

Protocolo de
DETECCIÓN Y MANEJO
DE LA CONDUCTA AUTOLÍTICA Y
SUICIDA

Centro Terapéutico de Menores Chavea



Versión 5.5



Versión 5.5 – 18 de septiembre 2023

El presente protocolo cuenta con dos versiones: una integral destinada al Equipo Clínico y otra reducida dirigida al Equipo Educativo, designada como “EE” en portada.

Como requisito del lenguaje científico, a lo largo de este Protocolo se ha empleado el masculino genérico para referirse a ambos géneros en aquellas formulaciones que no se puedan emplear palabras gramaticalmente masculinas o femeninas que designen a personas, englobando a ambos géneros, tal y como establece la Real Academia Española de la Lengua, para favorecer una lectura más fluida del texto.

Finalmente, se ha priorizado el uso de “menor/es”, dado que es el término jurídico que contiene la mayor parte de literatura consultada. Sin embargo, a través de esta nota se deja constancia que el vocablo más aceptado actualmente en el ámbito académico es el de “niños, niñas y adolescentes.”



ÍNDICE

- 1. Justificación y Objetivos.**
- 2. Conceptos.**
 - a. Autolisis.
 - b. Ideación autolítica, de muerte (tanática) o suicida.
 - c. Comunicación autolítica o suicida.
 - Amenaza autolítica o suicida.
 - Plan autolítica o suicida.
 - d. Conducta autolítica.
 - Autolesión no suicida (ANS) / Parasuicidio / Gesto autolítico.
 - Muerte autoinfringida no intencionada.
 - Intento / Tentativa suicida.
 - Suicidio (consumado).
- 3. Procedimiento general.**
 - a. Prevención de la conducta autolítica.
 - b. Urgencia con riesgo autolítico.
- 4. Señales de alarma.**
- 5. Evaluación del riesgo estimado.**
- 6. Niveles de riesgo estimado.**
 - a. Normal
 - b. Leve
 - c. Moderado
 - d. Alto
- 7. Actuaciones según el nivel de riesgo estimado.**
- 8. Postvención.**
- 9. ANEXOS:**
 - a. ANEXO 1: Algoritmo del Procedimiento General.
 - b. ANEXO 2: Orientación de manejo en riesgo autolítico para Equipo Educativo.
 - c. ANEXO 3: Orientación en precauciones en Nivel de riesgo Moderado.
 - d. ANEXO 4: Apoyo para la evaluación del riesgo.
 - e. ANEXO 5: Escalas complementarias.
 - f. ANEXO 6: Modelo “Comunicación de Activación/Revisión/Desactivación del Protocolo de Prevención de Suicidios”.



1. Justificación y Objetivos

El Centro Terapéutico de Menores Chavea presta servicio de acogimiento residencial a menores en situación de desprotección y con medida de amparo de tutela o guardia asumida por la Xunta de Galicia que precisen de una intervención socioeducativa y terapéutica especializada en problemas de conducta.

El Centro Terapéutico Chavea está dedicado a la atención psicoeducativa para adolescentes del Sistema de Protección de Menores con trastornos de conducta y alteraciones emocionales. El Centro no está previsto para el acogimiento de menores con tendencias autolíticas significativas, en la medida en que no se corresponde con su objetivo y por tanto no dispone de los medios necesarios para garantizar la seguridad del menor en tal caso, constituyendo la presencia de tales tendencias un criterio que desaconseja firmemente el ingreso en Chavea. Sin embargo, no podemos ignorar el hecho epidemiológico de que dicha población objetivo se encuentra en una situación de especial riesgo de cometer conductas suicidas: las estimaciones al respecto indican que tal riesgo es 4,6 veces superior entre adolescentes internados en Centros de Menores (tanto de protección como de reeducación) respecto al encontrado en sus pares de la población general.

El presente protocolo pretende dar respuesta a esta realidad, con los objetivos de mantener en la medida de lo posible la seguridad del menor, prevenir conductas de este tipo y favorecer la resolución adecuada del episodio de riesgo. Para ello se proporciona esta guía de actuaciones por parte de los profesionales del Centro en la detección, evaluación e intervención de la conducta autolítica que pueda suceder puntualmente.

Las recomendaciones aportadas en este protocolo se basan en la evidencia científica y se han adaptado a las características distintivas de los adolescentes con los que trabajamos (como son su personalidad y psicopatología), de sus familias (situaciones legales y niveles de implicación diversos) y de los diferentes interlocutores que intervienen en sus procesos (Equipos Técnicos de Menores –ETM–, Fiscalías y Juzgados de Menores y Centros educativos).



2. Conceptos

La nomenclatura referida a la temática de la autolisis varía entre autores, por lo que a continuación se indica el uso concreto que se hará de los términos en este documento, procurando un significado inequívoco de los términos.

- **Autolisis:** Daño general provocado a uno mismo de forma voluntaria, independientemente de si existe o no intención de letalidad. Así, existen dos grandes grupos según la intención:
 - **Suicida (letal):** pretende finalizar la propia vida, por lo general para acabar con un sufrimiento percibido como intolerable, irresoluble y permanente.
 - **No suicida o parasuicida (No letal):** daño sin base cultural (ej. piercings, rituales religiosos) con diversas funciones posibles, clasificables de acuerdo al tipo de refuerzo pretendido (automático o social) y a si implica retirada de estímulos aversivos (refuerzo negativo) o aparición de estímulos deseados (refuerzo positivo). La función más común (más del 90 % de casos) es reducir estados cognitivos o emocionales aversivos (refuerzo negativo automático).

Tipo de refuerzo	Negativo	Positivo
Automático	Reducir estados cognitivos o afectivos aversivos. (Ej. Regulación emocional a través de estímulos distractores controlables – dolor autoinfringido).	Incrementar estados cognitivos o afectivos deseados. (Ej. Masoquismo)
Social	Reducir eventos sociales aversivos. (Ej. No acudir al IES)	Incrementar eventos sociales deseados. (Ej. Atención, cuidado, RRSS)

- **Ideación autolítica, de muerte (tanática) o suicida:** Se refiere a la presencia de pensamientos acerca de, respectivamente, dañarse, la muerte en general y quitarse la vida. Por sí solas, este tipo de ideas son frecuentes en población general y a lo largo de la vida. La ideación suicida no suele conducir a un deseo real de muerte, sino que se suele fantasear con ello como una salida fácil a un problema habitualmente temporal.



Sin embargo, estos pensamientos suponen una señal de alarma y factor de riesgo importantes que hace necesaria una valoración pormenorizada, tanto de su contenido como de la presencia de otros factores de riesgo.

- **Comunicación autolítica o suicida:** Actos interpersonales en los que se transmiten a otras personas sus pensamientos, deseos o intenciones aparentes de dañarse (en general) o específicamente de acabar con su propia vida. Se considera un punto intermedio entre la Ideación y la Conducta autolítica/suicida. Existen dos tipos:
 - **Amenaza autolítica o suicida:** Indicación general a otras personas de que pretende dañarse (en general) o acabar con su vida. A menudo presenta una naturaleza coactiva (intenta que otras personas actúen de un modo determinado hacia ella) y suele relacionarse con conductas parasuicidas (sin intención real de quitarse la vida), pero ello no debe suponer subestimar el peligro, ya que incluso en tal caso, la persona puede pasar al acto con la forma de un gesto suicida, que podría terminar en su muerte no intencionada (ver apartado de “Autolesión no suicida” más abajo).
 - **Plan autolítico o suicida:** Referido a cómo pretende dañarse (en general) o quitarse la vida esa persona. Puede ser más o menos estructurado o preciso, indicando forma, fecha, lugar, etc.
- **Conducta autolítica:** Toda conducta potencialmente lesiva, autoinfringida e intencional. Existen varios tipos dentro de esta categoría general:
 - **Autolesión no suicida (ANS) / Parasuicidio / Gesto suicida:** Estos tres sinónimos se refieren a que la persona no tiene intención real de morir, sino que busca otro objetivo, como los recogidos en el apartado de autolisis sin intención letal.

(Nota: En la literatura, prensa o informes pueden encontrarse en ocasiones referencias a este tipo de conducta autolítica como simplemente “autolesiones”, pero no se recomienda este uso sin aclaraciones previas explícitas a su condición de “no suicida” para no confundirlo con la autolisis general, ya que “autolesión” propiamente es en realidad sinónimo de “autolisis” tal como se utiliza en este protocolo; del mismo modo, los términos Parasuicidio y Gesto suicida pueden resultar poco intuitivos, por lo que en su lugar se recomienda el uso de la primera denominación: ANS).

 - Pese a no ser su intención, la persona puede excederse en el daño infringido al cuerpo y morir realmente, en cuyo caso técnicamente se habla de “**muerte autoinfringida no intencionada**” en lugar de “suicidio”.



- **Intento / tentativa suicida:** La persona ha llevado a cabo una conducta buscando quitarse la vida, pero no se produjo su muerte, por cualquier motivo (insuficiente letalidad en el método, haber sido salvado por servicios sanitarios, etc.).
- **Suicidio (consumado):** Muerte autoinfringida con evidencia de que esa era la intención de la persona.

3. Procedimiento General

En el Centro Terapéutico Chavea existen una serie de **medidas de seguridad por defecto** para todos los menores, entre las que se incluyen la supervisión general de sus actividades e interacciones, así como el registro y control de sus pertenencias, limitando en particular el acceso a aquellos objetos potencialmente peligrosos (como cuchillas o mecheros), cuyo uso sólo puede ser utilizado con autorización previa del equipo profesional y bajo la supervisión del mismo.

La puesta en marcha de medidas especiales por conductas autolíticas viene dada en primer lugar por la detección de una o varias **Señales de Alarma**, motivo por el cual todo el personal del Centro debe ser capaz de detectarlas e identificarlas para su comunicación al Equipo Clínico o Dirección del Centro. En el apartado correspondiente a tales Señales de Alarma se recogen las más comunes. Asimismo, en el ANEXO 1 puede encontrarse el algoritmo de este procedimiento general en formato esquemático.

Las Señales de Alarma detectadas supondrán una de las siguientes situaciones:

- **Urgencia con riesgo autolítico:** La situación implica un riesgo inmediato al que se debe dar una respuesta rápida para salvaguardar en la medida de lo posible la salud física del menor. Pertenecen a esta categoría, entre otras posibilidades:
 - El hallazgo de un menor inconsciente (con idéntica actuación sea el origen autolítico o no al tratarse de una urgencia médica).
 - Las agitaciones conductuales en las que es probable que el menor se autolesione intencionalmente (con el mismo procedimiento general que en caso de posible autolesión accidental).
 - La manifestación de una amenaza verbal o no verbal de autolisis con alto riesgo de paso inmediato.
 - La sospecha o evidencia de un daño con riesgo significativo, ya sea patente (ej. heridas graves, ahogamiento, etc.) o potencial (ej. una posible intoxicación por sobreingesta de sustancias ya cometida).

En este caso, se siguen los pasos generales para emergencias sanitarias, resumidos con el acrónimo "PAS": Proteger, Avisar y Socorrer.



- Proteger: La prioridad será impedir la ocurrencia del daño, reducirlo y/o detener su continuación. Adicionalmente, cuando sea posible, se retirará a los demás menores del escenario, manteniéndose su supervisión y proporcionándoles apoyo en caso necesario.
A grandes rasgos, el menor en riesgo puede encontrarse inconsciente o consciente.
 - Menor inconsciente: El origen autolítico de este estado puede no ser evidente, dependiendo del método utilizado (por ejemplo, una intoxicación). En cualquier caso, la inconsciencia se considera una urgencia sanitaria grave, por lo que se requerirá de atención médica inmediata. La prioridad por tanto será pasar al siguiente punto (“Avisar”), pudiendo adelantarse la recogida de información que se solicitará acerca de los signos vitales del menor. Así, siempre que sea posible, un profesional comprobará los signos vitales y aplicará primeros auxilios, mientras simultáneamente otro miembro del equipo del Centro dará aviso a los Servicios Médicos.
 - Menor consciente: Según la situación concreta y el grado de colaboración del menor, se priorizará la retirada de elementos de riesgo del escenario, se realizará una contención verbal (desescalada de la tensión) y, si no fuese suficiente o la emergencia lo requiriese, una contención física siguiendo las indicaciones y principios recogidos en su propio protocolo de actuación.
 - En el caso de que la crisis autolítica finalice y no exista riesgo evidente de nuevas lesiones, cuando el menor no presente un daño significativo (sin daño o daño leve), el Equipo Médico (o en su defecto el Equipo Educativo) realizará las curas pertinentes si lo requiere y se procederá como se indica en el apartado de “Prevención de la conducta autolítica”.
 - En el caso de daño significativo, sospechas o dudas acerca de la gravedad, así como en los casos en que la agitación persista, se procederá con el siguiente paso de este apartado: “Avisar”. Se mantendrá la contención verbal y/o física en caso de que continúe siendo necesaria a la vez que otro profesional se encarga de tal aviso.
- Avisar: Se comunicará al Equipo Médico el incidente lo antes posible en caso de estar en turno, y se seguirán sus instrucciones. Si así lo indican o bien si el Equipo Médico no se encuentra en turno, se dará aviso llamando al teléfono de emergencias 112, al teléfono de emergencias sanitarias 061 o acudiendo



presencialmente al Servicio de Urgencias médicas (éste último sólo si la situación lo permite, siendo por lo general preferible el aviso telefónico). Cuando sea posible se comunicará el incidente a la Dirección del Centro (o en caso de no estar disponible, al Equipo Clínico, que trasladará a Dirección lo sucedido lo antes posible).

- Socorrer: Se seguirán las indicaciones de los Servicios Médicos.

Una vez finalizada la urgencia que amenaza la salud física del menor, se procederá de acuerdo al apartado de “Prevención de la conducta autolítica”.

- **Prevención de la conducta autolítica:** En este caso, las Señales de Alarma sugieren un posible aumento en el riesgo de tales conductas, de forma indefinida y sin requerir de actuación urgente. Dichas Señales de Alarma deberán ser comunicadas a la Dirección del Centro o al Equipo Clínico, a fin de que éste último realice una evaluación con el menor que permita determinar el nivel de riesgo autolítico estimado, considerándose cuatro posibles de forma análoga a un triaje: riesgo estimado “normal”, “leve”, “moderado” o “alto”. Por lo general, cada nivel añade nuevas medidas o mayores restricciones al anterior. En cualquier caso, las actuaciones que se indicarán en este protocolo suponen orientaciones estandarizadas, que podrán ser adaptadas al caso por el Equipo Clínico cuando el mismo lo estime conveniente; en ausencia de indicaciones en ese sentido, se entenderá que deberán ponerse en práctica las medidas estandarizadas recogidas en este protocolo. En general, las actuaciones asignadas a cada parte del equipo profesional se dirige a dos grandes propósitos:
 - Reducir la intención autolítica: actuaciones del Equipo Clínico y apoyo emocional del Equipo Educativo.
 - Reducir la capacidad de paso al acto autolítico: actuaciones del Equipo Educativo y vigilante.

4. Señales de Alarma

Tal como su nombre indica, las Señales de Alarma son todo aquello que observamos que nos hacen sospechar de que existe un incremento del riesgo autolítico o suicida en una persona. Pueden detectarse en distintos aspectos, como lo que la persona dice (reflejo de sus pensamientos), cómo actúa o su estado de ánimo aparente, entre otros.

Como se indicó en el procedimiento general, todos los miembros del equipo de Chavea deben estar atentos a estas señales y actuar según se contempla en el Procedimiento General según la situación (urgente o preventiva).



Resulta importante recordar que las conductas suicidas también pueden ocurrir en ausencia de tales Señales de Alarma, de forma imprevista (casos conocidos como *Minimal Warning* en inglés). Sin embargo, aunque no se trate de un método infalible, la detección de tales señales ayudará a reducir la probabilidad de ocurrencia de conductas suicidas al posibilitar la recepción de ayuda.

Señales de alarma habituales:

- **Agitación conductual con riesgo autolítico o equivalente (incluido hallazgo de un menor inconsciente).** Se trata de un riesgo inminente que requiere de acción inmediata. Para ser competencia de este protocolo la persona debe tener intención de lesionarse, no que tal daño pueda ocurrir de forma accidental, pero la actuación es básicamente la misma dada la falta de colaboración durante la agitación.
- **Pensamientos y comentarios sobre el suicidio o la muerte** (en especial vista como salida de un problema, alivio o similares, aunque también puede adoptar otras formas, como por ejemplo, desde la rabia o amenaza planteando el suicidio o autolisis en general como un castigo al otro). Va desde la amenaza o revelación explícita de su intención suicida a formas más sutiles, en que insinúa que su vida no durará mucho más. Nunca se debe subestimar el riesgo que supone la ideación suicida y se debe tomar en serio, incluso si se supone una función instrumental (chantaje o manipulación, por ejemplo).
 - Ejemplos: “Ya no aguanto más”, “no quiero seguir viviendo”, “me gustaría desaparecer”, “ya te arrepentirás (cuando yo no esté)”, “ya me echarás de menos”, “la vida no tiene sentido (y lo mejor es acabar con ella)”.
- **Pensamientos y comentarios negativos sobre sí mismo, su vida o su futuro.** Aquí se incluyen, entre otros, autodesprecios y comentarios acerca de una situación insostenible. Algunas variantes de riesgo son la vivencia de uno mismo como una carga para otras personas, así como la sensación de soledad o de no importar a otros. Debe prestarse especial atención a la **desesperanza** (no espera que la situación negativa cambie, y considera que nada de lo que haga puede cambiar la situación).
 - Ejemplos: “No valgo para nada”, “estaríais/estaréis mejor sin mí”, “soy una carga para... (una o varias personas, todo el mundo)”, “estoy cansado de luchar”, “toda mi vida fue inútil”, “la vida es un asco”, “mi vida no tiene sentido”, “lo mío no tienen solución”, “las cosas no van a mejorar nunca”.
- **Despedidas**, explícitas o implícitas, tanto oralmente como a través de cartas, mensajes, notas o redes sociales. Puede adoptar formas más sutiles, como **agradecimientos** por los intentos de ayudarles, con connotaciones negativas implícitas de que no se logró la



mejoría o **cerrar cuentas en redes sociales** con o sin tales mensajes de despedida o agradecimiento.

- Ejemplos: “Siempre os querré”, “quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”, “espero que todo te vaya muy bien y tengas mucha suerte”)
- **Arreglar o poner en orden sus asuntos pendientes.** Aunque no es frecuente en adolescentes, conviene señalar que hacer un testamento se incluye en este tipo.
- **Regalar sus pertenencias significativas.**
- Otros **preparativos**, como hacerse con materiales necesarios para llevar a cabo la conducta autolítica/suicida (ej. acumulación de fármacos) o valorar el momento más oportuno.
- **Cambios de conducta (especialmente si son bruscos)**, tanto en el sentido del **empeoramiento** (mayor agresividad, irritabilidad, agitaciones, desobediencia, conducta inadecuada en clases, consumo de sustancias no habitual, aislamiento, etc.) como de **mejoría inesperada y repentina** (ej. tranquilidad o eutimia tras periodo muy inestable).
- **Cambios en sueño (ej. insomnio más de 3 días) y/o de apetito o peso.**
- **Disforia** (malestar emocional), **tristeza, pasividad, labilidad o similar (cambios de humor bruscos), apatía** (pérdida de interés por aquello que previamente le interesaba) **y/o anhedonia** (no disfrutar de lo que antes sí le producía placer y otras emociones positivas).
- Preocupaciones o síntomas de **ansiedad** inusuales en el menor.
- **Descenso en calificaciones académicas y/o absentismo no justificado.** (Suele ser una manifestación fácil de objetivar de disforia, apatía y/o anhedonia, entre otros).
- **Aislamiento y/o actitud distante.**
- Aparición de **autolesiones**.



5. Evaluación del riesgo estimado

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

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

- A) **entrevista clínica,**
- B) **información disponible de otras personas cercanas** al menor (como educadores, familia y/o compañeros),
- C) **escalas complementarias,** según se estimen necesarias.

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

A modo de recordatorio, es importante tener en cuenta:

- Nuestra población (adolescentes institucionalizados con problemas de conducta y emocionales) es de especial riesgo para el desarrollo de conductas autolíticas y suicidas.
- La ideación suicida y de muerte es común en población general y no suele implicar intención suicida real, sino una forma de fantasear sobre una salida rápida o “fácil” de un problema habitualmente temporal. Sin embargo no debe subestimarse el riesgo al presentarse, por lo que deben valorarse otros factores de riesgo.
- La conducta suicida puede darse también en ausencia de Señales de Alarma y/o Factores de Riesgo, de forma imprevista (casos “*Minimal Warning*”). Sin embargo, aunque la detección de estos indicadores no se trate de un método infalible, su detección a menudo ayuda a prevenirlas.

A) Entrevista clínica

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

En el **ANEXO 4** se incluye un modelo de apoyo para la entrevista clínica, teniendo en cuenta diferentes aspectos relevantes a evaluar. En esta sección se comentan algunos dichos puntos susceptibles de evaluación.

- **Colaboración vs Defensividad:**

Durante la entrevista debemos estar atentos a indicios que nos haga sospechar de intenciones suicidas que el menor no revela abiertamente. Aunque no siempre es perceptible,



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

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

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

- **Intencionalidad suicida:**

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

- Si el menor confiesa pensamientos autolíticos, debemos indagar acerca de cómo de desarrollada tiene la idea o plan suicida (es decir, su premeditación: cómo hacerlo, cuándo, dónde), contenidos exactos, atribuciones que hace (causas que se da a sí mismo), qué esperaría conseguir con esa conducta, qué reacciones esperaría en otras personas, alternativas valoradas (y no valoradas).
- Si lo niega, pero sospechamos de que oculta una intención real, continuamos indagando con atención a señales de defensividad. Para fomentar la comodidad, procuraremos que la persona se sienta aceptada como comentábamos más arriba, al tiempo que podemos hacer verbalizaciones validadoras de la presencia de pensamientos autolíticos, buscando activar emociones que le animen a compartir su preocupación. Por ejemplo, *“si yo*



estuviese en tu situación, creo que pensaría... y creo que me sentiría... ¿cómo logras tú (estar supuestamente bien, siguiendo su discurso y terminología)?"

- Si lo niega y no apreciamos indicios de ocultación, lo tomamos como uno de los factores para estimar el riesgo (en este caso, reduciéndolo).

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

De forma semejante, debe tenerse en cuenta si la persona planifica o tomó medidas para impedir ser descubierto hasta después de la consumación suicida y/o dificulta recibir ayuda que pudiera salvarlo, dado que generalmente esto implica intencionalidad letal.

- **Impulsividad y paso al acto:**

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

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

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



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

Señales de Alarma:

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

Factores de Riesgo y Precipitantes:

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

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

En términos generales, suele indicarse que cuantos más factores de riesgo confluyan en una persona, mayor es la probabilidad de una conducta suicida. Sin embargo, también es cierto que algunos de estos factores son más significativos que otros, por lo que daremos prioridad a la detección de los mismos.

El ANEXO 4 presenta un listado de los factores de riesgo más frecuentes y relevantes, incluyendo estresores y posibles precipitantes, resaltando con una exclamación (!) y subrayado los más significativos en la medida en que se han relacionado con mayor riesgo.

NOTA: Los Factores de Riesgo de naturaleza biológica no resultan particularmente relevantes en nuestro contexto debido a la dificultad en su evaluación y su relación con otras variables más accesibles como la impulsividad. En nuestro caso, nos interesará la influencia de sustancias ya indicada.

Factores de Protección



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

Su importancia no radica tanto en la estimación del grado de riesgo de tales conductas, sino que suponen principalmente **aquello que se debe fomentar en la prevención e intervención**, que debe iniciarse lo antes posible (incluso en la propia sesión de evaluación si es posible).

El ANEXO 4 incluye un listado de los más frecuentes y relevantes.

B) Información adicional de allegados

Adicionalmente a la información de la entrevista con el menor en sospecha de riesgo, trataremos de recabar información de sus allegados y conocidos en busca de más indicios. Así podemos consultar su conocimiento e impresiones acerca de verbalizaciones, conductas o cambios del menor percibidos por educadores y otro personal del Centro, compañeros ingresados, así como de su familia y profesores, si procede.

C) Escalas complementarias (Ver ANEXO 5)

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

- Escala de Desesperanza de Beck: Escala autoaplicada de 20 ítems con respuesta dicotómica (Verdadero-Falso). Una puntuación de 8 o más indica alta desesperanza.
- Escala de intencionalidad suicida de Beck: Escala heteroaplicada de 20 ítems de 0 a 2 puntos, excepto los 5 últimos, que no puntúan. Se recomienda su aplicación en personas que han cometido un intento suicida previo para valorar la gravedad de la tentativa. Consta de 3 partes: objetiva (circunstancias del intento suicida; ítems 1-8), subjetiva (expectativas durante el intento suicida; ítems 9-15) y otros aspectos (ítems 16-20). No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad.
- Escala de riesgo suicida de Plutchick: Escala autoaplicada de 15 ítems con respuesta dicotómica (sí-no). Cada “sí” otorga 1 punto. En general, a mayor puntuación, mayor riesgo; se ubica el punto de corte de la adaptación española en 6 puntos o más como indicador de riesgo significativo.



6. Niveles de riesgo estimado

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

- **Normal:** No se aprecia un riesgo superior al considerado normal respecto a sus iguales, teniendo en cuenta sus particularidades clínicas. Cabe recordar que el riesgo nunca se reduce a cero.
- **Leve:** Se ha detectado alguna señal de alarma o factor de riesgo que aconseja mayor prudencia, pero no se valora que exista un riesgo inmediato. Lo más frecuente es la identificación de ideación autolítica, de muerte (tanática) o suicida. No impresiona que exista intención suicida real, como puede indicar que el menor muestre crítica de la misma o busque alternativas de solución. Tampoco se considera que exista riesgo significativo de paso al acto impulsivo. Se estima previsible que a través de apoyo psicosocial o aplicación de recursos de afrontamiento personales se reduzca tal nivel de riesgo.
- **Moderado:** Los factores de riesgo identificados sugieren un peligro significativo para la ejecución de conductas autolíticas, de forma que se aconseja aumentar considerablemente la precaución, aunque no impresiona necesitar una intervención de urgencia (ingreso hospitalario).
- **Alto:** Se han identificado uno o varios factores que indican un riesgo elevado de conducta suicida, que estima una intervención de urgencia para salvaguardar la integridad física del menor, comenzando por una valoración psiquiátrica que determine un posible ingreso hospitalario. Entre los factores de alto riesgo se encuentran una intención suicida manifiesta, plan estructurado, un intento previo sin crítica (sobre todo si es reciente) o alto peligro de paso al acto impulsivamente. Asimismo, una confluencia de varios otros factores de riesgo pueden situar la estimación del peligro en este nivel.

7. Actuaciones según el nivel de riesgo estimado

A cada uno de los niveles de riesgo les corresponden una serie de medidas estandarizadas, que podrán ser adaptadas por el Equipo Clínico según las necesidades de cada caso, lo que se explicitaría en el registro de Evolución del menor. Cada nivel supone generalmente añadidos o restricciones adicionales respecto a las medidas del nivel anterior.



- **NORMAL:** Se continuará el seguimiento de forma habitual, con las medidas de seguridad por defecto comunes a todos los menores, con la necesaria prudencia y atención a cambios que hiciesen variar la impresión del riesgo, como es proceder general en el Centro.
- **LEVE:**

EQUIPO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicación al Equipo de la activación y desactivación de este Protocolo en el registro de la Evolución del menor, suponiendo la comunicación de una situación de riesgo superior a la habitual. La información transmitida podrá adaptarse si es necesario para preservar la intimidad del menor. ○ Seguimiento por parte del Equipo Clínico, pudiendo realizarse sesiones más frecuentes valorando el balance riesgo-beneficio para no producir un efecto iatrogénico que refuerce el síntoma por la atención prestada. Se tenderá a la adopción de un enfoque basado en la solución más que en problema, procurando potenciar factores protectores. Se valorará establecer un contrato terapéutico de “no conducta suicida” según la clínica presente. ○ Valoración por parte del psiquiatra del Centro. ○ Se informará a la familia del menor, si el Equipo Clínico valora que proceda. ○ Facilitar el apoyo familiar y social, en la medida de lo posible. Se permitirán y fomentarán salidas y permisos familiares o con otras personas siempre que se prevea un beneficio para el menor en ausencia de peligro significativo estimado durante las mismas. ○ Valoración de una potencial implicación de otros compañeros de Centro con los que el menor se sienta a gusto, con funciones protectoras, de ayuda o apoyo (facilitar interacción y apoyo social de iguales de forma normalizada).
EQUIPO EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisión reforzada por parte del Equipo Educativo, procurando discreción. El menor no debería percatarse de que se encuentra bajo una situación de observación especial a fin de no reforzar mediante la atención un fenómeno indeseable, a menudo transitorio. ○ Informar al Equipo Clínico de las observaciones realizadas a fin de detectar señales de alarma y cambios positivos y negativos en su evolución. (Ver <u>Apartado “Señales de alarma”</u>). Por lo general, resultan interesantes: <ul style="list-style-type: none"> • el estado de ánimo aparente • verbalizaciones • conductas (especialmente cuando implican cambios, tanto aparentemente favorables como desfavorables) • nivel de actividad general



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asegurar toma correcta de la pauta farmacológica, con especial atención a que no se apropie y acumule medicamentos. ○ Facilitar el apoyo social, en la medida de lo posible. Se permitirán y fomentarán salidas y permisos familiares o con otras personas siempre que se prevea un beneficio para el menor en ausencia de peligro significativo estimado durante las mismas. ○ (ANEXO 2: Orientación de manejo en riesgo autolítico para Equipo Educativo).
--	--

• **MODERADO:**

A las medidas anteriores (Nivel Leve) se añaden:

EQUIPO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comunicación de la activación y desactivación de este nivel del Protocolo o superior al Equipo Técnico de Menores (ETM) responsable del caso, al Juzgado de Vilagarcía de Arousa referencia y Fiscalía de Menores de Pontevedra utilizando el modelo oportuno (ANEXO 6: Modelo “Comunicación de Activación/Revisión/Desactivación del Protocolo de Prevención de Suicidios”). ○ Valoración médica (por ejemplo, por posibles autolesiones). ○ La intervención clínica priorizará resolver el riesgo autolítico presente sobre los objetivos del caso. Se intentará establecer un contrato terapéutico de “no conducta suicida”. ○ Valoración de si se permiten o restringen salidas con educadores o familiares por la localidad de Vilagarcía de Arousa, según el riesgo estimado de conductas suicidas o fuga estando acompañado por las personas de que se trate. Fomento de visitas familiares en el Centro si se prevé que resultarán positivas para el menor. ○ Se informará al centro educativo de su ausencia hasta nuevo aviso por inestabilidad clínica, dando solo la información necesaria con el fin de salvaguardar la intimidad del menor. Se valorará informarles de la naturaleza autolítica de la problemática a su regreso al centro educativo para prevenir conductas de tal naturaleza en ese contexto, posibilitando la puesta en marcha de los protocolos contra la conducta suicida de los centros educativos. ○ Valorar y fomentar si es posible y conveniente que otro menor, compañero del Centro, sirva de apoyo adicional y proporcione información al Equipo profesional para aumentar la protección del menor con riesgo suicida (<i>gatekeeper/s</i>).



EQUIPO EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisión estricta por parte del Equipo. El menor no debe permanecer solo. ○ Restricción de salidas del Centro. No acudirá a su centro educativo ni a actividades externas; respecto a salidas con educadores o familiares por la localidad de Vilagarcía, según sea indicado por Equipo Clínico. ○ Se adjudicará al menor un dormitorio individual a ser posible, en el que se procederá a la retirada adicional de objetos potencialmente dañinos (vaciado de su habitación). Si hay más de un menor en nivel Moderado, cuando sea posible se procurará que sus habitaciones sean contiguas para facilitar la supervisión nocturna. ○ Restricción de acceso a elementos peligrosos, como objetos punzantes (incluidos lápices, bolígrafos, etc.), cortantes (incluyendo objetos rotos), con potencial de ahogamiento por atragantamiento o ahorcamiento (cuerdas, cinturones, etc.) u otras formas de daño. Ver <u>ANEXO 3</u> para orientaciones por áreas.
------------------	---

- **ALTO:**

- Se solicitará intervención del 061 o se acompañará al menor al Servicio de Urgencias médicas para valoración psiquiátrica, de cara a un potencial ingreso hospitalario.
 - En el caso de que su ingreso hospitalario no sea considerado procedente por el Servicio de Urgencias y el menor deba permanecer en el Centro, se seguirán las indicaciones médicas y se procederá internamente como en el nivel de riesgo Moderado, con el mayor nivel de precaución que resulte posible, teniendo en cuenta las características del Centro.
- Comunicación en las mismas condiciones que en nivel Moderado, con las indicaciones necesarias acerca de las medidas de actuación llevadas a cabo.
- Independientemente de si ha sido ingresado o no, se valorará la conveniencia de que el menor permanezca en el Centro Chavea, en función del episodio y/o su recurrencia, primando la seguridad del menor, comunicando esta valoración al ETM de referencia en caso necesario, de modo que pueda ser derivado a un dispositivo con medidas adecuadas a su clínica.

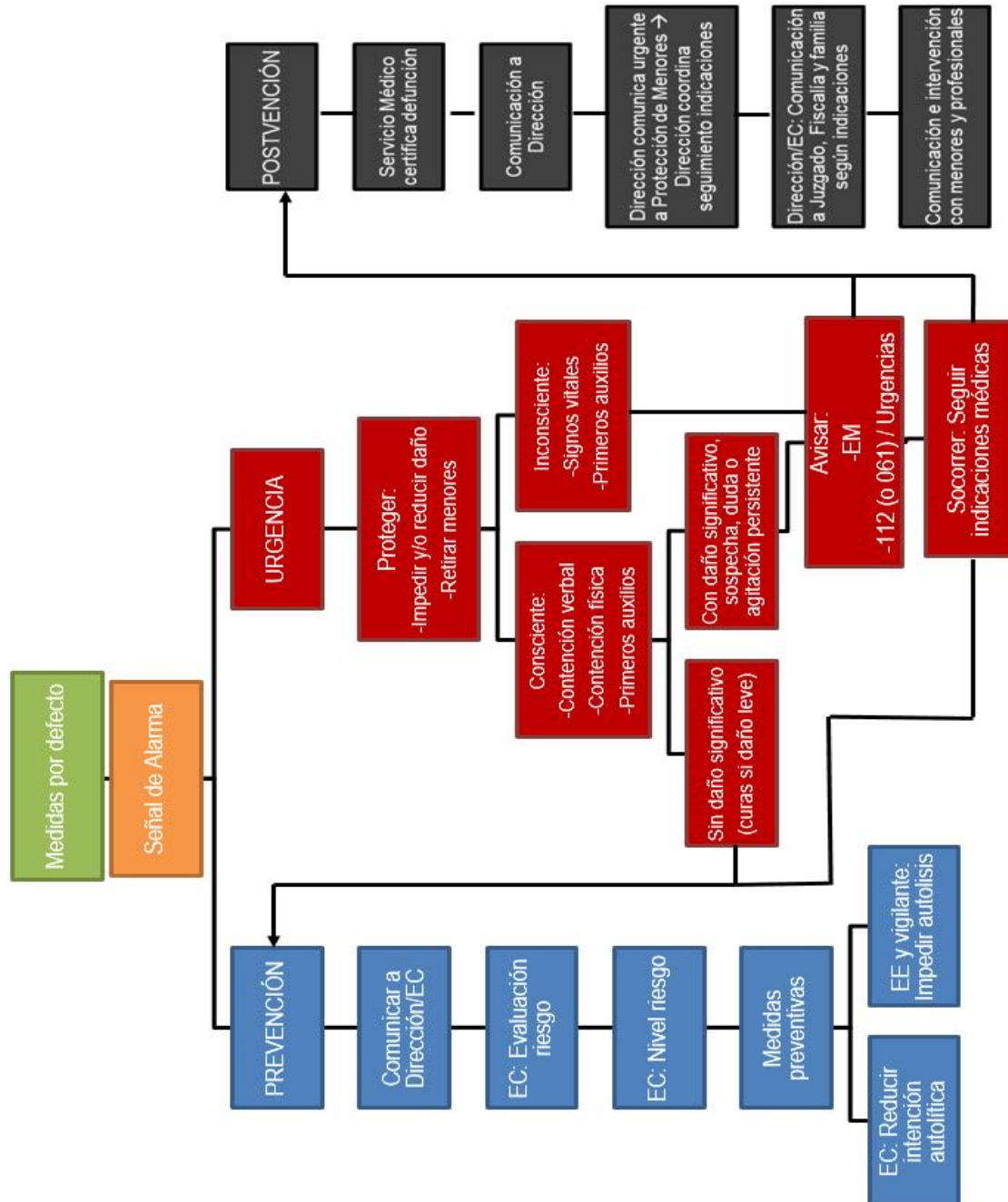
8. Postvención

Este apartado recoge las actuaciones en el caso de que un menor ingresado haya llegado a consumir el suicidio. Las actuaciones propias de la postvención se inician una vez el servicio médico competente ha certificado la defunción del menor. A continuación se recogen tales actuaciones.



- La Dirección del Centro (o en su caso, el Equipo Clínico) comunicará de forma urgente al Servicio de Protección de Menores lo sucedido. Dirección (o en su caso, el Equipo Clínico) coordinará las actuaciones de acuerdo a las indicaciones del Servicio de Protección de Menores.
- La Dirección del Centro o el Equipo Clínico comunicarán el fallecimiento al Juzgado de Vilagarcía de Arousa de referencia (al Juzgado de guarda en caso de ser necesario) y a la Fiscalía de Menores de Pontevedra lo antes posible. La comunicación a la familia se realizará según las indicaciones de Dirección en coordinación con el Servicio de Protección de Menores.
- Se comunicará a los menores del Centro el suceso. La información proporcionada tendrá en cuenta la ya disponible por los compañeros ingresados y será la estrictamente necesaria para la elaboración de la pérdida, preservando la privacidad del menor fallecido y su familia, focalizando la intervención en los pensamientos y emociones de los menores, facilitando la expresión emocional y apoyo mutuo. Según las circunstancias concretas, podrá adaptarse la modalidad de la comunicación.
 - Por defecto, el Equipo Clínico o Dirección, con apoyo del Equipo Educativo, realizarán la primera comunicación a todo el grupo (pudiendo no incluirse a menores en los que se espera una afectación particularmente intensa, en cuyo caso la comunicación se realizará individualmente para ellos).
 - Posteriormente podrán realizarse intervenciones desde el Equipo Clínico en formato grupal más reducido e individualmente de cara a la elaboración del duelo.
- Se realizará una intervención grupal dirigida a los profesionales del Centro, análoga a la realizada con los menores para la elaboración del suceso, con las particularidades oportunas.
- La Dirección del Centro valorará la posible cancelación de actividades extraordinarias en señal de duelo, así como la posibilidad de la realización de algún acto simbólico de despedida del fallecido, en cuyo caso deberá ser sencillo, centrado en aspectos de su vida más que en la forma en que falleció, evitando particularmente aspectos que transmitan una imagen glamurosa o romántica del suicidio, de modo que se facilite la despedida y duelo a los asistentes.
- Se procurará el retorno a la rutina habitual del Centro lo antes posible, respetando los tiempos de elaboración, para facilitar la adaptación de todos los miembros del Centro (menores y profesionales).

ANEXO 1: Algoritmo de Procedimiento General.



Siglas:

- EC: Equipo Clínico.
- EM: Equipo Médico.
- EE: Equipo Educativo (a efectos de este esquema, incluye trabajador social y vigilante).



ANEXO 2: Orientación de manejo en riesgo autolítico para Equipo Educativo.

- Mantener la calma. El mero hecho de que hablen de sus ideas autolíticas o suicidas con alguien puede suponer una reducción del riesgo en muchos casos por el alivio que supone compartir algo que les agobia.
- Tomarse el riesgo en serio, incluso si se cree que se trata de una llamada de atención o un intento de manipulación. Tener en cuenta que puede llegar a cometer una conducta autolítica y provocarse daños serios o la muerte, incluso si no era su intención real. El objetivo es ayudar al menor a resolver dicho riesgo, sea cual sea su presunto origen.
- Escucharle procurando comprender su vivencia subjetiva (aquello por lo que está pasando desde su punto de vista), independientemente de nuestra valoración personal. Sin embargo, atención a no validar en ningún caso la conducta autolítica/suicida en sí como una “solución”.
- Evitar juzgar o criticar (a él/ella o sus ideas), reprocharle, minimizar el riesgo, el malestar o las preocupaciones que expresa, ser sarcástico, desafiarle o discutir.
 - Por ejemplo, respuestas como “eres un/a exagerado/a” o “no digas esas cosas” fomentan que se sienta incomprendido/a y pueda ocultar ideas de riesgo.
- Abstenerse de realizar intervenciones de corte psicoterapéutico. En su lugar, proporcionar apoyo emocional a través de la propia escucha, de un trato amable, respetuoso, empático, comprensivo, fomentando la búsqueda de ayuda y animándole a que hable de estas preocupaciones e ideas con Equipo Clínico.
- Por lo general se mantendrán las responsabilidades del menor y la normativa que se le aplica en la dinámica del Centro, siempre teniendo en cuenta las medidas de seguridad adoptadas (ej. restricción a elementos peligrosos para realizar ciertas tareas, como limpieza de espacios), con posibles excepciones, autorizadas explícitamente al menor de modo que no impliquen consecuencias correctivas, según la psicopatología que manifieste (ej. alta angustia o bajo ánimo que interfiera con su capacidad funcional en determinado momento), priorizando en todo caso la seguridad y estabilización clínica del menor (particularmente en nivel Moderado o superior).



ANEXO 3: Orientación de medidas de seguridad en Nivel de riesgo Moderado

RECORDATORIO:

- **SUPERVISIÓN CONSTANTE.** Solo será indirecta en ducha e inodoro.
- Importante proporcionar y facilitar **APOYO EMOCIONAL.**

COMIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer uso de cuchara en lugar de cuchillo y tenedor. Alternativamente, uso de vajilla y cubiertos de plástico si están disponibles. • Conteo de vajilla y cubertería antes y después de su uso. • Mantenimiento de cierta distancia de compañeros en la mesa para dificultar que tome cuchillos, tenedores u otros elementos restringidos.
DUCHA Y ASEO	<ul style="list-style-type: none"> • Ducha y uso de inodoro son las únicas excepciones a la supervisión directa constante. Se hará indirectamente, permaneciendo en el baño, fuera del habitáculo de la ducha o inodoro. • Se entregará en mano la cantidad necesaria de champú y gel, o bien en un frasco pequeño difícil de romper y sin tapa. • Restringidos objetos como cuchillas, cortaúñas, pinzas y similares. • Los sprays desodorantes pueden usarse bajo supervisión. Las colonias se proporcionarán en la cantidad justa y bajo supervisión; nunca deberá poder manipular un frasco de vidrio. • Menstruación: favorecer uso de compresas en lugar de tampones.
HIGIENE BUCODENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Se proporcionará la cantidad necesaria de pasta de dientes y el lavado se llevará a cabo bajo supervisión.
ROPA Y COMPLEMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Restringidos cinturones, cordones, sujetadores con cintas elásticas (usar sujetadores deportivos) y similares. • Restringidas horquillas, diademas, gomas para el pelo y similares.



MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar cualquier método de comprobación de la toma y no apropiación indebida del fármaco con intención de acumularlo para una sobredosis. (Por ejemplo, comer y beber tras toma, revisión bajo la lengua y huecos de la boca).
TAREAS DE LIMPIEZA	<ul style="list-style-type: none"> Restringidas todas las sustancias tóxicas o dañinas.
TAREAS ACADÉMICAS Y PROGRAMAS EDUCATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Restringidos elementos con cuchillas (por ejemplo, afilalápices, tijeras, cutters...). Favorecer uso de dispositivos electrónicos sin acceso a Internet y bajo supervisión. Conteo de los materiales proporcionados para la actividad antes y después de la misma (lápices, bolígrafos, etc.).
TIEMPO LIBRE	<ul style="list-style-type: none"> Restringidos elementos como cuerdas o elementos pequeños que puedan propiciar un atragantamiento.
LLAMADAS	<ul style="list-style-type: none"> Por lo general, se realizarán en las condiciones de supervisión habituales.
SALIDAS DEL CENTRO	<ul style="list-style-type: none"> Restringidas salidas a centro lectivo y actividades extraescolares. Restringidas salidas individuales. Salidas grupales o con objetivo acompañado de educador según el caso.
REGISTROS	<ul style="list-style-type: none"> Al menos un registro diario de habitación y ropa, por ejemplo antes del acostado. Puede hacerse aleatoriamente en otro momento del día o más de uno si se considera necesario.
SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> Se mantiene la supervisión directa estricta.



ANEXO 4: Apoyo para la evaluación del riesgo

- Fecha:
- Nombre:
- Edad:
- Sexo:

VALORACIÓN GENERAL DURANTE ENTREVISTA

- Lenguaje verbal.
- Lenguaje no verbal.
- Psicopatología gruesa observable:
 - Consciencia.
 - Orientación.
 - Atención.
 - Memoria.
 - Alteraciones del pensamiento/lenguaje.
 - Otras funciones mentales.
 - Motor.
- Estado de ánimo:
 - Aparente:
 - Informado (+ Pregunta Escala 0-10. Considerar nivel de *insight* acerca de su estado anímico y expectativa acerca de cómo evolucionará):



- Colaboración / Defensividad:
 - ¿Contesta claramente a las preguntas?
 - ¿Respuestas o discurso vago, evitativo, incoherente, inverosímil?
 - ¿Lenguaje no verbal con indicios defensivos, incoherencias verbal-no verbal?

SEÑALES DE ALARMA HABITUALES **(Señalar las detectadas)**

Agitación conductual con riesgo autolítico o equivalente (riesgo inminente que requiere de acción inmediata).

Pensamientos y comentarios sobre el suicidio o la muerte. (Salida al sufrimiento, amenaza, castigo a otros, etc.).

Pensamientos y comentarios negativos sobre sí mismo, su vida o su futuro. Desesperanza. Vivencia de ser una carga para otros. Sensación de no importar a nadie.

Despedidas explícitas o implícitas (incluidos agradecimientos desde la desesperanza; mensajes, cartas, notas; redes sociales, incluido cerrar cuentas con o sin mensajes de despedida o agradecimiento).

Arreglar o poner en orden sus asuntos pendientes.

Regalar sus pertenencias significativas.

Otros preparativos.

Cambios de conducta (especialmente si son bruscos):

- Empeoramiento (ej. mayor agresividad, irritabilidad, desobediencia, comportamiento inadecuado en clase, consumo de sustancias no habitual).



- Mejoría inesperada y repentina. (Ej. Tranquilidad o eutimia tras periodo muy inestable).

Cambios en sueño (ej. insomnio más de 3 días) y/o en apetito/peso.

Disforia, tristeza, pasividad, labilidad o similar (cambios de humor bruscos), apatía y/o anhedonia.

Preocupaciones o síntomas de ansiedad inusuales en el menor.

Descenso en calificaciones académicas y/o absentismo no justificado.

Aislamiento y/o actitud distante.

Autolesiones.

FACTORES PRECIPITANTES (ESTRESORES ACTUALES O PASADOS) (Señalar los detectados)

Habituales:

Acontecimientos Vitales estresantes.

Conflictos familiares o violencia doméstica.

Maltrato y/o abuso (físico, emocional o sexual).

Acoso (*bullying*) escolar o de iguales, incluido ciber acoso (*cyberbullying*).

Dificultades de relación con iguales. (Peleas, rupturas, cambio de grupo, primeras relaciones, etc.).

Dificultades académicas.

Relacionados con orientación sexual o identidad de género.

Preocupaciones o rumiaciones sobre autolisis/suicidio.

Otros informados o detectados:



FACTORES DE RIESGO DETECTADOS

Nota 1: Marcados con exclamación (!) y subrayado los más significativos, tendientes a mayor riesgo.

Nota 2: **Todos** los menores del Centro de Menores “Chavea” cuentan con un Factor de Riesgo común: Están **incluidos en el Sistema de Protección de Menores**.

PERSONALES

- **Ideación autolítica/suicida.**

Contenidos (lo más exactos posible)

Atribuciones de causalidad.

Alternativas a autolisis/suicidio valoradas.

- **Intencionalidad autolítica/suicida.**

Planes o proyectos futuros.

Expectativas en caso de autolisis/suicidio (función pretendida):

Liberación absoluta de sufrimiento a través de la muerte.

Ansiolítica/Distractora.

Demostrativa/Comunicativa.

Punitiva o Autopunitiva.

Instrumental/Manipulativa.

Masoquista.

Otra:

(!) Planificación autolítica/suicida (valorar nivel de estructuración como indicio de mayor riesgo; por si solo apunta a nivel de riesgo Alto).

Método (valorar violencia, letalidad y expectativa de resultado como indicios de intención suicida):

Medidas para no ser descubierto o ser rescatado.

Lugar:

Fecha:

- **(!) Intentos suicidas previos.**

Sí. – Fecha/s:

No.



- **Conducta autolítica actual y previa.**

Tipo de fenómeno autolítico (subrayar suicida o no suicida):

Ideación suicida / autolítica no suicida / tanática.

Comunicación autolítica:

Amenaza suicida / no suicida.

Plan suicida / no suicida.

Conducta autolítica:

Autolisis no suicida (ANS).

Intento suicida (intención muerte).

Suicidio consumado / Muerte autoinflingida no intencional.

Actitud ante conducta suicida previa:

Arrepentimiento / alivio por no muerte.

Lamento por resultado no letal.

- **Trastornos mentales:**

(!) Depresión mayor

▪ **Con ideación suicida significativa (mayor riesgo):** Sí / No.

(!) Trastorno Bipolar.

(!) Trastorno Psicótico.

Trastorno de Ansiedad.

Trastornos de Personalidad (TP); en particular:

(!) Antisocial

(!) Límite (TLP)

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Otros:

- **(!) Sustancias:**

Consumo / Abuso.

Sí (Especificar cuáles)

No.

Patrón de consumo de sustancias.

Nunca.

Esporádicamente.

Regularmente.

Screening (si se considera oportuno):

Observaciones (ej. si constituye Trastorno Mental propiamente o asociado):



- **Factores psicológicos:**
 - (!) **Desesperanza** (valorable complementariamente con la Escala de Desesperanza de Beck).
 - (!) **Idea/Sentimiento de ser una carga para otros.**
 - (!) **Impulsividad**, especialmente combinada con alta energía. (**Paso al acto impulsivo**) (Valorar reacciones a frustración conocidas como indicio de riesgo. Riesgo asociado a picos de activación; potencialmente poco predecible).
 - Rigidez cognitiva.**
 - Alta autoexigencia.**
 - Perfeccionismo social** (intentos de amoldarse en exceso a aspectos de deseabilidad social, relacionado con frustración, ansiedad, etc.).
 - Dificultad en resolución de problemas.**
 - Mecanismos de defensa desadaptativos.**
 - Falta de habilidades sociales.**
 - Baja autoestima.**
 - Otros:
 - Pensamiento dicotómico.
 - Capacidades cognitivas reducidas.
 - Creencias nihilistas (relacionado con Desesperanza).
- **Orientación sexual o identidad de género:**
 - Dificultades para asumirla.
 - Discriminación del entorno asociada.
- **Enfermedades físicas y discapacidades:**
 - Dolor crónico.
 - Pérdida de movilidad.
 - Desfiguración.
 - Otras discapacidades y enfermedades con mal pronóstico.

AMBIENTALES

- (!) **Facilidad de acceso a elementos dañinos** (armas, medicamentos, tóxicos, etc. Nota: en adolescentes el método más frecuente es ingesta medicamentosa).
- **Exposición ambiental a conductas autolíticas o suicidas:**
 - Antecedentes familiares de conducta autolítica/ suicida.



Antecedentes de conductas autolíticas / suicidas en comunidad.
Medios de comunicación (Efecto de contagio).

- **Apoyo social** (incluido el familiar).
 - Personas de apoyo:
 - Aislamiento.
 - Apoyo reducido.
 - Acoso o ciberacoso:
 - Víctima.
 - Acosador/a.
 - Discriminación social.
 - Problemas de pareja.
- **Internet/Redes sociales.**
 - Sin alteraciones.
 - Uso problemático.
- **Eventos traumáticos (incluidas pérdidas y enfermedades significativas).**
 - Sí (especificar).
 - No.
- **Antecedentes familiares de psicopatología y consumo de sustancias:**
 - Sí (especificar cuál y familiares):
 - No:
- **Antecedentes personales de violencia o abuso sexual.**
 - Sí (especificar información):
 - No:
- **Violencia en el ámbito de la familia.**
 - Sí (especificar).
 - No.
- **Vínculo familiar (apego).**
 - Dificultades:
 - Sin dificultades conocidas.
- **Estilos de crianza.**
 - Adecuados.
 - Inadecuados.



- **Ámbito socioeducativo.**

Fracaso escolar.

Problemas disciplinarios.

Conflictos con el grupo.

FACTORES PROTECTORES Y RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

Habilidades de resolución de problemas y conflictos.

Estrategias de afrontamiento positivas.

Locus de control interno.

Confianza en uno mismo.

Habilidades sociales e interpersonales.

Flexibilidad cognitiva.

Apoyo social (incluido el familiar), percibido como de calidad.

Integración social.

Buen nivel educativo.

Ciertas creencias religiosas, espirituales o valores positivos hacia la vida y análogos (tanto si fomentan la resiliencia o facilitan dar significado a experiencias negativas que las hagan más tolerables, como si disuaden de alguna forma de la conducta suicida).

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

*(No aplicable en nuestro contexto: Tener hijos, particularmente en mujeres).

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO:

EVOLUCIÓN EN DÍAS PREVIOS (EJ. SEMANA PREVIA)

OTRAS CONSIDERACIONES



ANEXO 5: Escalas complementarias

Escala de desesperanza de Beck

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

	Verdadero	Falso
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL		



Escala de intencionalidad suicida de Beck

I. Circunstancias *objetivas*

1. *Aislamiento*

- 0. Alguien presente.
- 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono).
- 2. Nadie cerca o en contacto.

2. *Medición del tiempo*

- 0. La intervención es muy probable.
- 1. La intervención es poco probable.
- 2. La intervención es altamente improbable.

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

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

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

- 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda.
- 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado.
- 2. No contactó, ni avisó a nadie.

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

- 0. Ninguno.
- 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa.
- 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales.

6. *Preparación activa del intento*

- 0. Ninguna.
- 1. Mínima o moderada.
- 2. Importante.



7. *Nota suicida*

- 0. Ninguna.
- 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla.
- 2. Presencia de nota.

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

- 0. No comunicación verbal.
- 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»).
- 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»).

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*

- 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza.
- 1. Componentes de 0 y 2.
- 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas.

10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*

- 0. Pensó que era improbable.
- 1. Posible pero no probable.
- 2. Probable o cierta.

11. *Concepción de la letalidad del método*

- 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal.
- 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal.
- 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal.

12. *Seriedad del intento*

- 0. No intentó seriamente poner fin a su vida.
- 1. Inseguro.
- 2. Intentó seriamente poner fin a su vida.

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir.
- 1. Componentes de 0 y 2.
- 2. Quería morir.

**14. Concepción de la capacidad de salvamento médico**

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica.
- 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica.
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica.

15. Grado de premeditación

- 0. Ninguno, impulsivo.
- 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento.
- 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento.

III. Circunstancias subjetivas**16. Reacción frente al intento**

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza.
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso.
- 2. Rechaza el fracaso del intento.

17. Preconcepciones de la muerte

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos.
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas.
- 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte.

18. Número de intentos de suicidio previos

- 0. Ninguno.
- 1. 1 o 2.
- 2. 3 o más.

19. Relación entre ingesta de alcohol e intento

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

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

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



Escala de riesgo suicida de Plutchick

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho.
Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

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



Anexo 6: Modelo 6.18 de “Comunicación de Activación/Revisión/Desactivación del Protocolo de Prevención de Suicidios” (Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica, Xunta de Galicia)