



**Memoria Anual de  
Funcionamiento  
2020**

**Centro de Rehabilitación  
Psicosocial y Laboral  
Lar Pro Salud Mental**

Lote 59



# INDICE

1. Centro de Rehabilitación Psicosocial y laboral: definición, funciones y objetivos	3
2. Población atendida en 2020: datos de usuarios	4
3. Personal en CRPSL	8
4. Guía del proceso de intervención: fases y áreas de intervención	8
4.1. Número de usuarios en cada fase del proceso de intervención	8
4.2. Adaptación del funcionamiento al protocolo COVID	9
5. Áreas de intervención: programas llevados a cabo	10
5.1. Indicadores de la evaluación anual del programa de intervención psicosocial y resultados	10
6. Protocolo de detección y manejo de la conducta suicida y Protocolo de manejo de agitación psicomotriz	18
7. Actividades de formación de trabajadores del CRPSL	18
8. Actividades de comunicación y coordinación con dispositivos de Salud Mental en 2020	20
9. Actividades de sensibilización y difusión del CRPSL en 2020	21
10. Memoria del Programa de Integración Social / Programa ocupacional 2020	21
11. Memoria económica	27



## **1. Centro de Rehabilitación Psicosocial y laboral: definición, funciones y objetivos**

El Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (en adelante CRPSL) es una unidad asistencial especializada en rehabilitación psicosocial y laboral de personas con TMGP. El Centro es un dispositivo ambulatorio diseñado y organizado para la realización de planes individualizados de intervención y apoyo comunitario. Es una unidad abierta y los usuarios son atendidos en régimen de día.

Los CRPSL para personas con Trastorno mental grave y persistente, se constituyen como centros y establecimientos de carácter sanitario, englobados dentro del ámbito del artículo 2.f) del Decreto 99/1984, de 7 de junio, sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios. La orden del DOG nº212 de 02/11/1998 regula los objetivos, funciones, actuaciones y recursos materiales y personales de los CRPSL para personas que padecen TMGP.

La titularidad del CRPSL LAR, corresponde a la Asociación Lar pro Salud Mental, entidad legalmente constituida ante el Gobierno Civil de Pontevedra en la Sección de Asociaciones y derechos ciudadanos en el día 19/03/1990 con el número 2.043 de la sección primera, con CIF G-36119253. Números de registro: Centro Sanitario, C-36-001005; Consellería de Sanidade e Servicios Sociais S-158, RUEPSS E-158, Consellería de Familia, Muller e Xuventude F-0601; Vicepresidencia-Voluntariado 2002/111-0. Con Certificados de Calidad ISO 901 e ISO 14001, Certificado Compliance.



Entre las principales funciones del CRPSL, se incluyen el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con TMGP, promoviendo su integración psicosocial; la mejora en el funcionamiento psicosocial de las personas con TMGP, promoviendo su autonomía e independencia; el apoyo a las familias de las personas con TMGP, favoreciendo sus capacidades y recursos de adaptación a la enfermedad, promoviendo una mejora en su calidad de vida y la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial, pudiendo estar conectados con otros recursos que lo realicen.

Los objetivos del CRPSL incluyen garantizar una atención integral y personalizada de todos los usuarios, facilitar el desarrollo personal aprovechando sus capacidades y potencialidades, prevenir recaídas, Psicoeducación, promover el equilibrio emocional y afectivo, proporcionar un entorno saludable que promueva el bienestar y la estabilidad, apoyar a las familias y entrenar a la persona con TMGP para la adquisición de habilidades esenciales en el ámbito de rutinas básicas que posibiliten el desempeño de una actividad laboral.

## **2. Población atendida durante el año 2020: datos de los usuarios**

La población atendida por e CRPSL LAR son personas con enfermedades mentales graves y duraderas, que presentan dificultades en su funcionamiento autónomo y necesitan un apoyo estructurado en su integración en la comunidad. Las personas susceptibles de acceder al centro deberán cumplir el siguiente perfil:

- Presentar una enfermedad mental grave con deterioro y/o dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración social y una situación psicopatológica estabilizada
- Tener entre 17 y 65 años de edad
- Ausencia de conductas auto o heteroagresivas ni toxicomanías o alcoholismo peligrosas que interfieran con los programas de rehabilitación
- No presentar procesos orgánicos degenerativos que impidan el trabajo de rehabilitación o dolencias que requieran una atención permanente o más especializada que deba prestarse en un centro sanitario.



-Tener aprobada, la solicitud de plaza, por parte del coordinador de salud Mental del área de Pontevedra. (Condición necesaria para las plazas derivadas de los servicios de Salud Mental Públicos)

A día 31 de diciembre de 2020, 55 personas estaban dadas de alta en los servicios del CRPS LAR. A lo largo del año 2020, se han dado de alta en los servicios del CRPS LAR a 5 personas, a su vez, otras 5 han causado baja, 4 de ellas han sido bajas voluntarias en el servicio, y una por derivación a otro dispositivo. A lo largo del año no se ha dado ninguna baja por fallecimiento ni ningún alta por cumplimiento de objetivos de rehabilitación. De las 60 personas que han recibido tratamiento en el CRPS LAR a lo largo del año, 44 de ellas son hombres con una media de edad de 47 años, y 16 mujeres con una media de edad de 53 años.

Con respecto a los diagnósticos el más común entre las personas atendidas a lo largo del 2020 es Esquizofrenia paranoide, con 24 casos, seguido de Esquizofrenia hebefrénica con 10 casos. Además 23 de las 60 personas atendidas presentan un problema de tabaquismo, dos están diagnosticados de obesidad, un usuario tiene diagnosticado un Síndrome Neuroléptico Maligno, y uno más presenta una probable alergia a la penicilina, aunque está pendiente de las pruebas confirmatorias.

<b>Diagnósticos principales de las personas atendidas</b>	
Trastorno esquizoafectivo	4
Esquizofrenia Paranoide	24
Esquizofrenia Hebefrénica	10
Esquizofrenia simple	3
Trastorno Bipolar	4
Psicosis injertada en retraso mental	1
Esquizofrenia residual	2
Trastorno orgánico post-traumático	1
Esquizofrenia indiferenciada	5
Trastorno de personalidad	1
Trastorno inestable emocional de la personalidad	1
Trastorno de personalidad tipo límite	1
Trastorno esquizofreniforme orgánico	1
Esquizofrenia sin especificar	1
Trastorno orgánico sin especificar	1

A continuación, se presentan los detalles individuales de cada uno de los usuarios atendidos:



	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	PERCEPTOR DE PENSIÓN	GRADO DE DISCAPACIDAD MINUSVALÍA	Nº INGRESOS HOSPITALARIO EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA	Nº DE DIAS VINCULADO AL DISPOSITIVO
1	36	H	Trastorno Esquizoafectivo		NO		0	133
2	39	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	72%	0	253
3	39	H	Esquizofrenia hebefrénica		SI	47%	0	253
4	44	H	Esquizofrenia Paranoide	Consumo de tóxicos	SI	71%	0	253
5	55	M	Esquizofrenia hebefrénica		SI	65%	0	68
6	51	M	Esquizofrenia simple		NO		0	234
7	47	M	Esquizofrenia Paranoide		SI	71%	0	253
8	60	H	Trastorno Bipolar		SI		0	253
9	48	H	Esquizofrenia hebefrénica	Epilepsia/discapacidad intelectual	SI	77%	0	253
10	54	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	65%	0	253
11	52	H	Trastorno Bipolar		SI		0	253
12	63	H	Trastorno Bipolar	Personalidad paranoide	SI		0	253
13	64	M	Esquizofrenia Paranoide	Discapacidad intelectual	SI	88%	0	253
14	41	M	Esquizofrenia hebefrénica		SI	65%	0	253
15	41	H	Esquizofrenia simple		SI	87%	0	253
16	51	H	Psicosis injertada en retraso mental	Trastorno psicótico no orgánico	SI	75%	0	253
17	29	H	Trastorno Esquizoafectivo	Consumo de tóxicos	SI	67%	0	253
18	60	H	Esquizofrenia Paranoide		SI		0	213
19	52	M	Esquizofrenia residual	Discapacidad intelectual	SI	66,5%	0	253
20	32	H	Esquizofrenia Paranoide	Discapacidad intelectual	SI	71%	0	253
21	53	H	Esquizofrenia hebefrénica		SI	75%	0	253
22	56	H	Esquizofrenia Paranoide		SI		0	253
23	56	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	75%	0	253
24	50	H	Trastorno orgánico postraumático		SI	65%	0	253
25	55	H	Trastorno Esquizoafectivo		SI	65%	0	11
26	41	H	Esquizofrenia indiferenciada	Trastorno anancástico de la personalidad	NO	67%	0	253
27	51	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	65%	0	253
28	54	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	65,5%	0	253
29	48	H	Esquizofrenia simple		SI	42%	0	253
30	57	M	Trastorno Bipolar		SI	68%	0	253
31	58	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	83%	0	253

	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	PERCEPTOR DE PENSIÓN	GRADO DE DISCAPACIDAD MINUSVALÍA	Nº INGRESOS HOSPITALARIO EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA	Nº DE DIAS VINCULADO AL DISPOSITIVO
32	42	H	Esquizofrenia hebefrénica		SI	76%	0	253
33	49	M	Esquizofrenia hebefrénica		SI	66%	0	253
34	54	M	Trastorno de personalidad	Trastorno de adaptación	SI	48%	SI (4 DIAS)	253
35	57	M	Esquizofrenia Paranoide		SI	68%	0	253
36	39	M	Esquizofrenia indiferenciada		SI	65%	SI (10 DIAS)	253
37	42	H	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad		SI	44%	0	253
38	55	H	Esquizofrenia indiferenciada		SI	65%	0	253
39	45	M	Trastorno de personalidad tipo límite		SI	68%	0	253
40	54	H	Esquizofrenia residual		SI	66%	0	253
41	42	H	Esquizofrenia Paranoide		SI		0	253
42	44	H	Trastorno esquizofreniforme orgánico	Trastorno delirante	SI	65%	0	253
43	60	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	68%	0	253
44	48	M	Esquizofrenia Paranoide		SI	65%	0	253
45	49	M	Esquizofrenia hebefrénica	Discapacidad intelectual	SI	67%	0	253
46	64	H	Esquizofrenia Paranoide	Parkinson	SI	65,5%	0	253
47	47	H	Esquizofrenia indiferenciada		SI	67%	0	253
48	42	H	Esquizofrenia sin especificar	Discapacidad intelectual	SI	72%	0	253
49	59	H	Esquizofrenia Paranoide		SI		0	253
50	42	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	65%	0	253
51	75	M	Esquizofrenia Paranoide		SI	75,5%	0	253
52	66	M	Esquizofrenia Paranoide		SI	65,5%	0	253
53	50	H	Trastorno orgánico sin especificar		SI	65%	0	244
54	44	H	Esquizofrenia hebefrénica	Discapacidad intelectual	SI	75%	0	253
55	53	H	Esquizofrenia Paranoide		SI		0	253
56	30	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	65%	0	41
57	26	H	Trastorno esquizoafectivo	Psicosis inducida por tóxicos	SI	66%	0	185
58	50	H	Esquizofrenia Paranoide		SI	66%	SI (15 DIAS)	253
59	28	H	Esquizofrenia hebefrénica		SI	59%	0	20
60	21	H	Esquizofrenia Paranoide		SI		0	89



### 3. Personal en el CRPSL

- 1 Directora– Gerente Asociación. (Psicóloga Clínica)
- 1 Coordinador de CRPSL. (Psicólogo Clínico)
- 2 Psicólogas Sanitarias
- 1 Psicólogo (Programa “O Teu Primeiro Emprego” Diputación de Pontevedra) hasta diciembre.
- 2 profesionales del programa de cooperación:
  - 1 Pedagoga: Programa de Autocontrol Emocional.
  - 1 Técnico informático: Programa ocupacional Nuevas Tecnologías
- 2 Cuidadores
- 1 auxiliar técnico educativo

### 4. Guía del Proceso de intervención: fases y áreas de intervención

#### 4.1. Número de usuarios en cada fase del proceso de intervención:

- a) **Fase de recepción previa:** 5 usuarios han pasado por esta fase a lo largo del 2020, una vez que se han cumplido los requisitos de acceso (establecidos legalmente) al CRPSL, el Jefe del Área responsable envió la solicitud de plaza firmada con informes médicos y sociales. El psicólogo clínico realizó las entrevistas y evaluaciones pertinentes y abrió el expediente personal y administrativo del usuario. No se dio ninguna valoración negativa a lo largo del 2020, si así fuera, se remitiría un informe motivado al Jefe del Área responsable indicando los criterios de exclusión.
- b) **Fase de acceso y adaptación (30 días):** 4 usuarios han pasado por la fase de adaptación a lo largo del 2020, y uno más, se encuentra a día 30 de diciembre en ella. Durante la misma, se han realizado las evaluaciones que permiten delimitar las áreas con necesidad de intervención.
- c) **Fase de elaboración del Plan de Intervención Individualizado:** 4 usuarios han pasado por la fase de elaboración del PII, en ella, se han determinado los objetivos y la propuesta de intervención, consensuada con el usuario y familia.

- d) **Fase de intervención:** 59 de los 60 usuarios atendidos a lo largo del 2020 han pasado por la fase de intervención, cuyos objetivos se evaluaron con una frecuencia semestral, coordinando y reajustando el proceso de intervención del usuario con las USM.
  
- e) **Fase de seguimiento:** los 5 usuarios dados de alta a lo largo del 2020 se encuentran a día 30 de diciembre de 2020 en la fase de seguimiento, puesto que se ha mantenido contacto telefónico con usuario y familia para prevención de recaídas.

#### 4.2. Adaptación del funcionamiento al Protocolo COVID-19

El plan de contingencias de la Asociación LAR recoge medidas generales para trabajadores y usuarios, que incluyen la ampliación del horario de atención y la división de los usuarios en dos turnos diferenciados de atención en horario de mañana y de tarde. Con el objetivo de reducir el número de personas por aula para garantizar la distancia de seguridad en todo momento, y minimizar riesgo de contagio, se han establecido zonas y horarios de descanso diferenciados para cada grupo. Así mismo, usuarios y trabajadores tienen a su disposición dispensadores de gel hidroalcohólico en todas las entradas, despachos y aulas, y alfombras de desinfección de calzado en la entrada de la calle. El uso de la mascarilla es de carácter obligatorio en todo momento. Además, se ha ofrecido información y formación específica para trabajadores y usuarios sobre coronavirus y medidas de protección, a través de cartelería, visualización de videos, entrega de documentación escrita, envío de documentación y videos por medios telemáticos, etc. A nivel general, se han establecido protocolos de higiene y desinfección tanto en las instalaciones del CRPSL, como en el servicio de transporte. Usuarios y trabajadores tienen la obligación de realizar la encuesta epidemiológica COVID-19 antes de acudir al CRPSL, y seguir el protocolo establecido por las autoridades sanitarias en caso de ser diagnosticado de coronavirus.



Con respecto a las actividades y servicios ofrecidos por el CRPSL, han tenido que ser modificados durante el estado de Alarma decretado el 13 de Marzo, ya que no se han podido realizar actividades presenciales. Coincidiendo con el inicio de la Fase 2 de la desescalada, se inicia el plan de reactivación de la atención presencial en el CRPSL LAR. A partir del 25 de mayo se fueron incorporando de forma progresiva los usuarios que podían acudir al Centro de forma autónoma sin necesidad del servicio de transporte de LAR. De este modo, cada día, se incorporaron dos nuevos usuarios que fueron atendidos de forma individual los primeros días, y en pequeños grupos (2-3) los sucesivos durante esta fase.

Durante la Fase 3, a partir del 15 de junio, el resto de usuarios, cuya asistencia dependía del servicio de transporte de LAR, se fueron incorporando a la actividad presencial acudiendo al CRPSL en días alternos. Durante estas semanas, los usuarios que no acudían a actividad presencial, han seguido siendo atendidos todos los días telemáticamente, al igual que las semanas previas a la desescalada. A partir del 22 de junio, al término de la Fase 3, comenzaron a acudir diariamente al CRPSL el 100% de los usuarios, divididos en dos turnos de atención, de mañana y de tarde.

Con respecto a la descripción de la adaptación del CRPSL LAR, siguiendo las recomendaciones para la reactivación de la actividad en los dispositivos complementarios para la atención al trastorno mental severo en relación con la infección por el virus SARS-CoV-2 (Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, Pisos protegidos y unidades Residenciales), nos remitimos al Plan de Contingencias específico de la Asociación LAR Pro Salud Mental (Versión del 21 Mayo 2020).

## **5. Áreas de intervención: programas llevados a cabo durante el 2020**

A continuación, se da una breve descripción de los distintos programas llevados a cabo a lo largo del año 2020. Se incluye, para cada uno de ellos, el indicador o indicadores que se utilizaron para la evaluación de objetivos de cada uno de los programas y cuya revisión se realizará semestralmente. En el cuadro adjunto se especifican el número de participantes y las medias de las puntuaciones obtenidas en la última evaluación realizada en cada programa de intervención.

### a) Programa de rehabilitación de capacidades cognitivas

**Objetivo:** evaluar y trabajar sobre los déficits cognitivos; reducir el impacto que puedan causar en la integración social y calidad de vida.

**Metodología:** intervención individual y/o grupal; estimulación cognitiva, juegos manipulativos y programas online de entrenamiento, entre otros.

**Contenidos básicos:** Orientación temporal, espacial y hacia la propia persona; Cálculo y procesamiento numérico; Memoria; Lenguaje; Praxias; Gnosias; Atención; Funciones ejecutivas.

**Actividades:** ejercicios prácticos (escritos, orales y con material manipulativo) para estimular la atención selectiva y sostenida, orientación temporo-espacial, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento, praxias y gnosias, memoria, lenguaje, cálculo y razonamiento lógico.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación en Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).

PROGRAMA REHABILITACION CAPACIDADES COGNITIVAS BÁSICAS		
(Nº participantes :33)		
TEST DE EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL (MOCA)		
	Puntuación media de los participantes	
Visuoespacial-ejecutiva (/5)	3,5	La puntuación media de los participantes en cada una de las áreas evaluadas indica que las áreas en las que existe un mayor deterioro cognitivo y, por lo tanto, en la que conviene incidir en las próximas intervenciones, son las de atención y lenguaje.
Identificación (/3)	2,9	
Memoria-recuerdo diferido (/5)	3,2	
Atención (/6)	2,2	
Lenguaje (/3)	1,5	
Abstracción (/2)	1,9	
Orientación (/6)	5,5	Las áreas mejor conservadas son las de identificación y orientación
Puntuación total (/30)	21,5	
La puntuación total oscila entre 0 y 30. Una puntuación inferior a 26 indica deterioro cognitivo significativo		

### b) Programa de habilidades sociales

**Objetivo:** recuperar habilidades, relaciones interpersonales y repertorios de conducta, apropiados, favoreciendo su autonomía.

**Metodología:** intervención individual y/o grupal, modelado, ensayo conductual, reforzamiento, feedback y generalización, entre otros.

**Contenidos básicos:** Comunicación verbal y no verbal; Habilidades conversacionales; Habilidades de inicio y mantenimiento de relaciones interpersonales.

**Actividades:** que trabajen estilos de comunicación, escucha activa, estrategias de afrontamiento, expresión emocional y toma de decisiones, entre otras.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES).

PROGRAMA HABILIDADES SOCIALES (Nº participantes :31)		
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL- PARTE COGNITIVA (EMES-C)		
	Puntuación media de los participantes	
1. Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores	1.74	Los factores en los que los participantes muestran mayores dificultades a nivel cognitivo y, por lo tanto, en los que conviene incidir en las próximas intervenciones, son: la defensa de los derechos y el afrontamiento de la conducta negativa por parte de los otros.
2. Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones	1.71	
3. Temor a hacer y recibir peticiones	1.72	
4. Temor a hacer y recibir cumplidos	1.75	
5. Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto	1.60	
6. Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas	1.52	
7. Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas	1.97	
8. Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos	1.60	
9. Preocupación por la impresión causada en los demás	1.66	
10. Temor a expresar sentimientos positivos	1.54	
11. Temor a la defensa de los derechos	1.97	
12. Asunción de posibles carencias propias	1.58	
La puntuación media para cada ítem oscila entre 0 y 4. A mayor puntuación, mayor dificultad para enfrentarse a las situaciones descritas		
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL- PARTE MOTORA (EMES-M)		
	Puntuación media de los participantes	
1. Iniciación de interacciones	1.81	Los factores en los que los participantes muestran mayores dificultades a nivel motor y, por lo tanto, en los que conviene incidir en las próximas intervenciones, son: el rechazo de peticiones, la expresión de cariño y la preocupación por los sentimientos
2. Hablar en público/enfrentarse con superiores	1.83	
3. Defensa de los derechos del consumidor	1.90	
4. Expresión de molestia desagrado o enfado	1.89	
5. Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	1.87	
6. Expresión de molestias y enfado hacia familiares	1.70	
7. Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto	2.07	
8. Aceptación de cumplidos	1.91	
9. Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	1.81	
10. Hacer cumplidos	1.83	
11. Preocupación por los sentimientos de los demás	1.90	
12. Expresión de cariño hacia los padres	1.89	
La puntuación media para cada ítem oscila entre 0 y 4. A mayor puntuación, mayor dificultad para enfrentarse a las situaciones descritas		



### c) Programa de autocontrol emocional

**Objetivo:** dotar estrategias de afrontamiento y manejo del estrés, para mejorar sus habilidades en la resolución de problemas.

**Metodología:** intervención individual y/o grupal; discusión de ideas irracionales y reestructuración cognitiva, pruebas de realidad, autorregistros, feedback y refuerzo, entre otros.

**Contenidos básicos:** Conocimiento y análisis de las diferentes emociones básicas y complejas; Estilos de afrontamiento y control emocional.

**Actividades:** identificación de señales fisiológicas, reconocimiento de emociones, técnicas de relajación, expresión emocional y manejo emocional.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación Test de Reconocimiento de Emociones en Caras (Face-test) y Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).

PROGRAMA AUTOCONTROL EMOCIONAL		
(Nº participantes :32)		
TRAIT META MOOD SCALE (TMMS-24)		
	Puntuación media de los participantes	
Factor: Percepción (adecuado más de 22)	23.06	La puntuación media de los participantes obtenida para cada uno de los factores pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando, fundamentalmente, la comprensión y regulación emocional dentro del programa de inteligencia emocional.
Factor Comprensión (Adecuado más de 26)	21.97	
Factor Regulación (adecuado más de 24)	22.19	
Percepción emocional (adecuada si la puntuación es superior a 22). Comprensión emocional (adecuada si la puntuación es superior a 26). Regulación emocional (adecuada si la puntuación es superior a 24)		
TEST DE RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES EN CARAS (FACE TEST)		
	Puntuación media de los participantes	
Puntuación total	15.06	La media obtenida indica dificultades para la percepción de emociones tanto simples como complejas y, por lo tanto, la necesidad de seguir trabajando este componente de la inteligencia emocional.
La puntuación total oscila entre 0 y 20, a mayor puntuación mejor grado de percepción adecuada de emociones		

### d) Programa de psicoeducación: conciencia y conocimiento de la enfermedad

**Objetivo:** ofrecer información sobre Salud Mental, favorecer el desarrollo de habilidades de afrontamiento para la prevención de recaídas.

**Metodología:** intervención grupal y/o individual; video-fóruns, role-playing, modelados, torbellinos de ideas y feedback, entre otros.

**Contenidos básicos:** Conciencia de enfermedad (sintomatología, causas, tratamiento, factores de riesgo y protección), Autoadministración de la medicación; Autoestima.

**Actividades:** dirigidas a concienciar sobre la enfermedad, estrategias de afrontamiento y autoestima, información sobre medicación y efectos secundarios, e identificación de síntomas de alarma y factores de protección.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación Escala de evaluación de la Recuperación (RAS-21), Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) e Inventario de Actitudes a la Medicación (DAI).

### PROGRAMA PSICOEDUCACION: CONCIENCIA Y CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD

(Nº participantes :33)

#### ESCALA DE EVALUACION DE LA RECUPERACIÓN (RAS-21)

	Puntuación media de los participantes	
Factor 1: Confianza personal y esperanza	3,2	Los resultados de las evaluaciones indican que, a nivel general, entre los participantes, el factor en el que presentan menos problemática es el que hace referencia a la confianza en otros. Sin embargo, su percepción de recuperación empeora en lo que se refiere a confianza personal y esperanza y, aunque en menor medida, a la no dominación por los síntomas.
Factor 2: Predisposición para pedir ayuda	3,8	
Factor 3: Orientación a la meta y al éxito	3,6	
Factor 4: Confianza en otros	4,1	
Factor 5: No dominación por síntomas	3,4	

La puntuación media para cada factor que oscila entre 1 y 5, a mayor puntuación mayor percepción de recuperación

#### INVENTARIO DE ACTITUDES ANTE LA MEDICACION (DAI)

	Puntuación media de los participantes	
Puntuación total	17	La puntuación media obtenida indica, de modo general, una percepción positiva de los beneficios de la medicación en su proceso de rehabilitación.

La puntuación total oscila entre 0 y 20, a mayor puntuación mayor percepción de los beneficios de la medicación

#### CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION-OUTCOME MEASURE (CORE-OM)

	Puntuación media de los participantes	
BIENESTAR SUBJETIVO/MALESTAR SUBJETIVO	1.59	La puntuación media de los participantes en cada una de las áreas evaluadas indica una valoración positiva de su progreso terapéutico.
PROBLEMAS/SÍNTOMAS (ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos.	1.53	
FUNCIONAMIENTO GENERAL (relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano.)	1.43	
RIESGO (intentos de suicidio, autolesiones y actos de agresión a tercero)	0.71	
PUNTUACION TOTAL	1.39	
PUNTUACION TOTAL (MENOS RIESGO)	1.55	

La puntuación total oscila entre 0 y 30. Una puntuación inferior a 26 indica deterioro cognitivo significativo

### e) Programa de Rehabilitación laboral

**Objetivo:** incrementar la motivación y autonomía para la búsqueda activa de empleo.

**Metodología:** intervención individual y/o grupal, charlas, coloquios, visitas concertadas a empresas, cursos de información laboral, dinámica de grupos (debate, ensayo conductual), entre otros.

**Contenidos básicos:** Orientación Laboral; Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo (habilidades sociales y asertividad laboral); Técnicas de búsqueda de empleo; Apoyo a la formación.

**Actividades:** para búsqueda de empleo, creación CV, cartas de presentación y habilidades comunicativas, nuevas tecnologías, conocer mercado laboral y otras.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación en Cuestionario motivación para trabajo (TRB) e Inventario de Conducta Laboral (WBI).

PROGRAMA REHABILITACION LABORAL		
(Nº participantes :12)		
<b>CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA (TRB)</b>		
	Puntuación media de los participantes	
Satisfacción laboral (9)	6,8	En las evaluaciones realizadas a todos los participantes se observa que el factor en el que presentan más dificultades es el relacionado con la satisfacción laboral y la integración en el entorno laboral. Sin embargo, a nivel general, no se observan problemas referidos al buen apoyo familiar ni a la autoestima.
Integración al entorno laboral (6)	3,1	
Aceptación social (2)	1,5	
Desempeño social (4)	2,5	
Habilidades laborales (5)	4,2	
Autoestima (2)	1,3	
Percepción apoyo familiar (3)	1,9	
Asertividad laboral (6)	3,6	
Puntuación total	25	
A mayor puntuación, mayor presencia de cada uno de los factores		
<b>INVENTARIO DE CONDUCTA LABORAL (WBI)</b>		
	Puntuación media de los participantes	
Escala A: Habilidades sociales	20	A nivel general se observa en el inventario realizado a todos los participantes una puntuación media en todos los factores evaluados, únicamente destaca una mayor problemática en lo referido a las habilidades sociales y el grado de calidad en el trabajo realizado.
Escala B: Cooperación	22	
Escala C: Hábitos laborales	21	
Escala D: Calidad en el trabajo	19	
Escala E: Imagen personal	23	
Escala F: Valoración global de la conducta	2,9	
La puntuación de cada escala oscila entre 7 y 35 puntos, a mayor puntuación mejor rendimiento en el área evaluada.		

### f) Programa de Integración Comunitaria

**Objetivo:** incrementar la integración y disminuir el riesgo de deterioro psicosocial

**Metodología:** intervención individual y/o grupal, elaborando itinerarios sociales y de ocio entre otros.

**Contenidos básicos:** Red social de apoyo, Conocimiento de los recursos comunitarios existentes, Ocio, Auto estigma.

**Actividades:** participación en recursos sociales, culturales, deportivos y de ocio.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación en Cuestionario de evaluación de la discapacidad (WHODAS), y en la Escala de Anhedonia Social (RSAS)

PROGRAMA INTEGRACIÓN COMUNITARIA (Nº participantes :33)		
CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD (WHODAS)		
	Puntuación media de los participantes	
Area 1: comprensión y comunicación (/30)	14,8	Los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas a todos los participantes indican un grado medio-alto de percepción de discapacidad en los que se refiere al área de Participación en la sociedad
Area 2: Capacidad para moverse en su entorno (/25)	12,1	
Area 3: Cuidado persona (/20)	8,5	
Area 4: Relacionarse con otras personas (/25)	12,1	
Area 5: Actividades de la vida diaria (/20)	10,1	
Area 6: Participación en la sociedad (/40)	19,5	
La puntuación de cada factor oscila entre un mínimo y un máximo, a mayor puntuación mayor percepción de discapacidad. Factor 1, punt.min=6, punt.máx=30; Factor 2: punt.min.=5, punt.máx=25; Factor 3: punt.min.=4, punt.máx=20; Factor 4: punt.min.=5, punt.máx=25; Factor 5: punt.min.=4, punt.máx=20; Factor 6:punt.min.=8, punt.máx=40)		
ESCALA DE ANHEDONIA SOCIAL (RSAS)		
	Puntuación media de los participantes	
PUNTUACION TOTAL	16.06	La puntuación media obtenida indica, de modo general, ausencia de anhedonia social y, por lo tanto, satisfacción y disfrute de las relaciones sociales.
Una puntuación superior a 17,41 indica presencia de Anhedonia Social		

### g) Intervención y psicoeducación familiar

**Objetivo:** ofrecer a las familias información y estrategias de afrontamiento y manejo sobre la enfermedad mental, fomentando un clima familiar adecuado.

**Metodología:** intervención individual y/o grupal; dinámicas familiares que refuercen habilidades y actitudes ante determinadas situaciones, entre otros.

**Contenidos básicos:** Información sobre la enfermedad; Habilidades de comunicación y mejora del clima familiar; Manejo del estrés y solución de problemas; Mejora de recursos y de la red social de apoyo.

**Actividades:** El programa de Psicoeducación de Familias, con sesiones presenciales mensuales, ha tenido que ser suspendido desde el mes de marzo, en cumplimiento con el protocolo de actuación COVID-19. En este sentido se ha reforzado la atención a las familias, con sesiones telemáticas o presenciales en formato individual, tanto durante el confinamiento como una vez reiniciada la actividad presencial en el CRPS. Además se ha aumentado la frecuencia de comunicaciones y envíos de información y documentación de interés en temas relacionados con la salud mental.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación en Escala de Carga Familiar (ZARIT) y Cuestionario de Salud (SF-36).

PROGRAMA INTERVENCIÓN Y PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR		
(Nº participantes :16)		
CUESTIONARIO DE SALUD (SF-36)		
	Puntuación media de los participantes	
Función física (M:94,4):	79,1	Los resultados globales de los participantes indican una percepción de salud en general menor que la media de la población, especialmente el área de problemas físicos, vitalidad y percepción de salud general.
Limitaciones de rol: problemas físicos(M:91,1)	47,7	
Dolor(M:82,3):	59,8	
Función social(M:96):	71,6	
Salud Mental(M:77,7):	65,1	
Limitaciones de rol: problemas emocionales(M:90,01)	78,8	
Vitalidad(M:69,9):	47,3	
Percepción de salud general (M:80)	48,6	
Cambios de salud con el tiempo	47,7	
La puntuación total oscila entre 0 y 100. Para cada factor, a mayor puntuación mejor estado de salud percibido		
ESCALA DE CARGA FAMILIAR (ZARIT)		
	Puntuación media de los participantes	
PUNTUACION TOTAL	48	Los resultados de las evaluaciones indican a nivel general, que los participantes presentan un nivel de sobrecarga leve.
El rango de puntuaciones oscila entre 22 y 110, una puntuación menor de 46 indica que no existe sobrecarga, entre 47 y 55 indica presencia de sobrecarga leve y una puntuación mayor de 56 indica sobrecarga intensa.		



### 5.1. Indicadores de la evaluación anual del programa de intervención psicosocial y resultados alcanzados durante el 2020

- a) **Nº de ingresos y duración:** a lo largo del 2020 han necesitado un ingreso en la unidad de psiquiatría un 5% del total de personas atendidas en el CRPSL, lo que supone 3 ingresos, con una duración media de 10 días.
- b) **Puntuaciones de los usuarios en escala de satisfacción:** a lo largo del mes de diciembre de 2020 los usuarios han cumplimentado una encuesta de satisfacción que incluye preguntas acerca de su valoración de las instalaciones, el personal, las actividades y resto de servicios del CRPSL. Los resultados indican a nivel general una valoración positiva por parte de todos los usuarios, obteniéndose una puntuación media de 8.02 sobre un máximo de 10 puntos.
- c) **Puntuaciones de los familiares en escala de satisfacción:** a lo largo del mes de diciembre de 2020 los familiares de los usuarios han cumplimentado una encuesta de satisfacción que incluye preguntas acerca de su valoración de las instalaciones, el personal, las actividades y resto de servicios del CRPSL. Los resultados indican a nivel general una valoración positiva por parte de todos los usuarios, obteniéndose una puntuación media de 8.40 sobre un máximo de 10 puntos.
- d) **Nº de recursos y actividades comunitarias:** debido a la situación generada por la pandemia de Sars-Cov-2, y las limitaciones y restricciones en el uso de muchos recursos comunitarios, especialmente de ocio y tiempo libre, a lo largo del 2020 las actividades en ésta área se redujeron drásticamente, centrándose en la utilización a nivel individual de los recursos imprescindibles y esenciales, como los sanitarios y de servicios sociales (tabla incluido en el punto 8), y los de ocio a nivel individual.
- e) **Nº de usuarios insertados en el mercado laboral:** a lo largo del 2020 no se ha logrado la inserción de ningún usuario en el mercado laboral.
- f) **Nº de altas/bajas del dispositivo:** el numero de altas en el dispositivo se igualó al número de bajas a lo largo del 2020, lo que indica una ocupación del 100% del mismo.



## **6. Protocolo de detección y manejo de la conducta suicida y Protocolo de manejo de agitación psicomotriz**

En el año 2020 se ha elaborado y puesto en práctica un Plan específico de prevención de suicidio y un Protocolo de manejo de Agitación Psicomotriz. Ambos se han dado a conocer a todos los trabajadores del CRPSL. Se incluyen para su consulta en los Anexos 1 y 2.

## **7. Actividades de formación continua de trabajadores**

El objetivo del programa de formación de trabajadores es dotarlos de los conocimientos necesarios para realizar sus funciones, así como asegurar la calidad y la mejora continua de la actividad del CRPSL LAR.

A lo largo del año 2020, y dada la situación provocada por la pandemia de Coronavirus, y la imposibilidad de realizar actividades de formación grupales y presenciales, desde el mes de marzo, han quedado suspendidas las sesiones de formación anuales inicialmente previstas. Se ha impartido a todos los trabajadores un curso de formación on-line de 80 horas de duración, con contenidos temáticos relacionados con Salud Mental, que ha tenido lugar a lo largo de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2020. Además, los dos psicólogos clínicos, han participado en la jornada online “Impacto del COVID-19 en la Salud Mental” organizada por Grupo 5 en pasado 10 de diciembre de 2020. A partir del mes de septiembre se ha participado en las sesiones clínicas semanales organizadas por el servicio de psiquiatría de Pontevedra.

### **Formación práctica de alumnado universitario**

LAR pro Salud Mental mantiene con Universidades, principalmente la de Santiago de Compostela un convenio para la formación práctica de los alumnos de 4<sup>a</sup> curso de Psicología (prácticum) y alumnos de las prácticas del Máster Sanitario. Un total de 2 personas han realizado su formación práctica en el CRPSL LAR a lo largo del 2020.



### Otras actividades de formación

Participación de 30 usuarios en el Proyecto CONÉCTATE SEGURO, programa de formación en seguridad digital para colectivos sociales, organizado e impartido por DKV y ASAPME.

Participación en el “Proyecto Cognición Social: la capacidad se desarrolla en la mente”, subvencionado por la Diputación de Pontevedra en el que participaron un total de 24 usuarios.

## 8. Actividades de comunicación y coordinación con los dispositivos de salud mental del área sanitaria correspondiente.

En base a la situación sanitaria en relación con la actual pandemia de Coronavirus, el funcionamiento del CRPSL ha tenido que ser adaptado al Plan de Contingencias elaborado el pasado mes de mayo de 2020. Así mismo, todas las reuniones de coordinación con servicios sanitarios y servicios sociales, establecidos con una frecuencia quincenal, han quedado suspendidos hasta diciembre de 2020, mes en el que se celebró una reunión de coordinación para planificar las actividades de coordinación que se realizarán a lo largo del próximo año 2021. Sin embargo, se han mantenido las actividades de coordinación tanto con equipo de psiquiatría de la USM Salnés y Lárez, como con Servicios Sociales, así como los contactos en caso de ingreso hospitalario con ambos servicios.

Número de actuaciones de coordinación con servicios sanitarios (vía telefónica)	
Equipo de psiquiatría USM Salnés	43
Equipo de Psiquiatría USM Lárez	2
Equipo de Psiquiatría del CHOP	1
Equipo de Psiquiatría del Hospital Nicolas Peña	0
Equipo de otras áreas sanitarias: Conxo-Santiago	3
Otros: médicos de familia	3

Número de actuaciones de coordinación con servicios sociales (vía telefónica)	
Servicios sociales del CHOP (Salnés-Lérez)	6
Servicios sociales Meixoeiro (Vigo)	2
Servicios sociales concello Vilagarcia de Arousa	6
Servicios sociales Cáritas-Vilagarcía de Arousa	4
Servicios sociales Concello de Meaño	3
Servicios sociales Gil Casares (Santiago)	1

## 9. Actividades de sensibilización y difusión del recurso dirigidas a familias y a la ciudadanía.

A lo largo del 2020, y como consecuencia del cierre de los centros educativos, no se han podido realizar las charlas informativas sobre salud mental en los institutos de la comarca previstas en el marco de la Campaña Descubre de información y sensibilización, destinada a la promoción de la salud mental a través del fomento de hábitos y estilos de vida saludables.

Otras actividades:

- ✓ Participación en el programa de radio “Vermú con ser”
- ✓ Participación en el mercadillo benéfico navideño organizado por el Concello de Vilagarcía de Arousa
- ✓ Participación en la jornada Alianza Salud Mental, “El valor aportado por el farmacéutico en la atención a las personas con trastornos mentales”
- ✓ Presencia en medios de comunicación: Entrevista a la directora del CRPSL en el periódico La Voz de Galicia, sobre Depresión y suicidio.
- ✓ Elaboración y entrega de mascarillas quirúrgicas a los usuarios de Cáritas Arousa.
- ✓ Elaboración y publicación en redes sociales de video de ánimo dedicado a los usuarios del CRPSL, con la participación de todos los trabajadores durante el confinamiento decretado por el estado de alarma en marzo de 2020.



- ✓ Publicación periódica en redes sociales de los boletines de empleo y formación del servicio de orientación de Lar Pro Salud Mental.
- ✓ Publicación en redes sociales de información sobre COVID-19, durante y después del estado de alarma, así como de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en materia de prevención.
- ✓ Publicación en redes sociales de información sobre la conmemoración del día mundial de la salud mental “Salud mental y bienestar, una prioridad global”

## 10. Memoria del Programa de integración social/Programa ocupacional

Los destinatarios directos del Programa de Integración Social han sido personas que presentan trastornos mentales graves y persistentes, que acuden al CRPSL LAR. Han sido destinatarios indirectos, las familias y las personas cercanas a los usuarios, debido a que la percepción del bienestar se verá incrementada tanto en el núcleo familiar como en el entorno comunitario.

### Objetivo general:

- ✓ Facilitar a las personas diagnosticadas de un Trastorno Mental Grave y Persistente, el desarrollo y/o la recuperación de las habilidades y recursos personales necesarios para funcionar con mayor éxito y de forma más autónoma en la comunidad, así como mejorar su calidad de vida.

### Objetivos específicos:

- ✓ Garantizar una atención integral y personalizada de todos los usuarios.
- ✓ Facilitar el desarrollo personal aprovechando sus capacidades y potencialidades.
- ✓ Promover el equilibrio emocional y afectivo.
- ✓ Proporcionar un entorno saludable que promueva el bienestar y la estabilidad.
- ✓ Entrenar la adquisición de habilidades esenciales en el ámbito de rutinas básicas que posibiliten el desempeño de una actividad laboral.

El Programa de Integración Social se ha llevado a cabo en las instalaciones del CRPSL LAR , y se complementa y coordina con el Programa general de intervención



psicosocial del CRPSL, cubriendo todas las áreas necesarias para la intervención integral del usuario.

Los usuarios se dividieron en grupos de trabajo de 7-8 participantes en cada uno, para recibir una mejor atención. Las sesiones impartidas en las diferentes áreas de trabajo han sido prácticas y dinámicas, adaptando las actividades a los participantes y a sus capacidades e integrando al usuario en el grupo (en caso de intervenciones grupales). Se ha posibilitado un clima de estimulación para la realización de las actividades, motivando y haciendo las tareas interesantes y llamativas, para que los usuarios las afrontasen como un logro, siendo significativas y funcionales, y trabajando en base a una metodología de empoderamiento y modelo competencial.

Para llevar a cabo los objetivos del Programa, se han diseñado actividades basadas en las técnicas de dinámica de grupos, role-playing, feedback, modelado, andamiaje, reforzamiento, explicaciones teóricas, discusiones y reflexiones, etc; utilizando material audiovisual y/o juegos manipulativos, entre otros recursos.

Al inicio de cada sesión, se hizo un recordatorio de los contenidos trabajados en la sesión anterior para reforzarlos, y se expusieron los objetivos y plan de trabajo que se impartirá en la jornada.

### **Áreas de actuación del programa de integración social**

A continuación, se da una breve descripción de la intervención realizada a lo largo del 2020 en las distintas áreas del programa de Integración social, así como los dos programas incluidos en el proyecto ocupacional del CRPSL. Se incluye también, para cada uno de ellos, el indicador o indicadores que se utilizaron a partir de diciembre, para la evaluación de objetivos de cada uno de los programas y cuya revisión se realizará semestralmente. En las tablas adjuntas, se especifican el número de usuarios que participaron en cada programa y las puntuaciones medias obtenidas en la última evaluación realizada en cada área de intervención.

### a) *Actividades de la vida diaria*

**Objetivo:** recuperar las habilidades necesarias para su autonomía personal

**Metodología:** intervención individual y/o grupal, andamiaje, modelado, role-playing, feed-back, observación, autoevaluaciones, entre otros

**Contenidos básicos:** Autocuidados (habilidades de aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física); Vida en el Hogar (habilidades de cuidado de la ropa, limpieza y mantenimiento del hogar); Utilización de la comunidad (habilidades de uso de transportes, medios de información y compras), Salud y seguridad (Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud, tratamiento y prevención de enfermedades, primeros auxilios, sexualidad y estado físico).

**Actividades:** dirigidas a adquirir y reforzar hábitos personales, sociales, domésticos y de convivencia, comunitarias y del tiempo libre

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** puntuación en Evaluación de la Discapacidad (WHODAS).

PROGRAMA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA		
(Nº participantes :33)		
CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD (WHODAS)		
	Puntuación media de los participantes	
Area 1: comprensión y comunicación (/30)	14,8	Los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas a todos los participantes indican un grado medio-alto de percepción de discapacidad en los que se refiere al área de actividades de la vida diaria.
Area 2: Capacidad para moverse en su entorno (/25)	12,1	
Area 3: Cuidado persona (/20)	8,5	
Area 4: Relacionarse con otras personas (/25)	12,1	
Area 5: Actividades de la vida diaria (/20)	10,1	
Area 6: Participación en la sociedad (/40)	19,5	
La puntuación de cada factor oscila entre un mínimo y un máximo, a mayor puntuación mayor percepción de discapacidad. Factor 1, punt.min=6, punt.máx=30; Factor 2: punt.min.=5, punt.máx=25; Factor 3: punt.min.=4, punt.máx=20; Factor 4: punt.min.=5, punt.máx=25; Factor 5: punt.min.=4, punt.máx=20; Factor 6:punt min.=8, punt.máx=40)		

### b) *Ocio y tiempo libre*

**Objetivo:** mejorar la integración social y disminuir el riesgo de deterioro psicosocial de los usuarios



**Metodología:** intervención individual y/o grupal, participación en actividades de ocio, búsqueda de actividades ofertadas (Internet y otras instituciones)

**Contenidos básicos:** conocimiento, asistencia y participación a actos públicos y celebraciones familiares y sociales; empleo del ocio y tiempo libre en actividades recreativas individuales.

**Actividades** Las actividades de ocio externas previstas en la programación del 2020, han quedado suspendidas en su totalidad por la situación generada por la pandemia de coronavirus. Así mismo, muchas de las actividades de ocio internas, han tenido que ser suspendidas para evitar situaciones de riesgo de contagio y en cumplimiento del protocolo de actuación para COVID-19. Las actividades realizadas previas al estado de alarma han sido: Visita al Belén Artesanal de Valga en Enero, Participación en el Campeonato Gallego de Fútbol Sala "Tolos Polo Fútbol" organizado por Feafes Galicia y Celebración de los carnavales en febrero de 2020.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** nº de actividades en las que participa, puntuación en ficha de evaluación trimestral.

### **c) Proyecto ocupacional: NUEVAS TECNOLOGÍAS**

**Objetivos:** formar a los usuarios en el uso cotidiano de las nuevas tecnologías.

**Metodología:** intervención individual y/o grupal, andamiaje, feed-back dinámicas de grupos, explicaciones teóricas, material audiovisual, puesta en práctica, entre otros.

**Contenidos básicos:** conocimiento y uso de PC y periféricos, Manejo de ratón y teclado. Windows (manejo de ventanas y archivos), Manejo de internet. Herramientas de Google. Conocimiento y manejo de Office (Word, Excell, Power Point)

**Actividades:** Windows, Procesadores de texto, Redes Sociales, Internet, tareas cotidianas, manejo de aparatos tecnológicos que sirvan para producir, desarrollar y llevar a cabo la comunicación.

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** prueba de nivel; puntuación en Inventario de Conducta Laboral (WBI) y en ficha de evaluación trimestral



### PROYECTO OCUPACIONAL: NUEVAS TECNOLOGÍAS

(Nº participantes :17)

#### INVENTARIO DE CONDUCTA LABORAL (WBI)

	Puntuación media de los participantes	
Escala A: Habilidades sociales	19	A nivel general se observa en el inventario realizado a todos los participantes una puntuación media-baja en todos los factores evaluados, únicamente destaca una mayor problemática en lo referido a las habilidades sociales y el grado de calidad en el trabajo realizado.
Escala B: Cooperación	21	
Escala C: Hábitos laborales	20	
Escala D: Calidad en el trabajo	18	
Escala E: Imagen personal	21	
Escala F: Valoración global de la conducta	3	

La puntuación de cada escala oscila entre 7 y 35 puntos, a mayor puntuación mejor rendimiento en el área evaluada.

#### d) *Proyecto ocupacional: ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS*

**Objetivos:** promover la actividad física y el gusto por el deporte

**Metodología:** intervención individual y/o grupal, andamiaje, feed-back, explicaciones teóricas, modelaje, puesta en práctica, entre otros.

**Contenidos básicos:** Información acerca de la importancia de la realización de una actividad física adaptada a las posibilidades individuales, Relación entre bienestar físico y bienestar mental. Tipos de actividad física y deportiva individual y grupal.

**Actividades:** Actividades para el entrenamiento de la capacidad aeróbica (bicicleta estática, elíptica, banco de remo y escaleras), la fuerza (Press banca, Home gym, gomas) y la tonificación (trabajos con palos, Fitball, abdominales, tensores y gomas)

**Procedimiento de evaluación/indicadores:** Peso e Índice de Masa Corporal, y puntuaciones de la ficha de evaluación trimestral.

### PROYECTO OCUPACIONAL: ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS

(Nº participantes :19)

#### PESO E INDICE DE MASA CORPORAL

INDICE DE MASA CORPORAL	30	Los resultados de las evaluaciones realizadas a los 19 participantes en la actividad, indican que en general, todos ellos tienen un IMC superior a saludable, correspondiéndose con un índice de obesidad de tipo I.
IMC	Clasificación: <18,5	Peso insuficiente; 18,5-24,9 Normopeso
	25-26,9	Sobrepeso grado I; 27-29,9 Sobrepeso grado II (preobesidad); 30-34,9 Obesidad de tipo I
	35-39,9	Obesidad de tipo II; 40-49,9 Obesidad de tipo III (mórbida); >50 Obesidad de tipo IV (extrema)

## 11. Memoria económica del CRPSL

Adjuntamos las cuentas del ejercicio 2019: Balance y cuenta de resultados: 2019 y comparativa con el ejercicio anterior (a fecha actual la contabilidad de 2020 está pendiente de cierre).

PAG. 1

BALANCE DE PYMESFL			
NIF	G-36119253		UNIDAD
DENOMINACIÓN SOCIAL			Euros <input checked="" type="checkbox"/>
ASOCIACIÓN LAR PRO SALUD MENTAL			Miles <input type="checkbox"/>
			Millones <input type="checkbox"/>
ACTIVO	NOTAS DE LA MEMORIA	EJERCICIO 2019	EJERCICIO 2018
<b>A) ACTIVO NO CORRIENTE</b>		<b>55.208,85</b>	<b>62.439,31</b>
I. Inmovilizado intangible		53.296,99	59.873,97
II. Bienes del Patrimonio Histórico		0,00	0,00
III. Inmovilizado material		1.911,86	2.565,34
IV. Inversiones inmobiliarias		0,00	0,00
V. Inversiones en empresas grupo y asociadas a largo plazo		0,00	0,00
VI. Inversiones financieras a largo plazo		0,00	0,00
VII. Activos por impuesto diferido		0,00	0,00
<b>B) ACTIVO CORRIENTE</b>		<b>134.820,96</b>	<b>105.595,73</b>
I. Existencias		0,00	0,00
II. Usuarios y otros deudores de la actividad propia		89.816,77	65.738,13
III. Deudores comerciales y otras cuentas a cobrar		0,00	0,00
IV. Inversiones en entidades grupo y asociadas a corto plazo		0,00	0,00
V. Inversiones financieras a corto plazo		0,00	0,00
VI. Periodificaciones a corto plazo		0,00	0,00
VII. Efectivo y otros activos líquidos equivalentes		45.004,19	39.857,60
<b>TOTAL ACTIVO (A+B)</b>		<b>190.029,81</b>	<b>168.035,04</b>

FAS. 6

BALANCE DE PYMESFL				
NIF	G36119253		UNIDAD	
DENOMINACIÓN SOCIAL			Euros	<input checked="" type="checkbox"/>
ASOCIACIÓN LAR PRO SALUD			Miles	<input type="checkbox"/>
MENTAL			Millones	<input type="checkbox"/>
PATRIMONIO NETO Y PASIVO		NOTAS DE LA MEMORIA	EJERCICIO 2019	EJERCICIO 2018
<b>A) PATRIMONIO NETO</b>			<b>17.746,10</b>	<b>51.318,87</b>
<b>A-1) Fondos propios</b>			<b>-13.802,22</b>	<b>11.324,20</b>
I. Dotación fundacional/Fondo social			0,00	0,00
1. Dotación fundacional/Fondo social			0,00	0,00
2. (Dotación fundacional no exigida/Fondo social no exigido)			0,00	0,00
II. Reservas			0,00	0,00
III. Excedentes de ejercicios anteriores			11.324,20	23.000,04
IV. Excedente del ejercicio			-25.126,42	-11.675,84
<b>A-2) Subvenciones, donaciones y legados recibidos</b>			<b>31.548,32</b>	<b>39.994,67</b>
<b>B) PASIVO NO CORRIENTE</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
I. Provisiones a largo plazo			0,00	0,00
II. Deudas a largo plazo			0,00	0,00
1. Deudas con entidades de crédito			0,00	0,00
2. Acreedores por arrendamiento financiero			0,00	0,00
3. Otras deudas a largo plazo			0,00	0,00
III. Deudas con entidades del grupo y asociadas a largo plazo			0,00	0,00
IV. Pasivos por impuesto diferido			0,00	0,00
V. Periodificaciones a largo plazo			0,00	0,00
<b>C) PASIVO CORRIENTE</b>			<b>172.283,71</b>	<b>116.716,17</b>
I. Provisiones a corto plazo			0,00	0,00
II. Deudas a corto plazo			83.934,20	63.680,32
1. Deudas con entidades de crédito			20.253,38	0,00
2. Acreedores por arrendamiento financiero			0,00	0,00
3. Otras deudas a corto plazo			63.680,82	63.680,32
III. Deudas con entidades del grupo y asociadas a corto plazo			0,00	0,00
IV. Beneficiarios-Acreedores			0,00	0,00
V. Acreedores comerciales y otras cuentas a pagar			41.926,47	20.218,79
1. Proveedores			12.502,59	6.655,45
2. Otros acreedores			29.425,88	13.563,34
VI. Periodificaciones a corto plazo			46.421,04	32.817,06
<b>TOTAL PATRIMONIO NETO Y PASIVO (A+B+C)</b>			<b>190.029,81</b>	<b>168.035,04</b>

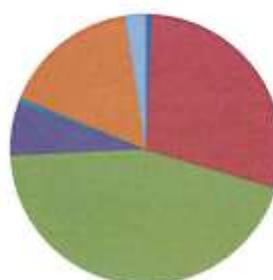
CUENTA DE RESULTADOS DE PYMESFL			
NIF	G36119253	UNIDAD	
DENOMINACIÓN SOCIAL		Euros	<input checked="" type="checkbox"/>
ASOCIACIÓN LAR PRO SALUD		Miles	<input type="checkbox"/>
MENTAL		Millones	<input type="checkbox"/>
	NOTA	EJERCICIO 2019	EJERCICIO 2018
<b>A) Excedente del ejercicio</b>			
<b>1. Ingresos de la actividad propia</b>		<b>385.467,57</b>	<b>364.627,37</b>
a) Cuotas de usuarios y afiliados		2.347,00	2.712,00
b) Aportaciones de usuarios y programas		313.709,31	298.672,97
c) Ingresos de promociones, patrocinadores y colaboraciones		0,00	2.000,00
d) Subvenciones, donaciones y legados imputados al excedente del ejercicio		69.411,26	61.242,40
e) Reintegro de ayudas y asignaciones		0,00	0,00
<b>2. Ventas y otros ingresos de la actividad mercantil</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>3. Gastos por ayudas y otros</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
a) Ayudas monetarias		0,00	0,00
b) Ayudas no monetarias		0,00	0,00
c) Gastos por colaboraciones y del órgano de gobierno		0,00	0,00
d) Reintegro de subvenciones, donaciones y legados		0,00	0,00
<b>4. Variación de existencias de productos terminados y en curso de fabricación</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>5. Trabajos realizados por la entidad para su activo</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>6. Aprovisionamientos</b>		<b>-107.826,28</b>	<b>-91.885,81</b>
<b>7. Otros ingresos de la actividad</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>8. Gastos de personal</b>		<b>-267.327,77</b>	<b>-237.411,87</b>
<b>9. Otros gastos de la actividad</b>		<b>-35.567,33</b>	<b>-46.492,91</b>
<b>10. Amortización del inmovilizado</b>		<b>-7.230,46</b>	<b>-7.337,45</b>
<b>11. Subvenciones, donaciones y legados capital traspasados al excedente del ejercicio</b>		<b>8.446,35</b>	<b>8.446,35</b>
<b>12. Excesos de provisiones</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>13. Deterioro y resultado por enajenaciones del inmovilizado</b>		<b>153,96</b>	<b>580,08</b>
<b>A.1) EXCEDENTE DE LA ACTIVIDAD (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13)</b>		<b>-23.883,96</b>	<b>-9.474,24</b>
<b>14. Ingresos financieros</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>15. Gastos financieros</b>		<b>-1.062,46</b>	<b>-1.701,60</b>
<b>16. Variación de valor razonable en instrumentos financieros</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>17. Diferencias de cambio</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>18. Deterioro y resultado por enajenaciones de instrumentos financieros</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>A.2) EXCEDENTE DE LAS OPERACIONES FINANCIERAS (14+15+16+17+18)</b>		<b>-1.062,46</b>	<b>-1.701,60</b>
<b>A.3) EXCEDENTE ANTES DE IMPUESTOS (A.1+A.2)</b>		<b>-24.946,42</b>	<b>-11.175,84</b>
<b>19. Impuestos sobre beneficios</b>		<b>-180,00</b>	<b>-500,00</b>
<b>A.4) Variación del patrimonio neto reconocida en el excedente del ejercicio (A.3+19)</b>		<b>-25.126,42</b>	<b>-11.675,84</b>
<b>B) Ingresos y gastos imputados directamente al patrimonio neto</b>			
<b>1. Subvenciones recibidas</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>2. Donaciones y legados recibidos</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>3. Otros ingresos y gastos</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>4. Efecto impositivo</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>B.1) Variación del patrimonio neto por ingresos y gastos reconocidos directamente en el patrimonio neto (1+2+3+4)</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>C) Reclasificaciones al excedente del ejercicio</b>			
<b>1. Subvenciones recibidas</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>2. Donaciones y legados recibidos</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>3. Otros ingresos y gastos</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>4. Efecto impositivo</b>		<b>0,00</b>	<b>-500,00</b>
<b>C.1) Variación del patrimonio neto por reclasificaciones al excedente del ejercicio (1+2+3+4)</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>D) Variación del patrimonio neto por ingresos y gastos imputados directamente al patrimonio neto (B.1+C.1)</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>E) Ajustes por cambios de criterio</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>F) Ajustes por errores</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>G) Variaciones de la dotación fundacional o fondo social</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>H) Otras variaciones</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>I) RESULTADO TOTAL, VARIACION DEL PATRIMONIO NETO EN EL EJERCICIO (A.4+D+E+F+G+H)</b>		<b>-25.126,42</b>	<b>-11.675,84</b>

## MEMORIA ECONÓMICA 2018 - ASOCIACIÓN LAR PRO SALUD MENTAL -

Cuotas asociados	2.712,00
Aportacions usuarios	107.969,97
Concerto Administraci3n p3blicas	166.703,00
Programa FEAFES	24.000,00
Patrocinio publicitario	2.000,00
Subvenci3n p3blicas	61.242,40
Subvenci3n traspasadas a resultados	8.446,35
Ingresos excepcionais	580,08

**Total ingresos 373.653,80**

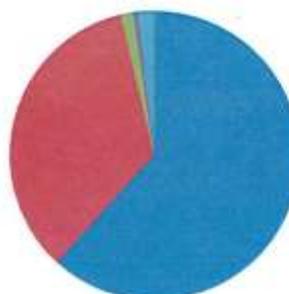
## INGRESOS



- Cuotas asociados
- Aportacions usuarios
- Concerto Administraci3n p3blicas
- Programa FEAFES
- Patrocinio publicitario
- Subvenci3n p3blicas
- Subvenci3n traspasadas a resultados
- Ingresos excepcionais

Persoal contratado	237.411,87
Gastos de actividad e mantemento	132.783,45
Gastos de servizos e programas	5.595,27
Gastos financeiros	1.701,60
Amortizaci3n	7.337,45
<b>Total gastos</b>	<b>384.829,64</b>

## GASTOS



- Persoal contratado
- Gastos de actividad e mantemento
- Gastos de servizos e programas
- Gastos financeiros
- Amortizaci3n

## BALANCE

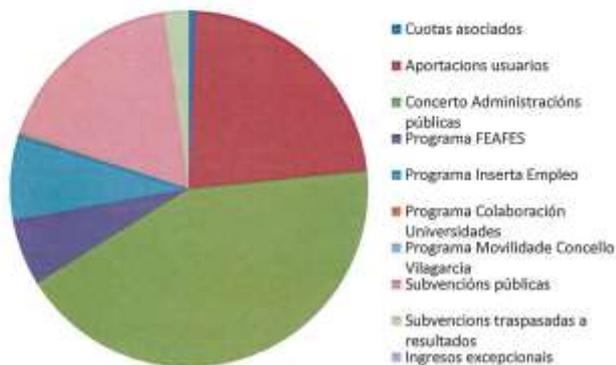
2018 rematou cun resultado final negativo de: 373.653,80 - 384.829,64 = -11.175,84 €

## MEMORIA ECONÓMICA 2019 - ASOCIACIÓN LAR PRO SALUD MENTAL -

Cuotas asociados	2.347,00
Aportacions usuarios	89.659,47
Concerto Administracións públicas	168.385,80
Programa FEAFES	24.000,00
Programa Inserta Empleo	30.400,20
Programa Colaboración Universidac	825,00
Programa Movilidade Concello Vila	438,84
Subvencións públicas	69.411,26
Subvencions traspasadas a resultado	8.446,35
Ingresos excepcionais	153,96

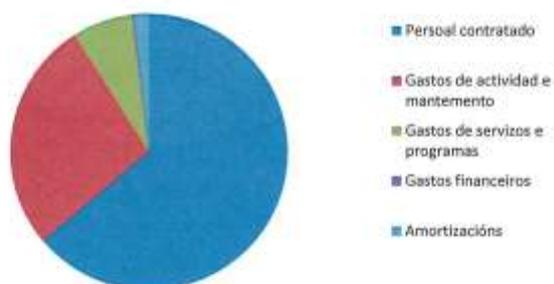
**Total ingresos**                    **394.067,88**

## INGRESOS



Persoal contratado	267.327,77
Gastos de actividad e mantemento	113.713,41
Gastos de servizos e programas	29.680,20
Gastos financeiros	1.062,46
Amortizacións	7.230,46
<b>Total gastos</b>	<b>419.014,30</b>

## GASTOS



## BALANCE

2019 rematou cun resultado final negativo de:  $394.067,88 - 419.014,30 = -24.946,42$  €



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

**PROTOCOLO MANEJO DE AGITACION  
PSICOMOTRIZ**



## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>Pág 3</b>
<b>2. ETIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>Pág 3</b>
<b>3. VALORACIÓN DE RIESGOS.....</b>	<b>Pág 4</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>Pág 4</b>
<b>5. EVALUACIÓN DE LA AGITACIÓN.....</b>	<b>Pág 4</b>
<b>6. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS.....</b>	<b>Pág 4</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>Pág 11</b>

## **PROTOCOLO MANEJO DE AGITACION PSICOMOTRIZ**

**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. INTRODUCCIÓN**

La agitación psicomotriz se entiende como una hiperreactividad motora y psíquica. Se engloba dentro de los trastornos de conducta. En sí mismo no es una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de otros trastornos tanto psíquicos como somáticos.

La intensidad del cuadro puede variar desde un ligero nerviosismo hasta movimientos descoordinados sin ninguna finalidad y en respuesta a una tensión interna. Suele ir acompañado de distintas manifestaciones de ansiedad, cólera, pánico o euforia. Estas son situaciones que representan peligro para el usuario (autoagresión) y para el personal que lo atiende (heteroagresión).

Debemos recordar que un usuario agitado no debe confundirse con una persona violenta.

### **2. ETIOLOGIA PSIQUIATRICA**

El usuario presenta: alucinaciones auditivas, ideación delirante, alteraciones de la afectividad y del estado de ánimo, verborrea, vociferante o disgregación.

No presenta alteraciones de la conciencia, no suele existir desorientación. Puede presentarse alteración psicótica en la que si existe desconexión de la realidad, en este caso estarían presentes trastornos como la esquizofrenia, los episodios maníacos y alteraciones por ideación delirante.

### **3. VALORACION DE RIESGOS.**

El profesional que atienda en el CRPS de LAR Pro Salud Mental a usuarios con agitación psicomotriz debe actuar de forma rápida y regirse por el protocolo donde están recogidas todas las intervenciones a realizar.

### **4. OBJETIVOS**

- Aplicar las medidas correspondientes para garantizar la seguridad del usuario y equipo.
- Negociar soluciones terapéuticas
- Disminución de la agresividad u hostilidad

### **5. EVALUACION DE LA AGITACION**

La intervención terapéutica viene marcada por el grado de la agitación.

#### **Grados de agitación:**

1. Leve
2. Moderada
3. Grave

Desde LAR pro Salud Mental siempre se atenderán al grado leve. Para un grado moderado o grave se llamará al 061.

### **6. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS**

Podríamos clasificar tres tipos de intervenciones:

1. Contención verbal
2. Contención física
3. Contención farmacológica.

Desde el CRPS de LAR pro Salud Mental se utilizará exclusivamente la contención verbal. Si la alteración persiste se solicitarán los servicios del 06.

- **Control de primeros síntomas**

- Intentar tranquilizarlo.



- .Aislarlo del resto del grupo, llevándolo a otra dependencia e intentar reducir el acceso a estímulos para evitar la escalada de agitación.
- Eliminar el acceso a objetos potencialmente peligrosos
- Ante todo debemos garantizar la seguridad del usuario y la nuestra propia, por lo que se hace necesario tener pautas de actuación previstas y protocolarizadas; no hay tiempo para improvisaciones.
- Observar signos y síntomas de riesgo vital que pudieran requerir intervenciones inmediatas (cianosis, arritmias etc.)
- Abordar la causa que provoca la agitación en la medida que sea posible. Observar reacciones en el paciente que generen estrés y factores desencadenantes, porque los mecanismos de afrontamiento pueden ser inadecuados o desproporcionados. Hay que vigilar el aumento de actividad motora, movimientos estereotipados, conductas demandantes dirigidas con suspicacia y desconfianza.
- Utilizar técnicas de distracción y/o desactivación (desescalada) verbal

- **Técnicas de distracción**

Se llama Técnica de distracción a toda intervención terapéutica que pretende condicionar la atención del usuario. El objetivo es centrar la atención de éste en una actividad que genere emociones neutras o positivas. Así la atención es desplazada de los contenidos mentales presentes durante el estado de agitación y que suelen despertar emociones negativas. De esta manera se pretende disminuir la tensión.

Por técnicas de distracción se consideran.

- Ofrecer conversación (preguntar por una actividad reciente, hablar sobre temas que le puedan interesar...).
- Invitarle a realizar una actividad lúdica:
  - Juegos de mesa
  - Pintar mandala/dibujo.
  - Actividad deportiva: ping-pong/frontón/gimnasio.
  - Escuchar música/ver TV.



- Leer revista/prensa/libro.
- Dar un paseo.
- Ayudar al personal en alguna actividad.
- Expresar emociones mediante escritura.

Es muy útil dejar al usuario la posibilidad de elección para que sienta cierto autocontrol y que se tiene en cuenta su opinión.

Hay que valorar la idoneidad de que estas actividades sean realizadas con personal y usuarios para integrarle en el grupo. Otra opción es que permanezca solo con personal pues en ocasiones el resto de usuarios podría actuar como estimuladores de la tensión interior que se trata de reducir.

#### **- Técnica de desactivación verbal**

La desescalada verbal es una intervención empleada para personas que se encuentran en riesgo de comportarse agresivamente. Se basa en el empleo del lenguaje junto con otras técnicas de comunicación para atenuar, redirigir o desescalar una situación conflictiva (Mary, 2010).

El objetivo de la desescalada verbal es reducir el nivel de ansiedad para poder animar al usuario a que acepte la posibilidad del diálogo ya que cualquier intento de razonar con una persona enfurecida es siempre imposible.

Las técnicas de desescalada verbal descansan en el principio de que el pensamiento de la persona agitada se caracteriza por ser:

- a) Ilógico
- b) Concreto
- c) Desenfocado

Por el contrario, el pensamiento de la persona no influida por una situación emocional descontrolada se caracteriza por ser:

- a) Lógico
- b) Abstracto
- c) Razonable.

La finalidad de una técnica de desactivación eficaz es conseguir que la persona abandone el estilo de pensamiento propio de una crisis emocional para adoptar el estilo de pensamiento de una persona centrada.

La desescalada verbal asume que la escalada conductual (y su retorno a la normalidad) se estructura en siete fases (Colvin, 1989).

**- Etapas de la escalada conductual**

Calma	Persona relativamente calmada y cooperadora
Desencadenante	Experimenta conflictos sin resolver. Esto desencadena la escalada conductual
Agitación	Se encentra enfadada, sin objetivo claro
Aceleración	El conflicto permanece sin resolver, la persona se centra en el conflicto.
Cima	Está ya fuera de control y muestra una conducta grave
Desescalada	Desahoga las emociones del período de cima, aparece confundida, la gravedad de la etapa de cima va bajando.
Recuperación	Muestra disposición para participar en actividades

En cualquier intento de desescalada verbal es fundamental tener en cuenta que la comunicación interpersonal está compuesta por tres factores:

- a) lenguaje corporal.
- b) el tono (cómo se dice)
- c) la elección de las palabras.

De todos ellos el más influyente (55%) es el lenguaje corporal que está compuesto del contacto visual, la postura, los gestos y las expresiones faciales. En segundo lugar es la manera como se dicen las cosas (38%) el tono, el ritmo, el volumen, la carga emocional, el nivel de detalles, etc. Por último y el factor menos importante de todos es qué se dice (7%), es decir la selección de las palabras empleadas para la comunicación.

Cualquier intento de desescalada verbal está compuesta de 10 dominios fundamentales que deben guiar la intervención (Richmond, 2012).

- **Diez dominios de la técnica de desescalada.**

Respetar el espacio personal
No mantener actitudes provocadoras
Establecer contacto verbal
Ser conciso
Identificar deseos y emociones
Prestar mucha atención a lo que el usuario dice
Llegar a un acuerdo, o acordar en lo que se desacuerda
Dejar bien claro lo que se establece la Ley y marcar límites claros
Ofrecer opciones y optimismo
Explicar los procedimientos al usuario y al personal

En la aproximación a la persona agitada hay que tener en cuenta la distorsión que se produce en estas personas en relación a cómo perciben el espacio territorial en el que se sienten cómodos: aumenta hasta en cinco veces la extensión propia de las condiciones de calma. Cualquier intento de penetrar en este espacio hará que la persona vea incrementada sus sensaciones de incomodidad.

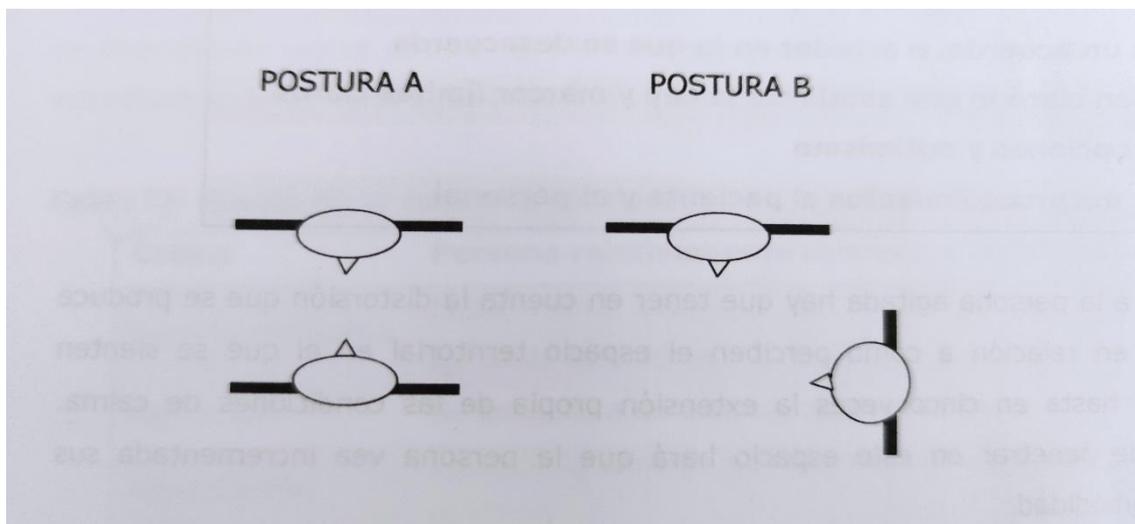
También se recomienda tener en cuenta todo lo que no se debe hacer durante un intento de desescalada verbal.

- **Decálogo de intervenciones desaconsejadas**

Negarse a escuchar o interrumpir el discurso del usuario
Avergonzar a la persona por su mal comportamiento
Elevar el tono de voz para "Hacerse oír"
Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el usuario rechaza al profesional
Ofrecer medicación " Para que esté más tranquilo"

Sonreír o hacer comentarios graciosos
Retar al usuario. Mirarle fijamente
Invadir el espacio personal puesto que una persona agresiva puede sentir la invasión de su espacio como amenazante.
Minimizar o no tener en cuenta los sentimientos de la persona

La postura de aproximación al usuario es igualmente fundamental. No es conveniente aproximarse al usuario de manera frontal (ver postura A) o por la espalda. Acercarse a él de manera oblicua (ver postura B) suelen ser percibido de manera menos agresiva. En cualquier caso nunca hay que dar la espalda a un usuario durante una situación hostil. En su primer momento la mejor postura es mantenerse en una posición angular junto al usuario, con una cadera y pie apartado y los contralaterales hacia delante. Esta postura es mucho más estable y deja expuesto una menor proporción del cuerpo en caso de un intento de agresión. En cualquier caso siempre hay que permanecer a una distancia suficiente de manera que el usuario no nos alcance en caso de que intente golpearnos, agarrarnos o darnos una patada.



Durante el diálogo se debe dar una apariencia lo menos amenazadora posible. Para ello es conveniente seguir las recomendaciones.

- **Recomendaciones para una apariencia no amenazante**

Aparecer siempre calmado y seguro aunque no se sienta bien
Mantener un contacto visual limitado
Colocar las manos en frente de nuestro cuerpo, abiertas y en posición relajada
Mantener la misma altura ocular que el usuario. Animarle a que permanezca sentado. Si se levanta, hacerlo igualmente

En general, son útiles una serie de recomendaciones durante una intervención de desescalada verbal.

- **Recomendaciones durante una desescalada verbal**

No elevar el tono de voz ni gritar a un usuario que grita. Esperar hasta que pare para respirar, o hable más calmadamente o a un volumen normal
Dar respuestas simples
Repetir si es necesario
Responder a preguntas que pidan información con independencia de las malas formas que sean planteadas
Nunca responder a preguntas cuya única finalidad sea el insulto o la ofensa
Ayudar al usuario para que pueda expresar sus emociones de ira en vez de actuar en base a ellas
No adoptar una postura defensiva aunque el usuario realice comentarios, maldiciones o insultos contra nosotros.
Ser sincero. Mentir a alguien para calmarle puede conducir a una futura escalada cuando se descubra la mentira
Posponer, si es posible, la comunicación de nuevas noticias desagradables
Explicar los límites y normas en un tono que infunda respeto y con firmeza, pero siempre respetuoso
Dar opciones, siempre que sea posible y que ambas opciones sean seguras
Ser respetuoso a la hora de establecer límites o solicitar ayuda externa
Empatizar con los sentimientos, nunca con el comportamiento
Ofrecer actos alternativos si es posible: un zumo, agua, infusión, etc.

En la comunicación verbal es fundamental el empleo de técnicas de escucha activa que hagan ver al usuario que se le está prestando atención. Una de ellas son los denominados los reforzadores mínimos que pueden ser no verbales (asentimientos con la cabeza) o respuestas verbales simples (¡Ah!, ¡Sí!, ¡Claro!..) que no interrumpen el discurso del usuario y, por el contrario, lo alientan.

Otra de las técnicas de escucha activa es el empleo de respuestas en espejo que muestran al usuario que se le está escuchando al repetir o resumir lo que acaba de decir. Estas declaraciones deben ser siempre breves y nunca interrumpir el discurso de la persona agitada.

La tercera modalidad de técnicas de escucha activa es el empleo de preguntas abiertas (¿me podría decir más sobre esto último?...) Este tipo de preguntas nos permiten recoger más información, examinar si la situación es potencialmente peligrosa para nosotros y si la persona está pensando en clave racional.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- APA (American Psychiatric Association). 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing. Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org//book.aspx?doi/410.1176/appi.books.9780890425596.893619>.
- Colvin, G., & Sugai, G. (1989). Understanding and Managing Escalating Behavior (ppt). Tomado el 22 enero 2012 de <http://www.pbis.org/common/pbisresources>.
- Lindenmayer JP. 2000. The pathophysiology of agitation. J Clin Psychiatr. 61 (Suppl 1):5– 10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11154018>.
- Mary M. Kerr & C.M. Nelson: Strategies for Addressing Behavior Problems in the Classroom, 2010.
- Richmond JS et al. Western J Emergency Med. 2012;12: 17-25.



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

**PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE LA  
CONDUCTA SUICIDA**



## **ÍNDICE**

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

## **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.



- 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.
- Estrés (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 estresores.

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/suicide-prevention/es/)
  - [https://www.who.int/mental\\_health/publications/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>		



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.		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

## 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 0 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)*



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



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

**Puntuación total**