



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



## PROTOCOLO PARA ACCION DE FUNCIONARIOS/AS ANTE RIESGO SUICIDA DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL BIOBIO, SEDE CHILLÁN.

*“El hombre que no es capaz de crear, está condenado a destruirse”  
Erich Fromm*

### 1. FUNDAMENTACION:

El suicidio es un fenómeno que se ha manifestado en el hombre de todas las sociedades a lo largo de la historia, constituyendo en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública y que se ha ido incrementando de modo alarmante en los últimos años (MINSAL, 2013; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2014; MINSAL 2019).

Las conductas suicidas abarcan un **amplio espectro**, conocido también como **“suicidalidad”**, que van desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el acto consumado (MINSAL, 2013; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2014; MINSAL, 2019).

Estas conductas tienen un factor común que es urgente acoger y atender, requiriendo de un abordaje profesional interdisciplinario oportuno e integral. Dichas conductas implican **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). Reflejan un problema existencial en que **el valor de la vida está cuestionado, pudiendo existir una clara y consciente intención de acabar con la vida, aunque no necesariamente siempre ocurre así** (OMS, 2000).

En algunos casos también **puede suceder que la persona esté presente una alta ambivalencia con una mezcla de sentimientos en torno a cometer el acto**. De todas formas, **la mayoría de las veces no existe directamente el deseo de morir, sino que el sentimiento de no ser capaz de tolerar estar vivo** (OMS, 2000). Ya en los años 80, Shneidman (padre del estudio de la “suicidalidad”) distinguió entre las 10 características comunes a todo suicidio que **el objetivo común es el cese de la conciencia**, teniendo como estímulo común un **dolor psicológico insoportable**, como emoción común la

desesperanza y/o la desesperación, en un **estado cognitivo común de ambivalencia** (Shneidman, 1985; MINSAL, 2013).

La **intencionalidad** de las conductas suicidas puede ser altamente **dinámica e inestable**, pudiendo estar presente en un momento para luego ya no estar en otro (Barros et al., 2017; Fowler, 2012; Morales et al., 2017; MINSAL, 2019).

De esta forma, distinguimos en la conducta suicida 4 **formas de expresión** (Ver apartado 7 de definiciones) (MINSAL, 2019):

- 1) **Ideación suicida**: Abarca un continuo que va desde:
  - A) **Pensamientos sobre la muerte** o sobre morir (“me gustaría desaparecer”),
  - B) **Deseos de morir** (“ojalá estuviera muerto”),
  - C) **Pensamientos relacionados con hacerse daño** (“a veces tengo deseos de cortarme con un cuchillo”), hasta
  - D) Un **plan específico para suicidarse** (“me voy a tirar desde mi balcón”).
- 2) **Parasuicidio (o Gesto Suicida)**: Acción autolesiva no letal que se considera un pedido de ayuda o búsqueda de atención sin intenciones concretas de quitarse la vida. Ejemplo: Cortes superficiales horizontales en el antebrazo.
- 3) **Intento de suicidio**: Implica una serie de conductas o actos con los que una persona **intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación**. Es un tipo de comportamiento suicida no mortal.
- 4) **Suicidio consumado**: Término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida. La característica preponderante es la **fatalidad** y la **premeditación**.

Siendo los cuadros depresivos los de mayor incidencia en los orígenes de **suicidio consumado**, el comportamiento suicida se puede correlacionar con la mayor parte de las patologías psiquiátricas, sin limitarse solamente a ellas. El comportamiento suicida, en cambio, se manifiesta en personas que no tenían antecedentes psiquiátricos previos.

El **intento de suicidio** constituye un problema no sólo de salud, sino que además es un problema social severo que afecta a la salud mental de una buena parte de la sociedad y no sólo de las víctimas directas del comportamiento suicida. Las familias y redes de apoyo de quien ejecuta un intento de suicidio están expuestas a experimentar intensa angustia y sufrimiento, así como pérdidas irreparables cuando el comportamiento suicida culmina en suicidio consumado.

En este sentido, el comportamiento suicida constituye un problema complejo, con **múltiples causas interrelacionadas**. Está influida tanto por factores biológicos como por

factores intrapersonales, interpersonales y sociales (MINSAL, 2013; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2014).

De los **factores psicosociales**, 2 de los más relevantes en que desencadene el comportamiento suicida son (MINSAL, 2013):

**1) La ocurrencia de acontecimientos vitales negativos:** Cuando se perciben como muy disruptivos, incontrolables y perturbadores, **preceden al episodio suicida en días, semanas o meses**. Pueden abarcar diversas áreas (legal, laboral, familiar, pareja), pero habitualmente implican conflictos o pérdidas y **se superponen a los factores de riesgo suicida preexistentes**.

**2) La disminución del soporte social:** Las personas que realizan intentos de suicidio suelen tener una escasa red de apoyo, en lo que se refiere a amistades y relaciones significativas, pertenencia a grupos u organizaciones, y frecuencia de contactos interpersonales. Además, las personas más aisladas y sin apoyo son las que presentan las tentativas de suicidio más severas.

**Cuando en una situación problemática, los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios se agotan**, pueden aparecer en la persona las **intenciones suicidas** como forma de resolver dicha situación, **especialmente si el soporte social es insuficiente** (MINSAL, 2013).

Shneidman (1985) distinguió entre las 10 características comunes a todo suicidio, junto a lo ya mencionado, que **la acción común es escapar** (ej. Del dolor psicológico insoportable), o al menos con el **propósito común de buscar una solución** (ej. El cese de la propia conciencia).

En este sentido, es de crucial importancia saber **que el acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida** (Shneidman, 1985; MINSAL, 2013).

La comunicación de la intención suicida puede ocurrir por medio de **señales directas e indirectas**:

#### **A. Señales de alerta directa:**

La persona habla o escribe acerca de:

- Deseo de morir, herirse o matarse (o amenaza con herirse o matarse).
- Sentimientos de desesperación o de no existir razones para vivir.
- Sensación de sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor que no puede soportar.
- Ser una carga para otros (amigos, familia o personas significativas, o el responsable de todo lo malo que sucede. Busca modos para matarse:
- Búsqueda en internet (páginas web, redes sociales, blogs).
- Intenta acceder a armas de fuego, pastillas u otro medio letal.
- Planifica o prepara el suicidio (lugar, medio, o momento de realización). Realiza actos de despedida:
- Envía cartas o mensajes por redes sociales.
- Deja regalos o habla como si ya no fuera a estar más presente.

## **B. Señales de alerta indirecta:**

La persona evidencia las siguientes situaciones:

- Alejamiento de la familia, amigos y red social o sentimientos de soledad. Se aísla y deja de participar.
- Disminución del rendimiento académico y de sus habilidades para interactuar con los demás.
- Incremento en el consumo de alcohol o drogas.
- Cambio de carácter, ánimo o conducta, pudiendo mostrarse inestable emocionalmente, muy inquieto o nervioso.
- Deterioro de la autoimagen, importante baja en la autoestima o abandono/ descuido de sí mismo.
- Cambios en los hábitos de sueño o alimentación.
- Muestra ira, angustia incontrolada, o habla sobre la necesidad de vengarse.

## **1.2 La Universidad dentro de las redes de acción frente al riesgo suicida en estudiantes**

Dado el hecho de que la mayor parte de los adolescentes concurren a algún establecimiento educacional, este aparece como el lugar propicio para desarrollar acciones preventivas adecuadas, detectar ideación suicida, y también actuar de manera apropiada cuando ocurre un intento o consumación de suicidio dentro de la comunidad educativa.

Las estrategias destinadas a la prevención de la conducta suicida en estudiantes no son el foco del presente protocolo, el cual sí se orienta a generar un plan de acción frente al riesgo suicida en estudiantes.

Dado que la intencionalidad del comportamiento suicida puede ser altamente dinámica e inestable, podemos distinguir una “**crisis suicida**” en que el riesgo suicida puede ser valorado profesionalmente entre **riesgo bajo, medio, alto** e **inminente** (MINSAL, 2019). La **duración** de las crisis suicidas es **variable** desde minutos a días e incluso, aunque raramente, semanas (MINSAL, 2013).

Por otra parte, resulta erróneo afirmar que **el riesgo suicida no pueda llegar a ser detectado ni medido profesionalmente por los “facilitadores comunitarios” designados para tal fin, catalogándose el riesgo suicida como INMINENTE**, ya que no es posible determinar hasta qué punto las señales brindadas por el/la joven lleguen a concretarse o no, debiendo activarse la acción correspondiente en el flujograma del presente protocolo, y lo descrito en los **anexos 9.2 y 9.3**.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general:**

Definir mecanismos de acción frente a la presencia de riesgo suicida en los estudiantes de la Universidad del Biobío, sede Chillán, así como establecer los instrumentos destinados al cumplimiento de dichos mecanismos de acción.

### **2.2 Objetivos específicos:**

**OE1:** Establecer mecanismos para estratificar el riesgo suicida en estudiantes de la Universidad del Biobío, sede Chillán.

**OE2:** Establecer procedimientos de acción frente a riesgo suicida bajo en estudiantes de la Universidad del Biobío, sede Chillán.

**OE3:** Establecer mecanismos de acción frente a riesgo suicida moderado a alto en estudiantes de la Universidad del Biobío, sede Chillán.

**OE4:** Establecer criterios de gravedad en la estratificación de los estudiantes con riesgo suicida moderado a alto, incluyendo a aquellos(as) estudiantes con intento suicida, dada la necesidad de derivación a evaluación en Unidad de Urgencias en estos casos.

**OE5:** Establecer mecanismos de entrega de información efectiva a red de apoyo/familiares.

**OE6:** Establecer mecanismos de “postvención” para el retorno a la actividad académica en el caso de riesgo suicida moderado a alto, incluyendo a aquellos(as) estudiantes con intento suicida.

**OE7:** Establecer las pautas para el monitoreo de que se cumplan los mecanismos de acción aquí desarrollados.

**OE8:** Establecer el alcance, responsables de ejecución, áreas de distribución, monitoreo y responsable(s) de este último.

## **3. ALCANCE:**

El presente protocolo es aplicable a todos/as los/las estudiantes a quienes se les haya detectado riesgo suicida en la Universidad del Bío-Bío sede Chillán. Lo anterior incluye a los/las estudiantes con intención suicida comunicada en señales directas y/o indirectas, estudiantes con ideación suicida, estudiantes con intento suicida reciente y estudiantes con suicidio consumado.

#### **4. RESPONSABLES DE LA EJECUCION:**

Se contemplará un equipo responsable de la ejecución del protocolo de riesgo suicida de Salud estudiantil compuesto por profesionales con formación y manejo de situaciones de Salud Mental.

El profesional delimitará claramente la toma de decisiones para la activación de los protocolos definidos según la evaluación del riesgo suicida una vez identificado el caso.

Su función será recepcionar a los/las estudiantes en situación de riesgo, intento y/o consumación de suicidio para posteriormente aplicar el Protocolo de Actuación.

El equipo responsable para la ejecución del protocolo de riesgo suicida quedará compuesto por:

Dos Psicólogos/as del Departamento de Salud

Dos Médicos del Departamento de Salud

Un/a Enfermero/a del Departamento de Salud

Un/a Trabajador/a Social del Departamento de Bienestar Estudiantil

#### **4.1 Responsables del monitoreo:**

El/La encargado/a del monitoreo que medirá la idoneidad de las acciones desplegadas frente a situaciones de riesgo suicida en los/las estudiantes de la UBB. sede Chillán será el/la Subdirector/a de Desarrollo Estudiantil, a quién se le hará llegar el reporte respectivo de cada situación detectada. Dicho monitoreo se realizará a través de la pauta incluida en el apartado del **Anexo 9.1**. De no estar presente, dicha función será realizada por quien este asumiendo la subrogancia.

En caso de que la persona mencionada no estuviera disponible para llevar a cabo dicha labor, la subrogará el/la Jefe/a del Departamento de Salud Estudiantil, siendo subrogada a su vez por el/la Jefe/a de Departamento de Bienestar Estudiantil.

#### **4.2 Responsables del seguimiento:**

El Programa Biopsicosocial llevará a cabo acciones de acompañamiento para corroborar que él/la estudiante continúe recibiendo la atención de salud mental que requiere, a cargo del/la Trabajador/a Social de la carrera del/la estudiante. Esto se

realizará mediante correos electrónicos, llamados telefónicos, entrevistas familiares y/o visitas domiciliarias en dupla, con una frecuencia de una acción de seguimiento por mes durante seis meses. Luego de ello, esto se realizará cada tres meses, hasta completar el año (desde el primer contacto con el/la estudiante) y evaluar la pertinencia de una posible alta del Programa.

Todas esas acciones de seguimiento serán informadas tanto al/la profesional tratante de la comisión como al/la responsable del monitoreo (tal como se señala en el punto 4.1).

## 5. MODO DE ACTUACIÓN:

Los procedimientos que deberán llevarse a cabo serán descritos a continuación:

1. El/la funcionario(a) que tome conocimiento de que un(a) estudiante se encuentra en una situación de riesgo suicida, deberá **ponerse en contacto a la brevedad con uno(a) de los integrantes de la comisión de riesgo suicida.**

2. En el caso de las unidades de DIRGEGEN y PIESDI, el/la profesional Psicólogo/a que detecta dicha situación de riesgo llevará a cabo las acciones indicadas a continuación, salvo que esto sea detectado por otro/a profesional (no Psicólogo/a) y que el/la Psicólogo/a no esté disponible durante esa semana para llevar a cabo dicha intervención, en tal caso se derivará al/la estudiante a la comisión de riesgo suicida.

3. Una vez que **el/la profesional toma conocimiento de la situación**, debe brindarle una **intervención en crisis** al/la estudiante derivado/a.

4. Durante la misma entrevista, el/la profesional a cargo de la intervención evaluará el **riesgo suicida del/la estudiante**, a partir de las **escalas incluidas en el anexo 9.2 y 9.3.** (Columbia y Sad Persons).

**5. Si el/la estudiante se encuentra en riesgo bajo, seguirá siendo atendido por el Equipo de Riesgo Suicida** o recibiendo apoyo de salud mental por parte de las unidades señaladas en el punto 2. Según criterio del/la profesional a cargo de la intervención, se derivará al/la estudiante a Atención Primaria o Psiquiatra particular. Durante el tiempo que transcurra entre dicha derivación y la primera consulta en APS o Psiquiatra particular, la comisión se hará cargo de su acompañamiento y monitoreo (indicado en los puntos 4.1 y 4.2), o algún dispositivo que tengan incorporado para ese fin en el caso de las unidades señaladas en el punto 2 de este apartado.

6. Si a partir de los resultados de dichos instrumentos se estima que el riesgo suicida es moderado, **se reportará la situación a un adulto responsable acordado al inicio del**

**proceso con el/la estudiante. Además, se realizará la derivación a APS o Psiquiatra particular y se notificará el caso a SEREMI de Salud Ñuble.**

En caso de no contar con adulto responsable o red de apoyo que lo/la pueda acompañar al Servicio de Urgencia, el/la profesional a cargo debe acompañar a estudiante y este acompañamiento debe ser validado por jefatura directa a través de un documento de respaldo, ya que sería “con ocasión del trabajo” para efectos de accidente de trayecto.

En caso de que el/la estudiante no se encuentre en dependencias de la Universidad y esté en riesgo y no cuente con redes de apoyo, el/la profesional que detecte dicha situación se comunicará con el centro APS correspondiente o Carabineros en su defecto para acompañarlo/a al hospital respectivo y posteriormente comunicará a Subdirector/a de Desarrollo Estudiantil (como responsable de monitoreo).

**7. Si el/la estudiante es categorizado dentro del nivel alto de riesgo,** se toma contacto con familiar adulto responsable, se deriva a Servicio de Urgencia del hospital correspondiente con un plazo máximo de 24 horas y **se notificará el caso al SEREMI de rSalud Ñuble.**

En caso de no contar con adulto responsable o red de apoyo que lo/la pueda acompañar al Servicio de Urgencia, el/la profesional a cargo debe acompañar a estudiante y este acompañamiento debe ser validado por jefatura directa a través de un documento de respaldo, ya que sería “con ocasión del trabajo” para efectos de accidente de trayecto.

En caso de que el/la estudiante no se encuentre en dependencias de la Universidad y esté en riesgo y no cuente con redes de apoyo, el/la profesional que detecte dicha situación se comunicará con el centro APS correspondiente o Carabineros en su defecto y posteriormente se pondrá al tanto al/la Subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil (como responsable de monitoreo).

**8. Si el riesgo detectado es moderado o alto,** en ambos casos se le debe brindar **contención y psicoeducar al adulto responsable** acerca de la problemática del suicidio (por el medio que se tenga disponible, tales como llamado telefónico, correo electrónico, de modo presencial, entre otros). **Se debe recomendar retirar los medios para el suicidio de la proximidad del/la estudiante** (por ejemplo, mantener medicamentos, cuchillos, y/o pesticidas bajo llave). En el caso de que se haga imposible establecer contacto con el adulto responsable, se informará al/la Director(a) de Escuela del/la estudiante.

**9.** Independientemente del nivel de complejidad de su riesgo suicida, el/la integrante de la comisión que atendió al/la estudiante (o unidades señaladas en el punto 2) deberá llevar a cabo la derivación a APS o Psiquiatra particular (en el caso de que sea requerido) a través del instrumento señalado en el anexo 9.4, el cual podría ser solicitado por



instituciones externas que apoyen el proceso de acompañamiento a la comunidad educativa.

10. Por otra parte, tal como ya se mencionó, el Programa Biopsicosocial llevará a cabo acciones de acompañamiento para corroborar que el/la estudiante continúe recibiendo la atención de salud mental que requiere, a través del/la Trabajador/a Social que corresponda. Esto se realizará mediante correos electrónicos, llamados telefónicos, entrevistas familiares y/o visitas domiciliarias en dupla (Psicólogo(a) y Trabajador(a) Social), con la frecuencia indicada en el punto 4.2. Dichas acciones de seguimiento se informarán tanto al/la profesional tratante como al/la responsable del monitoreo (puntos 4.1 y 4.2).

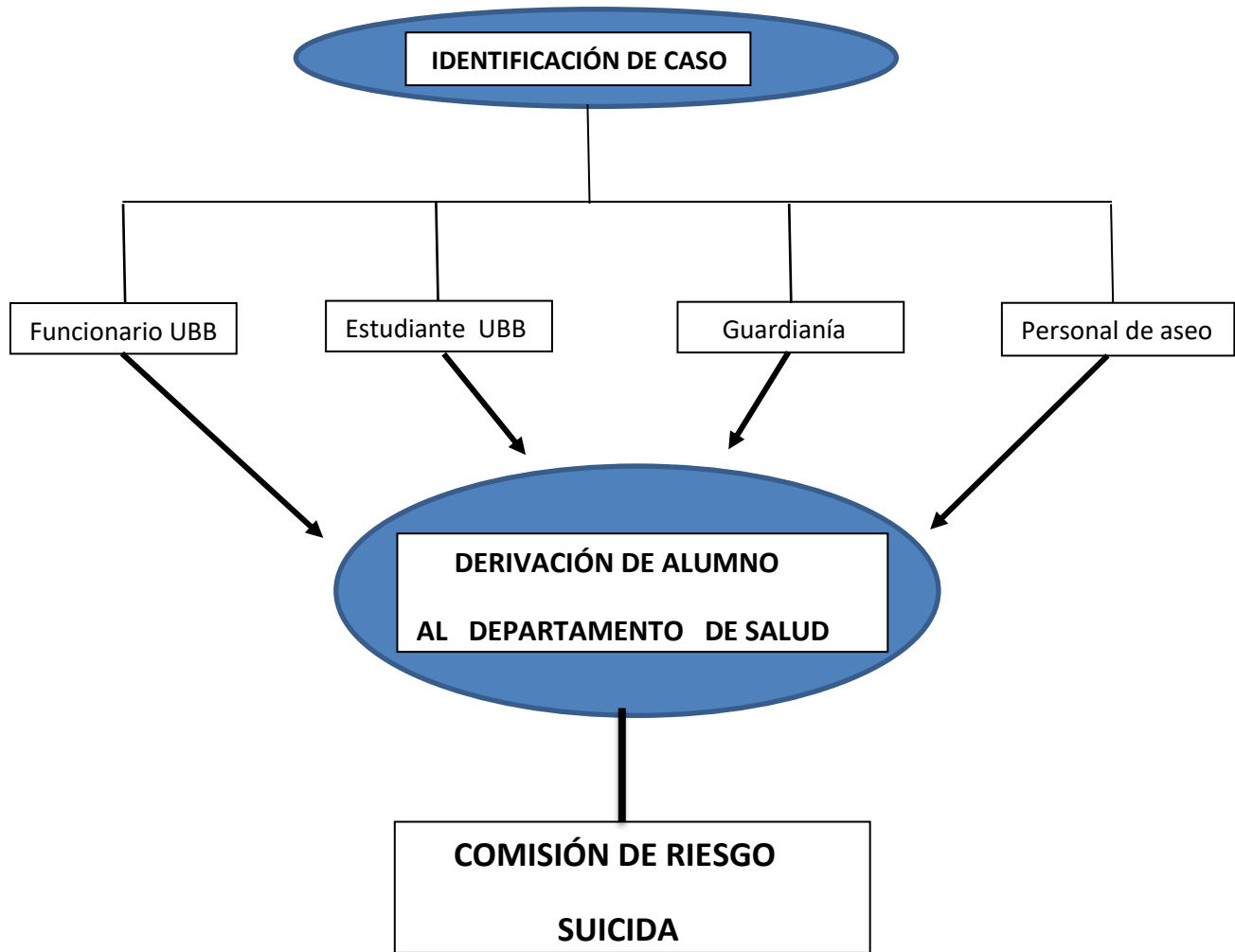
11. Finalmente, en el caso de que el/la estudiante rechace recibir apoyo médico de salud mental/psiquiatra particular con un nivel de riesgo bajo y moderado, se agotarán todos los medios posibles para que tome dicha ayuda (recurriendo a familia, compañeros/as, CESFAM, etc.). Si aún así el/la estudiante persiste en rechazar la intervención, firmará el documento incluido en el anexo 9.8 en última instancia.

Nota: En todos los casos en que se detecte algún tipo de riesgo desde leve hasta moderado se llevará a cabo el plan de seguridad. **(Ver anexos 9.6 y 9.7)**

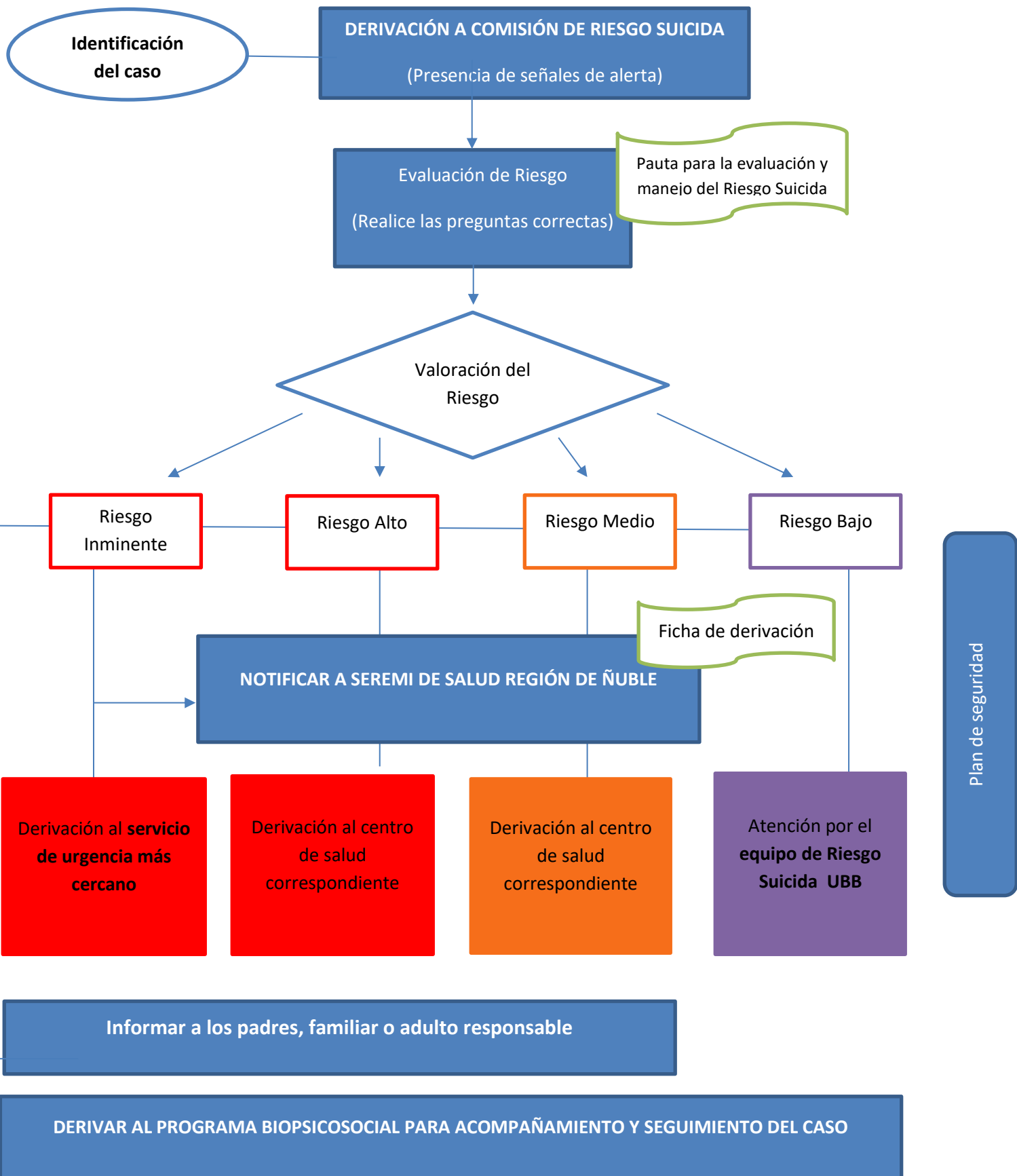
## **6. Flujogramas:**

El procedimiento que deberá realizarse en cada caso, será incluido a partir de los siguientes flujogramas:

### 6.1 Pesquisa generalizada:



### 6.2 Protocolo de riesgo suicida:



## 7.1 Comprensión del concepto

Las acciones de postvención se realizan en su conjunto de manera posterior a un intento suicida o a un suicidio consumado, llevado a cabo por un/a de los/las estudiantes de nuestra Universidad que tienen calidad de alumno(a) regular o hicieron suspensión de estudios, previo a haber egresado en el momento en que ocurrieron los hechos (Minsal, 2019).

En términos generales, los establecimientos educacionales juegan un importante rol en la prevención del suicidio, lo cual en conjunto con otras redes de apoyo puede potenciar acciones protectoras de la salud mental que han demostrado reducir el riesgo de conducta suicida en jóvenes. Del manejo que el establecimiento muestre frente a esta problemática, dependerá que disminuya el riesgo de que vuelvan a ocurrir otra vez (Minsal, 2019).

En este sentido, el concepto de postvención, alude a todas aquellas acciones que es necesario emprender con la comunidad educativa para:

- Reducir o prevenir el riesgo de réplica del intento 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).

A partir de estas acciones se intenta **crear espacios apropiados para que los/las estudiantes puedan conocer, reflexionar sobre lo ocurrido y expresar sus sentimientos, temores y vivencias**. Esto ayudará a la comunidad a aliviar el dolor, a elaborar el evento y permitirá a docentes y directivos/as a identificar a los/las estudiantes más afectados, para buscar un apoyo profesional si así lo requieren (Minsal, 2019).

Es importante reconocer la alta vulnerabilidad de los/las estudiantes ante el efecto de contagio del suicidio, el cual ocurre cuando un suicidio consumado gatilla la ocurrencia de otros, pudiendo suceder que se genere un efecto de imitación por el cual se considere que el suicidio es un modelo a seguir. En este sentido, es un mito pensar que el riesgo de contagio o imitación ocurre exclusivamente entre los pares más cercanos de quien cometió suicidio, puesto que en la medida de que se perciba algún tipo de similitud con la persona fallecida, se puede originar el contagio de la conducta (por ej. similar edad, género, intereses o problemáticas) (Injuv, 2019).

Por otra parte, para que un establecimiento educacional esté lo suficientemente preparado ante estas situaciones, es fundamental que disponga de protocolos de actuación que incluyan dentro de sus procedimientos una guía de comunicación para hablar con las personas involucradas en las distintas situaciones: Padres, estudiantes, funcionarios/as y docentes. El contar con dicho protocolo va a facilitar orientarse a acciones coordinadas, efectivas y oportunas (Minsal, 2019).

En este sentido, es de vital importancia contar con un equipo interdisciplinario que pueda, en primer término, ejecutar dicho protocolo, y con ello acoger y dar contención posterior a experiencias de suicidio consumado en el contexto universitario, además de psicoeducar a la comunidad luego de éste, para evitar el fenómeno de contagio anteriormente señalado (Minsal, 2019).

No obstante, la prevención de la propagación de conductas suicidas no implica el trabajo exclusivo del equipo mencionado, sino que debe incluir a la comunidad escolar en su totalidad. El resultado de estos apoyos será más efectivo en cuanto se maneje información veraz y clara sobre las conductas suicidas, siendo crucial la psicoeducación efectiva para la comunidad (Minsal, 2019).

Lo anterior se hace especialmente relevante, ya que, debido a la alta prevalencia de problemas de salud mental que se observa entre jóvenes universitarios (asociados a los niveles de estrés y exigencia académica a los que se encuentran sometidos, entre otros), la detección precoz es crucial, lo cual implica un esfuerzo mancomunado que no debiera recaer sólo en el equipo especializado de salud mental propiamente tal, puesto que el rango de acción y la cantidad de horas disponibles evidentemente son limitados (Injuv, 2019).

En especial, se pone énfasis a estar más alertas una vez que ha ocurrido un suicidio consumado, ya que, además del fenómeno de imitación que ya se indicó, es posible que el hecho de estar en contacto directo con experiencias de este tipo pueda generar un nivel de angustia tal que pueda desencadenar en episodios de estrés, patologías de salud mental e inclusive ideación suicida sostenida y posibles nuevos intentos (Injuv, 2019).

## **7.2 Procedimiento de postvención:**

En primera instancia, tras conocer la noticia del fallecimiento de un/a estudiante, se llevarán a cabo los siguientes pasos:

### **Paso 1: Información inicial del fallecimiento:**

- Si se conoce esta situación desde la Escuela (estudiantes, administrativos/as, profesorado) será responsabilidad del/la Director/a de Escuela o Jefe/a de Carrera informar al/la Subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil para efectos de canalizar la información y acciones institucionales correspondientes.
- En caso de ocurrir a la inversa, será él/la Subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil quien le informe a la brevedad al/la directora(a) de Escuela respectivo.
- El/la Subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil le informará de la situación al/la Rector(a) de la sede Chillán, quien se encargará de difundir lo ocurrido a quienes estime convenientes.

### **Paso 2: Reunión de coordinación y activación del protocolo**

- El/la subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil (o quien subroge) debe coordinar la activación del protocolo de forma inmediata y convocar a una primera reunión con los actores relevantes. Dicha reunión deberá ser integrada por él/la mismo(a) Subdirector(a), el/la Director(a) de escuela respectivo, el/la Jefe(a) del Departamento de Salud Estudiantil y el/la Jefe(a) de Bienestar Estudiantil o quien subroge a cada uno de estos cargos.

### **Paso 3: Informarse de lo sucedido y contactar a los padres**

- El/la directora(a) de Desarrollo Estudiantil, debe primero verificar si efectivamente se trata de un suicidio, esto a través de la información oficial de los padres y/o familiares.
- Un(a) representante de la Comisión de Riesgo Suicida se pondrá en contacto con la familia del/la estudiante fallecido/a, con el objetivo de explorar en la necesidad de ofrecer a la familia apoyo en aspectos legales, de salud mental, sociales, entre otros, llevando a cabo las derivaciones a la red correspondientes (CESFAM, COSAM, Clínica privada, Corporación de Asistencia Judicial, entre otros). A su vez, se le señalará que, como Comisión, se abordará la situación con la comunidad educativa desde un aspecto psicoeducativo; lo anterior con el objetivo de evitar el fenómeno de contagio eventual.

#### **Paso 4: Información a los medios de comunicación**

- Será él/la Subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil quien deberá hacer la coordinación con el Departamento de Comunicaciones para la publicación de correo electrónico masivo a la Comunidad Universitaria (listas de usuarios y estudiantes) de la sede respectiva, informando el deceso y datos relativos al velatorio. No deberán ser usadas las redes sociales de la DDE. para estos fines.
- El suicidio de un o una estudiante puede atraer atención y cobertura de los medios de comunicación locales. Sólo en caso de que los medios de comunicación tomen contacto con la Universidad o con algunos de los actores de la comunidad educativa, se debe preparar un comunicado oficial a través del Departamento de Comunicaciones de la Universidad.
- Se debe advertir a toda la comunidad Universitaria que sólo el Departamento de Comunicaciones está autorizado para hablar con los medios. Se sugiere aconsejar a los/las estudiantes que eviten entrevistas con los medios de comunicación. El portavoz (designado por la jefatura del Departamento de Comunicaciones) 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 5: Funeral y conmemoración**

- Él/la Trabador(a) Social de la carrera, orientará e idealmente acompañará a la familia en los trámites internos en la Universidad del Bío-Bío (como por ejemplo; Departamento de Finanzas, Dirección de Admisión, Dirección de Registro y Control Académico, etc.). De la misma forma observará necesidades inmediatas en las que pudiera colaborar la Universidad.
- Si fuera el caso, que eel o la estudiante fallecido/a tuviese la condición de licenciado o egresado sin título o bien titulado(a) pero no habiéndose realizado aún la ceremonia de entrega de títulos, el Director/a de Escuela o Jefe/a de Carrera debe incorporar el nombre en la próxima ceremonia de titulación para efectos de rendir un homenaje.
- Es recomendable que él/la Director/a de Escuela o Jefe/a de Carrera, el Subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil y el/la Trabador(a) Social de la carrera se contacten con el grupo familiar del estudiante, para entregar las condolencias. De ser posible, se sugiere efectuarlo de forma presencial.

## **Paso 6: Atender a la comunidad universitaria**

### **6.1 Docentes y administrativos.**

- El/la Directora(a) de Escuela deberá convocar al cuerpo docente a la brevedad a través del consejo de Escuela, esto con el fin de informar al profesorado de la situación ocurrida, coordinar los trámites pertinentes a nivel administrativo, facilitar la identificación de estudiantes que pudieran encontrarse en riesgo de contagio suicida o tengan requerimientos de apoyo en salud mental a partir de los hechos, y gestionar apoyo de este tipo para el equipo docente y administrativo que pudiera necesitarlo.
- La Comisión de Riesgo de Conducta Suicida realizará intervenciones de tipo grupal con el objetivo de crear un ambiente de contención y psicoeducación. Esto último destinado a entregar herramientas para poder estar atentos/as a posibles señales de alerta en otros/as estudiantes que presenten ideación o conducta suicida. Participarán en esas actividades los/las integrantes de dicha comisión que no hayan compuesto la dupla psicosocial a cargo de las intervenciones de salud mental para dicho/a estudiante, en el caso de que haya recibido apoyo de este tipo en la Universidad. Lo anterior, debido a la posible sobrecarga emocional que ello podría involucrar para dichos/as profesionales. También es importante que el equipo a cargo informe acerca de dónde pueden conseguir apoyo de salud mental, si lo necesitan de forma individual.

### **6.2 : Atender al estudiantado: Comunicación y apoyo.**

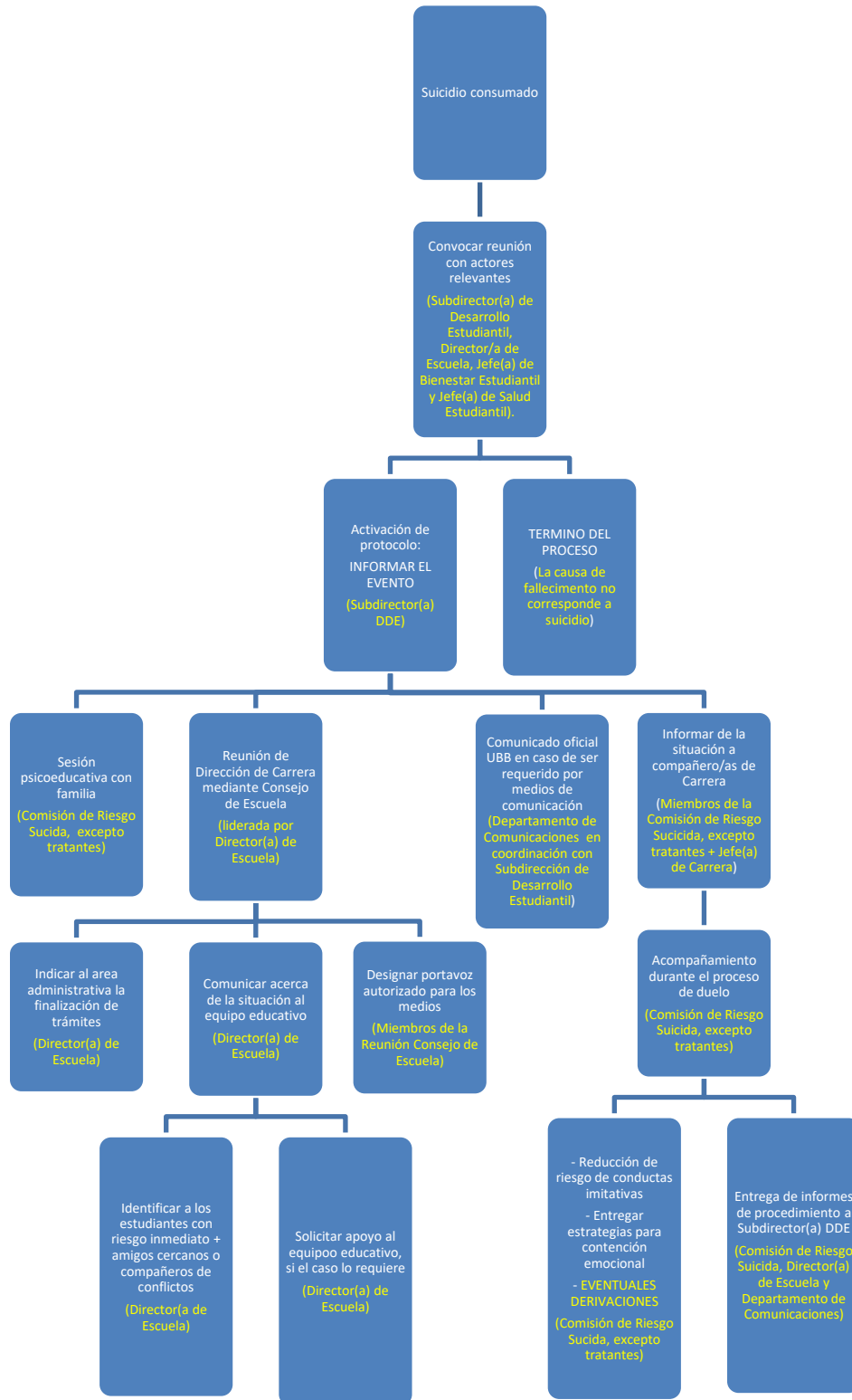
- La Universidad debe cuidar a sus estudiantes, aspecto fundamental para la postvención, favoreciendo el proceso de duelo y reduciendo los riesgos de conductas imitativas, desde una perspectiva tanto individual como grupal:
  - Lo más pronto posible y una vez realizada la reunión con el equipo (docentes y administrativos/as de la carrera), el/la Directora(a) de Escuela respectivo debe informar a los/las estudiantes de carrera lo sucedido
  - El equipo de Riesgo y Evaluación de Conducta Suicida ofrecerá a los/las estudiantes la oportunidad para expresar sus emociones y entregarles información sobre estrategias saludables para manejarlas a través de intervenciones grupales. A su vez, es importante informar a los y las estudiantes sobre cómo conseguir ayuda y apoyo en salud mental ante esta situación.



## **7: Seguimiento y evaluación**

- El/la Subdirector/a de Desarrollo Estudiantil o quien subroge, debe realizar seguimiento y evaluación de las acciones realizadas y adaptar procedimientos según lo amerita el caso.
- Tanto la Comisión de Riesgo Suicida, como la Dirección de Escuela del/la estudiante fallecido/a y el Departamento de Comunicaciones deberán hacerle llegar al Subdirector(a) de Desarrollo Estudiantil un informe que resuma las acciones que se llevaron a cabo posterior al fallecimiento.

### 7.3 Flujoograma postvención.



## 8. DEFINICIONES:

- 1) **Ideación suicida**: Abarca un continuo que va desde:
  - A) **Pensamientos sobre la muerte** o sobre morir (“me gustaría desaparecer”),
  - B) **Deseos de morir** (“ojalá estuviera muerto”),
  - C) **Pensamientos de hacerse daño** (“a veces tengo deseos de cortarme con un cuchillo”), hasta
  - D) Un **plan específico para suicidarse** (“me voy a tirar desde mi balcón”).Podría definirse como con continuo preparatorio para cometer el acto suicida, como por ejemplo comprar tóxicos, medicamentos, armas, independiente de que el acto se cometa y que llegue a constituir un intento suicida.
  
- 2) **Intento de suicidio**: Implica una serie de conductas o actos con los que una persona **intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación**. Es un tipo de comportamiento suicida no mortal.
  
- 3) **Suicidio consumado**: Término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida. La característica preponderante es la **fatalidad** y la **premeditación**.
  
- 4) **Escalas de evaluación de riesgo suicida**: Se refiere a los instrumentos a ser aplicados por profesionales del área psicosocial capacitados para tal fin (“facilitadores comunitarios”). En el presente protocolo, nos referimos a las escalas:
  - (a) **de Columbia**, para fines de estratificar el riesgo de forma interna en la Universidad previo a una derivación. **Ver Anexo 8.2**
  - (b) **SAD PERSONS**, para fines de estratificar el riesgo de forma externa para derivaciones que requieran evaluación en una Unidad de Urgencias (riesgo moderado a alto, riesgo inminente, riesgo no determinado). **Ver Anexo 8.3**
  
- 5) **Facilitadores(as) comunitarios(as)**: Se refiere a aquellos(as) profesionales del área psicosocial previamente capacitados(as) para la aplicación de instrumentos que permitan estratificar el riesgo suicida de estudiantes.
  
- 6) **Señales de alerta directa**:

La persona habla o escribe acerca de:

  - Deseo de morir, herirse o matarse (o amenaza con herirse o matarse).
  - Sentimientos de desesperación o de no existir razones para vivir.
  - Sensación de sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor que no puede soportar.
  - Ser una carga para otros (amigos, familia, etc.) o el responsable de todo lo malo que sucede. Busca modos para matarse:

- Búsqueda en internet (páginas web, redes sociales, blogs).
- Intenta acceder a armas de fuego, pastillas u otro medio letal.
- Planifica o prepara el suicidio (lugar, medio, etc.). Realiza actos de despedida:
- Envía cartas o mensajes por redes sociales.
- Deja regalos o habla como si ya no fuera a estar más presente.

#### 7) **Señales de alerta indirecta:**

La persona evidencia las siguientes situaciones:

- Alejamiento de la familia, amigos y red social o sentimientos de soledad. Se aísla y deja de participar.
- Disminución del rendimiento académico y de sus habilidades para interactuar con los demás.
- Incremento en el consumo de alcohol o drogas.
- Cambio de carácter, ánimo o conducta, pudiendo mostrarse inestable emocionalmente, muy inquieto o nervioso.
- Deterioro de la autoimagen, importante baja en la autoestima o abandono/ descuido de sí mismo.
- Cambios en los hábitos de sueño o alimentación.
- Muestra ira, angustia incontrolada, o habla sobre la necesidad de vengarse.

#### 8. Postvención:

Es importante en este punto citar el aporte crucial de Edwin S. Shneidman (1918–2009) el cual está basado en el estudio conceptual de las causas psicológicas y sociológicas del suicidio. Consideraba al suicidio, básicamente, como una crisis psicológica. Su gran habilidad en este ámbito hizo posible crear una nueva disciplina: la Suicidología, término incluso que él mismo acuñó (Chávez, 2010).

Shneidman formuló conceptos tales como, la ya mencionada suicidología, autopsia psicológica, muerte sub-intencionada, dolor psicológico (o 'psicalgia') y postvención. Definió a esta última como "el apoyo que necesitan los familiares y círculo cercano de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños." (Chávez, 2010).

## 9. ANEXOS.

### 9.1 MONITOREO (Adaptado de MINSAL, 2019):

#### A) DE LA EJECUCION DEL PRESENTE PROTOCOLO

	I. EJECUCION DE ACCIONES DEL PROTOCOLO	
a)	El caso del estudiante con riesgo suicida es detectado por señales directas y/o indirectas, independientemente de si es posible estratificarlo o no	
b)	Se realiza estratificación del riesgo suicida	
c)	Se entrega información asertiva a red de apoyo/ familiares	
	II. COORDINACIÓN Y ACCESO A LA RED DE SALUD	
a)	Se realiza derivación de acuerdo a estratificación de riesgo al nivel de la Red de Salud correspondiente a dicha estratificación	
b)	Se utiliza la Ficha de derivación destinada a ese fin	

#### B) DE LA EJECUCION DE LAS ACCIONES FRENTE A UN INTENTO SUICIDA Y ACCIONES DE POSTVENCION TRAS UN INTENTO SUICIDA O TRAS UN SUICIDIO CONSUMADO

	I. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN FRENTE A UN INTENTO SUICIDA Y ACCIONES DE POSTVENCIÓN	
a)	Los PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN TRAS UN INTENTO SUICIDA EN UN O UNA ESTUDIANTE están formalizados dentro de los procedimientos de la institución educacional	
b)	Se realizaron acciones para limitar el acceso a medios potencialmente letales	
c)	Los PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN TRAS EL SUICIDIO DE UN O UNA ESTUDIANTE están formalizados dentro de los procedimientos de la institución educacional	
	II. COORDINACIÓN Y ACCESO A LA RED DE SALUD	
a)	La institución educacional conoce e identifica la oferta de servicios de prevención en salud mental y los flujos de derivación para atención en salud mental	
b)	Se utiliza la Ficha de derivación destinada a ese fin	

## 9.2

**COLUMBIA- ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS).**  
 VERSIÓN PARA CHILE. REVISADA PARA CHILE POR LA DRA. VANIA MARTÍNEZ (2017).

FORMULE LA PREGUNTA 1 Y 2		ÚLTIMO MES	
		SI	NO
1)	<b>¿Has deseado estar muerto (a) o poder dormirte y no despertar?</b> 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 o no despertar		
2)	<b>¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?</b> 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)		
<b>Si la respuesta es "SI" a la pregunta 2, formule las preguntas 3,4,5 y 6</b>			
<b>Si la respuesta es "No", continúe con la pregunta 6.</b>			
3)	<b>¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo?</b> 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 para matarse, pero sin un plan específico. Incluye también respuesta 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".		
4)	<b>¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</b> 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 como por ejemplo "tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5)	<b>¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte?</b> 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.		
<b>SIEMPRE REALICE LA PREGUNTA 6</b>			
6)	<b>¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar tu vida?</b> Pregunta de conducta suicida. Ejemplos: ¿has juntado medicamentos/remedios, obtenido un arma, regalado cosas de valor, escrito un testamento o una carta de suicidio?, ¿Has sacado remedios de la caja o del frasco, pero no las has tragado, agarrado un arma pero has cambiado de idea de usarla o alguien te 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.? <b>Si la respuesta es "SI": ¿fue dentro de los últimos 3 meses?</b>	<b>Alguna vez en la vida</b>	
		<b>En los últimos 3 meses</b>	

### 9.3 Escala SAD PERSONS.

#### ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDABILIDAD SAD PERSONS

(Hockberger & Rothstein, 1998)

	<b>Factor</b>	<b>Puntaje</b>
<b>S</b>	Sexo masculino	<b>1</b>
<b>A</b>	Edad menor de 19 o mayor de 45 años	<b>1</b>
<b>D</b>	Depresión o desesperanza	<b>2</b>
<b>P</b>	Intento previo o asistencia psiquiátrica	<b>1</b>
<b>E</b>	Abuso de alcohol o drogas	<b>1</b>
<b>R</b>	Pérdida de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)	<b>2</b>
<b>S</b>	Separado, divorcio o viudo	<b>1</b>
<b>O</b>	Plan organizado de suicidio	<b>2</b>
<b>N</b>	No hay apoyo social	<b>1</b>
<b>S</b>	Declaración de intención en el futuro	<b>2</b>
	<b>Total</b>	

#### **Interpretación de Puntaje:**

**0 – 5 puntos:** En caso de hospitalización, puede ser seguro dar de alta. Aplicado de forma ambulatoria, caso debiera ser derivado y manejado en nivel de Atención Primaria, o equivalente (CESFAM).

**6 – 8 puntos:** Urgencia Psiquiátrica. Requiere evaluación y tratamiento psiquiátrico. Debiera ser evaluado en un Servicio de Urgencias para valoración de situación clínica por especialista (Psiquiatra). Potencial hospitalización.

**Más de 8 puntos:** Hospitalización inmediata.

**9.4. Instrumento de derivación a CESFAM (modificado para derivación a Red de Salud: URGENCIAS o CESFAM).**

**DERIVACION DE ESTUDIANTES A .....**

**PARA EVALUACION Y TRATAMIENTO**

DATOS DE ESTUDIANTE	
Nombre completo	
RUT	
Teléfono contacto	
Edad	
Carrera	
Nivel Fonasa	
Fecha derivación	

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	
1	
2	
3	

DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA

ANTECEDENTES RELEVANTES

SE SOLICITA

\_\_\_\_\_  
PROFESIONAL DSE UBB



## 9.5

## FICHA DE NOTIFICACIÓN PARA ESTUDIANTES UBB



<b>Nombre estudiante</b>		Fecha				
		Hora				
<b>Rut</b>		Fecha de nac.				
Universidad (Sede)						
Edad				Carrera		
Nombre adulto responsable						
Relación con el estudiante (marque con una X La opción )						
Mamá		Papá		Otro (especificar)		
Dirección						
Comuna				Fono de contacto		
<b>Riesgo suicida</b>	SI	NO	<b>Intento de suicidio</b>	SI	NO	
Fecha intento			Método utilizado			
Tipo de Riesgo Escala Suicidabilidad						
<b>Derivación a establecimiento de salud</b>						
Atención primaria CESFAM (especificar)				Servicio de Urgencia		
Otro (especificar)						
Indicaciones						
Nombre profesional				Fono		
Correo electrónico				Firma		
Nombre Encargado Departamento de Asuntos Estudiantiles				Firma		

Referir información a [yeleni.ponce@redsalud.gov.cl](mailto:yeleni.ponce@redsalud.gov.cl) teléfono: 42-2257181

## 9.6

Plan de seguridad del estudiante

- El plan de seguridad debe estar por escrito
  - Disponible en todo momento (puede sugerirse que lo lleve con él o le tome fotografía)
  - Se hace en conjunto con el estudiante
  - Debe ser individualizado y detallado
  - Principal acuerdo: en momento de crisis seguir plan
- 

### **No olvidar incorporar a la familia**

- Siempre contactar la familia y pedir su ayuda (la confidencialidad se termina si existe riesgo suicida)
  - Siempre realizar psicoeducación a los padreso adulto responsable, además de proporcionar un espacio de contención y reconocimiento de las emociones (especialmente la rabia) y entregar plan de seguridad de la familia
- 

### **Plan de seguridad de la familia**

1. Eliminar todo elemento (objeto) de peligro para el adolescente en el lugar donde reside (armas de fuego o blancas, medicamentos, detergentes, venenos, sogas, etc)
  2. Vigilar las 24 horas del día (asegurarse que adolescente no permanezca solo en el hogar o fuera de él hasta próxima atención)
  3. Ayudarlo a evitar situaciones que aumenten la probabilidad de sentirse con deseo de querer morir (realizar lista de detonantes para los pensamientos suicidas)
  4. Ayudarlo a seguir el "Plan de seguridad"
  5. Llamar a teléfonos de contacto si no se consigue calmarlo (a). 800123591 – 6003607777
- 

## **9.7 Plan de Seguridad del estudiante en riesgo suicida**

Yo..... acuerdo con .....que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas haré lo siguiente:

Pensaré y leeré mi lista de razones para vivir:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Si aún me siento mal realizaré las siguientes actividades que me hacen sentir bien o me ayudan a distraerme(aunque ahora no tenga ganas):

- 

- 

- 

- 

- 

- 

- 

- 

- 

Evitaré ponerme peor, por lo que no haré:

-

- 

- 

- 

- 

- Llamar y hablar con un amigo o familiar como (lista nombre y teléfono)

- 

- 

- 

- 

- 

Si aún me siento mal llamaré a (lista números de teléfono de profesionales y agencias a contactar en caso de necesitar ayuda, líneas de crisis y servicio de urgencia)

## **Salud responde 600 360 77 77**

- Si no tengo saldo para llamar ingresaré a página <http://web.minsal.cl/salud-responde/> ya que puedo pinchar opción para que me llamen



## CARTA DE RECHAZO DE ATENCIÓN

Yo: \_\_\_\_\_, de la carrera de \_\_\_\_\_, RUN. \_\_\_\_\_, previo a ser informado(a) debidamente acerca de cual es el motivo por el que soy derivado(a) a atención médica de salud mental/psiquiatra, ya que me fue detectado un riesgo suicida \_\_\_\_\_, **decido no acceder** a este tipo de intervención por motivo de \_\_\_\_\_ . Para dejar constancia de mi decisión firmo el presente documento.

-----  
Firma estudiante

-----  
Firma Profesional que solicita derivación

Fecha: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

### 10. Referencias

Chávez, A. & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental* 33 (4).

Instituto Nacional de la Juventud (2019). *Salud mental escolar y universitaria*. Centro de estudiantes de Arquitectura, Universidad de Chile.

Ministerio de Salud de Chile (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales*. Programa nacional de prevención del suicidio.

Municipalidad de Punta Arenas (2018). *Detección de riesgo, intento y consumación de suicidio*.

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.