

**CENTRO DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL Y LABORAL
LAR PRO SALUD MENTAL**

PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	Pág. 3
2. CONCEPTOS.....	Pág. 4
3. PROCEDIMIENTO GENERAL.....	Pág. 6
4. SEÑALES DE ALARMA.....	Pág. 6
5. EVALUACIÓN DEL RIESGO ESTIMADO.....	Pág. 7
6. NIVELES DE RIESGO ESTIMADO.....	Pág. 17
7. ACTUACIONES SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO ESTIMAD.....	Pág. 18
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 19
9. ANEXO: ESCALAS COMPLEMENTARIAS.....	Pág. 21

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Ámbito de aplicación: Este protocolo es de aplicación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Profesionales a quien va dirigido: todo el personal del Centro de Rehabilitación psicosocial.

Población diana: los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El CRPSL LAR es un dispositivo asistencial especializado en rehabilitación psicosocial y laboral de personas con TMGP. Es una unidad abierta y los usuarios son atendidos en régimen de día. El centro no está previsto para el acogimiento de personas con tendencias autolíticas significativas, en la medida en que no se corresponde con su objetivo y por tanto no dispone de los medios necesarios para garantizar la seguridad de la persona en tal caso, constituyendo la presencia de tales tendencias un criterio de exclusión del ingreso en el CRPS.

Sin embargo, no podemos ignorar el hecho epidemiológico de que dicha población objetivo se encuentra en una situación de especial riesgo de cometer conductas suicidas. El presente protocolo pretende dar respuesta a esta realidad, tratando de prevenirlas y proporcionar una serie de actuaciones en la detección, evaluación e intervención de la conducta suicida que pueda suceder puntualmente.

Las recomendaciones aportadas en este protocolo, basadas en la evidencia científica, tratan de adaptarse a las características distintivas de los usuarios del CRPS con los que trabajamos (como son su personalidad y psicopatología), de sus familias (situaciones legales y niveles de implicación diversos) y de los diferentes interlocutores que intervienen.

Por otra parte, el CRPS LAR se compone de diferentes profesionales con formaciones dispares, por lo que este protocolo ha sido diseñado teniendo este hecho en mente, de modo que pueda resultar accesible a todos los trabajadores, en especial en aquellas secciones en que estén implicados como parte del procedimiento general contra conductas suicidas previsto en este documento.

2. CONCEPTOS

Los términos referidos a la temática del suicidio varían entre autores, por lo que a continuación señalaremos de forma sencilla lo que entenderemos en el presente documento por aquellos que utilizaremos.

- **Autolisis**: El significado exacto de esta palabra varía entre diferentes autores; en el presente protocolo se entenderá por autolisis el daño general provocado a uno mismo de forma voluntaria, independientemente de si existe o no intención letal. Por tanto, una persona puede infligirse daño deliberadamente con intención de morir (conducta suicida) o con otras intenciones, como son formas disfuncionales de autorregulación emocional ante emociones negativas intensas (por ejemplo, intentan relajarse o distraerse del dolor emocional a través del dolor físico controlado), formas de expresar y comunicar a otras personas su malestar emocional o usos instrumentales (por ejemplo, el chantaje emocional para obtener algo o que otra persona haga lo que ellos pretenden).
- **Ideación suicida**: Se refiere a la presencia de pensamientos (cogniciones, ideas) acerca de suicidarse. Por sí sola, es frecuente en población general y a lo largo de la vida; la ideación suicida no suele conducir a un deseo real de muerte, sino que se suele fantasear con ello como una salida fácil a un problema habitualmente temporal. Sin embargo, supone una señal de alarma importante que hace necesaria una valoración pormenorizada, tanto de su contenido como de si existen otros factores de riesgo.
- **Comunicación suicida**: Actos interpersonales en los que se transmiten a otras personas sus pensamientos, deseos o intenciones aparentes de

acabar con su propia vida. Se considera un punto intermedio entre la Ideación y la Conducta suicida. Existen dos tipos:

- **Amenaza suicida:** Es la indicación general a otras personas de que pretende suicidarse. A menudo se relaciona con conductas parasuicidas (sin intención real de matarse), pero ello no debe suponer subestimar el peligro, ya que incluso en tal caso, la persona puede pasar al acto con la forma de un gesto suicida, que podría terminar en su muerte no intencionada (ver apartado de “Parasuicidio” más abajo).
- **Plan suicida:** Es la indicación de cómo pretende suicidarse esa persona. Puede ser más o menos preciso, indicando forma, fecha, lugar, etc.
- **Conducta suicida:** Toda conducta potencialmente lesiva y autoinfringida con, al menos aparente, intención de morir. Existen varios tipos dentro de esta categoría general:
 - **Parasuicidio o gesto suicida:** la persona no tiene intención real de morir, sino que busca otro objetivo, como manifestar su malestar, solicitar ayuda o manipular (chantajear) a otra persona. Pese a no ser su intención, la persona puede excederse en el daño infringido al cuerpo y morir realmente, en cuyo caso se habla de “**muerte autoinfringida no intencionada**” en lugar de “suicidio”.
 - **Intento o tentativa suicida:** la persona tenía intención real de morir pero no lo consiguió, por cualquier motivo (insuficiente letalidad en el método, haber sido salvado por servicios sanitarios, etc.).
 - **Suicidio (consumado):** muerte autoinfringida con evidencia de que esa era la intención de la persona.

3. PROCEDIMIENTO GENERAL

En el CRPS LAR existen una serie de medidas de seguridad por defecto para todos los usuarios. Particularmente, se prohíbe a los usuarios la posesión de elementos evidentemente peligrosos como cuchillas, etc. En caso de detectar un riesgo incrementado de conductas suicidas, se aplicarán más restricciones y supervisión, como aparecen recogidas en la sección dedicada a “Actuaciones ante los niveles de riesgo”.

Todo el equipo del CRPS debe ser capaz de detectar señales de alarma, motivo por el cual se han reseñado las más habituales en su correspondiente apartado de este protocolo. En caso de reconocer alguna, se le comunicará al Equipo Clínico, quienes realizarán la pertinente evaluación con el fin de estimar el riesgo actual, que será calificado orientativamente como “normal”, “leve”, “moderado” o alto”, y se tomarán medidas acordes.

Por lo general, cada nivel de riesgo estimado añade nuevas medidas o restricciones al anterior. En cualquier caso, las actuaciones que se indicarán suponen orientaciones estandarizadas, que deberán ser adaptadas si el caso concreto lo requiere.

4. SEÑALES DE ALARMA

Como su nombre indica, las señales de alarma son todo aquello que observamos que nos hacen sospechar de que existe riesgo suicida en una persona. Pueden detectarse en distintos aspectos, como lo que la persona dice (reflejo de sus pensamientos), cómo actúa o su estado de ánimo aparente.

Como se comentó en el procedimiento general, todos los miembros del CRPS deben estar atentos a estas señales, a fin de ponerlas en conocimiento del resto de compañeros, y en particular del Equipo Clínico.

A continuación indicamos señales de alarma típicas:

- Pensamientos y comentarios sobre el suicidio o la muerte (en especial vista como salida de un problema, alivio o similares); va desde la amenaza o revelación explícita de su intención suicida a formas más sutiles, en que insinúa que su vida no durará mucho más. Nunca se debe subestimar el

riesgo que supone la ideación suicida y se debe tomar en serio, incluso si se supone una función instrumental (chantaje o manipulación, por ejemplo).

- Pensamientos y comentarios negativos sobre sí mismo, su vida o su futuro. Aquí se incluyen autodesprecios y comentarios acerca de una situación insoportable, entre otros. Hay que prestar atención a la desesperanza (no espera que la situación negativa cambie, y considera que nada de lo que haga puede cambiar la situación).
- Despedidas, tanto oralmente como a través de cartas, mensajes o notas.
 - Arreglar o poner en orden sus asuntos pendientes. Hacer un testamento se incluye en este tipo.
 - Regalar sus pertenencias significativas.
 - Otros preparativos, como hacerse con materiales necesarios para llevar a cabo el suicidio o valorar el momento más oportuno.
 - Cambios bruscos de conducta, tanto en el sentido del empeoramiento (mayor irritabilidad, agitaciones, consumo de sustancias, aislamiento, etc.) como, atención, mejoría inesperada y repentina.
 - Apatía (pérdida de interés por aquello que previamente le interesaba) y/o anhedonia (no disfrutar de lo que antes sí le producía placer y otras emociones positivas).
 - Aparición de autolesiones.

5. EVALUACIÓN DEL RIESGO ESTIMADO

Este apartado tiene como propósito servir como guía orientativa para el Equipo Clínico a la hora de valorar el riesgo actual de la comisión de una conducta suicida por parte de un usuario.

La estimación de dicho riesgo se realiza mediante juicio clínico basado en:

A) Entrevista clínica,

B) Información disponible de otras personas cercanas al usuario (como cuidadores, familia y/o compañeros),

C) Escalas complementarias, según se estimen necesarias.

La valoración se traducirá en una orientación general de “Normal” (no incrementado sobre lo habitual, que no requerirá ninguna modificación de intervención), “Leve”, “Moderado” y “Alto”.

A modo de recordatorio, es importante tener en cuenta:

- Nuestra población es de especial riesgo para el desarrollo de conductas suicidas.
- La ideación suicida y de muerte es común en población general y no suele implicar intención suicida real, sino una forma de fantasear sobre una salida rápida o “fácil” de un problema habitualmente temporal. Sin embargo no debe subestimarse el riesgo al estar presente, por lo que hay que valorar otros factores de riesgo.
- La conducta suicida puede darse también en ausencia de señales de alarma y/o factores de riesgo, de forma imprevista. Sin embargo, aunque la detección de estos indicadores no se trate de un método infalible, su detección a menudo ayuda a prevenirlas.

A) Entrevista clínica

La entrevista clínica con la persona supone el principal método para recabar datos que nos permitan realizar la estimación del riesgo de conductas suicidas.

En esta sección se proporcionan orientaciones sobre diferentes aspectos a evaluar.

- **Colaboración vs Defensividad:**

Durante la entrevista debemos estar atentos a indicios que nos haga sospechar de intenciones suicidas que el usuario no revela abiertamente. Aunque no

siempre es perceptible, puede manifestarse como alguna forma de defensividad (actúa como si tuviese algo que ocultar): por ejemplo, rehúsa contestar a las preguntas, da respuestas muy cortas y/o ambiguas, su lenguaje no verbal es de protegerse (por ejemplo, encogiéndose o cerrando su cuerpo) o es incoherente con lo que dice.

Una aparente colaboración no excluye el riesgo suicida. No es extraño que alguien con intención suicida no la revele y logre aparentar adecuación, según su estado psicopatológico y características personales.

Puede ocurrir que la persona desee hacer la revelación, pero le resulte tan incómodo hablar de ello que solo da indicios o pistas pretendiendo que el interlocutor le “lea la mente”, sin llegar a explicitar sus preocupaciones; en ese caso, respetaremos sus tiempos y fortaleceremos el clima de aceptación y comprensión para facilitarle la revelación completa sin que se sienta cuestionado (la idea o “solución” autolítica se cuestionará, pero debemos procurar que la persona en sí no se sienta cuestionada o invalidada, pues se trata de su vivencia subjetiva actual).

- **Intencionalidad suicida:**

Preguntaremos, con sensibilidad pero abiertamente y sin temor, acerca de pensamientos e intenciones autolíticos (por ejemplo, *“me da la impresión de que no te sientes demasiado bien últimamente; a veces en estas situaciones, pueden venirnos pensamientos de hacernos daño a nosotros mismos, ¿te ha ocurrido a ti?”*). Se pueden explorar en búsqueda de planes o proyectos futuros como un indicativo indirecto, que al mismo tiempo suponga un elemento protector contra el suicidio. Recordemos que se trata de un mito que hablar de este tema sin tapujos aumenta el riesgo suicida, cuando en realidad una escucha empática, cálida y activa tiende a reducirlo. Con frecuencia, poder abordarlo sinceramente produce alivio en muchas personas; en los adolescentes, la ideación e intentos autolíticos/suicidas pueden tener una función catártica (descarga emocional), de modo que hablar sobre ello puede ayudar a producir tal descarga sin necesidad de llegar a intentos posteriores y puede reducir la ideación suicida.

PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral Lar Pro Salud Mental

- Si el usuario confiesa pensamientos autolíticos, debemos indagar acerca de cómo de desarrollada tiene la idea o plan suicida (es decir, su premeditación: cómo hacerlo, cuándo, dónde), contenidos exactos, atribuciones que hace (causas que se da a sí mismo), qué esperaría conseguir con esa conducta, qué reacciones esperaría en otras personas, alternativas valoradas (y no valoradas).
- Si lo niega, pero sospechamos de que oculta una intención real, continuamos indagando con atención a señales de defensividad. Para fomentar la comodidad, procuraremos que la persona se sienta aceptada como comentábamos más arriba, al tiempo que podemos hacer verbalizaciones validadoras de la presencia de pensamientos autolíticos, buscando activar emociones que le animen a compartir su preocupación. Por ejemplo, *“si yo estuviese en tu situación, creo que pensaría... y creo que me sentiría... ¿cómo logras tú (estar supuestamente bien, siguiendo su discurso y terminología)?”*
- Si lo niega y no apreciamos indicios de ocultación, lo tomamos como uno de los factores para estimar el riesgo (en este caso, reduciéndolo).

En la valoración de la intencionalidad respecto al método elegido, en especial tras un intento suicida fallido, debe tenerse en cuenta que los métodos más violentos son indicadores de intencionalidad letal (ahorcamiento, precipitación, armas), mientras que la ingesta medicamentosa (el que parece ser el método más común en adolescentes) no es tan clara, ya que la cantidad ingerida depende del conocimiento toxicológico de la persona, y por tanto, influye en su expectativa de resultado acerca de la letalidad o no que busca. El uso de productos químicos muy potentes (no fármacos) también indica intención de muerte.

- **Impulsividad y paso al acto:**

Algunas personas no tienen ningún plan suicida y sin embargo su riesgo sigue siendo muy elevado, ya que cometen esas conductas como reacción inmediata a un evento interno o externo. El riesgo es especialmente elevado cuando la persona cuenta con mucha energía, traduciéndose en un paso al acto repentino. En nuestro contexto, puede resultar útil tener en cuenta cómo reacciona ante la frustración en otras circunstancias (por ejemplo, con agresividad verbal o física rápida contra otros, que igualmente puede darse contra sí mismo en presencia de contenidos autolíticos).

Por otra parte, como en cualquier entrevista clínica, para recabar la información necesaria para formar la estimación, debemos tener en cuenta:

- **Lenguaje verbal** (discurso espontáneo y respuestas): debemos explorar contenido y forma de sus cogniciones, incluyendo atribuciones, preocupaciones, intentos de solución, excepciones, etc.
- **Lenguaje no verbal**: Este punto puede ser particularmente relevante en este caso, para detectar defensividad (indicios de ocultación de información). Puede manifestarse de muchas formas, como por ejemplo, mensajes discrepantes entre lo transmitido verbalmente y no verbalmente, nerviosismo, incomodidad, cuerpo encogido o cerrado, alteraciones de la voz, entre otros.
- **Psicopatología gruesa observada**: atención, memoria, alteraciones del pensamiento, otras funciones mentales.
- **Estado de ánimo aparente** (impresión del entrevistador) **e informado** por la persona (por ejemplo, con una pregunta de escala de 0-10, además de lo que indique al respecto).

Como parte de la evaluación mediante la entrevista indagaremos acerca de ciertos puntos particularmente relevantes:

- **Señales de alarma:**

Ya comentadas en un apartado anterior, procuraremos contrastarlas con el usuario y buscaremos otras que pudiesen haber sido pasados por alto.

- **Factores de riesgo y precipitantes:**

Los **factores de riesgo** son todas aquellas características de la persona y su entorno que aumentan la probabilidad de que la persona cometa una conducta suicida. De este modo, constituyen uno de los elementos prioritarios de la estimación del riesgo de este tipo de conductas.

Constituyen así una vulnerabilidad hacia conductas suicidas, que suelen ejecutarse tras algún factor precipitante, es decir, un evento interno (pensamientos, recuerdos, etc.) o externo (una discusión, un problema personal o interpersonal, etc.) que desencadena la conducta suicida. Los **factores precipitantes** pueden ser prácticamente cualquier estresor, incluso acontecimientos aparentemente más leves que otros ya soportados, por sobrepasar finalmente su capacidad de adaptación (“la gota que colma el vaso”), como una respuesta impulsiva o porque la persona es particularmente sensible a ese tipo de estresor. Incluimos algunos de estos factores generales en el apartado de “Estresores” más abajo, ya que suponen tanto factores de riesgo como potenciales precipitantes.

Debe recordarse que la detección de señales de alarma y factores de riesgo no se trata de un método infalible, puesto que las conductas suicidas pueden darse en ausencia de los mismos. Sin embargo, su detección merece la pena en la medida en que permiten una intervención preventiva o en respuesta a un riesgo presente, que disminuya el riesgo.

En términos generales, suele indicarse que cuantos más factores de riesgo confluyan en una persona, mayor es la probabilidad de una conducta suicida. Sin embargo, también es cierto que algunos de estos factores son más significativos que otros, por lo que daremos prioridad a la detección de los mismos, se muestran resaltados mediante fuente en negrita y subrayado en el listado de los más frecuentes que veremos a continuación.

- **Planificación suicida estructurada.**
- Ideación suicida y autolítica (contenidos lo más exactos posibles).
- **Intentos suicidas previos.**
- Trastornos mentales:
 - **Depresión mayor** (especialmente con ideación suicida significativa)
 - **Sustancias:** recabaremos información acerca de consumo de sustancias. Si es necesario y existe la posibilidad, se puede realizar un cribado de sustancias.
 - **Trastorno Bipolar**
 - **Trastorno Psicótico**
 - Trastorno de Ansiedad
 - Trastornos de Personalidad (TP; sobre todo **Antisocial** y **Límite**)
- Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA):
- Factores psicológicos:
 - **Desesperanza** (valorable complementariamente con la Escala de desesperanza de Beck).
 - Rigidez cognitiva
 - Impulsividad, sobre todo con alta energía
 - Otros:
 - Pensamiento dicotómico
 - Dificultad resolución problemas
 - Capacidades cognitivas generales
 - Creencias nihilistas (relacionado con Desesperanza)

- Enfermedades físicas y discapacidades:
 - Dolor crónico.
 - Pérdida de movilidad.
 - Desfiguración.
 - Otras discapacidades y enfermedades con mal pronóstico.
- Apoyo social (incluido el familiar).
- Exposición ambiental a conductas suicidas:
 - Antecedentes familiares de conducta suicida.
 - Antecedentes de conductas suicidas en comunidad.
 - Medios de comunicación (Efecto de contagio).
- Facilidad de acceso a elementos dañinos (armas, medicamentos, tóxicos, etc.): A este respecto, se puede señalar que en adolescentes el método más frecuente para la realización de una conducta suicida parece ser la ingesta medicamentosa.
- Estrésos (tener en cuenta su presencia actual y antecedentes; **factores de riesgo y algunos potenciales precipitantes**):
 - Conflictos familiares.
 - Maltrato y/o abuso (físico, emocional o sexual).
 - Acoso escolar o de iguales.
 - Dificultades de relación.
 - Dificultades académicas.
 - Otros estrésos.

NOTA: Los factores de riesgo de naturaleza biológica no resultan particularmente relevantes en nuestro contexto debido a que no podremos evaluarlos y se relacionan con otras variables más accesibles como la impulsividad. En nuestro caso, nos interesará la influencia de sustancias ya indicada.

- **Factores de protección**

Los factores de protección son todas aquellas características de la persona y su ambiente que reducen la probabilidad de cometer conductas suicidas en presencia de factores de riesgo. Se relacionan generalmente con el término resiliencia, esto es a grandes rasgos, la capacidad de adaptarse y contrarrestar el estrés.

Su importancia no radica tanto para estimar el grado de riesgo de tales conductas, sino que suponen principalmente **aquello que debemos fomentar en la prevención e intervención**, que debe iniciarse lo antes posible, incluso en la propia sesión de evaluación si es posible.

- Habilidades de resolución de problemas y conflictos.
- Confianza en uno mismo.
- Habilidades sociales e interpersonales.
- Flexibilidad cognitiva.
- Tener hijos, particularmente en mujeres.
- Apoyo social (incluido el familiar), percibido como de calidad.
- Integración social.
- Ciertas creencias religiosas, espirituales o valores positivos (tanto si fomentan la resiliencia o facilitan dar significado a experiencias negativas que las hagan más tolerables, como si disuaden de alguna forma de la conducta suicida).

- Tratamiento integral sostenido en personas con trastornos mentales, enfermedades físicas o abuso de alcohol.

B) Información adicional de allegados (cuidadores, compañeros, familia, profesores):

Adicionalmente a la información de la entrevista con el usuario en sospecha de riesgo, trataremos de recabar información de sus allegados y conocidos, en busca de más indicios. Así podemos consultar su conocimiento e impresiones sobre verbalizaciones, conductas o cambios de esa persona percibidos por monitores, cuidadores y compañeros del Centro, así como de su familia y amigos, si procede.

C) Escalas complementarias

Las escalas complementarias se utilizarán como apoyo para la información obtenida a través de entrevista con el usuario e informantes, si se considera oportuno.

- Escala de Desesperanza de Beck: Escala autoaplicada de 20 ítems con respuesta dicotómica (Verdadero-Falso). Una puntuación de 8 o más indica alta desesperanza.
- Escala de intencionalidad suicida de Beck: Escala heteroaplicada de 20 ítems de 0 a 2 puntos, excepto los 5 últimos, que no puntúan. Se recomienda su aplicación en personas que han cometido un intento suicida previo para valorar la gravedad de la tentativa. Consta de 3 partes: objetiva (circunstancias del intento suicida; ítems 1-8), subjetiva (expectativas durante el intento suicida; ítems 9-15) y otros aspectos (ítems 16-20). No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad.
- Escala de riesgo suicida de Plutchick: Escala autoaplicada de 15 ítems con respuesta dicotómica (sí-no). Cada “sí” otorga 1 punto. En general, a mayor puntuación, mayor riesgo; se ubica el punto de corte de la

adaptación española en 6 puntos o más como indicador de riesgo significativo.

6. NIVELES DE RIESGO ESTIMADO

La evaluación realizada arrojará como resultado una orientación general acerca del nivel de riesgo que estimamos existe en la actualidad para la comisión de una conducta suicida. Los niveles se entenderán como sigue:

- **Normal:** No se aprecia mayor riesgo de lo habitual y en comparación con sus pares. Cabe recordar que el riesgo nunca se reduce a cero.
- **Leve:** No se valora que exista un riesgo inmediato. Se ha identificado ideación suicida, pero no impresiona intención real como puede indicar que el usuario muestre crítica de la misma o busque alternativas de solución. No se considera que exista riesgo significativo de paso al acto impulsivo. Se estima previsible que a través de apoyo social o recursos de afrontamiento se reduzca tal ideación autolítica.
- **Moderado:** Los factores de riesgo identificados aconsejan aumentar considerablemente la precaución, aunque no impresiona necesitar una intervención de urgencia (ingreso hospitalario). Si el usuario permanece en este nivel durante más de una semana, se pasará a considerar de Alto riesgo y se procederá acorde a ello.
- **Alto:** Se han identificado uno o varios factores que indican un riesgo elevado de conducta suicida, que estima una intervención de urgencia para salvaguardar la integridad física del usuario, comenzando por una valoración psiquiátrica que determine un posible ingreso hospitalario. Entre los factores de alto riesgo se encuentran una intención suicida manifiesta, plan estructurado, un intento previo (sobre todo si es reciente) sin crítica o alto peligro de paso al acto impulsivo. Asimismo, una confluencia de varios otros factores de riesgo pueden situar la estimación del peligro en este nivel.

7. ACTUACIONES SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO ESTIMADO

A cada uno de los niveles de riesgo les corresponden una serie de medidas estándar, que podrán ser adaptados según las necesidades de cada caso. Cada nivel adicional supone generalmente añadidos o restricciones adicionales respecto a las medidas del nivel anterior.

Niveles de riesgo y actuación:

- **Normal:** Se continuará seguimiento de forma habitual, con las medias de seguridad por defecto comunes a todos los usuarios, con la necesaria prudencia y atención a cambios que hiciesen variar la impresión del riesgo.

- **Leve:**
 - Se informará a todo el equipo del Centro de una situación de riesgo superior a la habitual, adaptando la información para cada profesional de preservar la intimidad del usuario.
 - Se informará a la familia del usuario, si procede.
 - Supervisión por parte del Equipo, procurando discreción.
 - Seguimiento por parte del Equipo Clínico, pudiendo realizarse sesiones más frecuentes valorando el balance riesgo-beneficio para no producir un efecto iatrogénico que refuerce el síntoma por la atención prestada; por ello se adoptará un enfoque basado en la solución más que en problema. Se intentará establecer un contrato terapéutico de no conducta suicida, y se priorizará resolver la ideación autolítica y aquellos problemas que la fomenten, en la medida de lo posible, procurando fortalecer factores protectores.
 - Valoración por parte de su psiquiatra de referencia.
 - Medicación con mayor supervisión, para asegurar toma correcta de la pauta.

- Facilitar el apoyo familiar y social, en la medida de lo posible.
- Valoración de potencial implicación de otros compañeros de Centro con los que el usuario se sienta a gusto, con funciones protectoras, de ayuda o apoyo.
- **Moderado:** A las medidas anteriores se añaden:
 - Supervisión estricta por parte del Equipo. El usuario no debe permanecer solo.
 - Esto incluye la supresión de objetos punzantes (incluidos lápices, bolígrafos, etc.), con potencial de ahogamiento por atragantamiento, ahorcamiento (cuerdas, cinturones, etc.) u otras formas de daño.
 - Si es posible, se fomentará que otro usuario, compañero del Centro, sirva de apoyo adicional y proporcione información al equipo para aumentar la protección del usuario con riesgo suicida (similar al modelo de *gatekeepers*).
- **Alto:**

Se solicitará intervención del 061 o se le acompañará al servicio de Urgencias médicas para valoración psiquiátrica de cara a un potencial ingreso hospitalario. Si está tutelada información a tutores y familiares.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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 (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

- Anseán, A. (2014) *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2ª edición revisada*. Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Montalbán, R. (1997). *La conducta suicida*. Madrid: Libro del Año.
- Plan de Prevención del Suicidio en Galicia (2017). Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia) y Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Santiago de Compostela.
- Recursos web de la Organización Mundial de la Salud (OMS):
 - https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
 - https://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- Protocolo de colaboración interinstitucional: *Prevención y actuación ante conductas suicidas*. (2014). Gobierno de Navarra.
- Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. “*Vivir es la salida*”. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública (Generalitat Valenciana).

9. ANEXO: ESCALAS COMPLEMENTARIAS

Escala de desesperanza de Beck

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	Verdadero	Falso
<i>1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.</i>		
<i>2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.</i>		
<i>3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.</i>		
<i>4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.</i>		
<i>5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.</i>		
<i>6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.</i>		
<i>7. Mi futuro me parece oscuro.</i>		
<i>8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.</i>		

PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral Lar Pro Salud Mental

9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro.</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Escala de intencionalidad suicida de Beck

I. Circunstancias **objetivas**

1. *Aislamiento*

0. Alguien presente

1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)

2. Nadie cerca o en contacto

2. *Medición del tiempo*

0. La intervención es muy probable

1. La intervención es poco probable

2. La intervención es altamente improbable

3. *Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas*

0. Ninguna

1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.).

2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)

4. *Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento*

0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda

1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado

2. No contactó, ni avisó a nadie

5. *Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)*

0. Ninguno

1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa

2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

6. *Preparación activa del intento*

0. Ninguna

1. Mínima o moderada

2. Importante

7. *Nota suicida*

0. Ninguna

1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla

2. Presencia de nota

8. *Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)*

0. No comunicación verbal

1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)

2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*

0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza

1. Componentes de O y 2

2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*

0. Pensó que era improbable

1. Posible pero no probable

2. Probable o cierta

11. *Concepción de la letalidad del método*

0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal

1. No estaba seguro si lo que hacía era letal

2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. *Seriedad del intento*

0. No intentó seriamente poner fin a su vida

1. Inseguro

2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

0. No quería morir

1. Componentes de 0 y 2

2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica

1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica

2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

0. Ninguno, impulsivo

1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento

2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza

1. Acepta tanto el intento como su fracaso

2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos

1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas

2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

0. Ninguno

1. 1 o 2

2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de

juicio, evaluando la realidad

1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad

2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral Lar Pro Salud Mental

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Escala de riesgo suicida de Plutchick

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho.

Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? | SI | NO |
| 3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a? | SI | NO |
| 4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? | SI | NO |
| 5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? | SI | NO |
| 6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? | SI | NO |
| 7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? | SI | NO |
| 8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? | SI | NO |
| 9. ¿Está deprimido/a ahora? | SI | NO |

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a? | SI | NO |
| 11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? | SI | NO |
| 12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien? | SI | NO |
| 13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? | SI | NO |
| 14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? | SI | NO |
| 15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? | SI | NO |

Puntuación total