma "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente..." y más a lo largo. ¿Ha pensado en cómo llevarlo a cabo?			
¿Le ha pasado con un plan específico? Se presenta ideas suicidas acerca de quitarse la vida y el/la participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, o diferencia de "tengo las pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto". ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlo a cabo?			
¿Le ha pasado con un plan específico? Se presenta ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el/la participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan. ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?			
Opciones 3 menos.			
Pregunta de comportamiento suicida. ¿Ha hecho algo serio, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar con su vida? Ejemplos: postar pidiendo, obtener un arma, regular cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, suicidio pidiendo de una botella, poner los hechos tragados, agarrar un arma pero ha cambiado de idea de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha estado al borde pero no ha saltado al vacío o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.			
☐ Ningún leve de suicidio ☐ Algo leve de suicidio ☐ Algo serio de suicidio			
Fuente: Lewinsohn, R., Brown, D., Lewin, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., et al. Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS): A severity rating scale for primary health settings. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008. Disponible en: http://www.columbia.edu/~c4h/columbia_ssrsc/srsc_forms_for_community_and_healthcare_providers.pdf			

10. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
30/09/2019	Versión Inicial	N/A	001