
ANEXOS

**Protocolo de colaboración interinstitucional
Prevención y actuación
ante **CONDUCTAS SUICIDAS****



Julio 2014



**Gobierno
de Navarra**

ÍNDICE

Anexo 1. Documento de Solicitud de Colaboración entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales.....	5
Anexo 2. Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Conducta Suicida (adaptada del C- SSRS).	7
Anexo 3. Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores.....	15
Anexo 4. Acuerdo del Gobierno de Navarra de creación de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas, de 2 de julio de 2014.	25
Anexo 5. Protocolos de Prevención de Residencias de Atención a Menores.	29
Anexo 5.1. Programa de Prevención de Suicidios. Fundación Haritz Berri. COA.	31
Anexo 5.2. Protocolo de Prevención Suicidio: Asociación Navarra Sin Fronteras.....	71
Anexo 5.3. Protocolo Prevención y Abordaje ante la Conducta Suicida. Xilema.	75

Anexo 1. Documento de Solicitud de Colaboración entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales.

Centro que solicita la colaboración:	<input type="text"/>	
Derivación a:	<input type="text"/>	
Datos del informante que solicita la colaboración:		
Nombre y apellidos:	<input type="text"/>	
Profesión:	<input type="text"/>	Centro de trabajo: <input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	
C.P.	<input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>	
Datos de la persona sobre la que se informa:		
Nombre y apellidos:	<input type="text"/>	
Fecha nacimiento:	<input type="text"/>	Lugar nacimiento: <input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	
C.P.	<input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/>
Nombre del padre: (menores de edad)	<input type="text"/>	Nombre de la madre: (menores de edad) <input type="text"/>
Representante legal o guardador: (menores de edad)	<input type="text"/>	
Problemática o situación detectada que motiva la colaboración (indicadores o datos relevantes)		
<input type="text"/>		
Informes que se adjuntan (relevantes para el caso)		
<input type="text"/>		

Fecha:

Firma del/a profesional:

Firma de la persona afectada o representantes legales:

Anexo 2. Entrevista Estructurada para la Evaluación de la Conducta Suicida (adaptada del C- SSRS).

Como se ha indicado a lo largo de este documento, existen varias pruebas para la evaluación del riesgo de suicidio. Sin embargo, todavía no contamos con un test diagnóstico basado en la evidencia que pueda predecir con exactitud el riesgo de suicidio a nivel individual, ya que las mayoría de las pruebas que se aplican presentan un alto nivel de falsos positivos.

La evaluación del riesgo de suicidio es un proceso complejo que debería abordarse integrando los distintos factores que intervienen en el mismo. Existen factores distales como los intentos anteriores, la enfermedad mental o somática, sociodemográficos, antecedentes familiares, etc., y factores más próximos como estados cognitivos y afectivos de la persona en un momento dado que le llevan a una conducta suicida, así como factores protectores. El marco adecuado para realizar esta evaluación global es el terapéutico (presencial, telefónico u otros).

El *Columbia–Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS* evalúa el proceso de la conducta suicida en un momento dado, tanto la ideación y sus parámetros como la propia conducta suicida. En varios estudios americanos realizados con adultos y adolescentes ha mostrado buenas propiedades psicométricas. A estas propiedades cabe añadir su sencillez, claridad de conceptos y su brevedad.

Numerosas instituciones y países han adoptado esta prueba como instrumento de evaluación y si bien no contamos con la validación en nuestro país, valoramos aspectos importantes para incorporar su aplicación, como son el equipo de trabajo que ha intervenido y el clarificador contenido teórico con el que se ha desarrollado, contando además con la experiencia de uso de la prueba.

Queremos proponer también que la adopción de este instrumento se acompañe de un estudio para su adaptación y validación.

ANEXO 2: Entrevista estructurada para la evaluación de la conducta suicida.

IS. IDEACIÓN SUICIDA:

Le voy a hacer algunas preguntas sobre su estado de ánimo y sobre lo que Vd. está pensando.

IS1 Deseo de estar muerto/a

Manifiesta pensamientos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo, o le gustaría quedarse dormido/a y no volverse a despertar.

¿Ha deseado estar muerto/a o poder dormirse y no volverse a despertar?

Si la respuesta es Sí, describir:

IS2 Pensamientos activos de suicidio no específicos

Pensamientos generales no específicos de querer acabar con la propia vida, cometer suicidio (por ej. "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre la forma de matarse/métodos asociados, intención o plan.

¿Ha tenido realmente pensamientos de matarse?

Si la respuesta es Sí, describir:

IS3 Ideas activas de suicidio con cualquier método, sin intención de actuar, sin plan específico

La persona manifiesta ideas de suicidio y ha pensado como mínimo en un método para hacerlo. Todavía no tiene intención de llevar a cabo el suicidio, ni existe un plan específico.

¿Ha estado pensando en cómo podría hacerlo?

Si la respuesta es Sí, describir:

IS4 Ideas activas de suicidio con alguna intención de actuar, sin plan específico

La persona indica que sí ha tenido alguna intención de llevar a cabo el suicidio, pero todavía no tiene un plan específico.

¿...y en este último tiempo, ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo?

Si la respuesta es Sí, describir:

IS5 Ideas activas de suicidio con intención de actuar y plan específico

Existe un plan, total o parcialmente elaborado para llevar a cabo el suicidio.

¿Ha empezado a preparar o ha preparado los detalles de cómo quitarse la vida?

¿Tiene intención de llevar a cabo este plan?

Si la respuesta es Sí, describir:

NOTAS:

Debe identificarse correctamente la ideación y el comportamiento.

Las preguntas exploran la severidad de la ideación, que va de menos a más. Debe valorarse únicamente la pregunta que más se ajuste a la realidad.

Las dos primeras preguntas ponen de manifiesto con claridad la ideación suicida y las tres siguientes exploran sobre la gravedad de la ideación, en función de si existe un método y un plan específico.

Si la respuesta es "No" en las dos primeras preguntas, no hay ideación, por lo tanto se debe pasar directamente a explorar el comportamiento.

Las preguntas se ofrecen como herramientas útiles. No tiene por qué hacerse alguna pregunta, o todas ellas. Solo las suficientes para obtener la respuesta correcta.

Lo importante es recopilar información suficiente para decidir si se debe denominar o no suicida a la ideación.

Por lo general, la persona con ideas de suicidio ofrece la mejor percepción sobre las mismas, pero no siempre es así.

Si la respuesta a la segunda pregunta es "Sí", se hacen las preguntas 3, 4 y 5.

La ideación suicida que se explora en las dos primeras preguntas define la categoría de la ideación ya que no pueden existir métodos ni planes concretos si previamente no se ha pensado en ello.

Una vez identificado el grado en la ideación, que va de menor a mayor severidad, explorar los parámetros de frecuencia, duración y control de las ideas.

ANEXO 2: Entrevista estructurada para la evaluación de la conducta suicida.

IIS. INTENSIDAD IDEACIÓN SUICIDA:

Explorar la idea o pensamiento más grave

IIS1 Frecuencia

¿En el último mes, con qué frecuencia ha tenido estos pensamientos?

- 1 Menos de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 2-5 veces a la semana
- 4 Diariamente o casi diariamente
- 5 Muchas veces al día

IIS2 Duración

¿Cuándo tiene esos pensamientos, cuánto tiempo le duran?

- 1 Pocos segundos o minutos
- 2 Menos de 1 hora/algún rato
- 3 1-4 horas/mucho tiempo
- 4 4-8 horas/ la mayor parte del día
- 5 Más de 8 horas/persistentes o continuos

IIS3 Capacidad de control

¿Si se lo propone, puede dejar de pensar en ellos?

- 1 Puede hacerlo fácilmente
- 2 Puede hacerlo con bastante facilidad
- 3 Puede hacerlo con alguna dificultad
- 4 Puede hacerlo, pero con mucha dificultad
- 5 Es incapaz de controlar los pensamientos
- 0 No intenta controlar estos pensamientos

IIS4 Razones disuasorias

¿Existe alguna cosa - alguien o algo (por ej. familia, religión, miedo al dolor, miedo a no conseguir el objetivo, etc..) - que le haga abandonar la idea de quitarse la vida o de llevar a cabo la idea?

- 1 Hay razones por la que decide no hacerlo
- 2 Hay alguna razón por la que quizás no lo haga
- 3 Duda de que exista alguna para no hacerlo
- 4 Seguramente no existe ninguna razón
- 5 No existe ninguna razón para no hacerlo
- 6 Sin valorar

IIS5 Razones para las ideas suicidas

¿Qué tipo de razones tiene o ha tenido para querer morir o pensar en matarse?

- 1 Lo hago para ver si se dan cuenta que las cosas no pueden seguir así.
- 2 Quiero que todos se den cuenta, de una vez por todas, que las cosas no pueden seguir así.
- 3 Son varias razones que hacen que, en general, no quiera seguir viviendo.
- 4 Son varias las razones, pero sobre todo, para no seguir soportando este dolor
- 5 No poder soportar ya más seguir viviendo con este dolor
- 0 Sin evaluar

NOTAS:

Una vez que se ha detectado que hay un pensamiento, se hacen preguntas de seguimiento sobre el pensamiento más grave, su frecuencia, duración y la capacidad de controlar dicho pensamiento.

Estos parámetros nos informan sobre la intensidad o severidad de la ideación y deben contrastarse con las razones disuasorias **IIS4**, es decir, aquellas que la persona encuentra como factores protectores. Una vez definidos los parámetros, preguntar sobre estas razones y señalar en **IIS4**.

El mayor o menor peso de los elementos disuasorios, frente a la severidad de las ideas, es un elemento importante que ayudará a formar un juicio clínico sobre la gravedad de las ideas y la debilidad de los elementos disuasorios. Potenciar y reforzar éstos será un factor clave en la intervención.

En **IIS5** preguntamos sobre las razones que le llevan o han llevado a pensar en morir o quitarse la vida.

¿Ha sido para dejar de sentir dolor o dejar de sentirse como se sentía (en otras palabras, vivir así le causa un dolor que no puede seguir soportando) o ha sido para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás? ¿O ambas cosas?

Si la respuesta es rotunda sobre el dolor que está soportando, será más severa que si indica razones de otro tipo como llamar la atención, o deseos de cambio.

Si los pensamientos tienen alta frecuencia y duración, poca capacidad de control y los elementos disuasorios tienen poco peso podemos formar un criterio clínico sobre la severidad de la ideación, sobre todo cuando las razones tienen base en el dolor o el sufrimiento.

ANEXO 2: Entrevista estructurada para la evaluación de la conducta suicida.

CS. CONDUCTA SUICIDA:

CS1 Intento de suicidio:

*¿Ha cometido alguna tentativa de suicidio?
¿Ha hecho algo para autolesionarse?
¿Ha hecho algo peligroso con lo que podría haber muerto?*

¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando...?

¿Intentaba acabar con su vida cuando...?

¿Pensaba que era posible morir cuando ...?

CS2 Intento de suicidio interrumpido

CS2A. Por otros:

Cuando la persona se ve interrumpida (por una circunstancia externa) al iniciar la acción potencialmente dañina (y de no ser por ello se habría producido realmente la tentativa).

¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le ha detenido antes de que pudiera hacerlo realmente?

Notas:

CS2B. Por uno mismo:

Cuando la persona empieza a dar pasos para intentar suicidarse, pero se detiene antes de adoptar realmente una conducta autodestructiva.

¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para intentar acabar con su vida pero se detuvo antes de que pudiera hacerlo realmente?

Notas:

CS3 Otro comportamiento preparatorio

¿Ha dado algún paso para intentar suicidarse o para prepararse para quitarse la vida?

CNS Conducta autoinflingida NO suicida

Cuando...[describir conducta] lo hizo por otras razones, sin NINGUNA intención de matarse (como para liberar tensión, sentirse mejor, obtener comprensión, provocar cambios, etc.) (Conducta autoinflingida no suicida)

NOTAS:

Las siguientes preguntas sobre el comportamiento suicida tienen el comportamiento de referencia dos periodos: los últimos 3 meses y anteriormente. Se basan en la definición de intento de suicidio como: "Un acto autolesivo cometido con, al menos, cierta intención de morir como resultado del acto".

Autolesivo<>autolesión

No tiene que haber una lesión o daño, sólo la posibilidad de estos.

Ejemplo: si un hombre se pone un revolver en la boca y aprieta el gatillo, y por suerte el revólver no dispara, en el momento en que aprieta el gatillo se convierte en un intento de suicidio. No tiene que haber una lesión física.

La existencia de conductas anteriores deberá considerarse como un factor predictor ante intentos de suicidio o nuevos intentos.

CS1 Intento de suicidio:

Una acción potencialmente dañina cometida al menos con cierto deseo de morir como resultado de la misma. La intención no tiene que ser del 100%. Si hay alguna intención/deseo de morir asociado a la acción, entonces puede considerarse como un intento real de suicidio. No tiene que haber lesión o daño, simplemente el potencial de lesionarse o dañarse.

Para definir como intento de suicidio, es necesario que al menos una parte de los motivos haya sido terminar con la vida.

CS4 Acciones o preparación para una tentativa de suicidio de forma inminente. Ello puede incluir cualquier cosa más allá de una verbalización o pensamiento, como reunir las cosas necesarias para usar un método específico (por ej. comprar pastillas o una pistola) o prepararse para la propia muerte por suicidio (por ej. desprenderse de cosas, escribir una nota de suicidio).

**ANEXO 2: Entrevista estructurada
para la evaluación de la conducta suicida.**

Entrevista de evaluación

1

IS. IDEACIÓN SUICIDA

		Último mes		Antes	
IS1	<p><i>Las siguientes cinco preguntas van de menor a mayor severidad. Preguntar gradualmente hasta identificar la de mayor severidad.</i></p> <p>1. Deseo de estar muerto/a Pensamientos no activos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo. ¿Alguna vez ha deseado estar muerto/a o dormirse y no volver a despertar? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS2	CS1		
IS2	<p>2. Pensamientos <u>activos de suicidio</u> <u>no específicos</u> Pensamientos generales no específicos de suicidarse, sin contemplar todavía la forma de hacerlo ni el método a emplear. ¿Alguna vez ha tenido realmente pensamientos de quitarse la vida? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS3	IIS1		
			IS2		
IS3	<p>3. Ideas <u>activas de suicidio con cualquier método</u>, <u>sin intención de actuar</u>, <u>sin plan específico</u> La persona manifiesta ideas de suicidio y ha pensado como mínimo en un método para hacerlo. Todavía no tiene intención de llevar a cabo el suicidio, ni existe un plan específico. ¿Ha estado pensando en cómo podría hacerlo? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS4	IIS1		
			IS3		
IS4	<p>4. Ideas <u>activas de suicidio con cualquier método</u> <u>con alguna intención de actuar</u>, <u>sin plan específico</u> La persona indica que sí ha tenido alguna intención de llevar a cabo el suicidio, pero todavía no tiene un plan ni método específico. ¿... y en este último tiempo, ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS5	IIS1		
			IS4		
IS5	<p>5. Ideas <u>activas de suicidio con intención de actuar y con plan específico</u> Existe método y un plan, total o parcialmente elaborado para llevar a cabo el suicidio. ¿Ha empezado a preparar o ha preparado los detalles de cómo quitarse la vida? ¿Tiene intención de llevar a cabo este plan? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
		IS5	IIS1		
<p>La existencia de ideas de suicidio anteriores al último mes informa de la persistencia de la ideación que debe considerarse en la intervención clínica.</p>					

ANEXO 2: Entrevista estructurada para la evaluación de la conducta suicida.

Entrevista de evaluación

2

IIS. INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA

<i>Idea más grave:</i>		<i>Rodee con un círculo la opción más se ajusta</i>	
IIS1	Frecuencia <i>¿En el último mes, con qué frecuencia ha tenido estos pensamientos?</i> <i>Notas:</i>	1	Menos de una vez a la semana
		2	Una vez a la semana
		3	2-5 veces a la semana
		4	Diariamente o casi diariamente
		5	Muchas veces al día
IIS2	Duración: <i>¿Cuando tiene esos pensamientos, cuánto tiempo duran?</i> <i>Notas:</i>	1	Momentáneamente, unos segundos o minutos
		2	Menos de 1 hora/algún rato
		3	1-4 horas/mucho tiempo
		4	4-8 horas/ la mayor parte del día
		5	Más de 8 horas/persistentes o continuos
IIS3	Capacidad de controlarlos: <i>¿Si se lo propone, puede dejar de pensar en ellos?</i> <i>Notas:</i>	1	Puede hacerlo fácilmente
		2	Puede hacerlo con bastante facilidad
		3	Puede hacerlo con alguna dificultad
		4	Puede hacerlo, pero con mucha dificultad
		5	Es incapaz de controlar los pensamientos
		0	No intenta controlar estos pensamientos
IIS4	Razones disuasorias <i>¿Existe alguna cosa - alguien o algo que le haga abandonar la idea de quitarse la vida o de llevar a cabo la idea?</i> <i>Notas:</i>	1	Hay alguna razón por la que decide no hacerlo
		2	Hay alguna razón por la que quizás no lo haga
		3	Duda de que exista alguna para no hacerlo
		4	Seguramente no existe ninguna razón
		5	No existe ninguna razón para no hacerlo
		0	Sin valorar
IIS5	Razones para las ideas suicidas <i>¿Qué tipo de razones tiene o ha tenido para querer morir o pensar en matarse? ¿Ha sido para dejar de sentir dolor o dejar de sentirse como se sentía (en otras palabras, vivir así le causa un dolor que no puede seguir soportando) o ha sido para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás? ¿O ambas cosas?</i> <i>Notas:</i>	1	Lo hago para ver si se dan cuenta que las cosas no pueden seguir así.
		2	Quiero que todos se den cuenta, de una vez por todas, que las cosas no pueden seguir así.
		3	Son varias razones que hacen que, en general, no quiera seguir viviendo.
		4	Son varias las razones, pero sobre todo, para no seguir soportando este dolor
		5	No poder soportar ya más seguir viviendo con este dolor
		0	Sin evaluar
<p>Si los pensamientos tienen alta frecuencia y duración, poca capacidad de control y los elementos disuasorios tienen poco peso, podemos formar un criterio clínico sobre la severidad de la ideación, sobre todo cuando las razones tienen base en el dolor o el sufrimiento.</p>			

**ANEXO 2: Entrevista estructurada
para la evaluación de la conducta suicida.**

CS. CONDUCTA SUICIDA		Últimos 3 meses		Antes	
	<i>(Marque todas las opciones que se apliquen, siempre que sean episodios diferenciados; deberá preguntarse sobre todos los tipos)</i>				
CS1	<p>Intento de suicidio: Una acción potencialmente dañina cometida al menos <u>con cierto deseo de morir</u> como resultado de la misma. La intención no tiene que ser del 100%. Si hay alguna intención/deseo de morir asociado a la acción, entonces puede considerarse como un intento real de suicidio. No tiene que haber lesión o daño, simplemente el potencial de lesionarse o dañarse.</p> <p>¿Ha cometido alguna tentativa de suicidio? ¿Ha hecho algo para autolesionarse? ¿Ha hecho algo peligroso con lo que podría haber muerto? <i>Con la información obtenida, completar con las siguientes preguntas:</i> ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando...? ¿Intentaba acabar con su vida cuando...? ¿Pensaba que era posible morir cuando ...? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
CS2	<p>Intento de suicidio interrumpido: CS2A. Por otros: Cuando la persona se ve interrumpida (por una circunstancia externa) al iniciar la acción potencialmente dañina (y de no ser por ello se habría producido realmente la tentativa). ¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le ha detenido antes de que pudiera hacerlo realmente? Notas:</p> <p>CS2B. Por uno mismo: Cuando la persona empieza a dar pasos para intentar suicidarse, pero se detiene antes de adoptar realmente una conducta autodestructiva. ¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para intentar acabar con su vida pero se detuvo antes de que pudiera hacerlo realmente? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
CS3	<p>Otros comportamientos suicidas preparatorios: Acciones o preparación para una tentativa de suicidio de forma inminente. ¿Ha dado algún paso para intentar suicidarse o para prepararse para quitarse la vida? Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
CNS	<p>CUANDO... lo hizo por otras razones, sin NINGUNA intención de matarse (como para liberar tensión, sentirse mejor, obtener comprensión o para que pasara algo distinto)? (Conducta autoinflingida no suicida) Notas:</p>	SÍ	NO	SÍ	NO
<p>1. La existencia de intento de suicidio actual (real o interrumpido) así como de comportamientos preparatorios, requiere un seguimiento e intervención clínica. 2. La existencia de intentos anteriores constituye un factor de riesgo que requiere un seguimiento e intervención clínica</p>					

**ANEXO 2: Entrevista estructurada
para la evaluación de la conducta suicida.**

<i>Factores de riesgo</i>		Últimos 3 meses	Antes
Enfermedad mental	Depresión, trastorno bipolar,	Sí No	Sí No
	Alucinaciones sobre mandatos para autolesionarse (psicosis)	Sí No	Sí No
	Abuso o dependencia de sustancias (alcohol, drogas)	Sí No	Sí No
	Agitación, ansiedad o pánico	Sí No	Sí No
	Agresividad hacia los demás	Sí No	Sí No
	Insatisfacción con el tratamiento	Sí No	Sí No
	Incumplimiento del tratamiento	Sí No	Sí No
	Sin tratamiento	Sí No	Sí No
Otros:	Sí No	Sí No	
Intentos anteriores	Intento de suicidio	Sí No	Sí No
	Intento de suicidio interrumpido por otros	Sí No	Sí No
	Intento de suicidio interrumpido por uno mismo	Sí No	Sí No
Enfermedad con dolor	Dolor crónico u otros problemas médicos (sida, cáncer, etc.)	Sí No	Sí No
Crisis vital	Una pérdida importante reciente – muerte, divorcio, empleo..	Sí No	Sí No
	Encarcelación, sin techo (pérdida de libertad, vivienda)	Sí No	Sí No
	Impotencia y desesperanza	Sí No	Sí No
	Sensación de carga	Sí No	Sí No
	Desprecio de sí mismo, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, baja autoestima	Sí No	Sí No
	Falta de sentido de la vida		
	Historia familiar de suicidio	Sí No	Sí No
	Otros:	Sí No	Sí No
Aislamiento social	Sentimientos de soledad, aislamiento	Sí No	Sí No
	Rechazo a los planes de ayuda	Sí No	Sí No
	Otros:	Sí No	Sí No

<i>Factores protectores</i>		Actualmente
Factores protectores	Identifica razones para vivir	Sí No
	Responsabilidad con la familia u otras personas	Sí No
	Red de apoyo social o de la familia	Sí No
	Miedo a la muerte o al dolor	Sí No
	Creencias sobre el suicidio de tipo espiritual	Sí No
	Otros:	Sí No

Anexo 3. Guía de Evaluación de Riesgo de Conductas Suicidas en menores

Adaptada por la Asesoría de Convivencia del Departamento de Educación a partir de las escalas:

- Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), de Posner, K., Brent, D., Lucas, C. et al. (2012).
- Escala de riesgo de suicidio en niños y adolescentes de la Universidad de la Habana, de Aguilera, M., Cala, A., Walkquer, M. Muñiz, S. y López, JC.

En el ámbito educativo esta guía deberá ser utilizada por el orientador u orientadora del centro.

En el ámbito sanitario esta guía puede ser utilizada por pediatría y Salud Mental Infanto-Juvenil.

ANEXO 3: Guía de Evaluación de riesgo de Conductas suicidas en menores.

GUÍA PARA EVALUAR LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS/AS

	Puntos
1 Progenitores demasiado jóvenes o inmaduros	1
2 Dificultades en la captación y control prenatal	1
3 Enfermedad psiquiátrica de los progenitores	2
4 Niño poco cooperador en la consulta	1
5 Niño que manifiesta cambios en su comportamiento	3
6 Violencia en el hogar y sobre el niño	3
7 Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta	2
8 Antecedentes personales de autodestrucción	2
9 Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño	3
10 Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etc.)	2

INDICACIONES:

- ▶ En caso de obtenerse una puntuación superior a 10, es necesario formular al alumno/alumna las "Preguntas Clave" que se detallan en la parte inferior de esta guía.
- ▶ Así mismo, si es mayor de 10 puntos, además de continuar con el plan de actuación, hay que garantizar en breve plazo que sea atendido desde salud mental y/o urgencias.
- ▶ Si la suma es menor de 10, pero refleja sospechas, el orientador/a valorará si procede la comunicación de la situación a la familia para que el alumno o alumna sea atendida por profesionales especializados.

Se presentan a continuación las recomendaciones sobre la forma de preguntar y las preguntas concretas a realizar, acerca de los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicidas.

Cómo preguntar y con qué actitud:

- ▶ Afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- ▶ Transmitir que queremos ayudarlo. Puede que no sepas qué decirle, pero eso no importa, lo que necesita es tu presencia y escucha incondicional.
- ▶ Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes (no aleccionar).
- ▶ Evitar tratar de convencerle de que su conducta es una equivocación. Evita también frases del tipo: *“Yo sé como te sientes”*.
- ▶ Mostrar calma y seguridad. Dejarle hablar a su propio ritmo.
- ▶ Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitando preguntas innecesarias y morbosas.
- ▶ Cuidar la confidencialidad y no generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
- ▶ Evitar siempre el sarcasmo y la ironía.
- ▶ Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz y a posibles incongruencias entre lo verbalizado y la expresión corporal.
- ▶ Formular las preguntas de forma oral (no escrita) y una vez que se ha establecido empatía y la persona se siente comprendida.
- ▶ Cuando el alumno o alumna se sienta cómodo/a expresando sus sentimientos.
- ▶ Cuando el alumno o alumna está en el proceso de expresar sentimientos de soledad, impotencia.

Preguntas iniciales para conocer el grado de desesperanza:

- ▶ ¿Te sientes infeliz o desgraciado/a?
- ▶ ¿Has perdido toda esperanza?, ¿Crees que las cosas no van a cambiar?
- ▶ ¿Te sientes incapaz de afrontar cada día?
- ▶ ¿Sientes la vida como una carga pesada?
- ▶ ¿Sientes que merece la pena vivir?
- ▶ ¿Sientes deseos de cometer un suicidio?

PREGUNTAS CLAVE PARA VALORAR EL NIVEL DE RIESGO DE IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

(Plantee las preguntas 1 y 2. Si ambas son negativas, no plantee las siguientes preguntas. Si la respuesta a la pregunta 2 es "Sí", plantee también las preguntas 3, 4, 5 y 6).

1. Deseo de estar muerto/a, a lo largo de la vida del alumno/a. Manifestar pensamientos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo, o preferir quedarse dormido/a y no volverse a despertar.

¿Has deseado estar muerto/a o dormirte y no volver a despertar?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

2. Pensamientos activos de suicidio no específicos. Pensamientos generales no específicos de querer acabar con la propia vida, cometer suicidio (por ej. "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre la forma de matarse/métodos asociados, intención o plan.

¿Has pensado realmente en quitarte la vida?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

3. Ideas activas de suicidio con cualquier método (sin plan) sin intención de actuar. El/la alumno/a manifiesta pensamientos de suicidio y ha pensado como mínimo en un método durante las últimas semanas. Se trata de algo distinto a un plan específico con hora, lugar o detalles del método (por ej. pensar en un método de matarse pero no en un plan específico). Se incluye a la persona que diría: "He pensado en tomar una sobredosis de pastillas pero nunca he hecho ningún plan específico sobre cuándo, dónde o cómo lo haría realmente....y nunca lo llevaría a cabo".

¿Has estado pensando en cómo podrías hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

ANEXO 3: Guía de Evaluación de riesgo de Conductas suicidas en menores.

4. Ideas activas de suicidio con alguna intención de actuar, sin plan específico. Pensamientos suicidas activos de matarse y el/la alumno/a indica que ha tenido alguna intención de actuar según estos pensamientos, lo que sería manifestar: "He pensado en tomar las pastillas de mi padre o tirarme por la ventana".

¿Has tenido estos pensamientos pero, además de pensarlo creías que ibas a hacerlo?.

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

5. Ideas activas de suicidio con intención y plan específico. Pensamientos de matarse con detalles del plan total o parcialmente elaborado y el/la alumno/a ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo.

¿Tienes alguna idea de cómo lo harías? ¿Has empezado a preparar algún detalle sobre la forma de hacerlo?.

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

6. Planificación y temporalización de la conducta suicida. Tiene un plan y además sabe cuándo lo va a llevar a cabo.

¿Vas a llevar a cabo este plan? ¿Cuándo?.

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

¿Qué hacer tras finalizar estas preguntas clave?

- ▶ Tener presentes las indicaciones de la página 2 de este anexo y los factores de riesgo y de protección del alumno/a.
- ▶ Participación activa del profesional ante cualquier atisbo de ideación suicida. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva y firme debe ser la actuación.
- ▶ Hasta la intervención de la familia y/o los profesionales:
 - Identificar apoyos personales y familiares.
 - Mantener la calma, mostrar apoyo, disponibilidad y afecto positivo.
 - Retirar los medios peligrosos, si es posible (por ejemplo cutter, cuchilla, pastillas...)
 - Actuar comunicando la situación a la familia y a los profesionales, y obteniendo ayuda.
 - Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.
- ▶ Continuar con las actuaciones correspondientes que figuren en el plan de prevención e intervención de la conducta suicida del centro.

ANEXO 3: Guía de Evaluación de riesgo de Conductas suicidas en menores.

GUÍA PARA EVALUAR LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

	Puntos
1 Provenir de un hogar roto	1
2 Progenitores portadores de trastorno mental	2
3 Antecedentes familiares de comportamiento suicida	3
4 Historia de trastornos de aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar	2
5 Antecedentes personales de conducta de autodestrucción	4
6 Cambios evidentes en el comportamiento habitual	5
7 Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida).	2
8 Antecedentes personales de trastorno mental	5
9 Antecedentes personales de trastorno mental	4
10 Conflicto actual (familiar, pareja, centro, etc...)	2

INDICACIONES:

- ▶ En caso de obtenerse una puntuación superior a 12, es necesario formular al alumno/alumna las "Preguntas Clave" que se detallan en la parte inferior de esta guía.
- ▶ Así mismo, si es mayor de 12 puntos, además de continuar con el plan de actuación, hay que garantizar en breve plazo que sea atendido desde salud mental y/o urgencias.
- ▶ Si la suma es menor de 12, pero refleja sospechas, el orientador/a valorará si procede la comunicación de la situación a la familia para que el alumno o alumna sea atendida por profesionales especializados.

ANEXO 3: Guía de Evaluación de riesgo de Conductas suicidas en menores.

Se presentan a continuación las recomendaciones sobre la forma de preguntar y las preguntas concretas a realizar, acerca de los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicidas.

Cómo preguntar y con qué actitud:

- ▶ Afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- ▶ Transmitir que queremos ayudarle. Puede que no sepas qué decirle, pero eso no importa, lo que necesita es tu presencia y escucha incondicional.
- ▶ Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes (no aleccionar).
- ▶ Evitar tratar de convencerle de que su conducta es una equivocación. Evita también frases del tipo: “Yo sé como te sientes”.
- ▶ Mostrar calma y seguridad. Dejarle hablar a su propio ritmo.
- ▶ Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitando preguntas innecesarias y morbosas.
- ▶ Cuidar la confidencialidad y no generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
- ▶ Evitar siempre el sarcasmo y la ironía.
- ▶ Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz y a posibles incongruencias entre lo verbalizado y la expresión corporal.
- ▶ Formular las preguntas de forma oral (no escrita) y una vez que se ha establecido empatía y la persona se siente comprendida.
- ▶ Cuando el alumno o alumna se sienta cómodo/a expresando sus sentimientos.
- ▶ Cuando el alumno o alumna está en el proceso de expresar sentimientos de soledad, impotencia.

Preguntas iniciales para conocer el grado de desesperanza:

- ▶ ¿Te sientes infeliz o desgraciado/a?
- ▶ ¿Has perdido toda esperanza?, ¿Crees que las cosas no van a cambiar?
- ▶ ¿Te sientes incapaz de afrontar cada día?
- ▶ ¿Sientes la vida como una carga pesada?
- ▶ ¿Sientes que merece la pena vivir?
- ▶ ¿Sientes deseos de cometer un suicidio?

**PREGUNTAS CLAVE
PARA VALORAR EL NIVEL DE RIESGO IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA**

(Plantee las preguntas 1 y 2. Si ambas son negativas, no plantee las siguientes preguntas. Si la respuesta a la pregunta 2 es "Sí", plantee también las preguntas 3, 4, 5 y 6).

1. Deseo de estar muerto/a, a lo largo de la vida del alumno/a. Manifiestar pensamientos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo, o preferir quedarse dormido/a y no volverse a despertar.

¿Has deseado estar muerto/a o dormirte y no volver a despertar?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

2. Pensamientos activos de suicidio no específicos. Pensamientos generales no específicos de querer acabar con la propia vida, cometer suicidio (por ej. "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre la forma de matarse/métodos asociados, intención o plan.

¿Has pensado realmente en quitarte la vida?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

3. Ideas activas de suicidio con cualquier método (sin plan) sin intención de actuar. El/la alumno/a manifiesta pensamientos de suicidio y ha pensado como mínimo en un método durante las últimas semanas. Se trata de algo distinto a un plan específico con hora, lugar o detalles del método (por ej. pensar en un método de matarse pero no en un plan específico). Se incluye a la persona que diría: "He pensado en tomar una sobredosis de pastillas pero nunca he hecho ningún plan específico sobre cuándo, dónde o cómo lo haría realmente....y nunca lo llevaría a cabo".

¿Has estado pensando en cómo podrías hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

4. Ideas activas de suicidio con alguna intención de actuar, sin plan específico. Pensamientos suicidas activos de matarse y el/la alumno/a indica que ha tenido alguna intención de actuar según estos pensamientos, lo que sería manifestar: "He pensado en tomar las pastillas de mi padre o tirarme por la ventana"

¿Has tenido estos pensamientos pero, además de pensarlo creías que ibas a hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

5. Ideas activas de suicidio con intención y plan específico. Pensamientos de matarse con detalles del plan total o parcialmente elaborado y el/la alumno/a ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo.

¿Tienes alguna idea de cómo lo harías? ¿Has empezado a preparar algún detalle sobre la forma de hacerlo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

6. Planificación y temporalización de la conducta suicida. Tiene un plan y además sabe cuándo lo va a llevar a cabo.

¿Vas a llevar a cabo este plan? ¿Cuándo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, que la describa:

¿Qué hacer tras finalizar estas preguntas clave?

- ▶ Tener presentes las indicaciones de la página 6 de este anexo y los factores de riesgo y de protección del alumno/a.
- ▶ Participación activa del profesional ante cualquier atisbo de ideación suicida. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva y firme debe ser la actuación.
- ▶ Hasta la intervención de la familia y/o los profesionales:
 - Identificar apoyos personales y familiares.
 - Mantener la calma, mostrar apoyo, disponibilidad y afecto positivo.
 - Retirar los medios peligrosos, si es posible (por ejemplo cutter, cuchilla, pastillas...)
 - Actuar comunicando la situación a la familia y a los profesionales, y obteniendo ayuda.
 - Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.
- ▶ Continuar con las actuaciones correspondientes que figuren en el plan de [prevención e intervención de la conducta suicida del](#) centro.

ANEXO 4: Acuerdo de creación de la Comisión Interinstitucional de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas.

Anexo 4. Acuerdo del Gobierno de Navarra de creación de la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas, de 2 de julio de 2014.

El Gobierno de Navarra, en sesión celebrada el día 2 de julio de 2014, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

"ACUERDO del Gobierno de Navarra, de 2 de julio de 2014, por el que se aprueba la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en torno a un millón de personas fallecen en el mundo anualmente a causa de suicidio, lo que supone una muerte cada 40 segundos. Las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en los últimos 45 años. El suicidio es actualmente una de las tres principales causas de muerte en jóvenes de 15 a 34 años y la segunda causa para población mundial de 10 a 24 años.

Aunque España es uno de los países con menores tasas de suicidio, en 2011 la tasa total fue de 6,74 suicidios por cada 100.000 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Desde el año 2000, las cifras aportadas por esta fuente para Navarra oscilan entre un 6,12 y un 10,23. Es decir, desde ese año el número de fallecimientos en Navarra a causa de suicidio se sitúa entre 41 y 62 anuales.

En los últimos años se multiplican las iniciativas para prevenir los suicidios, iniciativas encabezadas por la Organización Mundial de la Salud, que ya en 1999 lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevention/Prevención del Suicidio). Según este programa, el fenómeno del suicidio requiere para su correcto abordaje la atención de diversas autoridades públicas, así como de las organizaciones de la sociedad civil.

En el ámbito de Navarra, es necesaria la coordinación de diferentes Departamentos:

ANEXO 4: Acuerdo de creación de la Comisión Interinstitucional de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas.

Dado el carácter de problema de salud pública con un elevado número de defunciones anuales y en atención a que el principal factor de riesgo de suicidio es la enfermedad mental, el Departamento de Salud tiene un papel protagonista en la prevención y actuación ante este fenómeno.

Los servicios sociales atienden a personas en situaciones de conflicto familiar, discapacidad y exclusión social que pueden aumentar el riesgo de llevar a cabo conductas suicidas. Estos servicios tienen una presencia en el territorio y un carácter de promoción del bienestar social que los constituye como un importante elemento de la prevención, por lo que el Departamento de Políticas Sociales desea articular protocolos de colaboración con otros actores.

La prevención debe iniciarse desde la edad escolar. La adolescencia es una de las edades en que el riesgo de conductas suicidas se eleva y en las que se hace necesaria una actuación grupal e individual que prevenga estas conductas y ayude a tratar los efectos en el entorno de los suicidios consumados en adolescentes. Esta es la razón de que el Departamento de Educación se encuentre muy interesado en coordinar su actuación con el resto de Departamentos implicados.

La Agencia Navarra de Emergencias y la Policía Foral actúan con frecuencia en las alertas por amenaza de suicidio y tras los suicidios consumados. El Departamento de Presidencia, Justicia e Interior tiene, por tanto, un importante papel en la actuación ante conductas suicidas y es importante su coordinación con otros actores.

Es igualmente importante la coordinación con organizaciones de la sociedad civil que, o bien representan a población de riesgo, como la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales, o bien tienen un importante papel en la generación de opinión pública y la difusión de mensajes de sensibilización, como la Asociación de periodistas de Navarra, o bien, como es el caso del Teléfono de la Esperanza, cuentan con una larga experiencia en la atención a personas en inminente riesgo de suicidio.

No se pretende crear un nuevo órgano colegiado con competencias resolutorias ni funciones específicas sino de crear una mesa de trabajo que aborde de una manera integral el abordaje de esta materia.

ANEXO 4: Acuerdo de creación de la Comisión Interinstitucional de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas.

En su virtud, el Gobierno de Navarra, a propuesta de la Consejera de Salud y del Consejero de Políticas Sociales,

ACUERDA

1º. Crear la Comisión Interinstitucional de Coordinación para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas.

2º. Establecer la siguiente composición.

Presidencia: la persona que ejerza la Dirección del Departamento competente en materia de Salud.

Vocalías: Al menos una persona designada por cada uno de los siguientes órganos o asociaciones:

- Departamento competente en materia de Salud Mental.
- Departamento competente en materia de Educación.
- Departamento competente en materia de Políticas Sociales.
- Cuerpo de Policía Foral de Navarra.
- Organismo Autónomo Agencia Navarra de Emergencias.
- Asociación de Periodistas de Navarra.
- Asociación Internacional Teléfono de la Esperanza (ASITES) en Navarra.
- Asociaciones de usuarios o familiares del ámbito de la Salud Mental.

Secretaría: una de las personas designadas como vocal por el Departamento de Políticas Sociales.

3º. Trasladar este Acuerdo al Departamento de Salud, a su Directora General, al Director del Servicio de Salud Mental de Navarra, al Departamento de Políticas Sociales, al Director General de Política Social y Consumo, al Director del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección, al Departamento de Presidencia, Justicia e Interior, al Director General de Interior, al Director Gerente de la Agencia Navarra de Emergencias, al Cuerpo de Policía Foral de Navarra, al Departamento de Educación, al Director General de Educación, Formación Profesional y Universidades, al Director de Servicio de Participación Educativa, Atención al Profesorado y Tecnologías de Información y Comunicación, a la Asociación de Periodistas

ANEXO 4: Acuerdo de creación de la Comisión Interinstitucional de coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas.

de Navarra y a la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES) en Navarra."

Lo que notifico a Vd. para su conocimiento y demás efectos. Pamplona, 3 de julio de 2014. EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SECRETARIADO DEL GOBIERNO Y ACCIÓN NORMATIVA, José Contreras López.

Anexo 5. Protocolos de Prevención de Residencias de Atención a Menores.

Anexo 5.1. Programa de Prevención de Suicidios. Fundación Haritz Berri. COA.	31
Anexo 5.2. Protocolo de Prevención Suicidio: Asociación Navarra Sin Fronteras.	71
Anexo 5.3. Protocolo Prevención y Abordaje ante la Conducta Suicida. Xilema.	75

Anexo 5.1. Programa de Prevención de Suicidios. Fundación Haritz Berri. COA.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS C.O.A



C/ San Juan, s/n
31192 ILUNDAIN
Valle de Aranguren (Navarra)

Tfno.: 948 339 004 • Fax: 948 339 088
fundacion@fundacion-ilundain.com
www.fundacion-ilundain.com

INDICE

1. INTRODUCCIÓN:	35
2. MEDIDAS PREVENTIVAS (PREVALORACION)	36
3. VALORACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE SUICIDIO:	37
4. DETERMINACIÓN DEL RIESGO:	37
<i>MEDIDAS PREVENTIVAS (POSTVALORACIÓN)</i>	37
<i>RIESGO MEDIO:</i>	38
<i>RIESGO ALTO:</i>	38
5. ACCIONES A REALIZAR EN FUNCIÓN DEL RIESGO	39
<i>MEDIDAS PREVENTIVAS</i>	39
<i>RIESGO MEDIO</i>	40
<i>RIESGO ALTO</i>	41
6. CLASIFICACIÓN:	42
<i>INTENTO DE SUICIDIO SIN RIESGO MÉDICO NI PSIQUIÁTRICO:</i>	42
<i>INTENTO DE SUICIDIO SIN RIESGO MÉDICO, CON RIESGO PSIQUIÁTRICO:</i>	43
<i>INTENTO DE SUICIDIO CON RIESGO MÉDICO Y PSIQUIÁTRICO:</i>	44
<i>CONSUMADO:</i>	45
7. ANEXOS	47

1. INTRODUCCIÓN:

Muchos adolescentes, sino todos, se plantean cuestiones relacionadas con el sentido a la vida en general, de su vida en particular y de la muerte. Evidentemente pensar en la muerte no implica pensar en la propia muerte, ni mucho menos en el acto suicida, pero en muchos adolescentes, y más que en cualquier otra etapa vital, se tiene la creencia de que la muerte se encuentra a la vuelta de la esquina. Si a este tipo de peculiaridades le añadimos un conjunto de experiencias traumáticas y contextos familiares con poca estructura, se hace evidente que las probabilidades de tener la muerte presente se multiplican.

Los intentos de suicidio llevan consigo una manera de comunicarse con uno/a mismo/a y con los/las demás. La impulsividad con la que se llevan a cabo la mayoría de los actos suicidas es una forma de eliminar las imágenes internas que uno/a ha construido en situaciones de crisis. Al mismo tiempo, es un medio de presión utilizado contra los/las demás esperando una respuesta por parte del adulto, en especial de los padres, buscando restablecer algún tipo de necesidades que se viven como pérdidas. Por tanto, la respuesta a este tipo de situaciones se torna delicada y es necesario un protocolo estructurado que aborde el suicidio en los/las adolescentes controlando el mayor número de factores que están incidiendo en un posible paso al acto.

El *suicidio* se puede definir como el hecho de provocarse la muerte con la voluntad y el deseo consciente y deliberado. El *intento de suicidio* se caracteriza por el fracaso de un suicidio sea cual sea sus causas. Y se entiende como “*conducta de riesgo*” o “*conducta suicida*” los comportamientos que por su naturaleza ponen en riesgo la vida del sujeto o su integridad física sin que el deseo o la voluntad de darse la muerte sea consciente.

El acto suicida mayoritariamente corresponde a un aumento repentino de la tensión y la excitación que el sujeto no puede resolver ni elaborar mediante sus propios mecanismos de defensa. El momento del suicidio suele producirse en un contexto de ansiedad y parece corresponder a una auténtica explosión traumática acompañada de sorpresa o confusión momentánea de la conciencia.

Los/las adolescentes suicidas, comparado con los/las adolescentes que presentan similares problemas pero sin paso al acto suicida, se caracterizan por la ausencia de ciertos factores de protección. Los factores internos tienen que ver con el bienestar psicológico del/la menor, estado depresivos, tolerancia a la frustración, estrategias de afrontamiento, locus de control,...; Los factores externos tienen que ver con el grado de soporte familiar, la asunción de roles en los miembros de la familia, ruptura de lazos afectivos con iguales, etc.

En el protocolo de prevención se tiene en cuenta la etapa evolutiva del/a adolescente, con sus características y singularidades, en especial con el tipo de perfil de menores en conflicto.

ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidio; Fundación Haritz Berri.COA.

El componente preventivo y en caso de riesgo, la protección a los actos autolíticos, así como la reducción de los elementos estresores, es la referencia de nuestra intervención. No consideramos conveniente elaborar un protocolo desde el miedo o desde la intención de eliminar todas las posibles situaciones, ya que generaríamos una reacción incluso contraproducente.

Con el protocolo se pretende dar sentido y coordinación entre los distintos colectivos que trabajamos en la Fundación incluidos agentes exteriores y sin olvidar un elemento principal como es la propia familia.

Sabemos que muchos intentos de suicidios, son “llamadas de atención”, pero creemos que aunque así lo fueran, requieren también nuestra intervención puesto que algo nos está indicando.

Dada la situación evolutiva de nuestros/as adolescentes, consideramos el soporte familiar como un elemento clave en la evolución del problema.

Es el psicólogo/a, tras la recogida pertinente de información, quien determina el grado de riesgo que se pueda dar, en donde se tendrá en cuenta una visión de conjunto y no los aspectos de forma puntual, los que determinen dicha valoración.

La intervención educativa tiene que ser facilitadora en la disminución de los estresores, necesitando por ello el esfuerzo de todos/as por encontrar la manera de lograrlo.

En definitiva, se trata de detectar el riesgo lo antes posible, de disminuir los estresores y de derivar en su caso a especialistas.

2. MEDIDAS PREVENTIVAS (PREVALORACION)

Cuando un/a menor ingresa en el Centro, no somos conocedores de mucha información relevante para determinar si se encuentra en una situación de riesgo autolítico (antecedentes, test psicológicos, modos de reacción ante estresores...).

El propio ingreso en el Centro puede actuar como estresor de forma inicial ya que el/la menor se tiene que enfrentar a una situación desconocida. Además el ingreso coincide con una situación de crisis personal y/o familiar.

Por todo esto es necesario adoptar una serie de medidas preventivas hasta que se este en posición de realizar una valoración del riesgo autolítico.

3. VALORACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE SUICIDIO:

Instrumentos para la elaboración de la valoración del riesgo por parte del/la psicólogo/a:

- Recogida de información sobre expresiones verbales así como la detección de estresores. Tests: en especial el MACI, BDI, SCL 90 síntomas. Entrevista de valoración y, coordinación con psiquiatría.
- Detección por parte de otros profesionales (incluir la parte del/a trabajador/a social, educadores/as, tutor/a, seguridad....) Breve referencia.

La valoración del riesgo la determina el/la psicólogo/a del Centro en función la distinta información obtenida por los distintos profesionales.

Una vez realizada la valoración el/la psicólogo/a comunica a dirección en grado en el que se ha incluido, desde donde se comunica al personal administrativo y al/la coordinador/a de seguridad.

4. DETERMINACIÓN DEL RIESGO:

MEDIDAS PREVENTIVAS (POSTVALORACIÓN).

Incluimos aquí a el/la adolescente que presenta cierta dificultad en elaborar y abordar los problemas que se presentan en su vida. Trae consigo la existencia de un conjunto de estresores que pueden derivar en el futuro en diferentes comportamientos de riesgo, entre ellos aspectos relacionados con la propia muerte. No se requiere modificar las actividades diarias, pero sí identificar y trabajar los elementos estresores que puedan mantener dicho riesgo. El objetivo es prevenir un deterioro en el bienestar psicológico de la persona y en consecuencia una disminución en el riesgo de despertar la ideación suicida.

Indicadores:

- Existencia de acontecimientos estresores que desbordan la capacidad de respuesta del sujeto. (calidad del funcionamiento familiar, calidad relación adolescente-padres, calidad del entorno cercano y relaciones sociales, historia de suicidio en la familia, ruptura sentimental, ingresos residenciales y mediadas de contención imprevistas por el/la joven, ...)
- Historia previa de trastornos emocionales o episodios depresivos de gran intensidad.
- Comprobación de síntomas compatibles con trastorno de personalidad, en especial “limite” y dependiente”.
- Perfil de personalidad obtenido en los test.

ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidio; Fundación Haritz Berri.COA.

RIESGO MEDIO:

Se entiende aquella situación en donde el/la adolescente presenta ideación suicida pero sin elaboración y que requiere una valoración psiquiátrica, así como reducir los estresores y ayudarle en el afrontamiento de los problemas. En este nivel no se ha observado ningún proyecto suicida que pueda hacer inminente el paso al acto. Un deterioro en el bienestar psicológico del/la menor acompañado de fuerte impulsividad, puede movilizar el paso al acto. De esta manera se articularan aquellas estrategias encaminadas a dar soporte psiquiátrico al sujeto, apoyo psicológico, control ambiental y reducción de estresores.

Indicadores:

- Existencia de ideación suicida sin elaboración ni proyecto.
- Comprobación de la existencia de conductas impulsivas.
- Comprobación de la existencia de consumo abusivo de tóxicos.
- Comprobación de síntomas compatibles con trastorno de personalidad, en especial “límite” y dependiente”.
- Existencia de acontecimientos estresores que desbordan la capacidad de respuesta del sujeto.
- Historia previa de trastornos emocionales o episodios depresivos de gran intensidad.
- Perfil de personalidad detectado en los test.
- Autolesiones.

RIESGO ALTO:

Se entiende aquella situación en donde el/la adolescente presenta además de una ideación suicida, una intencionalidad elaborada. En esta fase, es necesaria la intervención psiquiátrica para poder contener y manejar la situación, tratando de disminuir los estresores y por tanto, el grado de riesgo. Se da un marcado deterioro psicológico con especial sentimientos de desesperanza que le facilitan estructurar el paso al acto. En este tipo de situaciones el control ambiental y el tratamiento psiquiátrico son la base de la actuación para evitar el acto suicida.

Indicadores:

- Existencia de maquinaciones suicidas con intención y/o proyecto suicida.
- Existencia de intentos de suicidio previos.
- Existencia de sentimiento de desesperanza.
- Presencia de trastornos emocionales con síntomas ansioso-depresivos (la intensidad de estas manifestaciones correlaciona directamente con el paso al acto).
- Existencia de acontecimientos estresores que desbordan la capacidad de respuesta del sujeto.
- Perfil de personalidad detectado en los test.
- Autolesiones.

(La existencia de uno o varios requiere una respuesta inmediata)

5. ACCIONES A REALIZAR

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS	
MEDIDAS PREVENTIVAS	
Dirección o en su caso Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales. ▶ Seguimiento de la Evolución del/la menor. Se comparte la información en la reunión de coordinación. ▶ Señalar en los informes dirigidos a INAFI los indicadores significativos. ▶ Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comunicación vía fax en el momento de activar el protocolo.
Educadores/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seguimiento de las estrategias establecidas en el proceso educativo. ▶ Las propias preventivas de su trabajo habitual. ▶ Observación de los indicadores significativos y anotarlos en los seguimientos diarios. ▶ Aplicar la normativa en cuanto a objetos permitidos.
Tutor/a	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Observación de los indicadores significativos. ▶ Disminución y evolución de los estresores.
Técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Observación de los indicadores significativos. ▶ Disminución y evolución de los estresores. ▶ Comunicar a través de la valoración y pautas iniciales la activación de las medidas preventivas
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Las propias preventivas de su trabajo habitual.
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Observación de los indicadores significativos.
Espacios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tipo de de habitación: compartida. ▶ Consecuencias inmediatas: salita de seguridad

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS	
RIESGO MEDIO	
Dirección o en su caso Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales. ▶ Informar al/la coordinador/a de Seguridad y coordinar tareas preventivas. ▶ En la reunión semanal con INAFI se les informa de este riesgo.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comunicación vía fax en el momento de activar el protocolo.
Educadores/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No dejar al/la menor en riesgo medio en ningún momento solo/a con objetos no permitidos (Ver ANEXO) ▶ Ver Pautas Temporalizadas preventivas para Riesgo Medio. ▶ Rellenar la Escala de Observación (Ver anexo)
Tutor/a	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar, en su caso en la reunión de coordinación, el que el/la menor comparta la habitación con otro compañero/a.
Técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Disminución de los estresores. ▶ Realización de acciones terapéuticas de estrategias de afrontamiento del problema. ▶ Derivación para la determinación del riesgo a psiquiatría. ▶ Seguir las indicaciones que pauten desde psiquiatría. ▶ Comunicar a través de la valoración y pautas iniciales la la activación del protocolo en riesgo medio. ▶ Colgar la hoja de registro en la <i>share point</i> (ver anexo)
Coordinador/a de Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar a los miembros de seguridad y coordinar las tareas preventivas.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estar presentes en tiempos en que estén a solas (de 15 a 17 horas y por las noches). ▶ Ver Pautas Temporalizadas Preventivas para Riesgo Medio. ▶ (ANEXOS).
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Supervisar los materiales empleados en su trabajo. ▶ Controlar el acceso a objetos no permitidos al/la menor, según lista. ▶ Ver Pautas Temporalizadas Preventivas para Riesgo Medio. ▶ (ANEXOS)
Espacios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tipo de de habitación: compartida. Casos excepcionales: Enfermería ▶ Consecuencias inmediatas: salita de seguridad

**ANEXO 5. 1: Programa de Prevención de Suicidios.
Fundación Haritz Berri.COA**

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS	
RIESGO ALTO	
Dirección o en su caso Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales. ▶ Informar a seguridad y coordinar tareas preventivas inmediatamente. ▶ Comunicar a los educadores en la reunión semanal el establecimiento de las acciones preventivas. ▶ Reflejar en el informe el riesgo y las intervenciones específicas realizadas.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar por Fax de aquellas medidas preventivas adoptadas al INAFI.
Educadores/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Presencia permanente con el/la menor. ▶ No dejar al menor en riesgo alto en ningún momento solo/a con objetos no permitidos (Ver ANEXO) ▶ Podrá determinarse para el traslado del/la menor vaya acompañado por una segunda persona. ▶ Realización de actividades que le distraigan, evitar tiempos muertos. ▶ Disminución del tiempo de habitación. ▶ Supervisión cada 30 minutos en la habitación. ▶ Ver Pautas Temporalizadas Preventivas para Riesgo Alto. (ANEXOS). ▶ . Rellenar la escala de observación (Ver Anexo)
Tutor/a	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluar y establecer las medidas necesarias a cerca de la ubicación del menor. ▶ Incorporación de las estrategias específicas al Plan de Intervención.
Técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervención psiquiátrica con valoración de ingreso hospitalario. ▶ Seguir las indicaciones que pauten desde psiquiatría. ▶ En su caso, aumento del número de intervenciones con el/la menor. ▶ Información y pautas a la familia para la disminución del riesgo. ▶ Dar pautas y estrategias en la reunión de coordinación y de equipo educativo. ▶ Comunicar a través de la valoración y pautas iniciales la la activación del protocolo en riesgo medio. ▶ Colgar la hoja de registro en la Share point (ver anexo)
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Supervisión cada 10 minutos. ▶ Restringir el uso de sábanas en la habitación. ▶ Informar de cualquier incidente a la dirección del programa y reflejarlo en las incidencias. ▶ Ver Pautas Temporalizadas Preventivas para Riesgo Alto. (ANEXOS).
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Supervisar los materiales empleados en su trabajo ▶ Controlar el acceso a objetos no permitidos al/la menor ▶ Ver Pautas Temporalizadas Preventivas para Riesgo Alto. (ANEXOS).
Espacios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tipo de de habitación: compartida. Casos excepcionales: Enfermería ▶ Consecuencias inmediatas: salita de seguridad

6. CLASIFICACIÓN:

INTENTO DE SUICIDIO SIN RIESGO MÉDICO NI PSIQUIÁTRICO:

Es lo que entendemos como “llamadas de atención”, en donde puede darse una situación de querer manipular o utilizar la amenaza a su interés, de forma inadecuada, pero que nos indica la dificultad en abordar su malestar.

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS	
TENTATIVA DE SUICIDIO	
Sin intervención médica, ni psiquiátrica	
Dirección o en su caso Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales. ▶ Evaluación y análisis para la mejora del programa de prevención. ▶ Seguimiento de la Evolución del/la menor. Se comparte la información en la reunión de coordinación. ▶ Señalar en los informes dirigidos a Asuntos Sociales los indicadores significativos.
Educadores/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar y aplicar, en su caso, las curas necesarias. ▶ Recordar al/la menor que es una falta de respeto y que se va a informar del mismo para determinar la consecuencia correspondiente. ▶ Si se dan las condiciones adecuadas, incorporarlo las actividades programadas. ▶ Supervisión y seguimiento discreto del/la menor para observar si mantiene la conducta. ▶ Informar a la dirección del Centro mediante un parte de incidencias. ▶ Reflejarlo en el seguimiento escrito.
Tutor/a	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comunicar para su valoración en la reunión de coordinación. ▶ Incorporación de las estrategias específicas al Plan de Intervención.
Técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar el caso, dar pautas y estrategias en la reunión de coordinación y de equipo educativo. ▶ Se informará a la familia de la situación e intervención del/la menor. ▶ Intervención en crisis.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Supervisión y seguimiento discreto del/la menor para observar si mantiene la conducta. ▶ Informar inmediatamente al/la coordinador/a de Seguridad.
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Observación de los indicadores significativos.

INTENTO DE SUICIDIO SIN RIESGO MÉDICO, CON RIESGO PSIQUIÁTRICO:

En esta situación a pesar de no haber sufrido daño físico, la intencionalidad es evidente y requiere un alto control.

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS	
TENTATIVA DE SUICIDIO	
Sin intervención médica pero con intervención psiquiátrica	
Dirección o en su caso Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si el riesgo de ejecución es alto se determinará llamar al 112 ó al/la psiquiatra del centro en la mayor brevedad posible. ▶ Informar por Fax de aquellas medidas preventivas adoptadas al INAFI. ▶ En la reunión habitual con INAFI se les informa de la situación y evolución de este riesgo. Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales. ▶ Comunicar a los educadores el establecimiento de las acciones preventivas. ▶ Se informará a la familia de la situación e intervención del menor. Recogida de la información para la elaboración de un informe. ▶ Evaluación y análisis para la mejora del programa de prevención.
Educadores/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar y aplicar, en su caso, las curas necesarias. ▶ Valorar el nivel de riesgo de ejecución ▶ Comunicar a la dirección del centro mediante llamada telefónica. ▶ Acompañar al/la menor a enfermería u otro espacio similar con observación intensiva. ▶ Retirar del espacio al resto de compañeros/as. ▶ Reflejarlo en el parte de incidencias. ▶ Seguir los protocolos en función del riesgo que se determine y seguir las pautas que marque el equipo médico en su caso.
Tutor/a	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recoger la información para transmitir el caso a la reunión de coordinación para la valoración del riesgo y marcar las pautas específicas al Plan de Intervención
Técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar que la valoración psiquiátrica sea por el procedimiento ordinario o de urgencia. ▶ Incorporación de las estrategias específicas al Plan de Intervención. ▶ Seguimiento psicológico. ▶ Apoyo a los/las trabajadores/as que lo precisen. ▶ Coordinar con otros profesionales de Salud Mental. ▶ Intervención en crisis.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trasladar al/la menor a enfermería u otro espacio similar con observación intensiva. ▶ Si el/la menor reincide, contener hasta la llegada del 112. ▶ Informar inmediatamente al/ la Coordinador/a de Seguridad.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

INTENTO DE SUICIDIO CON RIESGO MÉDICO Y PSIQUIÁTRICO:

En esta situación hay que tener en cuenta en primer lugar, los primeros auxilios así como la coordinación entre los profesionales de la Fundación y de la Red.

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS	
TENTATIVA DE SUICIDIO	
Con intervención médica y psiquiátrica	
Dirección o en su caso Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comunicación al equipo directivo de la Fundación y a los/las técnicos/as. ▶ Se informará a la familia de la situación e intervención del/la menor. ▶ Informar por Fax de aquellas medidas preventivas adoptadas a la DGF y al Juzgado, en el caso de depender de éste. Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales. ▶ En la reunión habitual con DGF se les informa de la situación y evolución de este riesgo. Seguir las indicaciones que nos den desde Asuntos Sociales. ▶ Comunicar a los/las educadores/as el establecimiento de las acciones preventivas. ▶ Recogida de la información para la elaboración de un informe. ▶ Evaluación y análisis para la mejora del programa de prevención.
Educadores/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar y aplicar, en su caso, los primeros auxilios. ▶ Llamar al 112 y seguir las indicaciones. ▶ Comunicar a la dirección del centro mediante llamada telefónica. ▶ Acompañar al/la menor hasta la llegada del 112. ▶ Retirar del espacio al resto de compañeros/as. ▶ Reflejarlo en el parte de incidencias. ▶ Seguir los protocolos en función del riesgo que se determine y seguir las pautas que marque el equipo médico.
Tutor/a	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recoger la información para transmitir el caso a la reunión de coordinación para la valoración del riesgo y marcar las pautas específicas al Plan de Intervención
Técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Actualizar la valoración según la evolución. ▶ Seguimiento psicológico. ▶ Incorporación de las estrategias específicas al Plan de Intervención ▶ Apoyo a los/las trabajadores/as que lo precisen. ▶ Coordinar con otros profesionales de Salud Mental. ▶ Intervención en crisis.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trasladar al/la menor a enfermería u otro espacio similar con observación intensiva. ▶ Si el/la menor reincide, contener hasta la llegada del 112. ▶ Informar inmediatamente al/la coordinador/a de Seguridad.

**ANEXO 5. 1: Programa de Prevención de Suicidios.
Fundación Haritz Berri.COA**

CONSUMADO:

Ante esta desgraciada situación, se trata de coordinar y facilitar la actuación de los profesionales externos a la Fundación, así como la comunicación y el apoyo a la familia, compañeros/as y profesionales que han vivido ante estos hechos luctuosos. También la revisión y adopción de nuevas medidas que eviten en la medida de lo posible un nuevo suicidio.

PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS	
CONSUMADO	
Dirección o en su caso Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comunicar el hecho al equipo directivo. ▶ Avisar al equipo técnico. ▶ Comunicar a INAFI y al Juzgado, en el caso de depender de éste. Seguir las pautas que se nos indiquen. ▶ Incorporar refuerzos de personal y valorar la sustitución de los implicados. ▶ Apoyar a las personas ▶ Comunicar a la familia del/la menor. ▶ Comunicación al resto de los/las menores. ▶ Apoyo y seguimiento a la familia. ▶ Establecer pautas para apoyar a trabajadores/as y los/las menores. Supervisar el cierre. ▶ Recogida de información. ▶ Reportar información a las autoridades e instituciones. ▶ Comunicar al resto de familias. ▶ Elaboración del informe. ▶ Evaluación y análisis del caso. Realizar el cierre con los/las trabajadores/as. ▶ Evaluación y análisis para la mejora del programa de prevención. ▶ Liberar a los/las trabajadores/as presentes en el momento del suceso en turnos posteriores.
Educadores/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Llamar a seguridad y prestar los primeros auxilios. ▶ Llamar al 112 y seguir las instrucciones. ▶ Avisar a la dirección del centro. ▶ Preservar el lugar del escenario. ▶ Retirar al resto de menores del espacio, dar mensajes de calma y acompañarles. Dar cobertura emocional. ▶ Realizar el informe detallado de los hechos.
Tutor/a	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trabajar el impacto en el contexto tutorial. ▶ Introducir las modificaciones necesarias en los planes de intervención, primando la normalización. ▶ Seguimiento de los casos más vulnerables al efecto llamada.
Técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acudir al centro inmediatamente. ▶ Prestar asistencia a los/las menores, trabajadores/as y familia del/la menor. ▶ Trabajar el impacto en los/las menores, trabajadores/as y familias. ▶ Elaborar el informe de su área. ▶ Valorar el posible efecto llamada en los/las menores más vulnerables. ▶ Intervención en crisis. ▶ Coordinar con otros profesionales de Salud Mental. ▶ Realizar propuestas de mejora del protocolo para la prevención de suicidios.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Llamar al/la educador/a y prestar los primeros auxilios. ▶ Preservar el lugar del escenario. ▶ Llamar al/la coordinador/a de Seguridad. ▶ Retirar al resto de menores del espacio. ▶ Respetar las reacciones emocionales desde la seguridad y control. ▶ Realizar el informe detallado de los hechos.
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Llamar al/la educador/a y seguridad y prestar los primeros auxilios. ▶ Preservar el lugar del escenario hasta la autorización correspondiente de la dirección.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidio;
Fundación Haritz Berri.COA.**

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

En algunos casos, la aplicación de *control* puede ser un desencadenante estresor que potencie las posibilidades de suicidio.

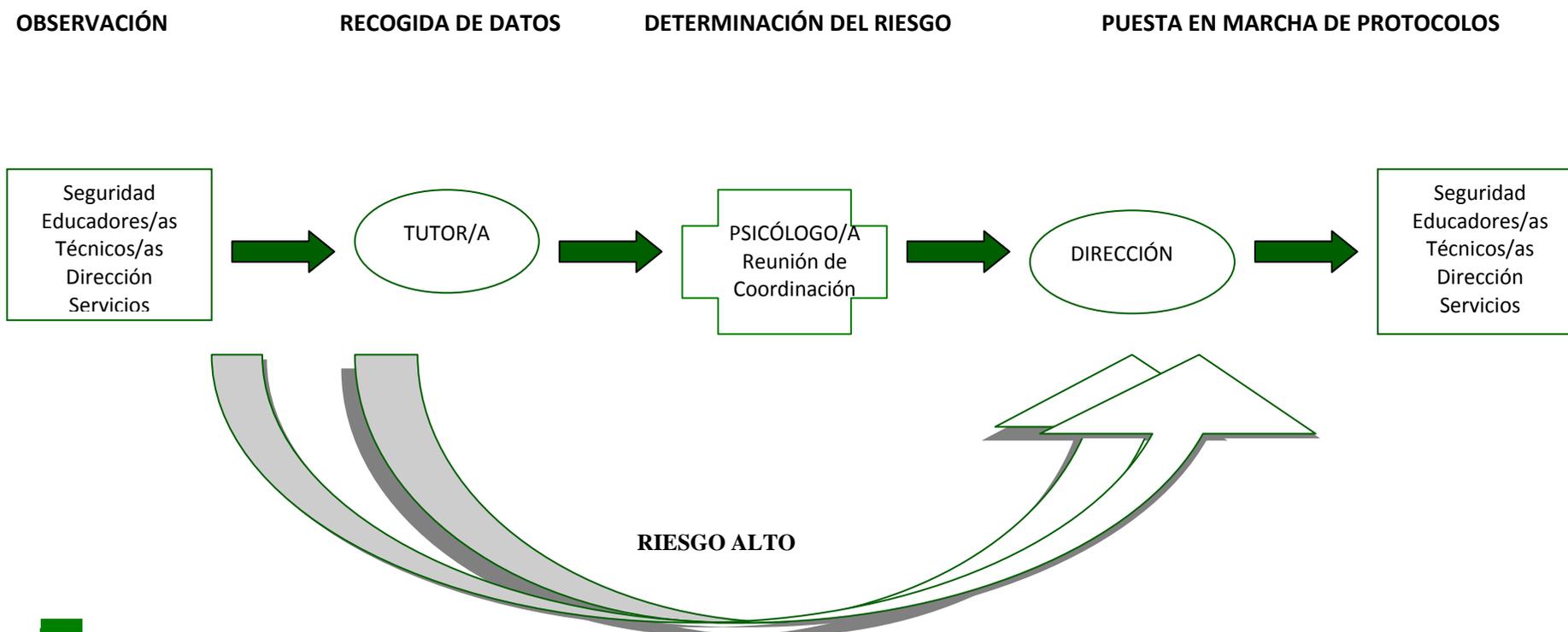
La intervención habitual que coordinadamente se realiza en los diversos contextos: educativa, intervención psicológica y familiar, control y seguridad, etc., está encaminada a una prevención que minimice los posibles riesgos, pero incluyendo su seguridad física y por tanto la prevención de suicidios.

En la puesta en marcha de los protocolos, deberán de prevalecer los criterios de respeto a las personas y de adecuación de la intervención al grado de riesgo, con la intención de ir disminuyendo dicho grado de riesgo.

7. ANEXOS

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

ESQUEMA DE LOS PROCESOS A REALIZAR EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS



**ANEXO 5. 1: Programa de Prevención de Suicidios.
Fundación Haritz Berri.COA**

PROCESOS A REALIZAR EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS

QUÉ	QUIÉN	CÓMO
Recogida de información previa del/la menor durante el ingreso	Coordinador/a	Incluyéndolo en el documento de valoración y pautas iniciales
Recoger en los seguimientos información significativa	Educadores/as	Incluyendo dentro del seguimiento aquellos ítems que pudieran ser significativos*
Recoger en los seguimientos información significativa	Seguridad	Incluyendo dentro del seguimiento aquellos ítems que pudieran ser significativos*
Lectura de los seguimientos de los educadores/as	Tutor/a	Puesta en común en la reunión de coordinación para su valoración.
Lectura de los seguimientos del equipo de seguridad	Coordinador/a de Seguridad	Informa a Dirección del programa
Situaciones de urgencia*	Equipo	Llamar por teléfono al Director, esta su vez informará si es pertinente al Jefe de Seguridad
Entrevistas a la familia con indicadores	Trabajador/a social	Puesta en común en la reunión de coordinación para su valoración.
Entrevistas con indicadores Información recibida del/la psiquiatra	Psicólogo/a	Puesta en común en la reunión de coordinación para su valoración.
Valoración del nivel de riesgo	Psicólogo/a	Puesta en común en la reunión de coordinación para su valoración. Comunicación a la dirección del Programa.
Revisión de la normativa	Director/a del Programa	Documento
Revisión lista objetos y espacios por niveles	Director/a del Programa Coordinación Seguridad Coordinación Programa	Documento
Formación en Primeros auxilios y protección contra incendios	Director de programas.	Plan de Formación
Revisión de aspectos legales	Asesoría Jurídica	Documento

* Escala de Observación de Riesgo (E.O.R.)

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

OBSERVACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO:

EDUCADORES/AS:

- Estado anímico: tristeza, desesperanza, sentimiento de culpa, impulsividad, falta de apetito, dificultad para dormir.
- Expresiones referentes al suicidio a no querer vivir.
- Expresiones sobre cómo y cuándo suicidarse.
- Expresiones de hacer sufrir a su familia, al Centro.
- Marcas o señales en brazos, autolesiones.
- Interacción social en residencia (aislamiento, soledad).
- Consumo de tóxicos y mala administración o abandono de pauta médica.
- Manifestación de planes de futuro. Despedirse de compañeros, regalar objetos personales.
- Conflictos familiares, sociales o de pareja.
- Ruidos sospechosos cuando el menor está en su habitación o está sólo.
- Desaparición de material con el que se pueda dañar (manguera de la ducha, sábanas, cristales...)

TUTOR/A:

- Planes de futuro referentes a estudios, trabajo, vida familiar y social.
- Adaptación al programa e impacto del ingreso.
- Cambios en las salidas, visitas, niveles o cualquier otro cambio en el programa.
- Apoyo social y familiar.
- Consumo de tóxicos y mala administración o abandono de pauta médica.
- Descubrimiento de enfermedades graves.
- Estado anímico: tristeza, desesperanza, sentimiento de culpa, impulsividad, falta de apetito, dificultad para dormir.
- Expresiones referentes al suicidio, a no querer vivir.
- Expresiones sobre cómo y cuándo suicidarse.
- Expresiones de hacer sufrir a su familia, al Centro.
- Marcas o señales en brazos, autolesiones.

COORDINADOR/A:

- Motivo de ingreso.
- Actitud ante el ingreso.
- Régimen o condiciones para el ingreso.
- Intentos suicidas previos al ingreso en el centro.
- Proximidad de la salida del menor del programa.
- Grado de elaboración de la realización del suicidio.

TRABAJADOR/A SOCIAL:

- Actitud de familia ante el ingreso.
- Apoyo familiar que recibe el menor.
- Conflictos familiares.
- Pérdidas familiares.
- Apoyo familiar que se prevé a la salida del programa.

PSICÓLOGO/A:

- Motivo de ingreso.
- Variables de personalidad (impulsividad, vulnerabilidad, indefensión, habilidades sociales deficitarias).
- Crisis personales o trastornos psicopatológicos (depresión, trastorno psicótico)
- Ideas de suicidio actuales e intentos suicidas previos.
- Conflictos o pérdidas familiares.
- Percepción de falta de apoyo social o familiar.
- Estado anímico: tristeza, desesperanza, sentimiento de culpa, impulsividad, falta de apetito, dificultad para dormir.
- Expresiones referentes al suicidio, a no querer vivir.
- Grado de elaboración del suicidio.
- Expresiones de hacer sufrir a su familia, al Centro.

SEGURIDAD:

- Actitud del/la menor en sala de contención.
- Intentos autolíticos del/la menor (golpearse, cortarse...).
- Dificultad para dormir del/la menor.
- Ruidos sospechosos cuando el menor está en su habitación o está sólo.
- Marcas o señales en brazos, autolesiones.

AMA DE HOGAR:

- Solicitud por parte del/la menor de objetos punzantes (tijeras, cuchillos...) o peligrosos (cuerdas, sábanas...).
- Ruidos sospechosos cuando el/la menor está en su habitación o está sólo/a.
- Desaparición de material con el que se pueda dañar (manguera de la ducha, sábanas, cristales...).

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR EDUCADORES/AS, SEGURIDAD Y SERVICIOS EN CASO DE RIESGO MEDIO Y ALTO DE SUICIDIO

PAUTAS TEMPORALIZADAS PREVENTIVAS			
RIESGO MEDIO			
TIEMPOS	EDUCADORES/AS	SEGURIDAD	SERVICIOS
Por la noche (“rondas”) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio de seguridad: “seguridad” ▪ Espacio residencial: “educador/a” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera y segunda cada 15´. Tercera, a los 30´. Cuarta y siguientes, cada hora (p.ej. para un menor que se acuesta a las 22,00h: 22,15- 22,30-23,00-24,00-01,00 y siguientes...) ▪ Atender ruidos sospechosos ▪ Cumplimentar “escala de observación” 		—
Al levantarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar la presencia de cortes, moraduras (brazos y cuello) ▪ Observar el estado de ánimo, comentarios, relación con los educadores/as y compañeros/as ▪ Supervisar la habitación para constatar la existencia de cambios “físicos” en ella ▪ Informar al programa formativo-laboral de hechos reseñables. Si acudiera a programa externo comunicarlo a coordinación 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar si hay restos de sangre en sábanas que indiquen posibles autolesiones ▪ Comunicar cualquier petición del menor de objetos punzantes, peligrosos, medicación... ▪ Comunicar la desaparición de material residencial (duchas, sábanas, lejías...)
En el Programa Formativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar la presencia de cortes, moraduras (brazos y cuello) ▪ Observar el estado de ánimo, expresiones sobre cuándo y cómo suicidarse, tendencia al aislamiento, soledad, despedirse de sus compañeros, dibujos ▪ Comunicar el robo de material (punzones, cuchillas...) 	—	—
De 15 a 17 horas (“rondas”) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio de seguridad: “seguridad” ▪ Espacio residencial: “educador/a” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A los 30 minutos entrar en la habitación ▪ Atender ruidos sospechosos 		—
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar visualmente (presencia de objetos no permitidos), la habitación a la entrada y a la salida 		

TIEMPOS	EDUCADORES/AS	SEGURIDAD	SERVICIOS
Actividades de tarde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia continuada en las actividades programadas ▪ Prestar atención a situaciones potencialmente peligrosas como el uso del vehículo, huerta... ▪ Complimentar “escala de observación” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar el estado de ánimo, comentarios, relación con los educadores/as y compañeros/as ▪ Complimentar “escala de observación” ▪ Presencia “latente”, no incrementar estresores 	—
Ducha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar el contenido del neceser al objeto de evitar objetos peligrosos ▪ Controlar el tiempo ▪ Atender ruidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar el baño al objeto de evitar objetos peligrosos (en turno de mañana y tarde). Hacerlo antes de la hora de la ducha ▪ Atender ruidos ▪ Controlar el tiempo (si está en seguridad) 	—
Al acostarse (“Preparar la noche”. Ver documento)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar la habitación a la entrada (objetos permitidos, no permitidos) ▪ Tener presente la negativa a la toma de la medicación (en el supuesto de que esté prescrita)¹ ▪ Observar posibles comentarios orientados al suicidio 	—	—
Si se usa espacio de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar presente en el registro ▪ Supervisar la habitación ▪ Acompañar al/la menor al espacio de seguridad ▪ Establecer coordinación y comunicación con el personal de seguridad ▪ Prestar atención a verbalizaciones, expresiones referentes a suicidio o/y no querer vivir ▪ Complimentar la hoja de incidencias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar el registro ▪ Acompañar al/la menor a la habitación ▪ Supervisar la habitación ▪ Rondas cada 10’ durante la primera hora. Segunda y siguientes, cada hora ▪ Atender ruidos ▪ Prestar atención a verbalizaciones, expresiones referentes a suicidio o/y no querer vivir ▪ Complimentar la hoja de registro Nombre del/la menor/motivo uso contención/tiempo previsto de estancia. Registro: hora-nombre-firma-observaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar si hay restos de sangre en sábanas que indiquen posibles autolesiones ▪ Comunicar cualquier petición del/la menor de objetos punzantes, peligrosos, medicación... ▪ Comunicar la desaparición de material residencial (duchas, sábanas, lejías...)

¹Ante la negativa a la toma de la medicación prescrita, el/la menor deberá firmar el documento “renuncia a la toma de la medicación”. En este caso las rondas se incrementarán como sigue: la primera hora, cada 15’, la segunda cada 30’ y la tercera y siguientes, cada hora.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios
Fundación Haritz Berri.COA.**

PAUTAS TEMPORALIZADAS PREVENTIVAS			
RIESGO ALTO ¹			
TIEMPOS	EDUCADORES/AS	SEGURIDAD	SERVICIOS
Por la noche (“rondas”) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio de seguridad: “seguridad” ▪ Espacio residencial: “educador/a” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La primera hora cada 15´. La segunda cada 30´. Tercera y siguientes, cada hora. (p.ej. para un menor que se acuesta a las 22,00h: 22,15-22,30-22,45-23,00-23,30-24,00-01,00-02,00 y siguientes...) ▪ Atender ruidos sospechosos ▪ Cumplimentar “escala de observación” 		—
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer la ubicación del educador en la residencia “de riesgo” 		
Al levantarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar la presencia de cortes, moraduras (brazos y cuello) ▪ Observar el estado de ánimo, comentarios, relación con los educadores y compañeros 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar si hay restos de sangre que indiquen posibles autolesiones ▪ Comunicar cualquier petición del/la menor de objetos punzantes, peligrosos, medicación... ▪ Comunicar la desaparición de material residencial (duchas, sábanas, lejías...)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisar la habitación para constatar la existencia de cambios “físicos” en ella ▪ Informar al programa formativo-laboral de hechos reseñables. Si acudiera a programa externo comunicarlo a coordinación 		
En el Programa Formativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar la presencia de cortes, moraduras (brazos y cuello) ▪ Observar el estado de ánimo, expresiones sobre cuándo y cómo suicidarse, tendencia al aislamiento, soledad, despedirse de sus compañeros, dibujos ▪ Observar si se da desesperanza o estado de ánimo depresivo ▪ Comunicar el robo de material (punzones, cuchillas...) ▪ Favorecer la compañía tanto de compañeros como de profesores/as 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectuar siempre registro al regreso del programa formativo. 	—
De 15 a 17 horas (“rondas”) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio de seguridad: “seguridad” ▪ Espacio residencial: “educador/a” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 rondas; la primera a los 15´, la segunda a los 30´ ▪ Atender ruidos sospechosos 		—
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar la habitación a la entrada y a la salida (“observación” normalizada) ▪ Favorecer la ubicación del educador en la residencia “de riesgo” 		

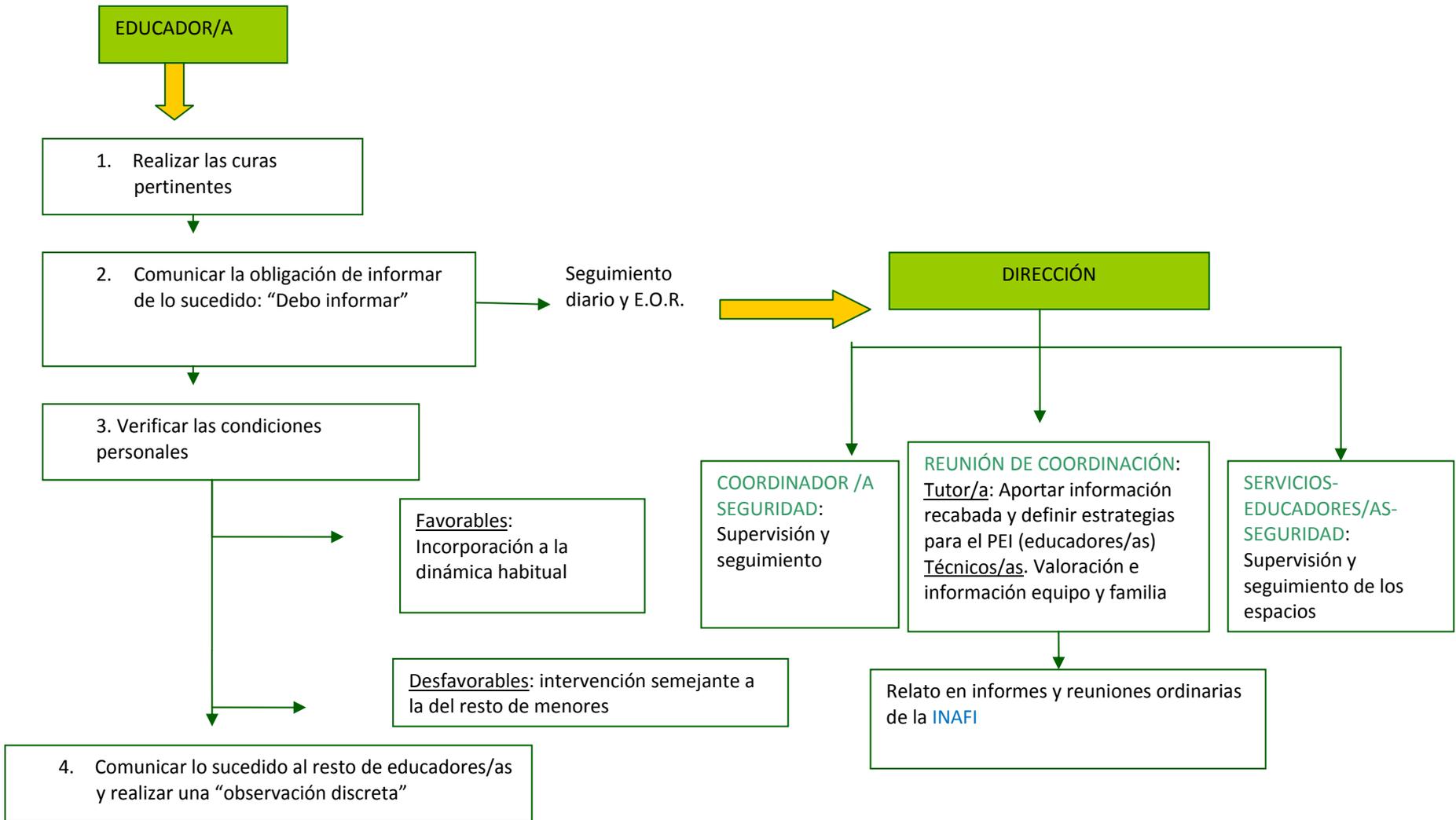
TIEMPOS	EDUCADORES/AS	SEGURIDAD	SERVICIOS
Actividades de tarde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia continuada en las actividades programadas ▪ Prestar atención a situaciones potencialmente peligrosas como el uso del vehículo, huerta verificando aquellos objetos peligrosos para las personas que se hayan podido utilizar ▪ Cumplimentar “escala de observación” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar el estado de ánimo, comentarios, relación con los educadores/as y compañeros/as ▪ Cumplimentar “escala de observación” ▪ Presencia “latente”, no incrementar estresores 	—
Ducha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar el contenido del neceser al objeto de evitar objetos peligrosos ▪ Priorizar que el menor sea el primero en ducharse ▪ Controlar el tiempo ▪ Atender ruidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar el baño al objeto de evitar objetos peligrosos ▪ Atender ruidos ▪ Controlar el tiempo (si está en seguridad) 	—
Al acostarse (“Preparar la noche”. Ver documento)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar la habitación a la entrada (objetos permitidos, no permitidos) ▪ Tener presente la negativa a la toma de la medicación (en el supuesto de que esté prescrita)² ▪ Observar posibles comentarios orientados al suicidio 	—	—
Si se usa espacio de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar presente en el registro ▪ Supervisar la habitación ▪ Acompañar al/la menor al espacio de seguridad ▪ Establecer coordinación y comunicación con el personal de seguridad ▪ Prestar atención a verbalizaciones, expresiones referentes a suicidio o/y no querer vivir ▪ Cumplimentar la hoja de incidencias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar el registro ▪ Supervisar la habitación ▪ Rondas cada 10’ durante la primera hora. Cada 30’ durante la segunda y cada 60’ la tercera y siguientes ▪ Atender ruidos ▪ Prestar atención a verbalizaciones, expresiones referentes a suicidio o/y no querer vivir ▪ Cumplimentar la hoja de registro: Nombre del menor/motivo uso contención/tiempo previsto de estancia. Registro: hora-nombre-firma-observaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar si hay restos de sangre en sábanas que indiquen posibles autolesiones ▪ Comunicar cualquier petición del/la menor de objetos punzantes, peligrosos, medicación... ▪ Comunicar la desaparición de material residencial (duchas, sábanas, lejías...)

¹Favorecer acompañamiento en la habitación.

²Ante la negativa a la toma de la medicación prescrita, el/la menor deberá firmar el documento “renuncia a la toma de la medicación”. En este caso las rondas se incrementarán como sigue: las dos primeras horas, cada 15’. La tercera y siguientes, cada hora.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TENTATIVA DE SUICIDIO SIN DAÑO FÍSICO, NI
INTERVENCIÓN PSICO-PSIQUIÁTRICA**



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TENTATIVA DE SUICIDIO SIN DAÑO FÍSICO, NI INTERVENCIÓN PSICO-PSIQUIÁTRICA

“TENTATIVA SIN NECESIDAD DE INTERVENCIÓN MÉDICA NI PSIQUIÁTRICA –autolesión-”

1. ¿Cuándo aplicarlo?

Cuando se trata de una “llamada de atención”¹ en la que no es necesaria llamar al 112 o al/la psicólogo/a del centro.

2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?

Si el/la menor se ha inflingido algún tipo de herida o corte superficial realizaré las curas pertinentes y le comunicaré al/la menor mi obligación de informar de lo sucedido.

3. ¿Incorporo al/la menor a la dinámica diaria?

Si las condiciones personales son favorables, sí. Si son desfavorables (agitación conductual, manifestación de que lo va a volver a intentar, faltas de respeto...) se aplicarán las medidas educativas pertinentes, tratando el hecho como una falta de respeto hacia sí mismo/a.

4. ¿A quién comunico y cómo?

A la coordinación, por escrito, a través del seguimiento diario y la Escala de Observación del Riesgo (E.O.R.).

Lo relevante, desde el punto de vista de la comunicación, es que no se nos pase el hecho.

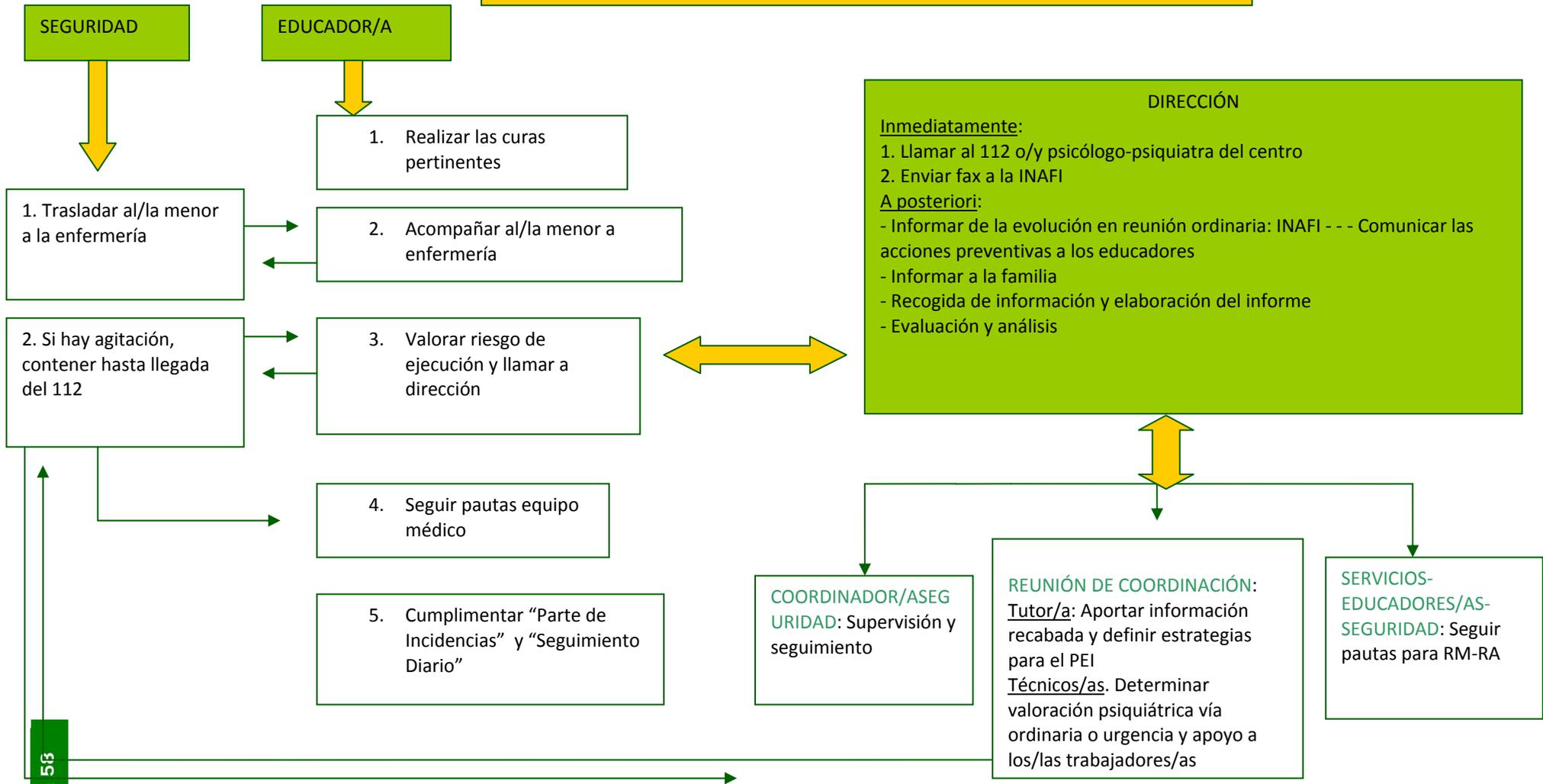
5. ¿Medidas a adoptar?

Comunicar el hecho al resto de educadores/as y realizar una “observación discreta”.

¹La calificación de intención manipulativa en una autolesión no resulta útil a la hora de distinguir los intentos más letales de los menos letales. Aquí la expresión “llamada de atención” es utilizada para reseñar que no hay intervención médica ni psiquiátrica, si bien, la tentativa es considerada en toda su extensión para su posterior análisis e intervención.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TENTATIVA DE SUICIDIO SIN DAÑO FÍSICO PERO CON INTERVENCIÓN PSICO-PSIQUIÁTRICA



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TENTATIVA DE SUICIDIO SIN DAÑO FÍSICO PERO CON I INTERVENCIÓN PSICO-PSIQUIÁTRICA

“TENTATIVA: VOY A CONSULTAR”

1. ¿Cuándo aplicarlo?

Cuando tengo dudas y me veo en la necesidad de consultar. El/la menor no ha sufrido daño físico pero la intencionalidad es evidente.

2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?

Acompañar al/la menor con seguridad a la enfermería para realizar las curas que pueda requerir. Contener al/la menor (seguridad) si se produce agitación y llamar a dirección. Ésta, deberá valorar la llamada al 112 o al/la psicólogo/a del centro.

3. ¿Incorporo al/la menor a la dinámica diaria?

Seguiremos las pautas que, bien determine dirección, si no hay llamada al 112; bien determinen los facultativos, si se ha realizado llamada al 112 o consulta al/la psicólogo/a del centro.

4. ¿A quién comunico y cómo?

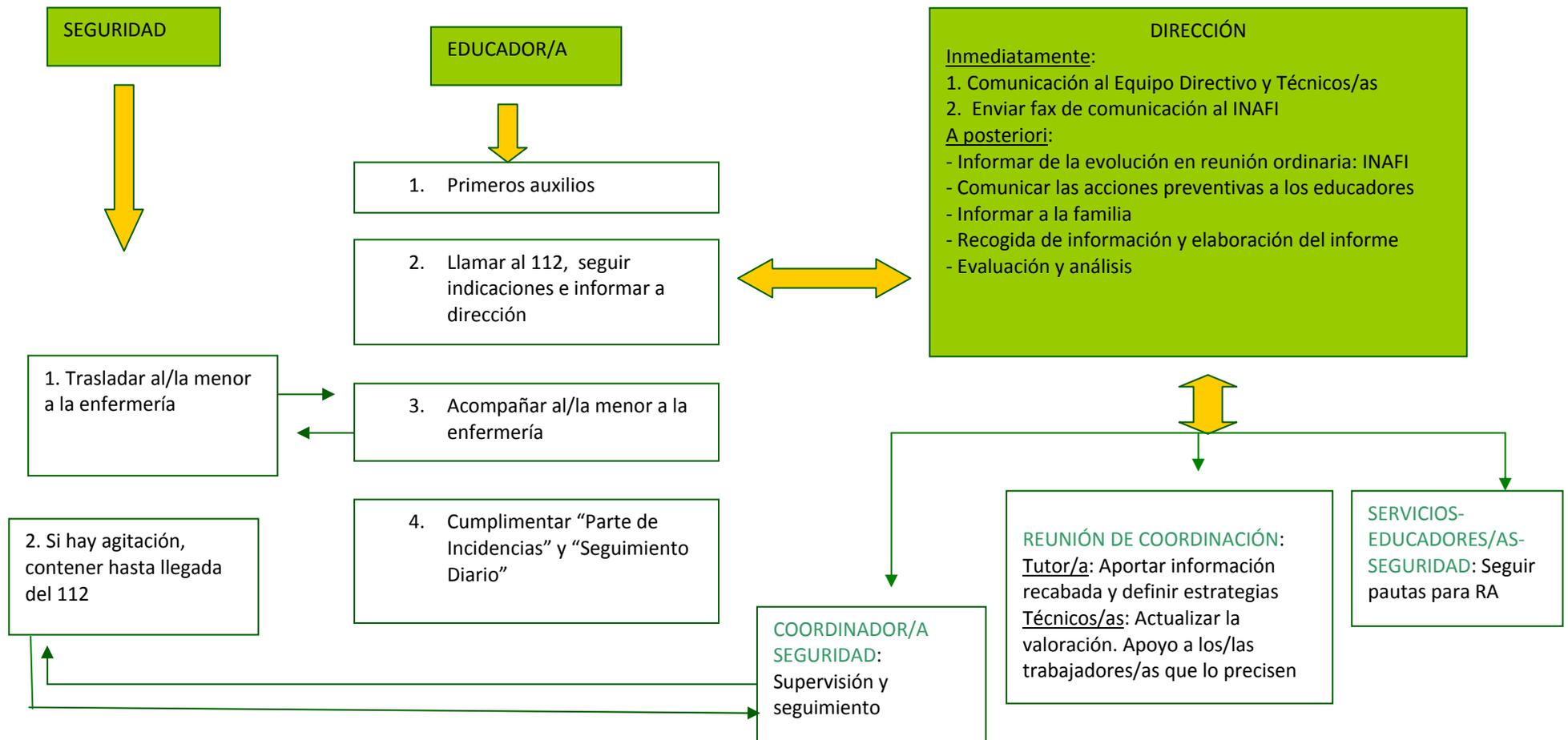
Seguridad a su responsable para coordinar el seguimiento y supervisión del/la menor; y los/las educadores/as a la dirección, para valorar el riesgo de ejecución. Asimismo, cumplimentaré detalladamente el parte de incidencias y lo remitiré a la dirección.

5. ¿Medidas a adoptar?

Separación de grupo en caso de agitación conductual y riesgo de conductas autolíticas y aplicación de las medidas preventivas según se haya determinado el Riesgo Medio o Alto.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TENTATIVA DE SUICIDIO CON DAÑO FÍSICO
E INTERVENCIÓN PSICO-PSIQUIÁTRICA**



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA TENTATIVA DE SUICIDIO CON DAÑO FÍSICO E INTERVENCIÓN PSICO-PSIQUIÁTRICA

“TENTATIVA: NO TENGO DUDAS”

1. ¿Cuándo aplicarlo?

Cuando no tengo dudas y no me veo en la necesidad de consultar. El/la menor ha sufrido daño físico y requiere primeros auxilios y asistencia de profesionales. La intencionalidad es evidente.

2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?

Realizar los primeros auxilios, llamar al 112 y seguir las indicaciones. Si es factible, trasladar al/la menor a la enfermería y contenerlo (seguridad) si se diera agitación conductual. Una vez sea posible llamar a la dirección del centro.

3. ¿Incorporo al/la menor a la dinámica diaria?

Una vez atendido por los facultativos seguiremos sus directrices que determinarán el nivel de riesgo y la idoneidad o no de la incorporación a las actividades ordinarias.

4. ¿A quién comunico y cómo?

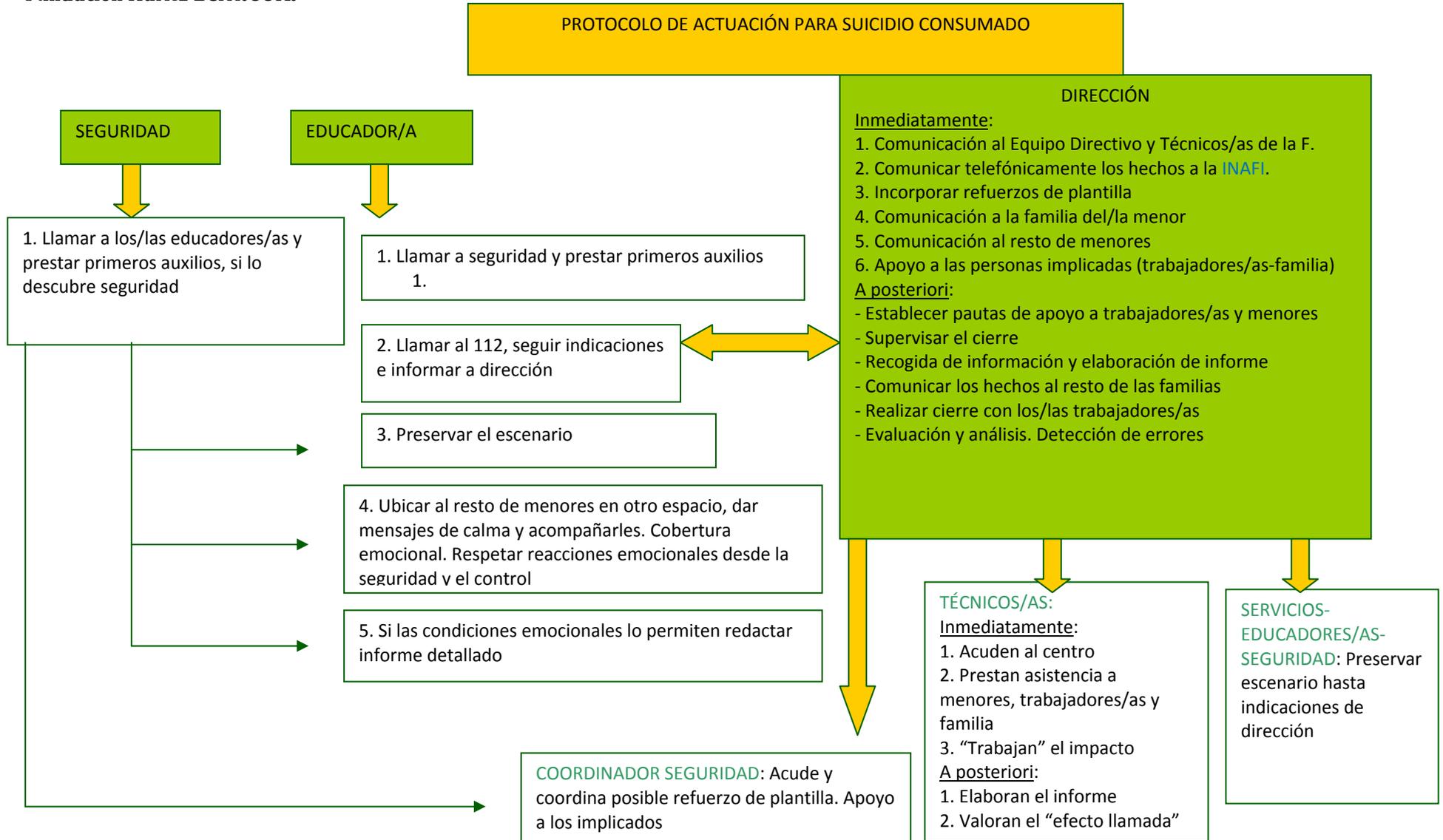
Seguridad a su responsable para coordinar el seguimiento y supervisión del/la menor; y los/las educadores/as, a dirección.

Cumplimentaré detalladamente el parte de incidencias y lo remitiré a dirección.

5. ¿Medidas a adoptar?

Observar y aplicar pautas preventivas según nivel de riesgo determinado.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios
Fundación Haritz Berri.COA.**



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA SUICIDIO CONSUMADO

“FALLECIMIENTO EN EL CENTRO”

1. ¿Cuándo aplicarlo?

Cuando me encuentre a un/a menor que, o bien ha fallecido, o bien no tengo datos para constatar este hecho pero el/la menor evidencia pérdida de consciencia.

2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?

Llamar a seguridad en el caso de que sea el/la educador/a el que se encuentre al/la menor o viceversa (en el que caso que sea seguridad el que se lo encuentre) y prestar primeros auxilios y medidas de reanimación.

Paralelamente llamar al 112 y seguir sus indicaciones.

Preservar el escenario.

3. ¿En qué modifico la dinámica diaria?

En este apartado lo relevante son el resto de menores a los que hay que ubicar en otro espacio, siempre que el lugar del hecho acaecido sea un espacio compartido por los demás compañeros/as.

4. ¿A quién comunico y cómo?

Seguridad a su responsable y los/las educadores/as a la dirección.

5. ¿Medidas a adoptar?

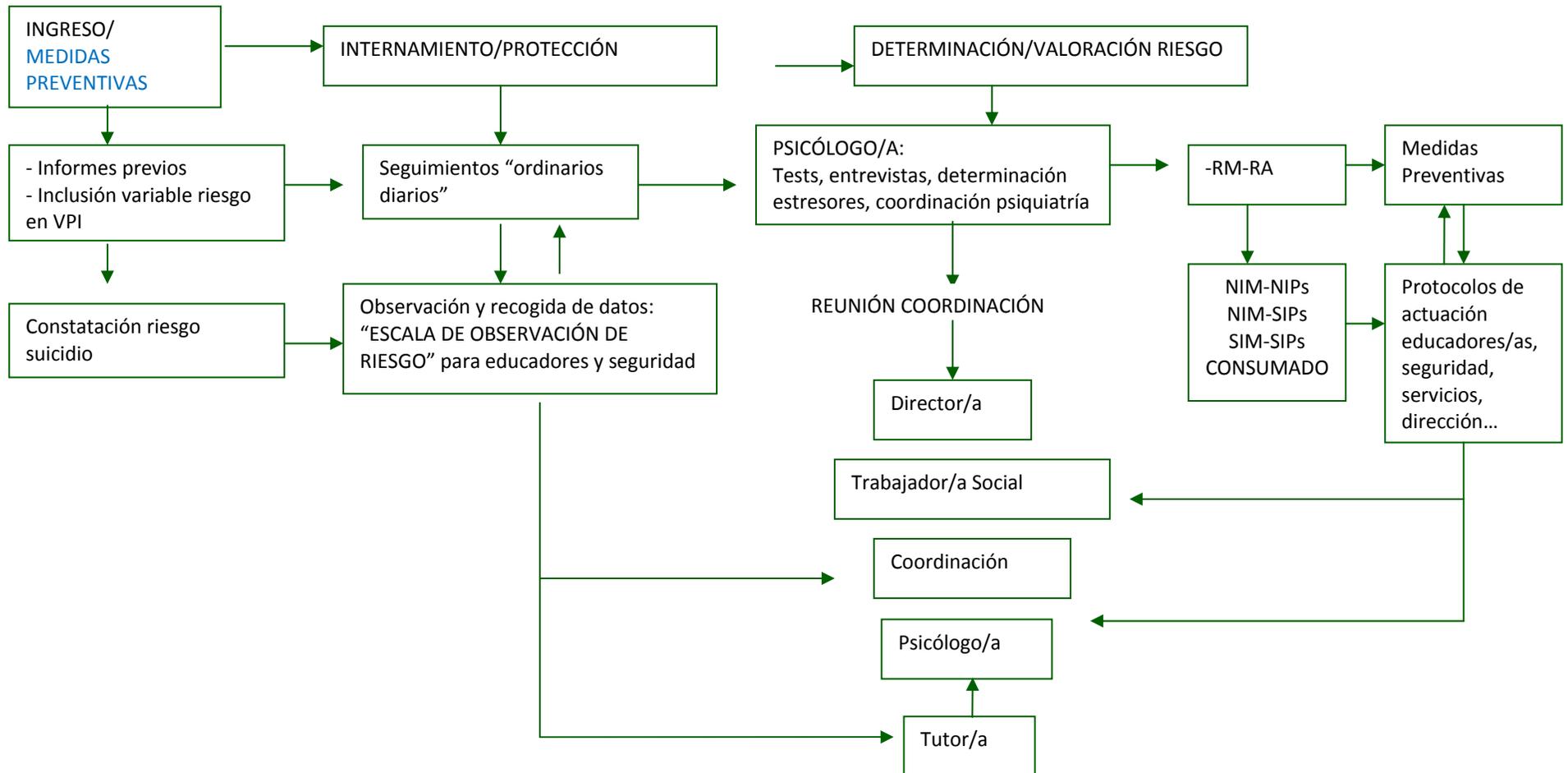
Dar cobertura emocional al resto de menores respetando las reacciones emocionales desde la seguridad y el control.

Preservar el escenario.

Cumplimentar informe de lo sucedido si las condiciones personales lo permiten.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

PROCESO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN, OBSERVACIÓN, VALORACIÓN DEL RIESGO, PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN



“PREPARAR LA NOCHE”

A la hora de acostarse y sobre todo para poder dormir, es necesario llegar a relajarse para que el sueño “se active”.

Sin embargo puede ser un momento en donde afloran las preocupaciones, o reflexiones sobre la situación o el momento actual. Las pérdidas de situaciones anteriores, las incertidumbres o perspectivas de futuro, que potencian la ansiedad y por tanto dificulta el relajarse y dormir.

Suele ser unos de los momentos “mágicos” para acercarse y llegar a ser más significativos para el/la menor.

Por ello, podemos ayudarle haciendo un balance positivo del día, resaltando los avances y el progreso personal.

No obstante si afloran preocupaciones y negativismo, no cortar, sino aplicar la escucha activa y empática y reconduciendo hacia una planificación de posibles actuaciones y centrándose enseguida en el presente, en lo que ahora puede hacer que es relajarse, pensar que mañana será otro día, potenciando la esperanza, que los problemas se irán afrontando y resolviendo, en definitiva aprendiendo y adquiriendo seguridad en su valía.

No potenciar mucho cuando sea viernes o va a tener salida, porque luego está la vuelta..., sino centrarse más en aquello que le pueda ayudar a bajar la tensión o la preocupación, centrándose en imágenes o recuerdos que siempre pueden estar de forma permanente en el/la menor.

Prestar atención a ejercicios de respiración o infusiones, cuidando de forma especial el despertar del día siguiente, con actitud optimista sobre lo que le pueda ofrecer el nuevo día.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios
Fundación Haritz Berri.COA.**

LISTADO OBJETOS PROHIBIDOS-PERMITIDOS PARA RIESGO MEDIO

LISTA	S	A	B	C
P R O H I B I D O	<ol style="list-style-type: none"> Lápices, bolígrafos y material escolar punzante. Cds, cajas de cds, Ipods, MP4 ... Mecheros o cerillas. Pinturas, disolventes o derivados. Cordones, cinturones o cables. Navajas o cuchillos de cualquier material. Bolsas plásticas. Palos de madera o plásticos. Colgantes, anillos o cadenas. Cortaúñas o anillos metálicos. Perfumes. Zapatos. Playeras. Pegamentos. Herramientas. Celo. Antenas. Neceser. Teléfono. Medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> Material escolar punzante. Cds y cajas de cds. Mecheros o cerillas. Pinturas, disolventes o derivados. Navajas o cuchillos de cualquier material. Palos de madera o plásticos. Cortaúñas o anillos metálicos. Perfumes. Zapatos de punta de acero. Pegamentos. Herramientas. Celo. Antenas. Neceser. Teléfono. Medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> Material escolar punzante. Pinturas, disolventes o derivados. Navajas o cuchillos de cualquier material. Palos de madera o plásticos. Zapatos de punta de acero. Pegamentos. Herramientas. Antenas. Teléfono. Mechero. Pasta de dientes y cepillo. Neceser. Medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> Teléfono. Antenas. Herramientas. Pegamentos. Zapatos de punta de acero. Palos de madera o plásticos. Navajas o cuchillos de cualquier material. Pinturas, disolventes o derivados. Medicación.
P E R M I T I D O	<ol style="list-style-type: none"> Revistas (1 libro, 2 revistas). 	<ol style="list-style-type: none"> Lápiz: cantidad; 1 Cds, cajas de cds, Ipods, MP4...: A partir de la Fase de Dependencia, Nivel II, 2ª semana. Cordones, cinturones y alargaderas. Colgantes, anillos o cadenas (excepto aquellos considerados peligrosos). Revistas (2 libros, 6 revistas) Zapatos y playeras.(sin cordones) Bolsa plástica en la papelería. 	<ol style="list-style-type: none"> Lápices, bolígrafos y material escolar. Cds, cajas de cds, Ipods, MP4...: Cordones, cinturones y alargaderas. Colgantes, anillos o cadenas (excepto aquellos considerados peligrosos). Revistas y libros. Zapatos y playeras. Bolsas plásticas. Cortaúñas. Celo. 	<ol style="list-style-type: none"> Lápices, bolígrafos y material escolar. Cds, cajas de cds, Ipods, MP4... Cordones, cinturones y alargaderas. Colgantes, anillos o cadenas (excepto aquellos considerados peligrosos). Revistas y libros. Zapatos y playeras. Bolsas plásticas. Cortaúñas. Celo. Neceser. Mechero.

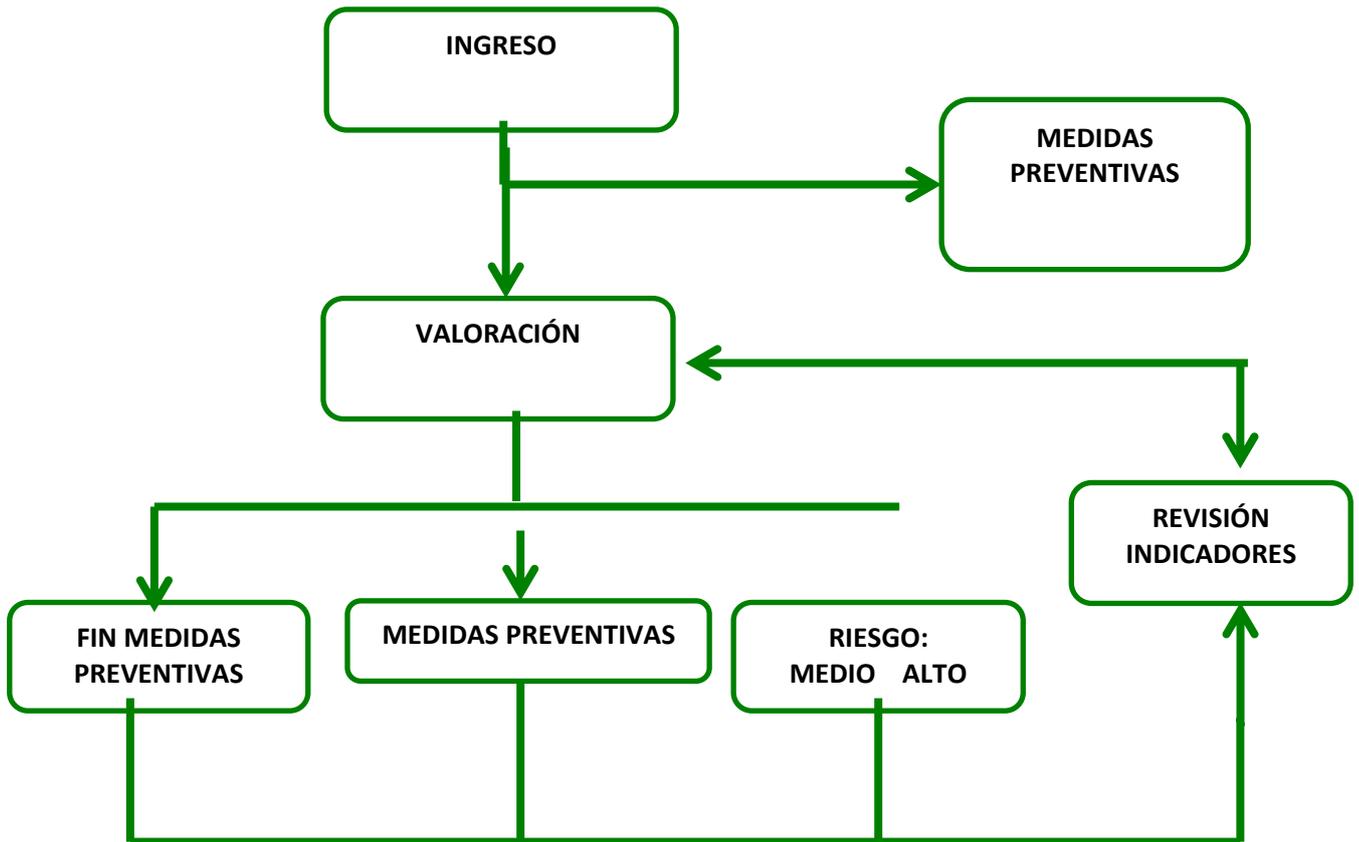
**ANEXO 5. 1: Programa de Prevención de Suicidios.
Fundación Haritz Berri.COA**

LISTADO OBJETOS PROHIBIDOS-PERMITIDOS PARA RIESGO ALTO

<i>LISTA</i>	<i>S</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
P R O H I B I D O	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lápices, bolígrafos y material escolar punzante. 2. Cds, cajas de cds, Ipods, MP4 ... 3. Mecheros o cerillas. 4. Pinturas, disolventes o derivados. 5. Cordones, cinturones o cables. 6. Navajas o cuchillos de cualquier material. 7. Bolsas plásticas. 8. Palos de madera o plásticos. 9. Colgantes, anillos o cadenas. 10. Cortaúñas o anillos metálicos. 11. Perfumes. 12. Zapatos. 13. Playeras. 14. Pegamentos. 15. Herramientas. 16. Celo. 17. Antenas. 18. Neceser. 19. Teléfono. 20. Medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Material escolar punzante. 2. Cds y cajas de cds. 3. Mecheros o cerillas. 4. Pinturas, disolventes o derivados. 5. Navajas o cuchillos de cualquier material. 6. Palos de madera o plásticos. 7. Cortaúñas o anillos metálicos. 8. Perfumes. 9. Zapatos de punta de acero. 10. Pegamentos. 11. Herramientas. 12. Celo. 13. Antenas. 14. Neceser. 15. Teléfono. 16. Medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Material escolar punzante. 2. Pinturas, disolventes o derivados. 3. Navajas o cuchillos de cualquier material. 4. Palos de madera o plásticos. 5. Zapatos de punta de acero. 6. Pegamentos. 7. Herramientas. 8. Antenas. 9 Teléfono. 10. Mechero 11. Pasta de dientes y cepillo. 12. Neceser. Medicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teléfono. 2. Antenas. 3. Herramientas. 4. Pegamentos. 5. Zapatos de punta de acero. 6. Palos de madera o plásticos. 7. Navajas o cuchillos de cualquier material. 8. Pinturas, disolventes o derivados. 9. Medicación.
P E R M I T I D O	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revistas (1 libro, 2 revistas). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lápiz: cantidad; 1 2. Cds, cajas de cds, Ipods, MP4...: A partir de la Fase de Dependencia, Nivel II, 2ª semana. 3. Cordones, cinturones y alargaderas. 4. Colgantes, anillos o cadenas (excepto aquellos considerados peligrosos). 5. Revistas (2 libros, 6 revistas) 7. Zapatos y playeras.(sin cordones) 8. Bolsa plástica en la papelera. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lápices, bolígrafos y material escolar. 2. Cds, cajas de cds, Ipods, MP4...: 3. Cordones, cinturones y alargaderas. 4. Colgantes, anillos o cadenas (excepto aquellos considerados peligrosos). 5. Revistas y libros. 6. Zapatos y playeras. 7. Bolsas plásticas. 8. Cortaúñas. 9. Celo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lápices, bolígrafos y material escolar. 2. Cds, cajas de cds, Ipods, MP4... 3. Cordones, cinturones y alargaderas. 4. Colgantes, anillos o cadenas (excepto aquellos considerados peligrosos). 5. Revistas y libros. 6. Zapatos y playeras. 7. Bolsas plásticas. 8. Cortaúñas. 9. Celo. 10. Neceser. 11. Mechero.

**ANEXO 5.1. Programa de Prevención de Suicidios;
Fundación Haritz Berri.COA.**

PROCESO DE VALORACIÓN



**ANEXO 5.1: Programa de Prevención de Suicidios.
Fundación Haritz Berri.COA**

ESCALA DE OBSERVACION (RIESGO MEDIO Y ALTO)

	M			T			N			M			T			N		
ESTADO ANÍMICO	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Tristeza																		
Desesperanza																		
Sentimientos culpa																		
Impulsividad																		
Falta de apetito																		
Dificultad para dormir																		
VERBALIZACIONES- ELABORACIÓN																		
"Voy a suicidarme"																		
"No quiero vivir"																		
Expresar cómo suicidarse																		
Expresar cuándo suicidarse																		
Expresar querer hacer daño a otros: familia, centro																		
MARCAS																		
Brazos																		
Cara																		
Otros																		
RELACIONAL																		
Aislamiento																		
Soledad																		
Despedida de compañeros																		
Regalo de objetos																		
MEDICACIÓN																		
Consumo de tóxicos																		
Toma deficiente																		
Abandono, negativa																		
RUIDOS																		
En la noche																		
En la habitación																		
Cuando está solo																		
ROBOS																		
Sábanas																		
Destornilladores																		
Cuchillas/os																		
Bolis																		
Cuerdas																		
Cristales																		
Otros																		

INSTRUCCIONES Si no ha habido ningún incidente, comentario marcar el indicador en verde.
Si ha habido algo a reseñar, marcar el indicador en rojo yañadir un comentario explicándolo.

Anexo 5.2. Protocolo de Prevención Suicidio: Asociación Navarra Sin Fronteras.



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE RIESGO DE SUICIDIO



Asociación Navarra Sin Fronteras
C/ Mutilva, 17 bajo
31006 PAMPLONA
Tfno. 948 23 67 76
Fax 948 15 41 23
direccion@navarrasinfronteras.es

Declarada de Utilidad Pública

Identificar el suicidio y a sus intentos como uno de los problemas más graves de salud que pueden afectar a los menores y es por ello, es muy importante que **sea atendido de forma prioritaria.**

PAUTAS NECESARIAS A SABER:

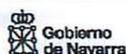
- El suicidio aparentemente se nos presenta como una solución permanente ante un intenso dolor emocional. Aunque no lo parezca, muchas veces la desesperanza, el dolor y el vacío son **estados temporales**, no permanentes.
- El suicidio puede ser el resultado de un **acto impulsivo repentino o de una planificación** muy cuidadosa. La impulsividad necesaria para el acto, no persiste indefinidamente (no hay que desesperarse, ya que normalmente la persona no tiene la idea permanente en su cabeza), **aunque sí estar muy atentos.**
- La mayoría de las personas que piensan en suicidarse realmente no quiere morir, lo que desea es **liberarse** de las circunstancias intolerables de su vida y del sufrimiento emocional, mental y físico que siente. Es importante encontrar otras maneras de resolver esos sentimientos intolerables.
- Es posible que se den más en menores con diagnóstico de **Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia y afectados por altos consumos de sustancias psicoactivas, alcohol y otras drogas.**

SEÑALES DE ALERTA:

Muchas personas, antes de intentar suicidarse, evidencian una serie de signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida. Estas son algunas de las señales que pueden indicarnos que alguien está pensando en acabar con su vida:

Aviso Legal: De acuerdo con la LOPD, en caso de destinatario erróneo regirá el deber de secreto, debiendo destruir la información y comunicando el error. Informamos de la existencia de un fichero conteniendo datos personales y, sin que puedan utilizarse para otras finalidades que para las que han sido recabados, exceptuando las que señala la ley. Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición conforme al art. 15 de la anterior Ley.

Centro concertado con





PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE RIESGO DE SUICIDIO



Asociación Navarra Sin Fronteras
C/ Mutilla, 17 bajo
31006 PAMPLONA
Tfno. 948 23 67 76
Fax 948 15 41 23
direccion@navarrasinfronteras.es

Declarada de Utilidad Pública

Señales de alerta verbales

1. Comentarios o verbalizaciones negativas **sobre sí mismo** o sobre su vida.

p.e. "No valgo para nada", "Esta vida es un asco", "Mi vida no tiene sentido", "Estaría mejor sin mí", "Soy una carga para todo el mundo", "Toda mi vida ha sido inútil", "Estoy cansado de luchar".

2. Comentarios o verbalizaciones negativas **sobre su futuro**.

p.e. "Lo mío no tiene solución", "Quiero terminar con todo", "Las cosas no van a mejorar nunca".

3. Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el **acto suicida o la muerte**.

p.e. "Me gustaría desaparecer", "Quiero descansar", "No deseo seguir viviendo", "Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto", "Quiero quitarme la vida pero no sé cómo", "Nadie me quiere y es preferible morir", "No merece la pena seguir viviendo", "Después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio".

4. Despedidas **verbales o escritas**.

p.e. "Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho".

* Cuanto más estructurada esté la idea de morir, es decir que dijera cómo y cuando lo va a hacer, se considera una situación de **nivel de riesgo muy alto**.

Señales de alerta no verbales

1. **Cambio repentino en su conducta**. Este cambio puede ir en dos sentidos:

- Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual.
- **Periodo de calma y tranquilidad repentino** cuando previamente ha presentado gran agitación. **Considerar esta situación como una mejoría podría ser un error**; puede constituir una señal de peligro de riesgo inminente.

Aviso Legal: De acuerdo con la LOPD, en caso de destinatario erróneo regira el deber de secreto, debiendo destruir la información y comunicando el error. Informamos de la existencia de un fichero conteniendo datos personales y, sin que puedan utilizarse para otras finalidades que para las que han sido recabados, exceptuando las que señala la ley. Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición conforme al art. 5 de la anterior Ley.

Centro concertado con





PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE RIESGO DE SUICIDIO



Asociación Navarra Sin Fronteras
C/ Mutilva, 17 bajo
31006 PAMPLONA
Tfno. 948 23 67 76
Fax 948 15 41 23
direccion@navarrasinfronteras.es

Declarada de Utilidad Pública

2. Aparición de lesiones o cortes recientes en alguna de parte del cuerpo.
3. Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
4. Cerrar asuntos pendientes.
5. Preparación de documentos para cuando uno no esté (p.e. una carta de despedida, testamento, seguro de vida, etc.).

La identificación de estas señales de alerta está directamente relacionada con la presencia de una ideación suicida. Ahora bien el hecho de que no se detecten estas señales no significa que el menor no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

¿QUÉ HACER ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO?:

1. **Tener disponible los teléfonos de emergencia 112. Acudir a Urgencias. (Si la situación o el acto se está cometiendo).**
2. **Eliminar el acceso a posibles medios u objetos lesivos** (Retirar de su entorno todo tipo de material susceptible de ser utilizado potencialmente con finalidad suicida, como cables, objetos punzantes, geles, productos de limpieza...).
3. **Tener cuidado con los pisos altos, queda totalmente prohibido estar en ventanas o terrazas de un piso o más.**
4. **Control y supervisión de la correcta toma de ingesta de medicamentos.**
5. **No dejarle nunca solo y sin supervisión.**
6. **Informar siempre de estas ideas suicidas a la Psicóloga del Centro y a su psiquiatra de referencia.**

Aviso Legal: De acuerdo con la LOPD, en caso de destinatarios erróneos resta el deber de secreto, debiendo destruir la información y comunicando el error. Informamos de la existencia de un fichero conteniendo datos personales, y, sin que puedan utilizarse para otras finalidades que para las que han sido recibidos, exceptuando las que señala la ley. Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición conforme al art. 5 de la anterior Ley.

Centro concertado con



Anexo 5.3. Protocolo Prevención y Abordaje ante la Conducta Suicida. Xilema.



PROTOCOLO
**PREVENCIÓN Y ABORDAJE
ANTE LA CONDUCTA SUICIDA**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	79
1. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE CONDUCTAS SUICIDAS.	79
2. MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS.....	80
3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA	80
3.1. Activación del Protocolo de Actuación.....	81
3.2. Registro del Protocolo de Actuación.	81
3.3. Desactivación del Protocolo de Actuación.	82

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes definiciones del suicidio. “El acto consciente de autoaniquilación que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (Shneidman). Stengel diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio, en el intento hay una intención autolítica que no se logra, en la tentativa no existe una voluntad de morir, sino que es una forma de pedir ayuda.

En este protocolo debido a que en muchas ocasiones la tentativa de suicidio o conducta parasuicida puede acabar en un suicidio consumado, se adopta la terminología propuesta por la OMS (1976) en la que no se tiene en cuenta la intencionalidad sino la conducta en sí.

Acto o conducta suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

1. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE CONDUCTAS SUICIDAS.

De acuerdo con el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de Pacientes (Alerta nº 6 *Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados*), las estrategias de mejora en este campo están basadas en:

- Evaluación del paciente.
- Aspectos estructurales.
- Aspectos organizativos.

El riesgo de suicidio debería considerarse en todos los receptores de servicios sociales y sanitarios en aquellas poblaciones con un riesgo incrementado de conductas suicidas, esta evaluación debe ser sistemática y exhaustiva (antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, experiencias traumáticas previas, maltrato o abuso sexual, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano).

La identificación de una persona en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).

Los principales métodos de suicidio en menores en acogimiento residencial son la intoxicación medicamentosa, la flebotomía (cortes en la muñeca), la precipitación y el ahorcamiento, siendo el cuarto de baño y la propia habitación los escenarios más habituales. El entorno asistencial debe estar diseñado de tal forma que evite físicamente la posibilidad de que los jóvenes se hagan daño a sí mismo, además de facilitar la supervisión de los jóvenes (ventanas de apertura bloqueada...)

ANEXO 5.3: Protocolo Prevención y Abordaje ante la conducta suicida. XILEMA

En cuanto a los elementos organizativos se pueden destacar los siguientes:

- Elaborar sistemas protocolizados de evaluación de usuarios/as.
- Ubicar a la personas en el lugar más adecuado a sus necesidades y en función del riesgo detectado.
- Proporcionar orientación y formación a los profesionales.
- Intensificar el acompañamiento educativo y terapéutico.
- Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y riesgo de los usuarios/as.
- Establecer sistemas de monitorización / observación de los usuarios/as en riesgo de suicidio.

2. MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS.

- 2.1. Los usuarios/as y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en cada recurso: encendedores, objetos cortantes o punzantes o cualquier otro elemento que pueda suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.
- 2.2. El despacho y el botiquín permanecerán cerrados bajo llave.
- 2.3. El armario o almacén que contiene los productos peligrosos permanecerá igualmente bajo llave y deberán siempre ser utilizados bajo supervisión.
- 2.4. En los momentos de las comidas, tanto en la entrega como en la retirada de la misma, el equipo de profesionales del Centro procederán al recuento de las piezas valoradas como riesgo (cuchillos, abrelatas, etc.). Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se puede proceder a un registro a criterio del equipo educativo.
- 2.5. En todos/as los/las usuarios/as se procederá a una evaluación periódica del riesgo de conducta suicida, de modo especial en el caso de jóvenes con antecedentes autolesivos

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

El protocolo tiene como finalidad la actuación coordinada del equipo, tanto en sus intervenciones como en la recogida de información. Estas actuaciones están dirigidas a proporcionar la vigilancia necesaria y disminuir el riesgo de consumación de una conducta suicida dentro de un marco ético del cuidado.

La secuencia del protocolo consiste en la activación, el registro de la información considerada relevante durante el desarrollo del mismo y la desactivación del protocolo.

3.1. Activación del Protocolo de Actuación.

La indicación de la activación del protocolo corresponde a la coordinadora del programa, aunque las medidas, ante la gravedad del riesgo, puedan iniciarse por parte del equipo educativo y psicóloga, que informarán lo antes posible al responsable.

La coordinadora será la encargada de informar al INAFI, siendo la psicóloga quien se coordinará con salud mental.

3.2. Registro del Protocolo de Actuación.

El responsable o coordinadora de cada recurso dejará reflejado en el historial del usuario/a la valoración del riesgo de conducta suicida (efectuado por la psicóloga) y la activación del protocolo, así como la medidas específicas que sea necesario adoptar en cada momento.

El responsable o coordinadora notificará por escrito de manera comprensible y detallada las medidas específicas que sean necesarias adoptar en cada momento al equipo educativo.

Mientras el protocolo esté activado, será necesario un registro continuado y detallado por parte del equipo educativo, de la evolución del residente, de las medidas adoptadas en cada momento y de las observaciones que se consideren relevantes. Este registro permitirá valorar la evolución de la persona y garantizar la correcta implementación del protocolo.

ANEXO 5.3: Protocolo Prevención y Abordaje ante la conducta suicida. XILEMA

3.3. Desactivación del Protocolo de Actuación.

Cuando el responsable o coordinadora, tras la valoración de la psicóloga, lo considere, registrará por escrito, fechará y firmará la finalización del protocolo.

MODELO DE REGISTRO

REGISTRO DE PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA ARB, ARE, COA Y CENTRO DE DÍA
Nombre y apellidos:
Activación del protocolo: <i>fecha y firma</i>
Justificación de la activación del protocolo:
Indicación de medidas adoptadas Se especificará cada una de las medidas adoptadas y la fecha en que se indican Se especificará la fecha en que cada una de las medidas se suspende Algunas de las posibles medidas adoptadas: <ul style="list-style-type: none">▪ Considerar el cambio a una habitación sin enseres personales ni objetos potencialmente de riesgo▪ Considerar el registro de su habitación y retirada de objetos potencialmente de riesgo▪ Considerar en alguna medida la Separación del grupo▪ Considerar en alguna medida el Aislamiento en su habitación▪ Considerar el acompañamiento continuado▪ Considerar la supervisión periódica (especificar periodicidad)▪ Considerar la supervisión estrecha durante la realización de actividades consideradas potencialmente de riesgo (afeitado, ducha, comidas...)▪ Valorar si precisa una pauta específica farmacológica▪ Considerar la restricción de actividades (dentro y/o fuera del centro)
Información dada sobre las medidas adoptadas (al/la menor/ familia/tutores) Explicar a quién se ha dado la información y qué información
Justificación de la desactivación del protocolo:
Desactivación del protocolo: fecha y firma

ANEXO 5.3: Protocolo Prevención y Abordaje ante la conducta suicida. XILEMA

REGISTRO DIARIO DE LA EVOLUCIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA ARB, ARE, COA Y CENTRO DE DÍA
Nombre y apellidos:
Fecha:
Hora y Situación: Se detalla la hora y se describe la situación que se da en ese momento
Conducta observada El registro de la conducta del menor será objetivo y descriptivo. Es pertinente incorporar frases textuales referidas por el residente que irán entrecomilladas.
Observaciones Apreciaciones personales de la persona que recoge la observación. Es pertinente que desarrolle el juicio que le lleva a tal observación. Debe ir firmada
Medidas adoptadas Se indicarán las medidas que están indicadas en ese momento y si se produce algún cambio

**RIESGO
INMINENTE**

**RIESGO
POTENCIAL**

ANEXO 5.3: Protocolo Prevención y Abordaje ante la conducta suicida. XILEMA

SOSPECHA.

Cualquier persona sea del equipo educativo, trabajador social o psicóloga que observe manifestaciones (verbales o comportamentales) en el niño, niña o adolescente que puedan ser indicativas de riesgo de suicidio, comunicará de manera inmediata al responsable o coordinadora del recurso o en su defecto a la persona que le siga en delegación, la sospecha y un análisis de la situación.

ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO.

Corresponde a la coordinadora del programa o en su defecto a la persona que le siga en delegación, el activar el protocolo de actuación ante el riesgo de conducta suicida. Será la coordinadora quien informará al INAFI. La trabajadora social será la encargada de informar a la familia sobre la medida adoptada.

VALORACIÓN DEL RIESGO.

Se trata de determinar si realmente existe riesgo o no mediante la valoración del menor por parte de un profesional cualificado para ello (para su valoración la psicóloga contará a su vez con el asesoramiento de otros profesionales cualificados para ello, como la psiquiatra o psicóloga de salud mental de referencia en los casos que sean atendidos desde la red de salud mental infanto juvenil y otros profesionales del equipo). En última instancia será la coordinadora la que determine si se sigue en el protocolo la vía de desestimación del riesgo o la de confirmación del riesgo.

DESESTIMACIÓN DEL RIESGO.

Se valora que no existe riesgo de conducta suicida.

Se interviene manteniendo una actitud vigilante durante un tiempo determinado por el equipo educativo y se vuelve a realizar una nueva valoración del riesgo para asegurarse que no existe riesgo de conducta suicida.

MANTENER ACTITUD VIGILANTE.

Es importante mantener una actitud vigilante hasta poder confirmar plenamente que no existe riesgo. Esta consistirá en

- Observar la evolución del menor – respecto a sus verbalizaciones de la situación, sus comportamientos, expresiones de sentimientos, etc.
- Reevaluación periódica del riesgo – volver a valorar por parte de un profesional cualificado para ello.
- Mantener actitud atenta – para identificar posibles manifestaciones indicativas de sospecha

- Posibilidad de adoptar alguna medida de las indicadas para disminuir el riesgo

Esta actitud vigilante se mantendrá durante un tiempo estipulado previamente por la persona que haya activado el protocolo.

CONFIRMACIÓN DEL RIESGO.

Se valora que existe riesgo de conducta suicida.

Inmediatamente se intervendrá de manera simultánea:

- Haciendo una valoración del riesgo en cuanto a la urgencia de intervención y
- Aplicando medidas para disminuir el riesgo de consumir la conducta suicida.

APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA DISMINUIR EL RIESGO.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases:

1. Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer el suicidio.
2. Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea de plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.
3. Decisión en la que ya se pasa a la acción.

Se interviene con dos objetivos:

Uno disminuir la intención y otro disminuir la oportunidad de consumir la conducta.

Para disminuir la intención se aplican intervenciones directas con el/la menor centradas fundamentalmente en la escucha activa (intensificación de los dispositivos de escucha) y el acompañamiento, y en intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas por diferentes profesionales (sesiones individuales, visitas supervisadas,..).

Para disminuir la oportunidad se interviene aplicando vigilancia estrecha y continuada y controlando el entorno.

En la vigilancia estrecha y continuada, tendremos en cuenta:

- ▶ En todo momento habrá un profesional asignado responsable de su supervisión, seguridad y localización. Esta actividad se registrará en las hojas de registro.
- ▶ Se establecerán periodos de observación y control, en el régimen que se estime necesario: observación directa, observación periódica cada cierto tiempo especificado, observación durante determinadas actividades, etc., con anotación en las hojas de registro.
- ▶ Se proporcionará al chico o chica un ambiente de seguridad que lo proteja de potenciales comportamientos autolesivos. Para ello:

ANEXO 5.3: Protocolo Prevención y Abordaje ante la conducta suicida. XILEMA

- Comprobar los útiles, ropas y enseres de que dispone y que éstos no puedan ser empleados para autolesionarse.
- Registro y supervisión de su habitación ante la posibilidad de que haya ocultado elementos potencialmente peligrosos, o bien traslado a otra habitación preparada para tal fin.
- Evitar acceso a escaleras o ventanas no bloqueadas.
- Evitar que el usuario/a haga uso de objetos potencialmente peligrosos (cuchillas de afeitar, tijeras, cubiertos, etc.). Permanecer en especial alerta cuando la persona tenga que hacer uso necesario de este tipo de objetos.
- Valorar cuidadosamente la realización de actividades donde el nivel de vigilancia es menor (salida al colegio o instituto, visitas familiares,...) y en estos casos se extremará la supervisión.
- Programar cómo se va a mantener la supervisión en los momentos en que ésta se puede ver comprometida (cambios de turno, disminución de personal durante la noche o fines de semana...).
- Supervisar de forma estrecha la toma adecuada de la medicación prescrita. Especial atención a la posibilidad de acceso a medicación no prescrita o su acumulación con fines autolesivos.

En el control del entorno tendremos en cuenta diversos aspectos:

- Interrelación del menor con el personal y otros menores (si es conveniente el permanecer distanciado del grupo o no, aislado o no, interrelación con un educador específico o no...).
- Supervisión del entorno, en cuanto a asegurarse un entorno seguro sin objetos ni situaciones potencialmente peligrosas (cuchillas, espejos, ventanas, durante la comida, durante el afeitado...).
- Control de la estimulación (de privación, sobrecarga, estímulos precipitantes...).
- Supervisión de las relaciones con la familia (valorar la capacidad de contención de la familia para hacerse cargo de una salida o estimar el desarrollo de visitas supervisadas para garantizar la seguridad del menor).

VALORACIÓN DEL RIESGO.

Con esto se hará una valoración aproximada de si estamos ante un riesgo de acto suicida inminente o potencial respecto a su dilatación en el tiempo ello (para su valoración la psicóloga contará con el asesoramiento de otros profesionales cualificados para ello, como la psiquiatra o la psicóloga de salud mental de referencia y otros profesionales del equipo). El riesgo potencial se podrá categorizar en riesgo bajo, medio o alto.

RIESGO INMINENTE.

La valoración del riesgo es alta en cuanto a la intención y la oportunidad de consumir la acción.

Se actuará de manera inmediata:

- Informar al psiquiatra referente / servicio de urgencia. 112.
- Medidas de seguridad y vigilancia continúa por parte de una persona y disponibilidad de otra persona en caso que se demande.
- Intensificación del acompañamiento y dispositivos de escucha así como de las intervenciones psicológicas.

RIESGO POTENCIAL: BAJO/ MODERADO/ ALTO

La valoración del riesgo puede ser alta, moderada o baja y la oportunidad de consumir la acción no es clara.

- Informar a la psicóloga.
- Medidas de seguridad y vigilancia acordes con la valoración del riesgo:
 - ▶ Ubicar al menor en una habitación segura y que favorezca su observación (adaptar su habitación a la situación actual).
 - ▶ En todo momento habrá una persona responsable de su supervisión y seguridad y cumplimiento de los registros.
 - ▶ Se efectuarán observaciones directas del usuario/a con una periodicidad determinada y estableciendo siempre un mínimo de seguridad (supervisión continuada /supervisión no continuada / observaciones periódica).
 - ▶ Se registrará toda intervención con la persona y el cumplimiento de las medidas.
 - ▶ Se identificarán actividades en las que se considere aumente el riesgo y se estrechará la vigilancia (ducha, afeitado, comidas, toma de medicación).
 - ▶ Se valorará la conveniencia de la separación del grupo o de la participación en actividades de manera individual para cada una de las tareas.

DESACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO.

Se efectuarán periódicamente valoraciones del riesgo por parte del profesional competente. Se disminuirán progresivamente las medidas de vigilancia hasta valorar la desactivación del protocolo.

Cuando la coordinadora lo considere registrará por escrito, fechará y firmará la finalización del protocolo. Se informará seguidamente al INAFI, así como a la familia del niño/a o adolescente.