

## Plan de Seguridad Personal

En este formulario, puede documentar estrategias sugeridas para estar calmado ANTES de una crisis. Puede enumerar cosas que sean útiles cuando se sienta tensionado o alterado. Asimismo, puede identificar cosas que lo hagan enojar. El personal y las personas que reciben servicios pueden formar una "sociedad de seguridad" con este formulario como guía para ayudarlo en su plan de tratamiento. La información tiene como único objetivo ser útil; no será utilizada para ningún otro fin que el de ayudar al personal a entender la mejor manera de trabajar con usted para mantener su seguridad u obtener información para establecer tendencias. Ésta es una herramienta que puede incorporar en cualquier momento. Los miembros del personal deben poner siempre a disposición información para actualizaciones o análisis. No dude en formular preguntas.

### 1. Estrategias para estar calmado:

Es útil para nosotros conocer las cosas que lo ayudan a sentirse mejor cuando está atravesando un momento difícil. Indique (5) actividades que hayan funcionado para usted, o que cree que serían las más útiles. Si existe alguna otra cosa que funcione bien para usted y que nosotros no hemos enumerado, inclúyala en el casillero marcado como "Otros". Es posible que no podamos ofrecer todas estas alternativas, pero nos gustaría trabajar junto a usted para determinar la mejor forma en la que podamos ayudarlo mientras se encuentre aquí.

Escuchar música	Actividad física
Leer un libro	Pasear en los pasillos
Estar envuelto en una manta	Recibir un abrazo con mi consentimiento
Escribir un diario	Tomar una bebida
Mirar televisión	Habitación oscura (luces tenues)
Conversar con el personal	Medicamentos
Conversar con los compañeros de la unidad	Leer material religioso o espiritual
Llamar a un amigo o familiar	Escribir una carta
Tiempo voluntario en la sala de relax/descanso	Abrazar a un muñeco de peluche
Tomar una ducha	Hacer trabajos artísticos (pintura, dibujo)
Dar una caminata con el personal	¿Otros? (Enumerar a continuación)

### 2. ¿Cuáles son algunas de las cosas que lo enojan, lo alteran o lo hacen entrar en crisis? ¿Cuáles son sus "desencadenantes"?

Que me toquen	Que me pongan apodos o se rían de mí
Personal de seguridad uniformado	Que me fuercen a hacer algo
Gritos	Fuerza física
Ruidos altos	Que me aíslen
Contacto con una persona que lo altera	Que alguien mienta sobre mi comportamiento
Que se me impongan restricciones	Que me amenacen

### 3. Señales de angustia:

Describa sus señales de alarma; por ejemplo, lo que sabe acerca de usted mismo y lo que otras personas pueden percibir cuando comienza a perder el control. Marque lo que mejor describe cuando se está alterando. Esta información será útil para que juntos podamos crear nuevas formas de sobrellevar el enojo y el estrés:

Sudar	Apretar los dientes
Llorar	Descuidarse a sí mismo
Respirar fuerte	Correr
Gritar	Cerrar los puños
Lastimar a otros	Insultar

## Plan de Seguridad Personal (página 2)

Arrojar objetos	Falta de apetito
Pasear	Ser grosero
Auto agredirse: (Especificar)	¿Otros? (Enumerar a continuación)

### 4. Preferencias respecto al género y otras:

¿Tiene alguna preferencia o preocupación respecto de quien lo atiende cuando está alterado o enojado?

Personal femenino \_\_\_\_\_ Personal masculino \_\_\_\_\_ Sin preferencia \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

Etnia \_\_\_\_\_ Cultura \_\_\_\_\_ Perteneciente a una religión en particular \_\_\_\_\_

### 5. Preferencias respecto al contacto físico:

Nos gustaría saber sobre su preferencia en cuanto al contacto físico. Por ejemplo, puede ser que no le guste para nada que lo toquen o le puede resultar útil que le den un abrazo o lo toquen *apropiadamente* cuando se siente alterado.

¿Considera útil que lo abracen o toquen apropiadamente cuando se siente alterado?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

### 6. Reclusión y restricción:

El establecimiento está tratando de eliminar el uso de reclusión y restricciones, por lo tanto resultaría útil saber si ha sido puesto en una habitación de reclusión o si se le han impuesto restricciones. Esta información será utilizada únicamente para obtener datos y con fines de capacitación; no para predecir futuros comportamientos.

¿Ha sido puesto alguna vez en una habitación de reclusión? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han impuesto restricciones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### 7. En situaciones de extrema urgencia:

En casos de **extrema** urgencia, se puede utilizar la reclusión y restricciones como último recurso. ¿Existe algo que considere útil en situaciones de emergencia que podría evitar su uso?

Espacios físicos alternativos tales como:

Sala de relax \_\_\_\_\_

Sala de estar \_\_\_\_\_

Otros como, por ejemplo, ejercicio \_\_\_\_\_

Medicamentos por vía oral \_\_\_\_\_

Inyección de emergencia \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### 8. Condiciones médicas:

¿Presenta alguna condición física, discapacidad o problema médico como asma, hipertensión arterial, problemas lumbares, etc., de los cuales deberíamos tener conocimiento al momento de atenderlo en una situación de emergencia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9. Medicamentos útiles:

Es posible que debamos prescribir medicamentos si otras medidas no lo ayudan a calmarse. En este caso, nos gustaría saber qué medicamentos han sido especialmente útiles para usted. Descríbalos. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONTINÚA

