

Orden Técnica Administrativa Estándar para la Prevención y Actuación Frente a Situaciones de Conducta Suicida en el Establecimiento Escolar

ABSTRACT

Como establecimiento educacional centrado en la excelencia académica y en la formación de personas íntegras, que sean capaces de convivir y participar en forma responsable, tolerante, solidaria, democrática y activa en la comunidad, y ser una contribución en el desarrollo del país y comunidad global.

Bajo ese contexto, se elabora la Orden Técnica Administrativa Educacional, enfocada en entregar lineamientos concretos sobre cómo prevenir y actuar frente a situaciones que puedan surgir dentro de la comunidad educativa relacionada a esta temática.

TABLA DE CONTENIDOS

- I. Antecedentes
- II. Propósito
- III. Definición de Políticas a considerar y conceptos a emplear
 - A. Definición de Política
 - B. Roles y Responsabilidades
 - C. Definición de Conceptos
 - D. Gestión Preventiva
- IV. Disposiciones específicas
- V. Procedimientos:
 - A.- Protocolo de actuación frente a estudiantes que se encuentren en riesgo de presentar conducta suicida: detección de señales de alerta y evaluación de riesgo suicida
 - B.- Protocolo de actuación en intento de suicidio y suicidio consumado (Postvención)
- VI. Coordinación con el Sector de Salud
- VII. ANEXOS
 - 1. ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES
 - 2. ANEXO 2: PAUTA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE RIESGO SUICIDA (Cartilla para el Entrevistador).
 - 3. ANEXO 3: RECOMENDACIONES PARA ENTREGAR A LA FAMILIA FRENTE A LA DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES
 - 4. ANEXO 4: FICHA DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN DE SALUD
 - 5. ANEXO 5: ¿CUÁLES SON LAS SEÑALES DE ALERTA PARA LA DETECCIÓN DE POSIBLES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES?

BIBLIOGRAFÍA

I. ANTECEDENTES

Este documento se sustenta en los siguientes Leyes y Reglamentos nacionales e internacionales:

- Constitución Política de la República de Chile
- Ley General de Educación (LGE), N° 20.370.
- Reglamento Interno Colegios Cognita Chile
- Política de Salvaguarda Cognita Chile 2021
- PEI Colegios Cognita Chile
- La Circular N° 482/2018 de la Superintendencia de Educación
- Política Nacional de Convivencia Escolar
- Programa Nacional de Prevención de Suicidio, MINSAL (2013)
- Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos: Desarrollo de Estrategias Preventivas para Comunidades Escolares (MINSAL, 2019)

II. PROPOSITO:

La siguiente **Orden Técnica para la Prevención y Actuación Frente a Situaciones de Conducta Suicida en el Establecimiento Escolar** (OTAE) tiene por propósito promover y establecer lineamientos claros acerca de cómo prevenir y actuar al enfrentarse a situaciones relacionadas a la conducta Suicida en el Establecimiento Escolar.

La presente Orden Técnica responde a la necesidad de promover y proteger la salud mental y el cuidado del bienestar biopsicosocial de niños/as y adolescentes en el contexto educativo, y sus lineamientos, deben, por lo tanto, incluirse en los PEI y Reglamento Interno de cada establecimiento escolar. La experiencia de los/as niños/as y adolescentes en la escuela resulta crucial para su salud mental puesto que es una experiencia pro-social positiva fundamental, constituyéndose como un factor protector para su bienestar y desarrollo. Asimismo, puede existir en el ámbito escolar, factores de riesgo para dicho bienestar. A su vez, cuando la salud mental está afectada en niños/as y adolescentes, se dificultan sus procesos de aprendizajes y sus procesos de desarrollo. De esta manera, el establecimiento escolar juega un rol fundamental, tanto en el origen, como en la mantención y recuperación de problemas de salud mental de niños/a y adolescentes. Dentro de este contexto, la prevención de la conducta suicida a partir del sistema escolar, tiene la máxima relevancia.

En concordancia con las directrices del Ministerio de Educación de Chile en esta materia, la presente Orden Técnica incluye distintos niveles para el abordaje de la prevención de conducta suicida en el Establecimiento Escolar, desde lineamientos en promoción y prevención general en salud mental, educación y sensibilización sobre suicidio, detección y abordaje de estudiantes en riesgo y pasos o protocolos a seguir frente a intentos de suicidios y suicidios consumados, junto con la coordinación para la atención en el sistema de salud.

La presente Orden Técnica también se encuentra en concordancia con el Programa Nacional de Prevención del Suicidio del Ministerio de Salud de Chile (Año 2013), el que incluye dentro de sus seis componentes la implementación de programas preventivos en los establecimientos educacionales como principal estrategia para prevenir el suicidio en niños, niñas y adolescentes.

La OMS propone un abordaje “ecológico” para la prevención de la conducta suicida, dando cuenta que en aquellos países en los que se ha instaurado una política de prevención, la tasa de suicidios ha descendido claramente (Escandinavia, Hungría, Canadá, entre otros). Dichas acciones promocionales y preventivas de la conducta suicida pueden desarrollarse con mayor facilidad dentro del contexto de los establecimientos educacionales. De acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Educación de Chile, “los programas de promoción y prevención de la conducta suicida, que se ejecutan en establecimientos educacionales, han probado ser efectivas en el aumento de factores protectores -como el autocontrol, la resolución de problemas y la autoestima-, y en la disminución de factores de riesgo, como lo es, por ejemplo, la depresión. Asimismo, la entrega de información a la comunidad educativa sobre la conducta suicida y la capacitación en detección y abordaje oportuno y efectivo, reduce la vulnerabilidad de los niños/as y adolescentes frente al suicidio” (Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educacionales, MINSAL, 2019)

Esta OTAE se aplica a todos los alumnos matriculados en los establecimientos educacionales de Cognita Chile, mientras se encuentran dentro de éstos, en visitas o eventos educacionales o durante el trayecto desde y hacia el colegio.

III. DEFINICIÓN DE POLÍTICA Y CONCEPTOS:

A. DEFINICIÓN DE POLÍTICA:

Estudios realizados a nivel nacional e internacional, indican que la conducta suicida y las muertes debidas a ella, constituyen una creciente preocupación mundial, cerca de 800 mil personas mueren anualmente por esta causa. En nuestro país la tasa promedio es de 10,2 por 100 mil habitantes, y la proporción de hombres en relación a mujeres es de 5 a 1. Por cada muerte por lesiones auto-infligidas se estima que hay 20 intentos de suicidio y unas 50 personas con ideación suicida. A nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años, con una tasa promedio de 11,4 , por 100 mil habitantes, siendo el doble en hombres en relación a mujeres.

En población adolescente, existe un incremento progresivo entre los años 2000 a 2008, creciendo desde una tasa de 8,6 a 12.9, para decrecer posteriormente de manera gradual, hacia el año 2012, hasta llegar a una cifra similar a la del año 2000. Respecto de la población infantil, las tasas se han mantenido relativamente bajas y estables.

A nivel mundial, antes de los 13 años, un 16% de los niños/as piensan que la muerte podría ser una solución a sus problemas familiares, escolares o con amigos.

Frente a esta realidad los establecimientos educacionales son llamados a generar una cultura preventiva centrada en la protección y el cuidado de la salud mental de todos sus integrantes, por medio de la generación de acciones específicas que promuevan el bienestar, evitando situaciones que pudiesen afectar la salud de los estudiantes, personal y familias de la comunidad educativa.

B. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Dentro de cada una de las acciones señaladas en la presente OTAE, especialmente en lo referido a Protocolos y Procedimientos (Punto V de la presente OTAE) se definen las personas responsables de llevarlas a cabo, ya sea que la acción esté destinada a la prevención, o se dirija a la detección de estudiantes en riesgo de conducta suicida (“Persona encargada”) o al abordaje de situaciones de intento suicida y suicidio consumado (Rector designa al encargado del equipo que liderará esta tarea).

En términos generales, se pueden señalar las siguientes para cada uno:

- El establecimiento educacional debe definir quién será el/los responsable/s de la activación del protocolo de detección de riesgo, intento y consumación de suicidio, en adelante “persona encargada” o “equipo encargado”. Idealmente, esta responsabilidad debe ser asumida por profesionales con formación, capacitación y/o manejo de situaciones de crisis: Encargado de Convivencia Escolar, Orientador, psicólogo, trabajador social, u otro. Su función será recibir los reportes de casos de riesgo, intento y consumación de suicidio, y aplicar el Protocolo de Actuación.
- Debe contemplar a más de una persona, a fin de evitar que la ausencia circunstancial de alguna de ellas obligue a improvisar o derive en un manejo inadecuado de la situación. En caso de que la/s persona/s encargada/s no se encuentre/n presente, esta función será asumida por el Rector (a) del Establecimiento o a quién éste designe.

- **Equipo de Liderazgo (Equipo Directivo)**

- Provee de instancias para trabajar estos temas con toda la comunidad educativa.
- Promueve la participación de las redes de apoyo para la realización de talleres y educaciones referidas promover ambientes protectores, tales como: ambientes buen tratantes, opciones de integración social (ejemplo, espacios recreativos) y sistemas de apoyo.
- Promueve una cultura preventiva entre los diferentes integrantes de la comunidad educativa.
- Promueve la alianza Escuela Familia para fortalecer trabajo preventivo
- Difunde campañas, actividades culturales, deportivas y sociales que promuevan una vida sana.
- Rector(a) es responsable por la implementación de la presente OTAE por parte de toda la comunidad educativa.
- Rector(a) asegura que trabajador(a) enfrentado a los temas descritos en este documento, recibirá el apoyo y capacitación requerida.

Delegado(a) de Salvaguarda

- Crea y promueve actividades educativas preventivas en la comunidad escolar junto a profesor(a) jefe.
- Acompaña y realiza seguimiento de estudiantes que se encuentren con apoyo en alguna institución externa junto a profesor(a) jefe.
- Puede ser designado como la “persona encargada” de la detección y derivación de estudiantes en riesgo suicida, o bien, formar parte del equipo (y/o coordinar el mismo) encargado en las situaciones de intento suicida y suicido consumado.
- Educa a la comunidad escolar sobre la conducta suicida en niños/as y adolescentes y la importancia de prevenirla y actuar a tiempo.
- Trabaja con las familias, como primeros agentes preventivos.

Profesor(a) Jefe

- Promueve actividades educativas preventivas en su sala de clase junto a DS.
- Acompaña y realiza seguimiento a estudiantes bajo su responsabilidad directa que se encuentren con apoyo en alguna institución externa junto a DS.
- Trabaja con las familias, como primeros agentes preventivos de la conducta suicida en estudiantes.
- Colaboran en las acciones preventivas implementadas en el establecimiento educacional.
- Informan cualquier inquietud a la “persona encargada” respecto de señales de alerta y riesgo de conducta suicida en estudiantes.
- Apoyan el seguimiento de estudiantes que se encuentren con apoyo en alguna institución externa

Docentes, paradocentes y personal administrativo

- Colaboran en las acciones preventivas implementadas en el establecimiento educacional.
- Informan cualquier detección de señales de alerta a la “persona encargada” acerca de riesgo suicida en estudiantes.
- Apoyan el seguimiento de estudiantes que se encuentren con apoyo en alguna institución externa

Encargado de la Seguridad del Alumno

- Identifica y coordina la supervisión de espacios dentro del establecimiento donde puedan ocurrir situaciones de riesgo.
- Promueve hábitos y estilos de vida saludables por parte de la comunidad educativa.

Rol de Oficina Central DGET

- Sensibilizar a la comunidad educativa sobre la prevención de la conducta suicida en niños/as y adolescentes.
- Brindar asesoría y apoyo en la realización de iniciativas preventivas en el establecimiento
- Capacitar a la comunidad educativa para detectar señales de posible riesgo suicida en estudiantes.
- Apoyar al establecimiento creando redes de apoyo con diversos organismos externos, especialmente de salud mental.

Padres y/o Apoderados

- Modelan, con el ejemplo, conductas de autocuidado.
- Validan y Refuerzan diversos canales informativos sobre la conducta suicida en niños/as y adolescentes.
- Participar de espacios educativos y talleres realizados en el establecimiento referidos a los temas de prevención de conducta suicida.

Estudiantes

- Participan de las actividades propuestas en el programa Dimensiones Formativas, CAMPUR, programas diferenciadores, entre otros, en relación a campañas preventivas, y en las charlas informativas en riesgo suicida y en intento de suicidio y suicidio consumado por parte de estudiantes (Postvención).

C.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

C.1. ESPECTRO DE LA CONDUCTA SUICIDA O SUICIBILIDAD: IDEACIÓN SUICIDA, INTENTO SUICIDA, SUICIDIO CONSUMADO.

Para poder elaborar tanto acciones preventivas, como Protocolos de Actuación y abordaje en situaciones riesgo suicida en niños/as y adolescentes, es necesario contar con una clara definición del fenómeno, sus características, cuáles son los factores riesgo que están interviniendo, y los principales factores protectores.

Las definiciones de suicidio se diferencian entre sí en el énfasis que se le da a la intencionalidad y a la consciencia del acto. Actualmente se ha agregado a esta definición, el pretender aliviar el dolor psíquico. En el año 1985, Edwin Shneidman, definió suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (Almonte, C. 2019).

La OMS define la conducta suicida como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (MINSAL, 2013). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), considera a la conducta suicida como un tipo de violencia autoinfligida y distingue entre “comportamiento suicida mortal “que provoca la muerte”) y el “comportamiento suicida no mortal”) (acciones suicidas que no provocan la muerte).

Sheehan (2016) define la suicidalidad como las expresiones de malestar consigo mismo y con las áreas de interpersonalidad, y comprende un espectro que va desde la ideación suicida, las autolesiones, el intento suicida y el suicidio consumado (Almonte, C., 2019).

Para hablar de conducta suicida en el niño no es necesario que éste tenga una comprensión total del concepto de muerte, el que se logra alrededor de los 9 años, “aunque sí se espera que tenga algún concepto referente a ella, por idiosincrásico que éste sea” (Almonte, 2003).

El nivel de logro del concepto de muerte no sólo depende de la edad, sino que, además, de las características emocionales, del nivel de desarrollo cognitivo y de las experiencias personales y familiares.

La conducta suicida en niños/as y adolescentes tiene características distintivas respecto de cómo ésta se presenta en la edad adulta. En niños y adolescentes existe una estrecha dependencia con el ambiente, lo que tendría importancia en la evaluación diagnóstica, en el pronóstico y en las estrategias de tratamiento.

La conducta suicida en niños y adolescentes puede ser definida como “una preocupación o acto que intencionalmente pretende infligir un daño o la muerte a sí mismo” (Pfeffer, 1985), También en esta edad, es un espectro que incluye en un continuo de progresiva severidad, las ideas suicidas, las amenazas o gestos suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado. En todas estas manifestaciones existe un profundo dolor y malestar psicológico que impide continuar con la vida y del cual no se visualizan alternativas de salida o solución (OMS, 2001, en MINSAL, 2019).

El criterio de intencionalidad no siempre está presente, siendo un componente muy inestable en la conducta suicida, ya que en ocasiones, puede existir una ambivalencia en torno a cometer un acto suicida, y, en la mayoría de los casos, no existen deseos de morir, sino “que el sentimiento de no ser capaz de tolerar estar vivo” (OMS, 2000).

El espectro suicida en niños/as y adolescentes abarca las siguientes formas:

ESPECTRO CONDUCTA SUICIDA	DESCRIPCIÓN
Ideación suicida	Pensamiento y verbalización recurrentes de provocarse autoagresiones o la muerte, con o sin planificación: incluye desde deseos de morir o escaso valor dado a la vida (“ojalá estuviera muerto”), hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño (“a veces tengo deseos de cortarme con un cuchillo”), o la muerte, incluido un plan específico para suicidarse (“me voy a tirar desde mi balcón”). Puede variar desde un pensamiento transitorio, debido, por ejemplo a una frustración sentimental o fracaso en los estudios, o puede ser más persistente cuando se asocia a situaciones crónicas en el ambiente familiar o escolar (abuso sexual, sin la protección de la madre, o bullying persistente en el sistema escolar, sin contención por padres y/o profesores, o situaciones de duelo persistente, o clima familiar crónicamente violento o tenso, etc. “Las fantasías suicidas llevan a cometer actos suicidas cuando se asocian a situaciones estresantes y a una alteración en el funcionamiento del yo” (Almonte, 2003). La ideación suicida persistente puede estar a la base de intentos de suicidio y de suicidios consumados. Es así como los estudios señalan que “de cada 3 adolescentes de enseñanza media que piensan que la vida no vale la pena, dos piensan en terminar con su vida y uno lo intenta” (Guajardo, 2015, en Almonte, 2019). Es necesario tomar seriamente estas ideas suicidas, ya que 8 de cada 10 personas que consuman el suicidio, han expresado anteriormente estas ideas.
Intento de suicidio	Es todo acto o conducta realizado en forma voluntaria o intencionada por el niño o el adolescente, y que, y que busca causarse daño o la muerte, no logrando su consumación. Se ha descrito como un estado de crisis, tanto para el niño/a o adolescente como para su contexto escolar y familiar. Según el riesgo vital, pueden clasificarse en intentos leves o serios. Es necesario diferenciar el intento de suicidio, de las autolesiones no suicidas, consistentes estas últimas, en lesiones superficiales, que pueden ser dolorosas, que un niño/a o adolescente se inflige en la superficie de su cuerpo de manera repetida, y que tiene como objetivo aliviar las emociones negativas o insoportables. La diferencia con el intento suicida, es que en este último existe una intención consciente de morir, en cambio en las autolesiones no suicidas, se intenta modificar el estado de conciencia y aliviar emociones negativas. Si éstas se hacen crónicas, pueden evolucionar hacia intentos de suicidios o suicidios consumados. Las conductas autolesivas son un importante factor de riesgo de conducta suicida, así como también una señal de alerta directa de probable conducta suicida, por lo que todo estudiante que presente conductas autolesivas debe ser intervenido con un primer abordaje en el establecimiento educacional y posterior derivación a la Red de Salud de acuerdo a los procedimientos establecidos por el establecimiento escolar. Las conductas autolesivas no deben minimizarse ya que exponen a los estudiantes a situaciones de riesgo, pudiendo provocar lesiones graves e inclusive la muerte (MINSAL, 2019). El intento suicida es más común en población femenina que masculina (3:1) y se estima que alrededor de un 10% de los adolescentes que intentan suicidarse, consumarán el

	suicidio dentro de los 10 años siguientes al intento. Tanto el intento de suicidio como el suicidio consumado son más elevados en aquéllos que han participado en autolesiones no suicidas. El riesgo de muerte por suicidio es mayor durante los primeros seis meses después de un episodio de autolesiones no suicidas y disminuye con el tiempo (Almonte, 2019).
Suicidio consumado	Todos los actos auto-infligidos por parte del/la niño/a o adolescente y que tienen como resultado la propia muerte. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación. Hay predominio de suicidio consumado en varones, sobre las mujeres, debido probablemente, en parte, a la utilización de métodos más letales para llevar a cabo el acto. Cuando el suicidio consumado se presenta en niños/as de entre lo 5 y 9 años de edad, en general, es la expresión de frustraciones crónicas y descontrol, la hipercorrección de la conducta junto a una hipersensibilidad del niño/a (Almonte, 2019). El suicidio consumado en niños/a y adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, tiene más factores de riesgo relacionados con cuadros depresivos y familias y pareja parental con conflicto crónico. En los pre-púberes y adolescentes se suman, además, los conflictos escolares, el bullying, fracaso y rechazo escolar, abuso de alcohol y drogas. En los adolescentes medios y tardíos, se puede sumar como factor de riesgo, dificultades de ingreso a la educación superior, conflictos en relaciones de pareja, entre otras situaciones de frustración.

Algunas características comunes respecto de la conducta suicida en niños/as y adolescentes son (MINSAL, 2013, en Almonte, 2019):

- Resultado de una frustración mayor en niños/as y adolescentes hipersensibles y que presentan baja capacidad de control de impulsos, puede llevarlos a conductas suicidas.
- Niños /as o adolescentes con respuestas de dolor psíquico, de depresión y angustia.
- Los sentimientos ambivalentes entre querer vivir y desear morir, perduran hasta el final.
- Una visión del mundo constreñida y centrada en la muerte.
- El suicidio puede ser la respuesta a una decisión de buscar una solución a una vida sin sentido.

El DSM 5 define los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno de Comportamiento Suicida:

- A. El individuo ha realizado un intento suicida en los últimos 24 meses.
- B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal
- C. El diagnostico no se aplica ideación suicida o a los actos preparatorios
- D. El acto no se inicia durante un delirium o estado de confusión
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente con fin político o religioso

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento

En remisión inicial: han transcurrido 12-24 meses desde el último intento

C.2. MITOS Y REALIDADES EN TORNO A LA CONDUCTA SUICIDA.

Las creencias que tienen las personas que conforman la comunidad educativa, acerca de la conducta suicida en niños /as y adolescentes, influirán enormemente en la forma en cómo se enfrenta y actúa frente a ella.

Los mitos se refieren a creencias erróneas, no basadas en evidencia científica, acerca de la conducta suicida, que obstaculizarán enormemente la prevención y abordaje de ésta en niños /as y adolescentes.

Algunos de estos mitos, se señalan a continuación:

MITO	REALIDAD
Los adolescentes que intentan suicidarse no tienen la intención de hacerlo, solo quieren manipular.	La conducta suicida es un mal recurso para comunicar que tienen serios problemas y existe el riesgo real de morir en un intento manipulatorio.
Los adolescentes que hablan de suicidio no llegan a atentar contra su vida. El que dice que se va a matar no lo hace	Sobre el 75% de las personas que han consumado un suicidio, en las semanas o meses previos, han comunicado en alguna forma su malestar. Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas o gestos lo que ocurriría. La mayoría de las veces el suicidio es una muerte prevenible. Hay signos de alerta La mayoría de las personas suicidas admitirá sus sentimientos si se les pregunta directamente.
Es mejor mantener en secreto los sentimientos suicidas de alguien.	Nunca se debe mantener en secreto los pensamientos y sentimientos suicidas de alguien, incluso si pide que lo haga. ¡Los amigos nunca guardan secretos mortales!
Los problemas de los adolescentes no son suficientemente graves como para suicidarse.	Los jóvenes tienen una especial sensibilidad y vulnerabilidad, que puede llevarlos a la conducta suicida por desesperación e imposibilidad de ver salida a los problemas.
Al hablar con un adolescente de sus ideas suicidas le puede inducir a la ejecución.	Si se realiza en un ambiente contenedor y receptivo, puede sentir alivio y lograr disminuir la tensión psíquica.
El que se quiere matar no lo dice.	De cada 10 personas que se suicidan, 9 de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren	Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza y proporcionarle uno de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicidio, penalizado en el Código Penal vigente.
El adolescente que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.	Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los 3 primeros meses tras la crisis emocional cuando todos creían que el peligro había pasado
La depresión en la adolescencia se define más bien como una debilidad del carácter	La depresión en la adolescencia y en otras etapas del ciclo vital es considerada una enfermedad y es

y no como una enfermedad	uno de los factores de riesgo más relevantes de la conducta suicida.
El 90% de los adolescentes con depresión solicita atención en un servicio de salud.	Sólo un 10% de los adolescentes con depresión solicita y recibe atención en un servicio de salud.
Una de las consecuencias posibles de la depresión en los adolescentes es el suicidio	Verdadero: El suicidio en la adolescencia está muy asociado a la depresión.
Toda persona que se suicida está deprimida.	Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan esta problemática. Pueden presentar esquizofrenia, adicción al alcohol u otras drogas u otros trastornos del ánimo, así como presentar un trastorno del desarrollo de la personalidad. Siempre quien se suicida es una persona que sufre.
Hay que evitar el uso de medicamentos antidepresivos en el tratamiento de la depresión en adolescentes porque producen dependencia	Los antidepresivos se indican en depresiones moderadas y graves acompañados de terapia psicológica y no producen dependencia.
Solo especialistas pueden ayudar a una persona con crisis suicida. Si te acercas sin la debida preparación es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.	No hay que ser especialista para auxiliar a quien está pensando en el suicidio, cualquier interesado en ayudar puede ser un valioso aporte en su prevención.
Si quiso suicidarse una vez, querrá suicidarse siempre.	Aun cuando es cierto que el impulso suicida puede volver a aparecer, cuando la persona recibe ayuda a tiempo y un tratamiento adecuado, su mejoría puede ser estable.

Fuente: Elaboración propia en base MINSAL, 2019 y MIDAP, 2016.

C.3. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad que se presente conducta suicida en los/as estudiantes, pueden ser de carácter biológico, psicológico, familiar o sociocultural, y pueden estar presentes meses o años antes de que se presente la conducta suicida (Factores predisponentes), o bien, semanas o días antes (Factores desencadenantes).

En ocasiones se confunde el factor desencadenante (por ejemplo, en un adolescente, haber puesto término a una relación de pareja) con el predisponente (la presencia de un cuadro depresivo en la historia de vida del niño/a o adolescente). Por esta razón, en cada caso los factores de riesgo se presentarán de manera diversa, y siempre en relación con los factores protectores.

El Modelo Ecológico o Ecosistémico de Urie Bronfenbrenner resulta útil para comprender el fenómeno desde una perspectiva integral en el que están comprendidos tanto factores individuales (biológicos y psicológicos), como familiares y socio-culturales.

Es importante considerar que, si bien, la presencia de estos factores se relaciona con la conducta suicida, no necesariamente se darán en todos los casos, ni tampoco causarán la conducta suicida de manera directa. Asimismo, su ausencia no significa nula posibilidad de riesgo (OMS, 2001). La identificación de factores de riesgo permite detectar aquellos estudiantes que

presentan situaciones que comprometen su bienestar, y que pudieran estar relacionados con la aparición o presencia de conducta suicida, pudiendo, de esta manera, actuar más preventivamente.

En el Anexo I, se describen los factores que, de acuerdo, a la evidencia científica, han demostrado tener mayor importancia en la conducta suicida de niños/as y adolescentes, en la etapa escolar.

C.4. FACTORES PROTECTORES EN CONDUCTA SUICIDA.

Los Factores protectores se definen como aquellos que actúan “contrarrestando, disminuyendo o amortiguando el efecto de los factores de riesgo, favoreciendo la salud mental en estudiantes” (MINSAL, 2019). También pueden encontrarse en los ámbitos individual, familiar o social.

Los establecimientos escolares pueden promover estos factores protectores, tanto a nivel escolar, familiar e individual, y, de esta manera, favorecer la salud mental de sus estudiantes.

Entre los más importantes se encuentran:

FACTORES PROTECTORES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESCOLARES
FACTORES PROTECTORES PERSONALES
- Habilidades de comunicación y habilidades sociales. - Habilidades para solución de problemas y estrategias de afrontamiento. - Búsqueda de consejo y ayuda en el exterior cuando surgen dificultades. - Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas con problemas similares. - Capacidad de automotivarse, autoestima positiva y sentido de autoeficacia. - Tener confianza en uno mismo. - Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad. - Sentirse querido. - Vida con proyectos – Vida con sentido - Satisfacción con la vida - Buenas relaciones interpersonales - Autoconfianza y sensación de autoeficacia
FACTORES PROTECTORES FAMILIARES
- Funcionamiento familiar (alta cohesión y bajo nivel de conflictos) - Apoyo de la familia.
FACTORES PROTECTORES EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
- Diseño de un protocolo de actuación para casos de intento de suicidio o ideación suicida, que debería incluir estrategias de prevención, actuación y postvención (intervención con posterioridad a una conducta suicida). - Campañas de sensibilización y orientación en los colegios, que fomenten la tolerancia cero al acoso. - Cursos de capacitación de mejora en la comunicación entre docentes y adolescentes en situaciones de posible riesgo suicida. - Promocionar conductas de apoyo entre los estudiantes y transmitir información sobre cómo buscar ayuda adulta, cómo y a quién dirigirse, si es necesario. - Campañas de información para alumnos sobre la gravedad de las conductas de acoso y

la responsabilidad legal y personal de estos comportamientos.

- Líneas de apoyo accesibles para crisis y emergencias.
- Si en el colegio se ha producido algún caso de muerte por suicidio, no ocultar la realidad, fomentar el apoyo al alumnado y permitir las manifestaciones de duelo espontáneas o dirigidas y coordinadas por sus profesores.
- Creación de una red de apoyo escolar en el colegio. Se puede crear en los centros una red de apoyo que puede incluir la figura de un “alumno de confianza” para facilitar la comunicación entre los jóvenes y un adulto preparado especialmente en estos temas que podríamos denominar “tutor de apoyo” a quién cualquiera pueda acudir inmediatamente, si se detecta un posible riesgo.

FACTORES PROTECTORES SOCIALES

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- Alto apoyo social percibido (familiar y extra-familiar, pares y adulto/s de confianza)
- Buenas relaciones con compañeros y pares
- Buenas relaciones con profesores y otros adultos
- Contar con sistemas de apoyo.
- Nivel educativo medio-alto.

C.5. SEÑALES DE ALERTA:

Las señales de alerta de la conducta suicida en niños/as y adolescentes pueden ser de dos tipos: directas o indirectas.

Dentro de las primeras, se incluyen todas aquellas verbalizaciones o acciones que denotan que el estudiante está pensando o planificando un suicidio o que tiene pensamientos recurrentes de muerte (por ejemplo en trabajos escolares, o dibujos con verbalizaciones, textos escritos o redes sociales). Las señales indirectas son aquellos comportamientos que denotan un problema de salud mental con riesgo de ideación o planificación suicida.

Se muestran en el siguiente cuadro las señales de ambos tipos:

SEÑALES DE ALERTA DIRECTAS	SEÑALES DE ALERTA INDIRECTAS
• Expresión verbal o escrita de suicidio o alta desesperanza. • Presenta conductas autolesivas, tales como cortes, quemaduras o rasguños. • Busca modos para matarse: búsqueda activa de medios para terminar con la propia vida en internet, accede a pastillas, armas de fuego u otros; planificación del medio y lugar para terminar con la propia vida. • Realiza actos de despedida: cartas o mensajes en redes sociales, regala sus pertenencias • Habla o escribe sobre: sentirse como una carga para otros o culpable de todo lo malo que sucede; amenaza con herirse o matarse; sentimientos de desesperación, de no ver alternativas	• Cambio en el comportamiento: aislado, retraído, irritable, desanimado. Alejamiento de familia y/o amigos. • Pérdida reciente en adolescente vulnerable. • Depresión general, incluyendo un cambio en los patrones de sueño, pesadez y aletargamiento. • Pérdida de apetito o comer en exceso. • Disminución del rendimiento académico y de la habilidad para relacionarse con los demás. • Incremento del consumo de alcohol y/o drogas. • Abandono o descuido de sí mismo, deterioro de la autoimagen y autoestima. • Puede mostrar sentimientos de ira o angustia descontrolada.

D.- GESTIÓN PREVENTIVA

La estrategia preventiva formará parte tanto del Proyecto Educativo Institucional (PEI), el que permite programar acciones tendientes a una educación de calidad, como del Reglamento Escolar, como instrumento que orienta el accionar de los actores de la comunidad educativa, haciendo explícitas las regulaciones respecto de la seguridad, la garantía de derechos y la convivencia escolar.

Junto con ello, esta estrategia preventiva debe contener los componentes señalados en las recomendaciones del MINSAL para el sistema educacional chileno (Año 2019), además de la Política de Salvaguarda y Protección Infantil de Cognita, esto es:

- **Promoción de Salud Mental y de Clima Escolar Protector.**
- **Prevención de Problemas de Salud Mental.**
- **Educación y sensibilización acerca de la conducta suicida.**
- **Detección de señales de alerta y riesgo de suicidio en estudiantes.**
- **Protocolos de Actuación en Intento Suicidio y Post-venición.**
- **Coordinación con la Red de Salud.**

Si bien, todas estas acciones son preventivas, sólo las tres primeras se incluirán en la Gestión Preventiva (Punto C) propiamente tales, dejando las tres últimas acciones como procedimientos y protocolos específicos desde la detección de riesgo suicida, hasta las acciones de post-venición y coordinación con Red de Salud.

De esta manera, la gestión preventiva incluye un continuo que se inicia en la promoción de la salud mental en la comunidad escolar para continuar con estrategias prevención en suicidio adolescente y concluye en un protocolo de derivación para la intervención.

Este continuo incluye actividades que se centran en el desarrollo de factores protectores en toda la comunidad educativa, la prevención en factores de riesgo y la identificación de signos y síntomas que pudiesen alertar de la presencia de factores de riesgo específicos en algunos estudiantes.

El concepto de promoción de la salud mental es un proceso que permite a las personas aumentar el control y mejorar su salud haciendo hincapié en el desarrollo de capacidades y competencias para el bienestar y la resiliencia, la que se refiere a la capacidad de un individuo, grupo o comunidad para hacer frente a "adversidad o estrés significativo" a través de un equilibrio de factores de riesgo y de protección.

Crear comunidades en las que las personas disfruten de una buena salud mental, reduce las posibilidades de que las personas se enfrenten a dificultades que no pueden abordar por sí mismas.

D.1.- ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN SALUD MENTAL Y DE CLIMA ESCOLAR PROTECTOR:

Promover la salud mental positiva en nuestras comunidades implica fortalecer los "factores protectores", que aumentan la resiliencia y trabajar para reducir los "factores de riesgo".

Una de las formas de prevenir el suicidio de niños/as y adolescentes es trabajando para crear comunidades en las que las personas disfruten de una buena salud mental. Esto reduce las posibilidades de que las personas se enfrenten a dificultades que no pueden enfrentar por sí mismas. Podemos hacer esto promoviendo la salud mental positiva.

¿Qué es la Salud Mental Positiva y la Salud Emocional?

La salud mental de una persona consiste en cómo esa persona piensa, siente y actúa en relación con la vida misma y, en particular, cómo hace frente a los desafíos de la vida. La salud mental positiva describe una sensación de bienestar y la capacidad de vivir una vida plena.

La educación positiva se define como la educación tanto para las habilidades tradicionales como para la felicidad. La alta prevalencia en todo el mundo de la depresión entre los jóvenes, el pequeño aumento en la satisfacción con la vida y la sinergia entre el aprendizaje y la emoción positiva sostienen que las habilidades para la felicidad deberían enseñarse en la escuela. Existe evidencia sustancial de estudios bien controlados de que las habilidades que aumentan la resiliencia, las emociones positivas, el compromiso y el significado se pueden enseñar a los escolares (Seligman, 2009).

Entonces, cuando hablamos de salud mental, también estamos hablando de salud emocional, de cómo nos sentimos. Personas que son emocionalmente saludables destacan por las siguientes habilidades:

- a) Tener control sobre sus emociones y su comportamiento.
- b) Son conscientes de sus pensamientos y sentimientos; y
- c) Son capaces de manejarlos en lugar de sentirse abrumados por ellos.

Tener una buena salud mental y emocional incluye, por tanto:

- ser feliz con quien se es.
- tener relaciones satisfactorias;
- ser lo suficientemente flexible como para aprender cosas nuevas;
- ser capaz de adaptarse al cambio;
- ser capaz de manejar el estrés y "recuperarse" de las dificultades; tener la capacidad de pensar de manera realista;
- tener una perspectiva positiva de la vida; y
- Tener acceso a la ayuda y poder pedir ayuda cuando la necesite.

Iniciativas comprobadas que promueven la salud mental:

Las estrategias recomendadas, para promover la salud mental y emocional dentro de los establecimientos educacionales, y que han demostrado ser más efectivas, se instalan desde la perspectiva del desarrollo, localizado en los diferentes sistemas que componen una comunidad educativa:

- Padres apoyados a través de programas de capacitación en habilidades parentales.
- Niños y niñas pequeños apoyados directamente a través de sus educadores/as.
- Niños y niñas y adolescentes apoyados a través estrategias que promueven la salud.
- Adolescentes apoyados a través de la educación continua.

De esta manera, se puede avanzar hacia una comunidad saludable, lo que ayuda a proteger contra el riesgo de suicidio.

Pasos positivos para una buena salud mental en la comunidad escolar:

- mantenerse físicamente activo;
- comer bien;
- prevenir el consumo de drogas;
- valorarnos a nosotros mismos y a los demás;
- hablar sobre nuestros sentimientos con amigos, familiares o nuestro médico;
- cuidar a los demás;
- mantenerse en contacto con amigos y seres queridos;
- involucrarse en el colegio;
- aprender una nueva habilidad;
- hacer algo creativo;
- tomar un descansos; y
- pedir ayuda.

Por el contrario, algunos factores de comportamiento y factores contextuales que afectan la salud mental de los jóvenes, son:

Factores de comportamiento:

- uso de sustancias
- bullying
- juegos de azar
- imagen corporal

Factores contextuales:

- relaciones con los pares
- relaciones familiares
- entorno escolar

Las enfermedades mentales y los trastornos psicológicos, así como las experiencias de violencia, también pueden afectar negativamente la salud mental.

La capacitación en habilidades para padres mejora la salud mental de los padres y la salud mental, el comportamiento y las oportunidades de vida a largo plazo de los niños. Los programas grupales para padres previenen el desarrollo del trastorno de conducta y reducen el comportamiento antisocial grave en niños en condiciones de la vida real (Scott et al 200 b; Hutchings et al 2007, citado en Lynn 2011)

Los programas de prevención preescolar, es decir, aquellos que incluyen un componente educativo que involucra directamente al niño y el apoyo familiar / parental mejoran el comportamiento social / emocional, la función cognitiva y el bienestar familiar con mejoras a largo plazo, en las ganancias y una menor conducta criminal.

El seguimiento en la escuela en sus niveles de educación básica, mejora significativamente los resultados a largo plazo. La promoción de la salud mental en las escuelas ha sido efectiva en las siguientes áreas, aunque los datos sobre la rentabilidad son extremadamente limitados, en parte porque muy pocos estudios incluyen detalles del costo de las intervenciones:

- Prevención de problemas de salud mental, especialmente depresión.
- Mejorar los resultados académicos.
- Mejorar el funcionamiento emocional y social reduciendo el comportamiento perjudicial para la salud, como el tabaquismo y abuso de sustancias.
- Reducir el bullying.

La promoción y el desarrollo de habilidades para la vida específicas son relevantes para la prevención del suicidio juvenil y las conductas suicidas.

La investigación sugiere que los jóvenes que responden al estrés y a las crisis con comportamientos autolesivos pueden estar limitados en sus habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, brindando apoyo a los programas, que buscan mejorar estas habilidades. Los enfoques de capacitación en habilidades sociales han tenido éxito en abordar otros problemas - riesgo de comportamiento juvenil como la depresión, la agresión y el uso de sustancias.

Los puntos focales para los programas de desarrollo de habilidades para jóvenes pueden incluir una variedad de temas, que incluyen los siguientes:

Resiliencia	Tolerancia a la angustia
Habilidades de afrontamiento	Búsqueda de ayuda
Toma de decisiones saludables	Refutando creencias irracionales
Autoconciencia	Identificar y responder a compañeros angustiados.
Comunicación interpersonal	Empatía
Resolución de problemas	Desarrollo moral
Establecimiento de objetivos	Liderazgo
Asertividad	Habilidades de ciudadanía
Resolución de conflictos y mediación	Pensamiento crítico
Generosidad	Sensibilidad y conciencia cultural
Manejo del estrés	Respeto a la diversidad
Lidiar con la pérdida	Regulación emocional

Generar un Clima Escolar Protector:

Este componente debe dirigirse a toda la comunidad escolar e implica las acciones que el establecimiento escolar realiza para fomentar un clima donde prime el respeto, la seguridad, la inclusión y el cuidado mutuo.

Cada establecimiento escolar deberá contar, para estos efectos, con un Plan o Manual de Convivencia Escolar y su Reglamento respectivo, y con un PEI concordante con sus objetivos. Las acciones que se puede incluir en este componente y que son efectivas en la promoción de salud mental y prevención de conducta suicida en niños/as y adolescentes son:

- a) Prevención del acoso escolar (bullying): existe evidencia de que el acoso escolar —en cualquiera de sus formas, se correlaciona con la aparición o desencadena problemas de salud mental e incrementan el riesgo de conducta suicida en niños/as y adolescentes (Brunstein Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld, & Gould, 2007, en MINSAL 2019). La Política de Salvaguarda y Protección Infantil, contempla dentro de sus objetivos el abordaje de la violencia entre pares, considerando que en caso de producirse una acusación de abuso contra otro alumno/a, se considera que todos los niños/as involucrados/as (agresor o víctima) están “en riesgo”.
- b) Promoción de la participación activa de todos los actores de la comunidad educativa, tanto en espacios institucionales, tales como consejos escolares, centros de padres, madres y apoderados y centros de alumnos, como dentro de la sala de clases y extra sala de clases, tales como talleres extraescolares o agrupaciones juveniles. Esto permite que los estudiantes cuenten con espacios en los que pueden ser oídos y en los/as que activamente participan de las decisiones que les afectan.
- c) Programas Preventivos en el contexto escolar, dirigidos a disminuir la discriminación y fortalecer la identidad psiso-social y la inclusión de los niños/as y adolescentes pertenecientes a pueblos originarios y etnias.
- d) Programas Preventivos destinados a la no discriminación de minorías sexuales e integración e inclusión de los/as adolescentes Lesbianas, Gays, Bisexuales. Trans o Intersex (LGBTI), como grupo de alto riesgo de presentar conducta suicida.

Otras acciones relevantes:

La prevención de la conducta suicida se debe insertar, complementar y conectar con todas aquellas acciones que los establecimientos escolares emprendan que tengan como objetivo el que los integrantes de la comunidad educativa gocen de bienestar.

Es así como durante el año escolar se desarrollan distintas acciones intencionadas, enmarcadas dentro de los Programas Formativos Valóricos, tales como:

- **Safeguarding Culture:** Hacemos referencia al compromiso que existe en la comunidad educativa para proteger y fomentar el bienestar, la seguridad y la salud física y emocional de los/as alumnos/as, mediante la creación y el mantenimiento de un ambiente seguro, de apertura, atención y apoyo. Incluye **Campañas Educativas** que se centran en trabajar estos temas con toda la comunidad educativa.
- **Dimensiones Formativas:** Programa aplicado desde Jardín Infantil a IV° Medio, que tiene por finalidad desarrollar habilidades sociales, afectivas y éticas en los/as estudiantes, que les permitan enfrentar el mundo ejerciendo su libertad de forma responsable, a través del trabajo en seis dimensiones: Autoconocimiento y Desarrollo Intelectual, Sociabilidad y Relaciones Interpersonales, Afectividad y Sexualidad, Inserción Social, Proyecto Vital y Cosmovisión Valórica.

Y los Programas diferenciadores tales como:

- **Desarrollo del Liderazgo Infantil:** Su objetivo es desarrollar en los niños de Educación Parvularia y Primer Ciclo Básico, diversas habilidades asociadas a la autogestión (proactividad, responsabilidad, resiliencia, tolerancia a la frustración, etc.) que les permitan enfrentar con entusiasmo y optimismo los desafíos de un mundo en constante cambio.

D.2. -PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:

Uno de los factores de riesgo más relevante en la conducta suicida de niños/as y adolescentes es la presencia de algún trastorno psiquiátrico previo. En alrededor de un 90% de los suicidios consumados, se presenta un trastorno psiquiátrico al momento de suicidarse. A pesar de que existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes suicidas, “sólo un tercio de las víctimas ha sido vista por un médico antes de su muerte” (Cruz y Roa, 2005).

Los Trastornos psiquiátricos más prevalentes que se presentan en comorbilidad con la conducta suicida son: depresión, esquizofrenia, abuso de alcohol y drogas y trastornos graves de la personalidad.

Un estudio de De la Barra et al. (Año 2012), determinó que la prevalencia total de presencia de trastornos psiquiátricos en niños/as y adolescentes de entre 4 y 18 años de edad, fue de un 22,5%, siendo el grupo de trastornos de comportamiento disruptivo los más frecuentes seguidos por los trastornos ansiosos. Además, un 41,6% de los niños y adolescentes con Trastorno psiquiátrico asociado a discapacidad social consultó en algún tipo de servicio en el último año.

Las estrategias para desarrollar programas preventivos exitosos deben cumplir con las siguientes características (MINSAL, 2019):

- Basadas en un enfoque ecológico, reconociendo la importancia de los distintos ambientes de desarrollo.
- Dirigidas para todos los y las estudiantes.
- Que permitan la participación de toda la comunidad escolar, es decir, docentes, asistentes de la educación, padres y apoderados.
- Que incluyan el desarrollo de habilidades y competencias socioemocionales, también llamadas habilidades para la vida, tales como el autoconocimiento, la autorregulación, la resolución de problemas y las habilidades sociales.
- Que incorporen elementos de alfabetización y sensibilización en el cuidado y la importancia de la salud mental.

Las habilidades y competencias socio-emocionales pueden ser incorporadas tanto en los Objetivos Transversales (OAT), de manera que formen parte del currículum regular, a través de su transversalización en la planificación y evaluación anual, como a través de la ejecución de programas de prevención de salud mental basados en la escuela.

La alfabetización y sensibilización en salud mental, por su parte, consiste en ampliar tanto en los/as estudiantes, como en madres, padres, apoderados, profesores, asistentes de la educación y directivos, la información y conocimiento que manejan sobre salud mental, sobre sus principales síntomas y manifestaciones y sobre las alternativas disponibles para cuidarla y para promover conductas de pedido de ayuda .

Tan importante como prevenir la aparición de problemas y trastornos de salud mental, es poder detectar y derivar de manera oportuna a la red de salud mental a los /as estudiantes que presenten estas problemáticas. En el Anexo 5 se especifican en detalle señales de posibles problemas de salud mental.

Una iniciativa destacable en este ámbito es el Programa “Cuida tu Ánimo” del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) de Chile, el que otorga información, educación y apoyo para promover el bienestar emocional, prevenir e intervenir precozmente en adolescentes con depresión, a través de internet. El programa se desarrolla a través de la página web www.cuidatuanimo.org y se difunde a través de redes sociales digitales.

Finalmente, el bienestar psicosocial de profesores /as, asistentes de la educación y directivos, es fundamental en la prevención de salud mental de los estudiantes, por lo que se requiere contar con instancias de apoyo para que se sientan valorados y útiles, y prevenir el desgaste profesional o burnout a través de instancias institucionales de autocuidado

D.3. - EDUCACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN ACERCA DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Una de las acciones que ha tenido resultados positivos en la prevención del riesgo suicida en niños/as y adolescentes es la educación y sensibilización a toda la comunidad educativa sobre la temática. Esta se puede realizar a través de metodologías más participativas como talleres, grupos de conversación, videos, folletos y afiches de sensibilización, role play, etc.

Resulta de vital importancia informar acerca de las siguientes temáticas:

- a) Cómo detectar señales de alerta de conducta suicida.
- b) Factores de riesgo y de protección con relación a la conducta suicida en niños/as y adolescentes.
- c) Mitos o falsas creencias, y estereotipos con relación a la conducta suicida en niños/as y adolescentes.

d) Promover la búsqueda de ayuda, dónde buscar ayuda dentro y fuera del establecimiento escolar y cómo disminuir la estigmatización.

e) Pasos a seguir y protocolos ante la detección de conducta suicida en establecimientos escolares.

Las actividades de sensibilización deben ser diferenciadas y tener objetivos distintos si están dirigidas a estudiantes o adultos de la comunidad, sean estos últimos, madres, padres y apoderados o profesores.

En el caso de los estudiantes, los objetivos y contenidos de la sensibilización deben estar centrados en la promoción de la búsqueda de ayuda y las opciones de atención, en el conocimiento de los mitos y en la disminución de la estigmatización-

En el caso de las madres, padres y apoderados, los objetivos y contenidos de la sensibilización, deben estar orientados a la detección de señales de alerta de conducta suicida en niños/as y adolescentes, a diferenciar estas señales del curso normal del desarrollo, y a conocer los factores de riesgo más importantes. Este conocimiento les permitirá reconocer cuándo el bienestar de los niños/as y adolescentes está en riesgo.

La información que ha demostrado ser más efectiva para trabajar con las familias debe incluir:

- Importancia del trabajo en conjunto entre familia y escuela para la prevención de conducta suicida y promoción de salud mental.
- Cómo reconocer y responder a señales de alerta de conductas suicida en niños/as y adolescentes, especialmente trabajar el mito referido a que “si se le pregunta a un niño/as o adolescente acerca de la ideación suicida se aumenta la probabilidad de desencadenar esta acción v/s si se puede detectar y hablar acerca de la ideación suicida se puede ayudar al niño/a o adolescente a prevenir un intento”. Además, trabajar la manera en que se aborda la ideación o intento suicida, sin subestimar las amenazas, sin críticas ni reproches, con contención y búsqueda de ayuda.

Con respecto a la Educación y Sensibilización al equipo de profesores/as, asistentes de la educación y directivos, los objetivos y contenidos de sensibilización deben estar referidos al conocimiento de las señales de alerta, factores de riesgo y formas de prevención y promoción de la salud mental, tales como la prevención del acoso escolar o violencia entre pares, discriminación y dificultades de aprendizaje, apoyo a estudiantes con intentos de suicidio previos y conocimiento de los Protocolos de Actuación en detección de señales de alerta y grupos de riesgo de suicidio, en intento suicida y post-venición.

IV.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

Este documento contiene y está basado en las disposiciones señaladas anteriormente en los antecedentes de esta OTAE. Dentro de estas disposiciones, la Circular N° 482/2018 de la Superintendencia de Educación, establece que todos los Reglamentos Internos deben contar con Protocolos que aborden diversas situaciones que afectan a los/as estudiantes y que ocurren al interior de los establecimientos educacionales, tales como Protocolos de actuación en situaciones de maltrato y violencia entre miembros de la comunidad educativa.

En este contexto, la Circular señala que los reglamentos internos “deberán considerar la ejecución de acciones que fomenten la salud mental y de prevención de conductas suicidas y otras autolesivas, vinculadas a la promoción del desarrollo de habilidades protectoras como el autocontrol, la resolución de problemas y la autoestima, de manera de disminuir los factores de riesgo, como la depresión. De la misma forma, debe definir procedimientos para la derivación de casos de riesgo a la red de salud, así como también para el adecuado manejo ante situaciones de intento suicida o suicidio de algún miembro de la comunidad educativa” (MINSAL, 2019).

Por su parte, el Proyecto Educativo Institucional (PEI), es una instancia muy adecuada para poder implementar estrategias preventivas de conducta suicida en niños/as y adolescentes y de promoción de salud mental, al permitir proyectar y programar acciones que aseguren una educación de calidad para todo/as los/as estudiantes.

Asimismo, el Reglamento Interno, se transforma también en un instrumento indispensable que orienta la manera de actuar de los distintos actores de la comunidad educativa, al regular los ámbitos de seguridad, protección de derechos y convivencia escolar de los estudiantes.

A un nivel más macro, el Ministerio de Educación de Chile, a través de su Política Nacional de Convivencia Escolar, promueve que las comunidades educativas garanticen un ambiente propicio para el aprendizaje de los/as estudiantes, “a través de la creación de condiciones institucionales, tanto de gestión administrativa como pedagógica, que permitan desarrollar una cultura escolar de cuidado y prevención”

Finalmente, y como un instrumento que engloba a todos los anteriores, la Política de Salvaguarda y Protección Infantil, de la Red de colegios Pumahué - Manquecura, de Cognita, contiene los principios indicados en las Orden Técnica Administrativa Estándar (OTAE) del área académica de la Red de Colegios, Reglamento Escolar Interno (REI), Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad y las normas y principios legales vigentes en la República de Chile que resguardan el bienestar y protección de derechos de todos los niños, niñas y jóvenes,

Los objetivos y propósitos de la Política de Salvaguarda y Protección Infantil es “resguardar y proteger el bienestar, la salud física y mental y la seguridad de los alumnos(as), promoviendo un ambiente de comunicación fluida, contenedor, protector, orientado al cuidado y apoyo constante de alumnos(as) y personal del colegio” (Política de Salvaguarda y Protección Infantil, Cognita, Chile, 2017). Existen tres objetivos principales de la Salvaguarda:

- Prevenir todo tipo de daño a los/as alumnos.
- Proteger de todo tipo de daño a los/as alumnos/as.
- Apoyar a alumnos(as) y los funcionarios cuando ocurren situaciones/incidentes de salvaguarda y/o protección infantil.

La presente OTAE de Prevención y Actuación Frente a Situaciones de Conducta Suicida en el establecimiento Escolar, es coherente con los principios y objetivos de esta Política, y se plantean entre sus objetivos y componentes tanto la promoción de la salud mental la prevención de problemas de salud mental, como la protección y protocolos de actuación en riesgo de conducta suicida de niños/as y adolescentes.

V. PROCEDIMIENTOS

A.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A ESTUDIANTES QUE SE ENCUENTREN EN RIESGO DE PRESENTAR CONDUCTA SUICIDA: DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALERTA Y EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA

Se activará el uso del presente protocolo en cada situación en la que se identifiquen estudiantes que se encuentren en riesgo de presentar conducta suicida, ya sea porque presentan señales de alerta directas o indirectas o porque han sido detectados a través de la aplicación de instrumentos de pesquisa.

Cada establecimiento escolar deberá definir un facilitador/a o “persona encargada” que realice esta tarea, como agente a través del cual la escuela “puede identificar estudiantes en riesgo, realizar un primer abordaje y ser un puente entre el estudiante en riesgo y la atención en la red de salud (UACH, 2015, En MINSAL, 2019). Idealmente, esta responsabilidad debe ser asumida por profesionales con formación, capacitación y/o manejo de situaciones de crisis: Encargado de Convivencia Escolar, Orientador, psicólogo, trabajador social, u otro (profesores o asistentes de la educación). Su función será tanto detectar señales de alerta o recibir los reportes de otro miembro del establecimiento escolar sobre un posible caso de riesgo suicida y realizar un primer abordaje aplicando el Protocolo de Actuación.

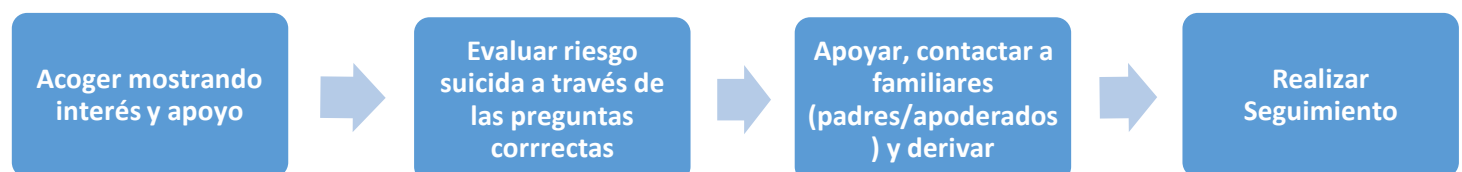
Debe contemplar a más de una persona, a fin de evitar que la ausencia circunstancial de alguna de ellas obligue a improvisar o derive en un manejo inadecuado de la situación. En caso de que la/s persona/s encargada/s no se encuentre/n presentes, esta función será asumida por el Rector (a) del Establecimiento o a quién éste designe.

La “persona/s encargada/s” debe contar con algunas habilidades, tales como acceso y cercanía con los/as estudiantes, capacidad de seguir con protocolos y procedimientos estandarizados, capacitación y entrenamiento en el tema de riesgo de conducta suicida en niños/as y adolescentes e intervención en crisis, capacidad para actuar proactivamente en estos casos y la convicción de que la conducta suicida puede ser prevenida. Una opción para elegir a esta/s persona/s es realizar una “consulta a la comunidad estudiantil, indagando a quien recurrirían en caso de que necesitaran ayuda” (MINSAL, 2019).

La persona/s encargada/s debe/n recibir capacitación en detección de señales de alerta directas e indirectas, manejo de riesgo suicida en niños/as y adolescentes, intervención en crisis, aplicación de instrumentos de detección, coordinación con familia, escuela y equipo de salud al cual el/la estudiante será derivado.

PASOS A SEGUIR FRENTE A SEÑALES DE ALERTA DIRECTAS E INDIRECTAS: (Basado en MINSAL, 2019).

La persona/s encargada/s puede detectar por sí misma o recibir el reporte de otro miembro del establecimiento escolar, respecto de señales de alerta directas o indirectas en estudiantes, de posible riesgo de conducta suicida. En este caso, deberá seguir los siguientes pasos de primer abordaje, la que incluye evaluación de riesgo:



1.- ACOGER MOSTRANDO INTERÉS Y APOYO:

- Previo al primer abordaje con el/la estudiante se debe contar con los datos de derivación al sistema de salud.
- Contar con un espacio y tiempo que permita conversar con la/el estudiante de forma privada, dando el tiempo suficiente a la conversación.
- La conversación no debe ser un interrogatorio, ni debe ser intrusiva o persecutoria. Se debe buscar el acercamiento o acogida del niño, sin interrogarlo.
- Dar un encuadre a la conversación respecto de sus objetivos y transmitir la idea de que le agradecemos su confianza y de que, lo que hablemos, puede mantenerse en confidencialidad, salvo aquella información relativa a las señales de alerta de riesgo suicida o peligros para su integridad física o psíquica, que tenemos que comunicar a padres y/o apoderados para poder ayudarlo de mejor manera y con personas que lo puedan proteger. Al niño/a o adolescente debe quedarle claro que nuestro interés es poder ayudarlo, y por eso que no podemos mantener “en secreto” aquella información de la conversación relativa a señales de alerta de riesgo suicida, pero sí otra información sensible que el/la estudiante quiera mantener en confidencialidad, y que necesitamos recurrir a las personas que lo puedan ayudar y proteger.

PASOS DE QUÉ HACER	DECIR POR EJEMPLO
-Se inicia la conversación mostrando interés y preocupación por lo que le pasa al niño/a o adolescente, generando un clima de confianza.	“He notado ciertas conductas y cambios en ti que me llamaron la atención y me han preocupado”
- Buscar acoger al niño/a o adolescente, sin interrogarlo o presionarlo.	“Te he visto triste y más aislado/a este último tiempo, me imagino que te pasa algo, tal vez quieras contarme”.
- Señalar el por qué se quiere conversar con él o ella o los objetivos de la conversación.	“Me gustaría que me contaras lo que te pueda estar pasando para poder ayudarte”
-Dar un encuadre a la conversación, señalando al niño/a que no podemos mantener “en secreto” los temas que vamos a conversar, diciéndole que la situación será informada sólo a quienes puedan ayudar al niño/a o adolescente, ofrecerse uno mismo para informar a quien sea necesario, resguardando u intimidad.	“En caso que necesitemos ayuda de otras personas para poder apoyarte, especialmente de tu familia, vamos a informar SOLO a quienes puedan ayudarte”. “Yo mismo me voy a contactar con ellas”.

2.- EVALUAR RIESGO SUICIDA A TRAVÉS DE LAS PREGUNTAS CORRECTAS:

- Se puede continuar la conversación preguntándole qué está pensando o sintiendo. La entrevista debe realizarse con preguntas abiertas, que inviten a la conversación, y no transformar la conversación en un interrogatorio o preguntas cerradas Sí o No.
- Las preguntas deben hacerse comenzando por las más generales, para luego avanzar hacia las más específicas sobre suicidio. Aquí es importante desmitificar la creencia de que “Hablar sobre suicidio puede gatillar la conducta suicida” y, por el contrario, estar convencido de que “Si se realiza en un ambiente contenedor y receptivo, el niño/a o adolescente puede sentir alivio y lograr disminuir la tensión psíquica”.

- Los/as estudiantes que están en una situación de crisis y en riesgo suicida, en general, se sienten muy solos, sin nadie interesado en entenderlos/as, se sienten pesimistas y que nada le ha salido bien y que sus dificultades no tienen solución. Al mismo tiempo, coexisten sentimientos de seguir viviendo si las “cosas mejoran” y si se les brinda ayuda, por lo que el escucharles, contenerlos/as y acompañarlos/as, es expresión de esa ayuda.
- También es necesario estar alerta, en el contexto de esta entrevista a la revelación explícita de situaciones de maltrato físico y/o psicológico o abuso sexual de estudiantes que puedan estar ocurriendo fuera dentro de la familia. En este caso se debe informar al Delegado de Salvaguarda para que se active, en forma paralela, los procedimientos contenidos en la Política de Salvaguarda y Protección Infantil.
- Cada una de las siguientes preguntas deben hacerse en el orden en que se detallan , ya que van de las más generales a las más específicas:

COMENZAR POR PREGUNTAS GENERALES	DECIR POR EJEMPLO:
Hacer preguntas sobre el estado de ánimo. Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de sentimientos.	¿Cómo te has estado sintiendo en esto último tiempo? Si quieres me puedes contar acerca de esto....
Escuchar atentamente con respeto y permitir la expresión emocional. Usar frases cortas para que el niño/a o adolescentes se sienta comprendido, aceptado y tomado en serio.	“Me imagino.” “Entiendo...” “Es lógico..” “Claro...” “No es para menos..”
Pasar progresivamente de un tema a otro. Hacer preguntas acerca de la situación personal, escolar o familiar dependiendo de lo que el niño/a o adolescente responda en la pregunta anterior. Tener tacto al formular las preguntas y privilegiar preguntas abiertas.	Tomar lo que el niño/a o adolescente diga en pregunta anterior, por ejemplo si habla de algo más personal, familiar o escolar, preguntar respecto de esto.... ¿Estás con alguna(s) dificultad(es) o problema(s)? (personal, familiar, en la escuela o liceo) Cuéntame más acerca de esto ...
Hacer preguntas acerca de la esperanza, alternativas de solución y el futuro. Es importante en todo momento mantener la esperanza y transmitir confianza en los recursos que tiene el niño/a o adolescente y su familia para salir adelante.	¿Cómo te imaginas que las cosas van a estar en futuro? ¿Has pensado en cómo esto se podría solucionar?
Si en la pregunta anterior el niño/a o adolescente denota desesperanza y un cierre de las alternativas de solución a los problemas, hacer preguntas que tienen que ver con dicha desesperanza, pero que no necesariamente son ideas suicidas y continuar con preguntas de evaluación de riesgo suicida, que se detallan en el siguiente bloque.	“¿Has pensado o sentido que a veces la vida no vale la pena?”
CONTINUAR CON PREGUNTAS MAS ESPECIFICAS SOBRE PENSAMIENTOS Y PLANES SUICIDAS	DECIR POR EJEMPLO:
1.- Preguntar sobre el deseo de estar muerto/a.	¿Has deseado estar muerto/a o poder dormirte y no despertar?
2.- Preguntar sobre la presencia de Ideas Suicidas. Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo, “He pensado en suicidarme”) sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan)	¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?
Si la respuesta es “Sí” a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es “No” continúe	

a la pregunta 6	
3.-Preguntar sobre presencia de Ideas Suicidas con método (sin plan específico y sin la intención de actuar). El/la estudiante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método, pero sin un plan específico. “He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente...y nunca lo haría”.	¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo?
4.- Preguntar sobre la intención suicida sin un Plan específico. Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y e/ la estudiante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas.	¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?
5.- Preguntar sobre la intención suicida con un Plan Específico. Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el (la) estudiante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.	¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan?
Siempre realice la pregunta 6	
6.- Preguntar sobre conducta Suicida. Ejemplos: Juntar píldoras, obtener un arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las has tragado, agarrar un arma pero has cambiado de idea de usarla o alguien te la ha quitado de tus manos, has subido al techo pero no has saltado al vacío; o realmente has tomado píldoras, has tratado de disparar una arma, te has cortado con intención suicida, has tratado de colgarte, etc.	¿Has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida?

Fuente: Preguntas extraídas de COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS). Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez 2017, en MINSAL, 2019.

Las respuestas dadas a cada una de las seis últimas preguntas, se deben valorar de acuerdo a la siguiente Pauta para la Evaluación y Manejo de Riesgo Suicida:

PAUTA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA (Ver Anexo 2 Cartilla del Entrevistador)

Formule las preguntas 1 y 2	Último mes	
	SÍ	NO
1) ¿Has deseado estar muerto(a) o poder dormirte y no despertar?		
2) ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?		
Si la respuesta es “SÍ” a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6 Si la respuesta es “NO” continúe a la pregunta 6		
3) ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo?		
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?		
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan?		
Siempre realice la pregunta 6		
6) ¿Algúnavezhashechoalgo, comenzadoahacer algootehaspreparado para hacer algo para terminar con tu vida?	Alguna vez en la vida	
Si la respuesta es “SI”: ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?	En los últimos 3 meses	

Fuente: Pauta elaborada a partir de COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS). Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez 2017, en MINSAL, 2019.

La siguiente Guía para la Acción, ayudará a la/s persona encargada/s a tomar las decisiones más adecuadas respecto al /la estudiante: Si el/la estudiante ha respondido NO a las seis preguntas de la Pauta de Evaluación y Manejo del Riesgo Suicida, igualmente se debe contactar a los padres o apoderados y sugerir una evaluación de salud mental, debido a que igualmente presenta señales de alerta.

Si la respuesta fue SI sólo a las preguntas 1 y 2:	
Riesgo	1) Informe al Área de Convivencia sobre el riesgo detectado. 2) Contacte a los padres y/o apoderados y sugiera acceder a atención de salud mental para evaluación de éste y otros ámbitos. 3) Entregue ficha de derivación para atención de salud para facilitar referencia. (Ver Anexo 4). 4) Realice seguimiento del/la estudiante.
Si la respuesta fue Si a pregunta 3 o “más allá de 3 meses” a pregunta 6:	
Riesgo Medio	1) Informe al Director (o a quien éste designe) una vez finalizada la entrevista. 2) Una vez informado, el Director debe contactar a los padres o cuidadores para informarle de la situación y solicitar la atención de salud mental del estudiante dentro de una semana. 3) Entregue a los padres la ficha de derivación (A NEXO 4) al Centro de Salud de preferencia (Centro Médico, Clínica, Consulta Particular, CESFAM, etc) y apoye el proceso de referencia al centro de salud si es necesario. 4) Realice seguimiento del caso, asegurándose que el estudiante haya recibido la atención. 5) Recomiende medidas de seguridad en caso de que durante la espera de atención se incluya un fin de semana (acompañamiento al estudiante, supervisión y monitoreo 24/7, limitar acceso a medios letales u otro)
Si la respuesta fue Si a preguntas 4, 5 y/o 6 en los “últimos 3 meses”:	
Riesgo Alto	1) Informe al Director (o a quien éste designe). 2) Una vez informado, el Director debe contactar a los padres o apoderados para que concurran lo antes posible al establecimiento escolar para ser informados de la situación, acompañen al estudiante y que éste concurra a atención en salud mental en el mismo día. Entregue a los padres la ficha de derivación al centro de salud de preferencia (Centro Médico, Clínica, Consulta Particular) o CESFAM, en el caso de que se atienda en el sistema público de salud. En caso de encontrarse fuera de horario de atención el centro de salud, el estudiante debe concurrir al SAPU o Servicio de Urgencia más cercano, acompañado de la ficha de derivación. 3) Tome medidas de precaución inmediatas para el riesgo suicida: • Acompañar al estudiante hasta que se encuentre con sus padres o cuidadores. Nunca dejarlo solo. • Facilitar la coordinación con el Centro de Salud de Preferencia (Centro Médico, Clínica o Consulta Particular) o CESFAM, cuando corresponda. • Eliminar medios letales del entorno.

FUENTE: MINSAL, 2019.

3.- APOYAR, CONTACTAR A FAMILIARES (PADRES Y/O APODERADOS) Y DERIVAR: (Fuente, MINSAL, 2019).

- La persona/s encargada, en cualquiera de las tres situaciones (Riesgo, Riesgo Medio o Riesgo Alto) deberá seguir los pasos indicados en la Guía para la Acción, y mantener en cualquiera de estas situaciones, apoyo al/la estudiante, contactarle con su red de apoyo, especialmente su familia, y derivar a las instancias que corresponda, especialmente a la red de salud y al Área de Convivencia Escolar.
- En el Anexo 3 se dan Recomendaciones para entregar a la familia frente a la detección de riesgo suicida en estudiantes (MINSAL 2019) y cómo abordar la problemática con ésta.
- La/s persona/s encargada deberá mantener la calma, escuchar de forma activa y sin prejuicios al/la estudiante, expresar su preocupación,

- ofrecer ayuda y ser un continente para sus emociones.
- Evitar a dar consejos o criticar al/la estudiante, lo que puede provocar sentimientos de culpa que no lo ayuden. Siempre se debe considerar seriamente cualquier amenaza de suicidio
- Indicarle que además del apoyo que se le está dando, también es necesario contactar a su familia y buscar apoyo profesional en la red de salud.
- Señalar que sólo se informará a sus padres/apoderados sobre la presencia de señales de alerta de riesgo suicida y la necesidad de atención de salud, manteniendo la privacidad sobre información sensible que no quiera o tenga temor de compartir con ellos
- Es muy importante cuidar, en todo momento la confidencialidad y privacidad de la información entregada por el /la estudiante, tanto dentro del colegio como al informar a la familia. En el momento de informar a la familia, se debe informar sólo de las señales de alerta observadas y la necesidad de salud especializadas por el riesgo suicida, pero se debe resguardar información sensible entregada por el /la estudiante o que éste no quiera compartir (estudiantes LGTBI, embarazo, etc.). En este sentido, conviene utilizar intervenciones como la siguiente: “Yo no sé exactamente los que estás experimentando, me imagino que puede ser algo privado y de seguro muy doloroso. Nosotros queremos proteger tu vida, y para eso tenemos y queremos comunicar a tus papás tus pensamientos de hacerte daño. Pero lo que te está pasando más allá de eso y lo que quizá explica que te sientas tan desesperanzado/a, eso es algo que tú tienes que decidir hablar con tu familia, con alguien en el que confíes y con un profesional que te pueda ayudar”.
- Puede ocurrir que el estudiante rechace que se comunique a la familia sobre la situación y/o la derivación a la atención de salud, ante lo cual se debe reforzar la idea de la importancia de ambos pasos, resaltando que se contactará a las personas que lo puedan ayudar.
- Explicar al/la estudiante que en la atención de salud se le entregarán apoyo profesional, que le permitan buscar alternativas de solución frente a las dificultades que pueda presentar.
- La persona/s Encargada/s que realice este primer abordaje, debe siempre informar al Equipo de Convivencia en el caso de Riesgo, y al Rector de establecimiento en caso de Riesgo Medio o Alto, con el fin de que informe a la familia y realice seguimiento al primer contacto de ésta con la red de salud
- El Rector (o quien éste designe) del Establecimiento Escolar, debe explicar a la familia, que de acuerdo a la situación previsional del estudiante, solicite hora en el Centro Médico y/o Clínica o Consulta Particular en el que se atienda, o en el CESFAM que le corresponda.
- Si es necesario, y con autorización de los padres, apoyar el proceso de derivación a atención profesional, a través del contacto con el Centro de Salud y/o Clínica o Consulta, donde se atiende el estudiante, o con el

CESFAM, o si es posible.

- Entregar al padre/madre/apoderado una breve ficha de derivación a atención en salud (Ver Anexo 4 “Ficha de Derivación a atención en salud”).
- Para aquellos estudiantes con Riesgo Medio o Alto es fundamental asegurarse que se encuentren protegidos y alejados de posibles medios letales hasta que se consiga la ayuda.
- En caso de que el estudiante después de este primer abordaje, no se encuentre en condiciones de volver a clases por estar emocionalmente afectado, se debe contactar a sus padres para coordinar su retiro del establecimiento y medidas de protección en el hogar mientras se accede a la atención en salud.
- En caso de riesgo inminente se debe llevar a la persona al Servicio de Urgencias más cercano y comunicar paralelamente a los padres/apoderados.

4.- REALIZAR SEGUIMIENTO:

- Realizar el seguimiento del caso, asegurándose que el o la estudiante haya recibido la atención necesaria.
- Una vez que el o la estudiante esté de vuelta en clases se debe estar atento a nuevas señales, así como también a necesidades de mayor acompañamiento y cuidado.
- Seguir las recomendaciones de apoyo que sean entregadas por los/as profesionales de salud, a través de los apoderados o directamente.
- Preguntar directamente al /la estudiante y a los padres o apoderados como se encuentra el/la estudiante.
- La/s persona/s encargada/s debe llevar un registro de todos los casos que han sido detectados y derivados a la red de salud, realizando el seguimiento de estos.

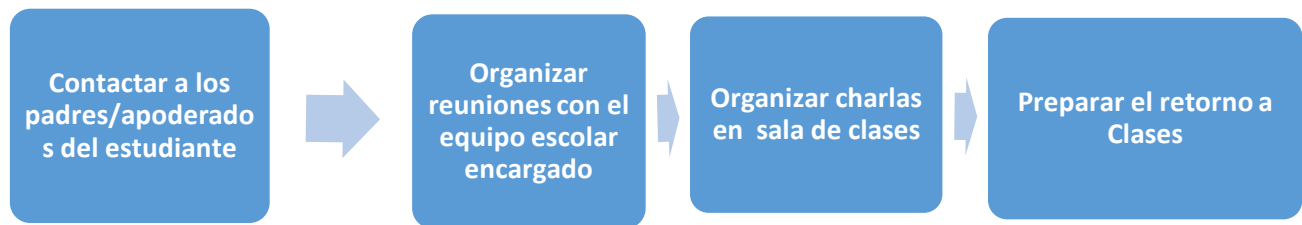
B.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN INTENTO DE SUICIDIO Y SUICIDIO CONSUMADO (POSTVENCIÓN)

- Se activará el uso del presente Protocolo en cada situación en que exista un intento de suicidio o un suicidio consumado en un/a estudiante, ya sea que éste ocurra dentro del establecimiento escolar, u ocurra fuera de él.
- El concepto de postvención, alude a todas las acciones que es necesario emprender con la comunidad educativa para:
 - Reducir o prevenir el riesgo de réplica del intento de suicidio o del suicidio consumado por parte de otros miembros de la comunidad educativa.
 - Facilitar una expresión saludable del dolor emocional causado en el caso de pérdida.
 - Identificar a estudiantes que se encuentren en potencial riesgo de presentar conducta suicida (MINSAL, 2019)
- Es importante tener en consideración que el efecto de contagio que puede producir el suicidio consumado en los restantes estudiantes de establecimiento escolar, no sólo puede ocurrir entre los pares más cercanos de quien cometió suicidio, sino que también en aquellos niños/as o adolescentes que perciben algún tipo de similitud con el/la niño/a o adolescente fallecido/a y, además, que tienen algún tipo de vulnerabilidad o factor de riesgo predisponente. De ahí la importancia de que cada establecimiento escolar maneje adecuadamente la información y comunicación de lo sucedido a la comunidad educativa y que los medios de comunicación no difundan masivamente noticias relativas a suicidios de niño/as o adolescentes.
- Cada establecimiento escolar dispondrá de un protocolo de actuación que incluyan dentro de sus procedimientos una guía de comunicación para hablar con las personas involucradas en las distintas situaciones: padres y apoderados, alumnos/as, personal del establecimiento escolar y medios de comunicación.
- Para la implementación de Protocolo se deberá conformar un equipo en el establecimiento escolar, coordinado por quien defina el Rector (puede ser la/s persona/s encargada del Protocolo de letra A) e integrado por los diferentes estamentos, tales como el Rector, los profesores, orientadores, asistentes de la educación, delegados de Salvaguarda, etc.
- Una primera estrategia preventiva que ha resultado ser efectiva para reducir la probabilidad de que existan intentos de suicidios o suicidios consumados son todas aquellas acciones orientadas a restringir el acceso a medios potencialmente letales. De esta manera, el establecimiento escolar puede contar dentro de su plan de seguridad con los siguientes aspectos (MINSAL, 2019):
 - Restringir el acceso y/o instalar vallas de protección en los tejados.
 - Asegurar las ventanas limitando la apertura o instalando bloqueos efectivos.

- Reducir las posibilidades de acceder a sustancias químicas o medicinas sin supervisión (en el laboratorio o botiquín, útiles de limpieza, entre otros).

- Se detallan a continuación, tanto los protocolos y pasos a seguir en casos de intento de suicidio por parte de un/a estudiante como los procedimientos a adoptar y pasos en situaciones de suicidios consumados.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y PASOS A SEGUIR FRENTE A INTENTO DE SUICIDIO POR PARTE DE UN /ESTUDIANTE:



1.- CONTACTAR A PADRES/APODERADOS Y ESTUDIANTES:

- Una vez que el equipo encargado que ha sido designado por el Rector/a del establecimiento escolar, tome conocimiento de un intento de suicidio en uno/a de sus estudiantes, deberá manifestar hacia la familia y estudiante su preocupación, apoyo y ofrecer ayuda.
- El equipo escolar encargado determinará conjuntamente, qué información será transmitida a los profesores y a los/as estudiantes, siempre contrastando la información que maneja el establecimiento escolar sobre lo ocurrido con la familia. La información que se transmita tiene que tener un objetivo educativo-preventivo, y en ningún caso de transmitir detalles que no sirvan a este fin.
- Identificar si hay elementos en el contexto escolar que generen problemas o si deberían ser cambiados (por ejemplo, bullying, presión escolar o discriminación) y que sean factores de riesgo de la conducta suicida.
- Se deberá preguntar a la familia del/a estudiante si la ayuda profesional de salud mental está disponible para éste/a. En el evento de que no esté disponible esta ayuda, ofrecer apoyo para contactarles con la red de apoyo en salud mental del establecimiento escolar.
- Será el equipo de salud mental que atiende al/la estudiante, quien tendrá el liderazgo respecto de las decisiones que se adopten con relación al él/ella y, en particular, de las decisiones que se adopten respecto de la relación que mantendrá el/la estudiante con el establecimiento escolar (suspensión por razones de salud, baja de carga académica, tiempo para el retorno, entre otros).
- Elegir a una persona del establecimiento escolar, pudiendo ser del equipo encargado de este Protocolo o bien la persona encargada del Protocolo letra A, para que pueda realizar un acompañamiento y seguimiento del/la estudiante en el establecimiento escolar y con la familia respecto de la atención de salud mental y que pueda mantener una coordinación y relación estrecha y permanente con el equipo de salud mental.
- Conversar con los padres/apoderados respecto de sus expectativas con relación al rol del establecimiento escolar y establecer claramente qué es posible realizar en el contexto escolar

y qué no, siempre privilegiando la opinión y decisiones del equipo de salud mental que atiende al/la estudiante.

2.- ORGANIZAR REUNIONES CON EL EQUIPO ESCOLAR ENCARGADO:

- Informar sobre lo sucedido a los docentes y asistentes de la educación del establecimiento escolar con el fin de contar con una versión única para comunicar a la comunidad educativa y evitar rumores.
- Mantener confidencialidad de información sensible sobre el estudiante y/o su familia (orientación sexual, embarazo, entre otros), cuidando el derecho a la privacidad de dicha información.
- Entregar información respecto de dónde pueden encontrar apoyo los/as estudiantes y/o profesores o asistentes de la educación, que se han visto más afectados con la situación de intento suicida.

3.- ORGANIZAR CHARLAS EN SALA DE CLASES:

- La información que se transmita en sala de clases debe tener un fin preventivo-educativo, sin dar detalles de la situación ocurrida.
- Tras la ocurrencia de un intento de algún miembro de la comunidad educativa, tan pronto sea posible se debe preparar una charla en el curso afectado, pudiéndose extender a otros cursos si se estima necesario. Previamente, se deberá informar a la familia, y al/la estudiante, sobre la importancia de esta acción para la prevención de nuevos estudiantes afectados.
- Se recomienda que esta charla sea realizada por el/la profesor/a jefe y apoyada por el equipo a cargo o un profesional que el Rector/a del establecimiento escolar designe para estos fines.
- Se deberá dar información general sobre la conducta suicida y a continuación conversar con los estudiantes de manera más específica respecto de la situación actual de intento de suicidio.
- Preguntar al/la estudiante afectado si prefiere asistir a la charla o no.
- Los cuatro puntos centrales que se deben abordar en la charla en sala de clases son:

PUNTOS CENTRALES	CÓMO ABORDARLOS
Contrarrestar rumores	- Dejar en claro que los rumores hacen daño y no ayudan a los/as estudiantes. - Preguntar a los/as estudiantes sobre lo que han oído y tratar de disipar los rumores. - Con el consentimiento de la familia y del/la estudiante afectado/a, se puede dar una información completa y correcta de lo ocurrido, pero sin dar detalles del medio utilizado o lugar, entre otros - Si el estudiante y sus padres lo permiten, hablar sobre su estado de salud actual y las formas de brindarle apoyo.
Dar información básica de la conducta suicida	- Informar que el suicidio es complejo y está causado por muchos factores de riesgo o tiene múltiples causas.

	- Informar que una de las causas es, la mayoría de la veces, problemas psicológicos a la base, tales como la depresión o el consumo de alcohol o drogas, sin estigmatizar al/la estudiante. - Informar que el suicidio no es la mejor alternativa de solución frente a los problemas y que tampoco es un acto heroico. - Informar que el suicidio se puede prevenir y como comunidad educativa podemos hacer mucho para ello y se puede ayudar a los /as estudiantes afectados/as.
Interactuar con los/as estudiantes	- Cuidando la confidencialidad de información sensible para el/los estudiantes, asegurar que exista un ambiente de confianza durante la conversación. - Hablar sobre la lealtad mal entendida. - Dar un tiempo para preguntas y la posibilidad de resolver algunas de ellas en privado. - Dar contención emocional en caso necesario. - En todo momento, considerar el punto de vista de los estudiantes, de manera que se pueda empezar desde sus creencias o necesidades.
Apoyar y derivar	- Hablar con los/as estudiantes sobre lo que se puede hacer cuando uno se siente triste, deprimido y/o desesperado, o lo que se puede hacer cuando un amigo o compañero de curso se siente de ese modo. - Ofrecer información a los/as estudiantes afectados sobre dónde pueden buscar apoyo en situaciones complejas, y con quién pueden hablar si lo necesitan. Esta acción también se puede realizar con otros cursos, en caso de que el establecimiento escolar lo estime necesario. - Derivar a los servicios de ayuda y preguntar si estarían dispuestos a ir a este tipo de servicios.

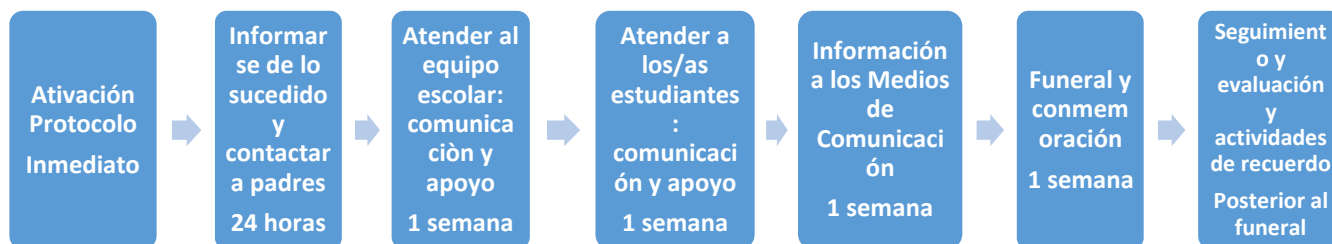
FUENTE: ADAPTACIÓN PROPIA ADAPTADO DESDE DUMON & PORTZKY, 2014, EN MINSAL, 2019.

4.- PREPARAR EL RETORNO A CLASES:

- El retorno a clases del/la estudiante afectado/a deberá ser una decisión dirigida y recomendada por el equipo de salud mental que atiende al estudiante, en la forma y los tiempos en que se realizará, si esto es recomendable o no, y el apoyo que debiese tener en el establecimiento escolar cuando ocurra el retorno. Es decir, ésta es una decisión eminentemente clínica y deberá hacerla el equipo de salud mental que atiende al/la estudiante en conjunto con su familia y con recomendaciones claras al establecimiento escolar.
- Si el equipo de salud así lo determina y dependiendo de cada caso en particular, el retorno a las clases y a las rutinas habituales serán un componente vital del proceso de recuperación del/la estudiante, siempre y cuando no existan en el contexto escolar, factores de riesgo no abordados que pudieran dificultar este proceso.
- El retorno al establecimiento escolar debe ser una decisión clínica del equipo de salud mental y la familia del /a estudiante, quienes deberán coordinarse y sostener reuniones previas con el encargado designado (o persona encargada), los profesores y el estudiante, y en conjunto acordar los apoyos que necesitará para que su regreso sea confortable (ej. parcelar calendarios de evaluaciones pendientes, definir a quien recurrir en caso de crisis o malestar, etc.).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y PASOS A SEGUIR TRAS EL SUICIDIO CONSUMADO DE UN /A ESTUDIANTE (Fuente: MINSAL, 2019):

Se muestran a continuación los siete pasos que se recomienda se sigan tras una muerte por suicidio consumado de un/a estudiante:



PASO 1: ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO:

- El Rector (o quien éste designe) del establecimiento escolar debe coordinar la activación del Protocolo de forma inmediata y convocar a una primera reunión con los actores relevantes, reunión a la que deberán asistir las siguientes personas: Rector/a, profesores/as del/la estudiante, el encargado de convivencia y su equipo, delegado de Salvaguarda y el personal administrativo.

PASO 2: INFORMARSE DE LO SUCEDIDO Y CONTACTAR A LOS PADRES

- El Rector del establecimiento escolar o quien éste designe debe primero verificar y estar seguro de la causa de la muerte del/a estudiante, a través de la información oficial de los padres.
- Se debe ofrecer a la familia ayuda de parte del establecimiento educacional en todos los ámbitos que se requiera (emocional, material, gastos, etc). La familia puede tener hermanos/as del estudiante que ha consumado el suicidio, por lo que es importante, además, ofrecer los apoyos que sean necesarios respecto de ellos también.
- La información sobre la causa de la muerte no debe ser informada a la comunidad educativa hasta que la familia haya sido consultada sobre la información oficial. Si aún no existe claridad de lo sucedido, la Dirección o encargado designado debe informar que la situación está siendo evaluada y que será comunicado tan pronto como haya más información.
- Transmitir a los estudiantes y sus familias que los rumores que puedan circular pueden ser profundamente hirientes e injustos para la persona fallecida, su familia y amigos, y que incluso pueden ser información errónea o imprecisa.
- Si la muerte ha sido declarada como un suicidio, pero la familia no quiere divulgarlo, se debe designar a un miembro del equipo escolar que tenga mejor relación con la familia para ponerse en contacto con ella con el objetivo de informarles que, dada la información que probablemente ya circula entre los estudiantes sobre lo ocurrido, el establecimiento educacional dispondrá de miembros del equipo formados en el tema para que traten el tema con la comunidad escolar, específicamente sobre el suicidio y sus causas. Se debe enfatizar a la familia que esto es muy importante para ayudar a mantener al resto de estudiantes a salvo de posibles conductas de imitación.
- En el corto plazo, se deben resolver los temas administrativos pendientes entre el

establecimiento educacional y la familia del/la estudiante de manera de asegurarse que la familia no vuelva a ser contactada por el establecimiento salvo en casos estrictamente necesarios. Ejemplo de esto es la entrega de sus materiales y pertenencias presentes en el establecimiento, detener las cobranzas de mensualidad, o notificaciones por correo electrónico de reuniones y/o informativos, entre otros.

PASO 3: ATENDER AL EQUIPO ESCOLAR: COMUNICACIÓN Y APOYO

- Tan pronto como sea posible, organizar una reunión con los docentes y asistentes de la educación del establecimiento educacional, en la que se comuniquen los hechos con claridad y los pasos a seguir.
- También es importante informar al equipo escolar acerca de dónde pueden conseguir apoyo psicológico, si lo necesitan. También se puede gestionar apoyo para el equipo escolar a través de la red de apoyo con la que cuenta la escuela.
- Se debe tener en cuenta que situaciones tan complejas como estas pueden impactar seriamente tanto a docentes, asistentes de la educación como al equipo directivo del establecimiento.

PASO 4: ATENDER A LOS/AS ESTUDIANTES Y PADRES/APODERADOS: COMUNICACIÓN Y APOYO

- Los establecimientos educacionales deben cuidar a sus estudiantes, aspecto fundamental para la postvención, favoreciendo el proceso de duelo y reduciendo los riesgos de conductas imitativas, especialmente aquellos que presentan una mayor vulnerabilidad.
- Ofrecer a los y las estudiantes la oportunidad para expresar sus emociones y entregarles información sobre estrategias saludables para manejarlas.
- Informar a los y las estudiantes sobre cómo conseguir ayuda y apoyo, tanto en el establecimiento educacional como fuera de éste, especialmente aquellos que presentan una mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico.
 - Lo más pronto posible y una vez realizada la reunión con el equipo escolar, los profesores deben preparar una charla en clase.
 - Promover entre los docentes y los asistentes de educación la disposición para identificar estudiantes que puedan estar imitando la conducta del estudiante fallecido y quienes pueden tener un riesgo incrementado de cometer un intento de suicidio (de acuerdo a sección Señales de Alerta y Factores de Riesgo, como problemas de salud mental).
 - Especialmente tener en cuenta a estudiantes más vulnerables, como por ejemplo los amigos cercanos, pero también a otros compañeros con quienes el/la estudiante pudiera haber tenido conflictos.
 - Los padres y apoderados de la comunidad escolar son figuras fundamentales dentro de la prevención. Se sugiere enviarles una nota informativa que dé cuenta del incidente (sin detalles de método o lugar) y, sobre todo, informe sobre los posibles riesgos y las opciones de apoyo disponibles para sus hijos e hijas.
 - Si es posible, realizar una charla con padres /apoderados más cercanos al estudiante, o bien, que estén interesados, para que conozcan cuál es el curso normal de un duelo en estos casos en sus hijos/as y qué conductas podrían ser más indicativas de un duelo no normal y conocer señales directas e indirectas de riesgo suicidio o de problemas de salud mental.

- Los mismos cuatro puntos centrales, nombrados anteriormente a propósito del intento suicida, se deben abordar en la charla en sala de clases:

PUNTOS CENTRALES	CÓMO ABORDARLOS
Contrarrestar rumores	- Dejar en claro que los rumores hacen daño y no ayudan a los/as estudiantes. - Preguntar a los/as estudiantes sobre lo que han oído y tratar de disipar los rumores. - Una vez que se tenga claridad de la información y se ha contactado a la familia informando de la importancia de esta charla a los/as estudiantes, se puede dar una información completa y correcta de lo ocurrido, pero sin dar detalles del medio utilizado o lugar, entre otros
Dar información básica de la conducta suicida	- Informar que el suicidio es complejo y está causado por muchos factores de riesgo o tiene múltiples causas y que una de las más importantes es, la mayoría de las veces, problemas psicológicos a la base, tales como la depresión o el consumo de alcohol o drogas. - Informar que el suicidio no es la mejor alternativa de solución frente a los problemas y que tampoco es un acto heroico. - Informar que el suicidio se puede prevenir conociendo cuáles son las señales de alerta y pidiendo ayuda especializada cuando se requiere.
Interactuar con los/as estudiantes	- Asegurar que exista un ambiente de confianza durante la conversación. - Hablar sobre la lealtad y/o el heroísmo mal entendidos. - Dar un tiempo para preguntas y la posibilidad de resolver algunas de ellas en privado. - Dar contención emocional y permitir la expresión de emociones, en ocasiones contradictorias que se presentan en estas situaciones. - En todo momento, considerar el punto de vista de los estudiantes, de manera que se pueda empezar desde sus creencias, necesidades y emociones.
Apoyar y derivar	- Hablar con los/as estudiantes sobre lo que se puede hacer cuando uno se siente triste, deprimido y/o desesperado, y cómo apoyar a compañeros/as se sienta de este modo. - Ofrecer información a los/as estudiantes más afectados sobre dónde pueden buscar apoyo en situaciones complejas, y con quién pueden hablar si lo necesitan. Esta acción también se puede realizar con otros cursos, en caso de que el establecimiento escolar lo estime necesario. - Derivar a los servicios de ayuda cuando se estime pertinente y preguntar si estarían dispuestos a ir a este tipo de servicios.

FUENTE: ADAPTACIÓN PROPIA ADAPTADO DESDE DUMON & PORTZKY, 2014, EN MINSAL, 2019.

PASO 5: INFORMACIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Sólo en caso de que los medios de comunicación tomen contacto con el establecimiento educacional o con algunos de los actores de la comunidad educativa, se debe preparar un comunicado dirigido a los medios y designar a un portavoz de la institución.
- El establecimiento educacional no debe iniciar el contacto con los medios de comunicación.
- Se debe advertir a todo el equipo escolar del establecimiento que sólo el portavoz está autorizado para hablar con los medios.

- Aconsejar a los y las estudiantes que eviten entrevistas con los medios de comunicación.
- El portavoz debe ser consciente tanto de los efectos dañinos que la información sobre el suicidio puede tener, la importancia de no dramatizar el hecho, de no mencionar el método o el lugar del acto suicida, así como también de transmitir esperanza y derivar a líneas de ayuda.

PASO 6: FUNERAL Y CONMEMORACIÓN

- Según sean los deseos y consentimiento de la familia, se puede ayudar a difundir la información sobre el funeral a estudiantes, padres y apoderados, y equipo escolar, así como también autorizar la asistencia de estudiantes a los ritos que ocurran en horario escolar (velorio, funeral).
- En caso de que se decida como comunidad educativa asistir al funeral, es conveniente preparar con el equipo de convivencia escolar cómo se apoyará a los estudiantes mientras dure, y al mismo tiempo que recomendar a los padres acompañen a sus hijos e hijas al mismo.
- Cuando la comunidad educativa sienta la necesidad de realizar acciones de conmemoración, es fundamental hacerlo de un modo tal que no genere riesgo de imitación de la conducta suicida entre aquellos estudiantes que puedan presentar riesgo.
- Los establecimientos educacionales deben realizar un esfuerzo de tratar todas las muertes de la misma forma, esto es, lamentar la pérdida de un miembro de la comunidad educativa sin discriminar en la causa de muerte.
- Se puede y es recomendable desde el punto de vista de la salud mental de la comunidad educativa, realizar rituales y acciones conmemorativas a largo plazo, las que tienen un efecto positivo y menos riesgos de contagio asociadas. Puede realizarse un acto conmemorativo después de un año de la muerte del/la estudiante con toda la comunidad educativa, o bien, enviar una carta a los padres un año después del incidente.
- Se recomienda evitar memoriales, animitas o actividades que muestren al estudiante como una figura heroica o como un modelo a seguir.
- Se puede utilizar las redes sociales tales como WhatsApp, Instagram, Facebook y Twitter, como una herramienta estratégica en la respuesta del establecimiento escolar después del suicidio/consumado de uno/a estudiantes. Con este fin, “se puede aprovechar la colaboración de algunos estudiantes que ejercen liderazgo en los medios y así monitorear la influencia de los mensajes circulantes en los estudiantes, al mismo tiempo que favorecer que éstos sean seguros, ofrezcan apoyo a estudiantes que se han visto muy afectados, y se pueda identificar y responder oportunamente a quienes pudieran estar en riesgo” (MNSAL; 2019). En este mismo contexto, tanto el establecimiento escolar como los padres/apoderados deben entregar a los/as estudiantes recomendaciones sobre el uso de las redes sociales en estas situaciones, específicamente sobre qué información publicar y cuál evitar.

PASO 7: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- El equipo a cargo de la implementación del protocolo, debe realizar seguimiento y evaluación de las acciones realizadas, aprender de los obstáculos y adaptar los procedimientos

VI.- COORDINACIÓN Y ACCESO A LA RED DE SALUD

Todas las acciones promocionales y preventivas de la conducta suicida en estudiantes, incluidos los Protocolos de Actuación en Riesgo Suicida y en Intento y Suicidio Consumado, en establecimientos escolares, establecidas en la presente OTAE, implican la coordinación y apoyo de la red de salud, y espacialmente de Salud Mental, ya sea que el/la estudiante se atienda en el sistema privado o público de salud.

A nivel de la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio releva la respuesta y coordinación para la prevención de la conducta suicida, donde a través de la SEREMI de Salud se lidera un Plan Regional que involucra la participación de toda la red asistencial y también del intersector (MINSAL, 2013). Particularmente con el sector Educación, este Plan Regional debe ser consensuado y coordinado con la gestión liderada desde la SEREMI de Educación en torno al Modelo de Gestión Intersectorial.

Por lo tanto, es la SEREMI de Salud, en conjunto con el o los Servicio/s de Salud de su jurisdicción, los que deben coordinar y desarrollar procedimientos y definir a responsabilidad de cada cual para entregar apoyo a los establecimientos educacionales y a los centros de salud del territorio frente a las diversas situaciones relacionadas con la conducta suicida, por ejemplo: protocolos para la derivación de casos, apoyo para capacitaciones o charlas, acciones tras un intento suicida o cuando ha ocurrido un suicidio, no solo sobre el caso específico, sino a modo de postvención en toda la comunidad escolar.

Respecto de esta Coordinación, y en el caso de los establecimientos escolares de la Red de colegio Cognita Chile, es necesario considerar lo siguiente:

- La mayoría de los/as estudiantes de un establecimiento educacional reciben atención en centros de salud privados como centros médicos, consultas particulares o Clínicas. Muy pocos se atienden en el sistema público a través de los CESFAM. Por ello, se debe contar con información precisa para entregar a los/as padres y apoderados cuando se realicen las derivaciones correspondientes a atención de salud mental. Para ello se puede contar con un catastro de atención de salud mental por cada establecimiento escolar dependiendo de cada realidad territorial.
- En el ámbito privado, existen varias Clínicas que cuentan con Programas especializados para adolescentes, y en particular, de atención de salud mental.
- Todos los centros de salud pública que están en la Atención Primaria de Salud brindan atención a niños, niñas y adolescentes, existiendo incluso en algunas comunas atención de salud diferenciada y equipos especializados para la atención integral de adolescentes, llamados Espacios Amigable
- Tener siempre en cuenta que la entrada al Sistema Público de Salud es a través de los Centros de Atención Primaria (CESFAM, CECOF, consultorios, etc.), donde se realiza la evaluación del caso y se derivará en caso de ser necesario a un nivel de mayor complejidad.
- Para el sistema privado, dependerá del centro de elección de los padres y apoderados.
- SE debe destacar que para ambos tipos de atención (tanto en el sistema público como privado) existen trastornos psiquiátricos que son AUGE o GES (Garantías

Explícitas en Salud), tales como la Depresión a partir de los 15 años de edad, la Esquizofrenia, el Consumo perjudicial de drogas y alcohol en menores de 20 años, entre otras.

Para casos de detección de Riesgo de Suicidio Medio o Alto se recomienda:

- 1.- La ficha de derivación (en anexo 4) es una herramienta que puede facilitar la atención y comprensión del caso por parte del equipo de salud, por lo que es recomendable acompañarla a cualquier derivación que realice el colegio frente a la detección de riesgo
- 2.- Aquellos estudiantes que se atienden en el sistema privado de salud, deben recibir atención en el establecimiento privado en que los padres o cuidadores estimen conveniente.
- 3.- En aquellos casos en que se ha detectado riesgo medio o alto, y no exista disponibilidad de atención en el marco de tiempo definido en el centro de atención de preferencia del/la estudiante (Riesgo Medio: dentro de la semana, Riesgo Alto: dentro del mismo día), el colegio puede recomendar la derivación a un centro de atención de salud mental dentro de los que el colegio ha catastrado dentro de su ámbito territorial y dependiendo del sistema previsional del/la estudiante (Clínicas, Centros Médicos, Consultas Particulares, Universidades, etc.).
- 4.- En los casos de riesgo alto en que el Centro de Salud se encuentre fuera del horario de atención, refiera al estudiante al SAPU o Centro de Urgencia más cercano.
- 5.- Es posible que existan estudiantes detectados en riesgo que ya estén siendo atendidos en salud mental. Para estos casos, la coordinación entre equipo de salud y el establecimiento es muy importante para lograr una intervención articulada para que se transmita información y recomendaciones en el manejo del caso en pro de su proceso de recuperación.
- 6.- Dado que la información relativa a las atenciones en salud de cualquier estudiante es información sensible y por lo tanto debe resguardarse su privacidad, todo traspaso de información desde el equipo de salud hacia el establecimiento educacional debe ser autorizada por el padre/madre o cuidador responsable del estudiante (Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes). En este sentido, el cuidador responsable debe autorizar la vía de comunicación que definan el establecimiento educacional y el equipo tratante del centro de salud (MINSAL, 2019).
- 7.- Para casos de intentos de suicidio ocurridos al interior del establecimiento escolar, identificar el Servicio de Urgencia más cercano al establecimiento educacional, teniendo a disposición los números de teléfonos y personas de referencia. De acuerdo a la ley 19.650, más conocida como Ley de Urgencia, se introdujo una norma que garantiza a las personas que están en una condición de Urgencia Vital, es decir, que necesitan una atención médica inmediata e impostergable por estar en riesgo la vida, o que están en riesgo de una secuela funcional grave-ser atendidas en el centro asistencial más cercano al lugar donde se encuentran, o en cualquier otro establecimiento, sea éste un hospital o clínica.

ANEXOS

ANEXO 1

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESCOLARES
FACTORES DE RIESGO PERSONALES
• Psicopatología o Trastorno Psiquiátrico: Los trastornos mentales son uno de los factores de riesgo más importantes para la comisión de suicidio. En la infancia y adolescencia existe una alta prevalencia de trastornos mentales, los que pueden perdurar en la adultez, si no son tratados. Según un estudio de prevalencia de De la Barra y cols. (2012), alrededor de 22,5 % de los niños/as y adolescentes chilenos, presenta algún tipo de trastorno mental. Algunos de los más relevantes asociados a conducta suicida son: depresión, esquizofrenia, abuso de alcohol y otras sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad (límitrofe, antisocial, dependiente): 90% de los adolescentes suicidas presentaba un trastorno psiquiátrico al momento de suicidarse y más del 50% presentó un trastorno mental en los dos años previos (Shaffer & Pfeffer, 2001; Steele & Doey, 2007, en MINSAL 2019). En la presente OTAE se desarrollan tanto acciones promocionales y preventivas de salud mental, como asimismo de detección de señales de alerta y de riesgo suicida en estudiantes. • Ideación suicida persistente. • Intentos de Suicidio Previos: A mayor cantidad de intentos previos, a mayor gravedad de los mismos y a mayor ocultamiento, mayor riesgo (OPS & OMS, 2014, en MISAL, 2019). El intento de suicidio es un fuerte predictor de suicidio consumado, sobre todo dentro de los 6 meses siguientes al primer intento (OPS, 2003), dando un riesgo particularmente alto para los niños y menos elevado para las niñas. Alrededor de un tercio de las personas que han cometido suicidio han tenido un intento de suicidio previo conocido. En la presente OTAE se desarrollan procedimientos específicos y acciones de apoyo que debe desarrollar el establecimiento escolar cuando ocurren situaciones de intento de suicidio en estudiantes. • Conductas autolesivas: Autolesiones físicas, por lo general cortes, quemaduras, rasguños, etc. Como se señaló en la definición del espectro de la conducta suicida, estas conductas consisten en actos intencionales de daño al propio cuerpo sin una intención clara de acabar con la propia vida, pero sí de aliviar el dolor psíquico. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones importantes, provocar lesiones o provocar la muerte de manera no intencional (Manitoba's Youth Suicide Prevention Strategy & Team, 2014; OPS & OMS, 2014, en MINSAL 2019). Estas conductas, que se presentan frecuentemente en la adolescencia, son manifestaciones de problemas de salud mental o trastornos psiquiátricos, y son un factor de riesgo relevante para la conducta suicida. No deben minimizarse, porque también pueden provocar lesiones graves o la muerte. La presente OTAE también contempla procedimientos específicos en este tipo de conductas • Desesperanza/estilo cognitivo pesimista • Baja autoestima y la escasa habilidad de resolución de problemas, con enfrentamiento evitativo y pasivo o agresivo e impulsivo. • Problemas de comunicación o de habilidades sociales.

- Personalidad introvertida, baja tolerancia a la incertidumbre.
- Elevada auto-exigencia personal, perfeccionismo.
- Sentimientos de fracaso personal, no cumple con las expectativas que se tienen de él/ella; sentimientos de inferioridad; sentirse una carga.
- Sentimientos de indefensión y desesperanza frente a la vida y su futuro.
- Altos niveles de impulsividad, baja tolerancia a la frustración.
- Problemas de identidad relativos a la orientación sexual e inconformismo de género.
- Acontecimientos vitales estresantes (quiebres, duelos).
- Suicidio de un par o referente significativo.
- Discapacidad y/o problemas de salud crónicos.

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

- Antecedentes familiares de suicidio: el suicidio juvenil es 5 veces más alto cuando existe una madre con suicidio consumado en la historia vital del joven y 2 veces más frecuente cuando existe un padre con suicidio consumado.
- Abuso de alcohol o drogas en la familia.
- Psicopatología de los padres.
- Peleas frecuentes o violencia dentro del entorno familiar.
- Disfunción familiar severa: falta de empatía, escaso compromiso, carencia de cuidados y atención al niño o adolescente.
- Falta de tiempo para escuchar y tratar problemas emocionales en el seno familiar.
- Rigidez familiar. Ningún miembro puede apartarse de lo estrictamente admitido como normal dentro del grupo familiar. (p.ej. heterosexualidad).
- Familia con altos niveles de exigencia y perfeccionismo.
- Excesivas demandas por parte de los padres, tanto académicas como de comportamiento
- Subestimar el malestar emocional de los adolescentes.
- Eventos estresantes en la familia.
- Desestructuración o cambios significativos.
- Las relaciones dañadas en la familia, con predominio de hostilidad, rechazo y críticas al adolescente o desinterés por sus problemas y familias en las que predominan altos niveles de estrés y conflicto se asocian a un aumento de riesgo de conducta suicida en adolescentes. (Gould et al, 2003; Ulloa, 1994; Pfeffer, 1985; Cruz y Roa, 2005)
- “El estrés familiar es el factor medioambiental más importante asociado con la conducta suicida en niños y adolescentes” (Cruz y Roa, 2005).

Características familiares del adolescente que intenta suicidarse

- Familia con falta de empatía, escaso compromiso y dificultades en el funcionamiento de los subsistemas que la conforman.
- Existen vinculaciones afectivas inestables o desapegadas, inconsistencia en el establecimiento de límites y normas.
- Puede haber violencia familiar, procesos de separación y falta de reconocimiento recíproco.
- Sus miembros con frecuencia, presentan trastornos psiquiátricos o alcoholismo y drogadicción.
- Falta de solidaridad, rechazante o compuesta por individuos excesivamente individualistas.
- El entorno del paciente puede tener privación social significativa, red de apoyo restringida o inefectiva para contener las conductas impulsivas.

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

- Ausencia/ Pérdida de una red social de apoyo: Bajo apoyo social. Aislamiento social.

- Rechazo o marginación por parte de iguales.
- Discriminación (LGBTI, pueblos indígenas, migrantes, etc.):
- **Con respecto a los pueblos indígenas, la pertenencia a estas culturas**, en Chile, está muy asociado a discriminación y a conflictos de identidad psicosocial. “La realidad país indica que la población indígena -especialmente la población más joven- presenta mayor riesgo suicida y mortalidad por suicidio en comparación con la población no indígena (MINSAL, 2019).
 - **Con respecto a las personas en situación de migración:** De acuerdo a la OPS y OMS (2014), el proceso de desplazamiento y adaptación a una nueva cultura, implica un riesgo de conducta suicida, lo que se hace muy evidente en el sistema educativo en el que existen “barreras para la inclusión de esta población (Superintendencia de Educación, 2016, en MINSAL, 2019)
 - **Con respecto a los/as adolescentes Lesbianas, Gays, Bisexuales. Trans o Intersex (LGBTI)**, la evidencia indica que tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental en general y, en particular, conductas suicidas, especialmente debido a que tienen una mayor probabilidad de sufrir discriminación, victimización y exclusión social. “Los datos dan cuenta que un 94,8% de estudiantes LGBT han escuchado comentarios discriminatorios en la escuela, el 59,9% de los estudiantes señala haber escuchado estos comentarios desde el personal de la escuela, no solamente de sus compañeros. Mientras que un 62,9% fue acosado verbalmente en el espacio escolar por su orientación sexual (Infante, Berger, Dantas, & Sandoval, 2016, en MINSAL, 2019).
- Presencia de acontecimientos vitales negativos.
- Ante la presencia de acontecimientos altamente estresantes, se puede reactivar el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono. — Algunos eventos estresantes varían según la edad: los conflictos entre padres e hijos actuarían como factores precipitantes más frecuentes en adolescentes menores y las dificultades de pareja, en los adolescentes más tardíos.
- Muerte o pérdida de una persona querida.
- Ruptura de pareja.
- Problemas familiares, con los iguales y/o con la pareja
- Víctimas de abusos sexuales, maltrato físico o psicológico, reciente o en la infancia. Existe la asociación entre maltrato físico en la niñez y el aumento de riesgo de conducta suicida en adolescencia tardía y adultez temprana (Gould et al, 2003) El abuso sexual cometido en la infancia es un elemento significativamente asociado con aumento de riesgo de conductas suicidas en adolescentes (OPS, 2003). Entre el 15% y 20% de las niñas que intentan suicidio tienen una historia de abuso sexual (Shaffer et al, (2001)
- Difusión inapropiada de suicidios en los medios de comunicación y redes sociales. Efecto de contagio o imitación: impacto de los medios de comunicación como influencia en adolescentes.
- Leyes y normas de la comunidad favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego, etc. No regulación de uso de medicamentos.
- Desorganización y/o conflictos comunitarios.
- Acceso a métodos letales
- Antecedentes de suicidio en personas cercanas o referentes sociales (medios de comunicación).
- Barreras de acceso a atención en salud.

- Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayuda.

FACTORES DE RIESGO DEL ENTORNO ESCOLAR

- Sufrir acoso escolar, Bullying y/o Cyberbullying: La evidencia demuestra que el acoso escolar provoca problemas de salud mental y aumenta la vulnerabilidad en aquellos estudiantes con presencia de factores de riesgo de conducta suicida (ej. Con presencia de trastorno mental, experiencias de estrés, disfunción familiar, etc.). Por estas razones, el acoso escolar no puede ser ignorado dentro de cualquier estrategia preventiva, sobre todo en el espacio escolar (Centers for Disease Control and Prevention, Klomek, Sourander, & Gould, 2010; Manitoba's Youth Suicide Prevention Strategy & Team, 2014; Moore et al., 2017; 2014; SAMHSA, 2012, en MINSAL, 2019).
- Sentirse rechazado por ser diferente (físicamente, por identidad sexual, por raza...)
- Altos niveles de exigencia académica.
- La estigmatización del alumno después de un intento de suicidio, por desconocimiento de cómo actuar.
- Confusión por parte del adulto debido a la ambivalencia del joven entre aceptar o rechazar la ayuda que se le ofrece.
- Rechazo, debido a la incomodidad y angustia que puede llegar a generar en el adulto la conducta suicida del joven.
- Problemas de rendimiento y disciplina: de acuerdo a la evidencia, la presencia de situaciones como bajo rendimiento escolar, fracaso escolar, repitencia, sanciones disciplinarias como la expulsión, asociado a factores de riesgo, tales como estilo autoritario de los padres y reacciones negativas de los mismos ante estas dificultades, son factores de riesgo precipitantes para la conducta suicida en niños/as y adolescentes. De acuerdo a la Superintendencia de Educación (2017, en MINSAL 2019), el establecimiento escolar puede hacer mucho para prevenir estos factores, haciendo un acompañamiento continuo y oportuno de los/as estudiantes en estas situaciones.
- Prácticas educativas severas o arbitrarias.

Fuente: MINSAL 2013; MINSAL, 2019; Capacitación "Prevención de Conducta Suicida en Niños, Niñas y Adolescentes a partir del Sistema Escolar", Red Colegio Manquecura -Pumahue. Cognita Chile. 23 y 24 de Agosto de 2019.

ANEXO 2

PAUTA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE RIESGO SUICIDA (Cartilla para el Entrevistador):

Formule las preguntas 1 y 2	Último mes	
	SÍ	NO
1) ¿Has deseado estar muerto(a) o poder dormirte y no despertar? La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerta o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormida y no despertar.		
2) ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte? Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/ suicidarse (por ejemplo, "He pensado en suicidarme") sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan).		
Si la respuesta es "SÍ" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6 Si la respuesta es "NO" continúe a la pregunta 6		
3) ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo? El o la estudiante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método, pues en este caso existe la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico. Incluye también respuestas del tipo: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".		
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el o la estudiante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de ideas suicidas sin intención en respuestas como "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan? Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el o la estudiante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.		
Siempre realice la pregunta 6		
6) ¿Algúnavez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida? Pregunta de conducta suicida: Ejemplos: ¿Has juntado medicamentos/remedios, obtenido un arma, regalado cosas de valor, escrito un testamento o carta de suicidio?, ¿has sacado remedios del frasco o caja, pero no las has tragado, agarrado un arma pero has cambiado de idea de usarla o alguien te la ha quitado de tus manos, subido al techo pero no has saltado al vacío?; o ¿realmente has tomado remedios, has tratado de dispararte con un arma, te has cortado con intención suicida, has tratado de colgarte, etc.?. Si la respuesta es "SI": ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?	Alguna vez en la vida	
	En los últimos 3 meses	

Fuente: Pauta elaborada a partir de COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS).
 Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez 2017, en MINSAL, 2019.

ANEXO 3

RECOMENDACIONES PARA ENTREGAR A LA FAMILIA FRENTE A LA DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES (Adaptado desde Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental & Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, 2011; EN MINSAL, 2019)

Cuando los padres/ apoderados son contactados por la presencia de riesgo suicida de su hijo/ hija, se sugiere que el Director o quien este designe, recomiende seguir las siguientes estrategias preventivas, sobre todo en el intertanto que consigue ayuda profesional:

ESTRATEGIA 1

TENER DISPONIBLES TELÉFONOS DE EMERGENCIA O AYUDA:

- Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) 131
- Salud Responde 600 360 77 77: dispone de psicólogos de emergencias para el apoyo.
- Fono Infancia 800 200 818: orientación por profesionales psicólogos en temáticas de infancia y adolescencia.
- Fundación Todo Mejora: prevención del suicidio adolescente y bullying homofóbico a jóvenes LGBT. A través de chat del fanpage todomejora.org, bajando aplicación en celular o vía mail a apoyo@todomejora.org.
- Acudir a Urgencias del Centro de Atención Primaria, Hospital o Clínica más cercanos.
- Informar a las personas más cercanas de la situación que está atravesando su hijo o hija y de la importancia de darle apoyo.

ESTRATEGIA 2

LIMITAR EL ACCESO A MEDIOS LETALES

- Las personas tienden a utilizar medios letales más accesibles y conocidos. Si ya ha existido un intento previo, es posible que se utilice un método más letal.
- Retirar de su entorno todo tipo de material posible de ser utilizado con finalidad suicida.
- La ingesta de medicamentos es uno de los medios más utilizados en los intentos suicidas, por lo que se debe controlar el acceso a éstos y nunca tomar más medicación que la indicada por el médico.

ESTRATEGIA 3

NO DEJARLO/A SOLO/A: INVOLUCRAR A FAMILIARES Y AMIGOS CON SUPERVISIÓN 24/7

El aislamiento no permite a su hijo o hija la oportunidad para expresar su estado emocional y además lo priva de la comprensión y el cuidado que podrían recibir de la familia y los amigos.

- No dejar solo a su hijo o hija.
- Acompañar manteniendo un contacto emocional cálido, sin ser invasivos, atender las posibles señales críticas, transmitir esperanza frente al tratamiento y evitar conflictos innecesarios.
- En caso de hospitalización, posterior a ésta siempre mantener el seguimiento a través de controles ambulatorios, considerando que muchos suicidios ocurren en una fase de mejoría. Recordar que los pensamientos suicidas pueden reaparecer, aunque no son permanentes y en muchos casos no vuelven a reproducirse.

ESTRATEGIA 4

MEJORAR LAS HABILIDADES: PREGUNTAR Y ESCUCHAR

Preguntar a su hijo o hija sobre la presencia de ideas suicidas no aumenta el riesgo de desencadenar este tipo de acto y es el momento para seguir las siguientes acciones preventivas:

- No juzgar ni reprochar su manera de pensar o actuar.
- Considerar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no ser sarcásticos, desafiantes, ni minimizar sus ideas.
- No entrar en pánico.
- Mantener una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, el estudiante está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
- Utilizar frases amables y mantener una conducta de respeto (por ejemplo: “Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte”).
- Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor.
- Preguntar sobre los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y proponer alternativas de solución o entregar apoyo emocional si ya no las hay.
- Mantenerse atento a las señales de alerta.

ESTRATEGIA 5

AUTOCUIDADO DE LA FAMILIA Y EL ENTORNO

No se puede dejar a un lado el cuidado de la familia o entorno del estudiante con riesgo suicida, durante todo el proceso de ayuda.

- Considerar que acompañar a su hijo o hija y realizar todas las estrategias preventivas puede implicar una gran carga emocional para usted y su familia.
- Es posible que no pueda acompañar a su hijo o hija las 24 horas del día. Tenga claridad de que no es su rol adoptar el papel de los profesionales de la salud.
- De ser necesario, considere solicitar ayuda especializada para usted y el entorno más cercano de su hijo o hija.

ANEXO 4

FICHA DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN DE SALUD (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA O CONSULTA EN CENTRO DE SALUD/CLÍNICA O CONSULTA PARTICULAR)

1. Antecedentes Establecimiento Educacional

Fecha	
Establecimiento Educacional	
Nombre y cargo profesional de referencia	
Correo electrónico y teléfono de contacto del profesional de referencia	

2.- Antecedentes Estudiante

Nombre	
Rut	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Escolaridad	
Adulto responsable	
Teléfono de contacto	
Dirección	

3.-Motivos por el cual se deriva a Centro de Atención Primaria o Consulta en Centro de Salud/ Clínica o Consulta Particular: (Si existe Riesgo de Conducta Suicida señalar si el riesgo es Medio o Alto) :

--

4.- Acciones realizadas por el Establecimiento Educacional:

--

ANEXO 5

¿Cuáles son las señales de alerta para la detección de posibles problemas de salud mental en estudiantes? (MINSAL, 2019)

Tanto los padres en el hogar, como los profesores y asistentes de la educación en el establecimiento, pueden detectar conductas que indicarían posible presencia de un problema de salud mental en niños, niñas y adolescentes, y que hacen necesaria la búsqueda de ayuda profesional.

Algunas de ellas son:

- Dificultades en el aprendizaje y rendimiento escolar: retraso en aprender a leer y escribir, bajo rendimiento o descenso en las notas, baja atención y concentración, dificultades para entender instrucciones y/o para concluir tareas y actividades.
- Dificultades en el autocuidado y autonomía (por ejemplo, vestirse y bañarse solo, cuidado de sus pertenencias, evitación de riesgos, etc.)
- Dificultad para la interacción social y para adaptarse a los cambios.
- Actividad excesiva, corporal o verbal.
- Impulsividad excesiva que le lleva a hacer cosas sin reflexionar.
- Rabieta, oposicionismo o rebeldía repetida y continua.
- Cambios súbitos en la conducta o en las relaciones con sus compañeros, incluidos el aislamiento y la ira.
- Síntomas físicos recurrentes y de causa desconocida (por ejemplo, dolor de estómago, cefalea, náuseas).
- Renuencia o negativa a ir a la escuela o liceo.
- Cambios en los hábitos de sueño, alimentación o conductas habituales (ej., aumento o disminución del apetito y/o del sueño, volver a orinarse o chuparse el pulgar).
- Estado de ánimo triste, abatido, con preocupación, aflicción excesiva, o en demasía fluctuante (por ejemplo, es irritable, se molesta fácilmente, se siente frustrado o deprimido, muestra cambios extremos o rápidos e inesperados del estado de ánimo, explosiones emocionales).
- Conductas de autoagresión (ej. cortes, rasguños, pellizcos).
- Conductas regresivas.

BIBLIOGRAFÍA :

- 1.- Política de Salvaguarda, Cognita Chile, 2019
- 2.- Programa Nacional de Prevención del Suicidio: orientaciones para su implementación. MINSAL, 2013.
- 3.- Prevención del Suicidio en Adolescentes, Tarea de Todos. Vania Martínez, MIDAP, 2016..
- 4.- Depression in children and young people. Nationale Institute for Health and Clinical Excellence. 2005.
- 5.- La escuela que queremos. Michael Fullan y Andy Hargreaves. Año 2000.
- 6.- Positive education: positive psychology and classroom interventions. Seligman, M; Ernst, R., Gillham, J., Reivich, K., Linkins, M. Review of Education. Vol. 35, No. 3, June 2009, pp. 293–311.
- 7.- Guía Clínica Auge: Depresión en personas de 15 años y más. MINSAL 2013.
- 8.- Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. Robert H Aseltine; Amy James, Elizabeth A Schilling and Jaime Glanovsky. BMC Public Health. 2007
- 9.- Prevención de la conducta suicida. OPS-OMPS, 2016.
- 10.- Best practice guidelines for mental health promotion programs: Children (7-12) & Youth (13-19). CAMH, 2014.
- 11.- Mental health promotion. Building an economic case. NIAMH, 2007.
- 12.- Positive Psychology For Today's Adolescents. Bárbara L. Frankowski. M.D. Año 2006.
- 13.- Suicide Prevention in the Community. A Practical Guide Health Service Executive. Mary O'Sullivan, MA, Mike Rainsford, MA, DMS, and Nicole Sihera, MSc. Año 2011. This guide is available on the National Office for Suicide Prevention website: www.nosp.ie
- 14.- Cuando un Niño se da Muerte. Boris Cyrulnik. Editorial Gedisa, S.A. Primera Edición, 2014.
- 15.- Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Almonte, C. y Montt, M.E. Ed. Mediterráneo, 3ª Edición. Capítulo 58: Espectro Suicidal en Niños, Adolescentes y Jóvenes. Carlos Almonte. 2019.
- 16.- Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela R. (2000). Revista Chilena de Pediatría. 71 (3): 183-191.

- 17.-Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Haquin, C., Larraguibel, M., Cabezas, J., (2004). Revista Chilena de Pediatría, 75 (5), 425-433.
- 18.- Recomendaciones para la Prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales: desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares. MINSAL, 2019.
- 19.- COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS). Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez 2017.
- 20.- Preventing Youth Suicide: A Guide for Practitioners. Ministry of Children and Family Development. British Columbia-MCFD. 2016
- 21.- Toolkit for Mental Health Promotion and Suicide. Compiled by: Shashank V. Joshi, MD; Mary Ojakian, RN; Linda Lenoir, RN MSN, CNS; Jasmine Lopez, MA, NCC. Año 2017.
- 22.- Ley Ritalin. Ley Nº 21. 164. Modifica la Ley General de Educación, en el sentido de prohibir que se condicione la permanencia de estudiantes al consumo de medicamentos para tratar trastornos de conducta. Año 2019.
- 23.- Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Claire M Kelly, Anthony F Jorm and Annemarie Wright. Año 2007.
- 24.- Promoción de la salud mental: Construyendo un caso económico. -Lynn Friedli y Michael Parsonage, Asociación de Salud Mental de Irlanda del Norte, 2007.
- 25.-Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Gil Zalsman, Keith Hawton, Danuta Wasserman, Kees van Heeringen, Ella Arensman, Marco Sarchiapone, Vladimir Carli, Cyril Höschl, Ran Barzilay, Judit Balazs, György Purebl, Jean Pierre Kahn, Pilar Alejandra Sáiz, Cendrine Bursztejn Lipsicas, Julio Bobes, Doina Cozman, Ulrich Hegerl, Joseph Zoha. www.thelancet.com/psychiatry. Article Published online June 8, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
26. Mental health promotion for youth in Canada. CAMH Health Promotion Resource Centre .
- 27.- Poner Fin a la Violencia en la Escuela, UNECSO.
- 28.- From Paralyzed to Catalyzed: Supporting Adolescent Girls Through Positive Psychology Coaching . Jessica Rae Berger. University of Pennsylvania. Año, 2014.
- 29.- Material de Capacitación “Prevención de Conducta Suicida en Niños, Niñas y Adolescentes a partir del Sistema Escolar”, Red Colegio Manquecura -Pumahue. Cognita Chile. 23 y 24 de Agosto de 2019. Fakta Capacitaciones. Relatora: Ps. Mg. Mayra Miranda Herrera.