

Pla personal de prevenció de la mort per suïcidi

Estratègies comunitàries

Finalitat del document

Aquest document és una eina de conversa, prevenció, acompanyament i coordinació. Té per objectiu principal que les persones puguin indentificar, acompanyades dels professionals de referència, els recursos propis, en l'entorn proper, en els professionals que les acompanyen, i en la comunitat, que ajudin a reduir el risc de mort per suïcidi. **No substitueix la valoració clínica ni els circuits d'urgència.**

És recomanable elaborar-lo en moments o períodes de baix risc, com eina preventiva, o després d'una crisi. És un document dinàmic que ha de ser revisat periòdicament.

En situació de risc vital imminent cal activar els serveis d'emergència corresponents.

Dades bàsiques del Pla

Nom i cognoms de la persona		Data d'elaboració	
Professional responsable / figura referent		Servei / dispositiu	
Telèfon / canal professional de contacte		Data prevista de revisió	
Altres professionals implicats		Gestor/a de casos, si escau	
Format accessible lliurat a la persona	☐ paper ☐ digital ☐ visual ☐ altre:	Consentiment per compartir informació	☐ sí ☐ no ☐ parcial

Indicacions generals per als i les professionals

- El Pla ha de ser construït amb el suport d'una persona professional amb formació específica i vincle suficient amb la persona. Quan sigui possible, es recomana la participació coordinada d'un professional amb mirada clínica i d'un amb mirada social o comunitària, o bé que integri ambdues competències.
- El Pla no és adequat per iniciar una intervenció en situació de crisi o davant d'un risc vital imminent. En aquests casos cal prioritzar la protecció, l'atenció urgent i l'activació dels circuits d'emergència. Un cop es supera la situació de crisi i s'inicia un procés de recuperació, el Pla pot ajudar a ordenar recursos, estratègies i suports.
- El document ha d'adaptar-se a l'edat, condició, cultura, llengua, i tenir en compte quan sigui necessari una situació de discapacitat o neurodivergència. Sempre que calgui, es poden utilitzar formats visuals, lectura fàcil, pictogrames, àudio, cartes, dibuixos o altres suports significatius.
- La informació compartida amb persones de confiança, entitats o recursos comunitaris ha de ser mínima, pertinent i acordada amb la persona. El consentiment informat ha de quedar recollit, és revocable i pot ser total o parcial..
- Es poden realitzar dos documents, un per la figura professional, i l'altre per la persona amb qualsevol altre format tipus (dibuixos, escrits personals, etc.). I en les sessions que siguin necessàries. Aquesta eina s'utilitza com a procés.
- És aconsellable aplicar una perspectiva interseccional i de cures.

PART A. Pla personal amb la persona

Instrucció d'ús: aquesta part es pot llegir amb la persona perquè ella l'ompli amb les seves paraules. Cal parlar obertament del suïcidi i de la mort, evitant eufemismes, però cuidant el ritme i els moments de la conversa.

Pas 1. Senyals d'alerta que indiquen que em puc estar apropant a una crisi

Pensaments, imatges, emocions, sensacions corporals, situacions, comportaments o canvis que la persona reconeix com a propis.

Indicació professional: Cal ajudar la persona a identificar senyals concrets i personals, sense convertir aquest apartat en una valoració clínica del risc. Es recomana escriure exemples que la persona pugui reconèixer fàcilment i evitar formulacions genèriques.

Preguntes orientatives:

- Com noto que estic empitjorant?
- Quins pensaments, emocions o comportaments solen aparèixer abans d'una crisi?
- Hi ha canvis en el son, el consum, l'aïllament, la desesperança o la manera de comunicar-me que siguin rellevants?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Pas 2. Situacions, contextos o desencadenants que poden precipitar la crisi

Situacions externes o internes que poden augmentar el patiment o activar idees de mort o de suïcidi.

Indicació professional: Aquest pas amplia el formulari original incorporant factors contextuais. Pot incloure conflictes, dols, soledat, violències, problemes econòmics, habitatge, dolor físic, pèrdua d'autonomia, discriminacions, consum, dates significatives o altres determinants socials.

Preguntes orientatives:

- Quines situacions em fan sentir que no puc més?
- Hi ha llocs, dates, converses o moments del dia especialment difícils?
- Quines condicions de vida o problemes socials estan augmentant el meu patiment?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Pas 3. Estratègies personals que m'ajuden a recuperar estabilitat

Coses que puc fer jo, sense haver de contactar inicialment amb una altra persona, per reduir la intensitat del patiment o passar les primeres hores.

Indicació professional: Es substitueix la idea de "distracció" per estratègies d'estabilització, regulació i recuperació de sentit. Les propostes han de ser realistes, concretes, accessibles i provades prèviament amb la persona.

Preguntes orientatives:

- Què m'ha ajudat altres vegades, encara que sigui una mica?
- Què puc fer durant 10, 20 o 30 minuts per no encallar-me en el pensament?
- Quines activitats, objectes, rutines, espais o pràctiques em poden ajudar a tornar al present?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Pas 4. Elements que m'ajuden a recuperar sentit vital, vincle o motius per continuar

Persones, animals, records, responsabilitats, valors, activitats, projectes, creences, llocs o experiències que connecten la persona amb la vida.

Indicació professional: En aquest apartat es tracta de recollir allò que la persona identifica com a significatiu, per petit o fràgil que sigui. És important sinó d'evitar omplir idees pròpies o tòpics socials, així com no imposar raons per viure

Preguntes orientatives:

- Què em sosté quan tot és molt difícil?
- Quines persones, animals, llocs, activitats o records són importants per a mi?
- Què voldria que algú em recordés en un moment de crisi?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Pas 5. Persones del meu entorn de confiança

Persones, grups o espais que poden oferir presència, companyia, escolta o ajuda pràctica.

Indicació professional: Només s'han d'incloure persones o entorns acceptats per la persona. Pot ser útil acordar quina informació coneixeran, quan se'ls pot contactar i què se'ls demana exactament. En alguns casos, i si la persona ho desitja, poden signar el Pla com a persones de suport.

Preguntes orientatives:

- A qui puc contactar quan necessito no estar sol/a?
- Quines persones em fan sentir tractat/ada amb respecte?
- Quins llocs o espais socials em poden acollir sense haver d'explicar-ho tot?

Nom / entorn	Relació o vincle	Telèfon / canal	Quan contactar	Què pot fer / límits

Pas 6. Recursos comunitaris i prescripció social acompanyada

Equipaments, entitats, grups d'ajuda mútua, espais culturals, esportius, veïnals, educatius, espirituals o de lleure que poden reforçar el vincle i reduir l'aïllament.

Indicació professional: La prescripció social s'ha d'entendre com un procés acompanyat i dialògic, no com una derivació passiva. Cal que la persona professional o prescriptora mantingui, sempre que sigui possible, un vincle amb l'entitat o recurs receptor, especialment en situacions de prevenció del suïcidi.

Preguntes orientatives:

- Quins espais del meu barri o territori em poden generar un sentiment de pertinença?
- A quina activitat voldria provar o tornar, amb acompanyament si cal?
- Qui pot fer el primer contacte amb el recurs perquè l'arribada sigui segura?

Recurs / entitat	Persona de contacte	Telèfon / correu	Acompanyament previst	Seguiment / observacions

Pas 7. Professionals i serveis amb els quals puc contactar

Professionals sanitaris, socials o comunitaris que formen part del seguiment o poden activar resposta davant una crisi.

Indicació professional: El Pla ha d'identificar una figura professional referent o gestora de casos sempre que sigui possible. Aquesta figura coordina el Pla, evita la fragmentació entre serveis i és el punt de contacte per a persones de confiança o agents comunitaris inclosos al Pla.

Preguntes orientatives:

- Quin/a professional és la meva figura referent?
- Amb quin servei puc contactar si noto que empitjoro?
- Què he de fer si no aconsegueixo contactar amb la meva figura referent?

Professional / servei	Funció	Telèfon / canal	Horari	Instrucció d'activació

En situació de risc vital imminent o crisi greu: activar emergències segons circuit territorial. Telèfon d'emergències de prevenció del suïcidi 24h: **061**. Emergències generals: **112**

Pas 8. Fer l'entorn més segur

Mesures concretes per reduir l'accés a mitjans potencialment letals o situacions de risc, sempre acordades amb la persona i amb criteri professional.

Indicació professional: Aquest pas requereix especial cura clínica i ètica. Pot implicar persones de confiança quan la persona ho autoritzi. Les mesures han de ser específiques, proporcionades, revisables i orientades a protegir sense culpabilitzar.

Preguntes orientatives:

- Què caldria retirar, guardar, limitar o canviar temporalment perquè l'entorn sigui més segur?
- Qui pot ajudar-me amb aquesta mesura?
- Durant quant temps i quan ho revisarem?

Mesura acordada	Qui hi dona suport	Data / termini	Revisió

Pas 9. Què vull que passi si deixo d'assistir o desapareixo dels espais habituals

Acords de contacte proactiu quan la persona deixa d'anar a activitats, cites, grups o espais que habitualment la sostenen.

Indicació professional: Aquest apartat reforça la funció preventiva dels agents comunitaris com a antenes de proximitat. Cal pactar prèviament què es considera una absència rellevant i qui pot contactar amb la persona o amb la figura referent.

Preguntes orientatives:

- Quins espais o rutines són importants per detectar que m'estic aïllant?
- A partir de quin moment voldria que algú es preocupés i em contactés?
- Qui ha de ser avisat si no responc?

Espai / rutina	Senyal d'absència	Qui contacta	Com contactar	Quan avisar la figura referent

PART B. Coordinació professional, social i comunitària

Aquesta part s'orienta al registre professional i a l'organització del circuit. Ha de ser coneguda pels agents implicats segons el consentiment de la persona i d'acord amb la normativa de confidencialitat i protecció de dades.

Definició de coordinació

La coordinació entre serveis sanitaris, socials i comunitaris és el sistema de treball compartit que permet que el Pla sigui conegut, activable i útil en la vida quotidiana de la persona. No implica que tots els agents facin les mateixes funcions, sinó que cadascú actuï des del seu àmbit de responsabilitat i amb canals de comunicació clars.

Corresponsabilitat sense substitució de rols

Els serveis sanitaris mantenen la responsabilitat clínica, la valoració del risc, el tractament i l'activació dels recursos assistencials. Els serveis socials aporten la mirada sobre condicions de vida, vulnerabilitats i suports. Els agents comunitaris reforcen el vincle, la detecció de senyals acordats, la reducció de l'aïllament i la connexió amb espais significatius. Cap figura voluntària o comunitària ha d'assumir tasques clíniques, terapèutiques ni de valoració del risc.

Reconeixement de sabers i experteses

La coordinació ha de reconèixer les diferents experteses implicades -clíniques, socials, comunitàries i de l'experiència pròpia de la persona- evitant relacions de poder innecessàries i promovent una comunicació clara, respectuosa i operativa.

Rols i funcions dins del Pla

Rol	Funcions principals
Persona titular del Pla	Participa en la definició del Pla, decideix quines persones o recursos comunitaris hi poden formar part, autoritza o limita la informació compartida i pot revisar o retirar consentiments.
Figura professional referent	Coordina l'elaboració, seguiment i actualització del Pla; identifica amb la persona la xarxa de suport; estableix canals i criteris d'activació; rep alertes i activa serveis sanitaris, socials o emergències quan calgui.
Serveis sanitaris	Assumeixen l'atenció clínica, la valoració del risc, el tractament, el seguiment terapèutic i la resposta assistencial. Poden incloure CAP, CSMA/CSMIJ, urgències, hospital de dia, addiccions o altres dispositius.
Serveis socials	Detecten i aborden factors socials que poden augmentar el patiment: soledat, precarietat, habitatge, cures, dependència, violències, discriminacions, manca de xarxa o altres situacions de fragilitat.
Figura social i comunitària voluntària	Persona o agent de confiança, escollit o acceptat per la persona, amb formació bàsica específica. Ofereix acompanyament no clínic, ajuda a activar estratègies acordades, detecta senyals d'alerta pactats i contacta amb la figura referent quan cal.
Entitats i equipaments comunitaris	Poden actuar com a espais segurs, de pertinença i activitat significativa. Participen de manera voluntària i amb consentiment, amb informació limitada al seu rol i amb circuit de derivació clar.

Proposta de circuit de coordinació

- 1. Reunió inicial o conversa d'elaboració:** La figura referent, amb la persona i els agents acceptats, defineixen el Pla, rols, límits, consentiments, senyals d'alerta, canals de contacte i actuacions previstes.
- 2. Registre i accessibilitat:** El Pla s'incorpora a la història clínica o sistema de registre que correspongui, amb consentiment. La persona rep una versió accessible i pràctica, en el format que li sigui útil.
- 3. Activació ordinària:** La persona o els agents autoritzats activen les estratègies, contactes o recursos pactats quan apareixen senyals d'alerta o augmenta el patiment.
- 4. Comunicació d'alerta:** Davant canvis significatius o absència preocupant, la figura social/comunitària o persona de confiança contacta amb la figura referent segons el canal acordat. No valora clínicament el risc ni pren decisions en solitari.
- 5. Resposta professional:** La figura referent valora la informació disponible, coordina els serveis sanitaris i socials necessaris i activa emergències si hi ha risc vital imminent.
- 6. Revisió del Pla:** El Pla es revisa després d'una crisi, d'una temptativa, d'un canvi de context vital o periòdicament segons la situació. Es retiren elements que no funcionen i s'incorporen nous suports.

Figura social i comunitària voluntària: funcions i límits

- Oferir presència propera, respectuosa i sense judicis, sostenint el vincle sense substituir la intervenció professional.
- Conèixer, amb consentiment, els elements del Pla necessaris per al seu rol: senyals d'alerta, estratègies que ajuden, persones de suport, llocs segurs i passos a seguir.
- Acompanyar la persona a recursos, activitats o espais significatius, respectant el seu ritme i voluntat.
- Detectar canvis o senyals d'alerta pactats i activar el circuit de contacte amb la figura referent.
- Fer suport pràctic acordat: recordar cites, facilitar informació de recursos, acompanyar a una activitat o ajudar a contactar amb un servei.
- Cuidar els propis límits, no assumir disponibilitat permanent i demanar suport quan la situació supera el seu rol.

Límits del rol comunitari: no fa diagnòstics, valoracions clíniques ni estimacions del risc; no substitueix professionals de salut, serveis socials o emergències; no assumeix disponibilitat 24/7; no guarda informació de risc greu sense comunicar-la; no pren decisions en solitari davant una crisi; no fa intervencions terapèutiques ni seguiments clínics.

Consentiment i informació compartida

La informació compartida ha de ser limitada, pertinent i necessària per a la funció de cada agent. Es recomana completar la taula següent amb la persona:

Agent / persona	Quina informació pot conèixer	Per a quina funció	Canal de contacte	Consentiment
				☐ sí ☐ no ☐ parcial
				☐ sí ☐ no ☐ parcial
				☐ sí ☐ no ☐ parcial
				☐ sí ☐ no ☐ parcial
				☐ sí ☐ no ☐ parcial

Revisió, signatura i seguiment

El Pla ha de revisar-se sempre que hi hagi canvis significatius en l'estat de la persona, en la seva xarxa, en el tractament, en les condicions de vida o després d'una crisi o temptativa, i sempre que la persona ho desitgi. La revisió ha de valorar si les estratègies continuen sent beneficioses i si les persones referents i els recursos segueixen disponibles.

Data	Motiu de revisió	Canvis principals	Proper seguiment

Signatures

Nom i cognoms de la persona titular del Pla	Signatura
Nom i cognoms del/de la professional responsable	Signatura
Nom i cognoms de la figura referent	Signatura
Persones de confiança o agents comunitaris que signen voluntàriament, si escau	Signatura
Data	