

7. PROTOCOLO OPERATIVO DE ACTUACIÓN EN CRISIS Y RIESGO SUICIDA

Fundación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Granada – Fundación TOC Granada

Centro Sanitario Registrado – Comunidad Autónoma de Andalucía

Código interno: P-CR-01

Versión: 1.0

Fecha de aprobación: 04/03/2026

Órgano aprobador: Patronato

Fecha de entrada en vigor: 04/03/2026

Revisión prevista: Anual

1. OBJETO

Establecer el procedimiento de actuación ante situaciones de crisis psicológica y/o riesgo suicida en pacientes atendidos en la Fundación TOC Granada, garantizando:

- La protección de la vida e integridad del paciente.
- La seguridad jurídica del personal sanitario.
- La adecuada coordinación con recursos sanitarios externos.
- El cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo es de aplicación obligatoria para:

- Psicólogos sanitarios.
- Psiquiatras colaboradores.
- Personal clínico en prácticas supervisadas.
- Dirección sanitaria.

Se aplica a:

- Pacientes en tratamiento activo.
- Pacientes en proceso de evaluación.
- Situaciones detectadas presencialmente o mediante contacto telefónico dentro del horario asistencial.

3. MARCO NORMATIVO

El presente protocolo se fundamenta en:

- Ley 14/1986, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente.
- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía.
- Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD).
- Código Deontológico del Consejo General de la Psicología de España.

En situaciones de riesgo vital inminente, el deber de protección de la vida prevalecerá sobre el deber de confidencialidad, actuándose conforme a la normativa sanitaria vigente.

4. DEFINICIONES OPERATIVAS

Crisis psicológica:

Estado de descompensación emocional aguda que puede comprometer la seguridad del paciente.

Riesgo suicida:

Probabilidad de que el paciente realice una conducta autolesiva con intención letal.

5. PROCEDIMIENTO OPERATIVO

5.1 Detección

Ante cualquier señal de alerta (ver Anexo I), el profesional:

1. Interrumpirá la dinámica ordinaria de la sesión.
2. Realizará evaluación estructurada inmediata.

5.2 Evaluación Clínica Obligatoria

Se cumplimentará íntegramente el:

ANEXO I – Hoja Estructurada de Valoración Clínica del Riesgo

No podrá clasificarse el riesgo sin hoja cumplimentada.

5.3 Clasificación del Nivel de Riesgo

◆ Riesgo Bajo

- Ideación pasiva sin plan.

- Factores protectores activos.
- Sin acceso inmediato a medios.
- Compromiso verbal de seguridad.

Medidas obligatorias:

- Plan de seguridad.
- Aumento de frecuencia de seguimiento.
- Cita ≤ 72 horas.
- Registro en historia clínica.

◆ **Riesgo Moderado**

- Ideación persistente.
- Ambivalencia significativa.
- Algún acceso a medios.
- Historia previa relevante.

Medidas obligatorias:

- Plan de seguridad reforzado.
- Contacto con familiar o persona de apoyo (si procede).
- Seguimiento ≤ 24 horas.
- Valoración de derivación urgente a Unidad de Salud Mental.
- Registro en Anexo II.

◆ **Riesgo Alto**

- Plan definido.
- Acceso a medios letales.
- Intento reciente.
- Alta impulsividad o desorganización.
- Mensajes de despedida.

Medidas obligatorias:



**Fundación
TOC Granada**
"nacida del corazón"

- No dejar solo al paciente.
- Activación inmediata 112 o 061.
- Coordinación con urgencias hospitalarias.
- Comunicación a Dirección.
- Complimentación obligatoria Anexo II.
- Registro detallado en historia clínica.

6. RESPONSABILIDADES

Profesional actuante

- Realizar evaluación.
- Clasificar riesgo.
- Activar recursos si procede.
- Documentar actuación.

Dirección Sanitaria

- Supervisión del cumplimiento.
- Apoyo en decisiones de derivación compleja.
- Custodia del Registro Oficial de Activación.

Patronato

- Aprobar el protocolo.
- Garantizar formación anual.
- Supervisar revisiones periódicas.

7. ACTUACIÓN FUERA DE HORARIO ASISTENCIAL

La Fundación no dispone de servicio de guardia permanente.

Se informará a todos los pacientes de:

- En caso de crisis fuera de horario → acudir a urgencias hospitalarias.
- Teléfono 112.
- Servicios públicos de emergencia sanitaria.

Esta información constará en documento de consentimiento informado inicial.

8. REGISTRO Y TRAZABILIDAD

Será obligatorio:

- Registro en historia clínica.
- Cumplimentación de Anexo I.
- Cumplimentación de Anexo II en riesgo moderado/alto.
- Archivo seguro conforme RGPD.

La ausencia de registro se considerará incumplimiento del protocolo.

9. FORMACIÓN Y REVISIÓN

- Formación anual obligatoria en prevención del suicidio.
- Revisión del protocolo cada 12 meses.
- Revisión extraordinaria tras incidente grave.



10. ENTRADA EN VIGOR

El presente protocolo entra en vigor tras su aprobación por el Patronato en fecha 04/03/2026.

Firmado:

Presidencia del Patronato

Dirección Sanitaria

ANEXO I – HOJA ESTRUCTURADA DE VALORACIÓN CLÍNICA DEL RIESGO

Nombre paciente: _____

Fecha evaluación: _____

Profesional evaluador: _____

Indicadores de Riesgo (marcar lo que proceda):

- Ideación suicida actual
- Plan específico definido
- Acceso a medios letales
- Intentos previos
- Consumo de sustancias
- Impulsividad elevada
- Aislamiento social significativo
- Trastorno mental grave activo
- Desesperanza intensa
- Pérdida reciente significativa
- Mensajes de despedida
- Cambios conductuales bruscos



Factores Protectores Identificados:

Nivel de Riesgo Determinado: Bajo / Moderado / Alto

Justificación clínica:

Firma profesional: _____



**Fundación
TOC Granada**
"nacida del corazón"

10. ENTRADA EN VIGOR

El presente protocolo entra en vigor tras su aprobación por el Patronato en fecha 04/03/2026.

Firmado:

Presidencia del Patronato

Dirección Sanitaria





Observaciones adicionales:

Firma profesional: _____

Firma Dirección (si procede): _____

MANUAL INTEGRAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fundación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Granada – Fundación TOC Granada

Centro Sanitario Registrado – Comunidad Autónoma de Andalucía



Fecha de aprobación: 04/03/2026

Revisión anual documentada obligatoria

1. Marco Normativo

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente
- Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD)
- Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD)
- Código Deontológico del Psicólogo
- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía
- Decreto 69/2008 de Centros Sanitarios en Andalucía
- Plan Andaluz de Salud Mental vigente
- Plan Andaluz de Prevención del Suicidio vigente

2. Alineación con el Plan Andaluz de Salud Mental

El presente Manual se alinea con las estrategias del Plan Andaluz de Salud Mental vigente, especialmente en lo relativo a la prevención del suicidio, continuidad asistencial, coordinación con dispositivos públicos de salud mental y actuación en situaciones de crisis.

3. Matriz de Responsabilidad Profesional

Rol Profesional	Responsabilidades Clave	Obligaciones Documentales
Psicólogo/a Tratante	Evaluación inicial, clasificación riesgo, activación protocolo	Registro en HC + Hoja valoración + Registro activación
Coordinador/a Clínico	Supervisión casos de riesgo moderado/alto	Acta de supervisión clínica
Dirección del Centro	Garantía cumplimiento protocolo y revisión anual	Acta revisión anual Manual
Personal Administrativo	Gestión citas urgentes y apoyo logístico	Registro administrativo de urgencia

4. Recordatorio Operativo de Actuación en Crisis

1. Detectar señales de alerta.
2. Aplicar hoja estructurada de valoración.
3. Clasificar nivel de riesgo.
4. Activar medidas según tabla.
5. Registrar actuación completa.
6. Programar seguimiento post-crisis.

5. Registro Obligatorio de Activación

Toda activación de nivel alto o moderado deberá quedar registrada en el documento oficial de activación de crisis y archivada en la historia clínica.

6. Seguimiento y Continuidad Asistencial

Tras cualquier episodio de crisis se garantizará continuidad asistencial conforme a las directrices del Plan Andaluz de Salud Mental y coordinación con dispositivos públicos cuando proceda.



8. PROTOCOLO OPERATIVO DE GESTIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS

**Fundación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Granada -
Fundación TOC Granada**

Centro Sanitario Registrado – Comunidad Autónoma de Andalucía

Fecha de aprobación: 04/03/2026

Órgano aprobador: Patronato

1. Objeto

Establecer el procedimiento obligatorio para la detección, notificación, análisis y gestión de incidentes adversos, garantizando la seguridad del paciente y la mejora continua.

2. Definiciones

- Incidente adverso: Evento no intencionado que produce daño al paciente.
- Incidente sin daño: Evento que podría haber causado daño pero no lo produjo.
- Evento centinela: Incidente grave con consecuencias severas.

3. Ámbito de Aplicación

Aplicable a todo el personal del centro, sanitario y administrativo.

4. Procedimiento de Actuación

- 4.1 Detección del incidente.
- 4.2 Notificación interna inmediata.
- 4.3 Registro oficial del incidente.
- 4.4 Evaluación de gravedad.
- 4.5 Análisis de causa raíz.
- 4.6 Definición e implementación de medidas correctoras.
- 4.7 Seguimiento y revisión.

5. Clasificación de la Gravedad

Nivel	Descripción
-------	-------------

Leve

Sin daño o daño mínimo
reversible

Moderado

Daño temporal o necesidad de
intervención adicional

Grave / Centinela

Daño grave, riesgo vital o
fallecimiento

ANEXO I – FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTE

Fecha y hora del incidente: _____

Profesional que notifica: _____

Descripción detallada del incidente:

Paciente afectado (si procede): _____

Nivel de gravedad estimado: _____

Medidas inmediatas adoptadas:

Firma: _____

ANEXO II – ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

Descripción del incidente: _____

Factores contribuyentes identificados:

- Factores humanos
- Factores organizativos
- Fallo de procedimiento
- Comunicación insuficiente
- Otros: _____



**Fundación
TOC Granada**
"nacida del corazón"

Causa raíz identificada:

-

Medidas correctoras propuestas:

-

Responsable de implementación: _____

Fecha prevista de revisión: _____



**Fundación
TOC Granada**
"nacida del corazón"

ANEXO III – REGISTRO ANUAL DE INCIDENTES

Año: _____

Número total de incidentes notificados: _____

Número incidentes leves: _____

Número incidentes moderados: _____

Número incidentes graves: _____

Medidas globales adoptadas:

--

Firma