



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

**COLEGIO SAN ANTONIO
2018**



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

I. INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importantes que predispone al comportamiento suicida. Es un dato conocido que las personas afectadas por enfermedades mentales presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren.

Los problemas mentales más a menudo asociados a los comportamientos suicidas son la depresión y los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia.

Los antecedentes familiares de suicidio constituyen igualmente un riesgo elevado de comportamiento suicida, (riesgo cuatro veces mayor). Las personas que ya han hecho tentativas de suicidio presentan riesgos elevados de tentativa de suicidio o de muerte por suicidio, especialmente dentro de los primeros seis a doce meses siguientes a una tentativa. Los contextos socioeconómicos, educacionales y sociales de pobreza, así como las limitaciones en la salud física, se asocian también a comportamientos suicidas.

Sumado a lo anterior, los acontecimientos estresantes como las rupturas, la pérdida de seres queridos, los conflictos con los allegados y amigos, los problemas legales, financieros, o relacionados con el trabajo, así como los acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación, o a la vergüenza, pueden provocar tentativas de suicidio (IAPS-OMS, 2006).

Además, la disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida constituye un riesgo importante de comportamiento suicida del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio (IAPS-OMS, 2006).

En Chile, al igual que en muchos países del mundo, es especialmente preocupante el aumento de la mortalidad por causas externas en los adolescentes, las que representan el 60% del total de las muertes en adolescentes. En el grupo de adolescente entre 10 a 14 años, la tasa de suicidios aumentó de 1,0 por 100.000 el año 2000 a 1,9 por 100.000 el año 2009. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 11,4 por 100.000 en el mismo periodo (DEIS, 2010). Por lo anterior se ha hecho necesario implementar diversas estrategias preventivas de intervención, por lo cual, el Ministerio de Salud y el de Educación han considerado difundir políticas preventivas que permitan ayudar a la prevención de estos riesgos a nivel escolar.

Este Protocolo dada la complejidad y necesidad de especialización para tratar el tema se enmarca en el objetivo de promover la conversación en los



diferentes niveles sobre los riesgos y “fomentar las competencias en la comunidad escolar para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables”, y prevención del riesgo suicida involucrando a todos los sectores escolares, en un plan conjunto, donde cada sector aporte lo propio al objetivo final de prevenir los suicidios.

II. MARCO CONCEPTUAL

Debido a la gran cantidad de definiciones del fenómeno, en 1976 la Organización Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de suicidio: *“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”*

Es importante distinguir los siguientes conceptos:

- a) **Suicidalidad:** un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.
- b) **Ideación Suicida:** pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.
- c) **Parasuicidio (o Gesto Suicida):** acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.
- d) **Intento Suicida:** Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.
- e) **Suicidio Consumado:** Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación. (Jiménez, 2012)

III. FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

A. Factores de riesgo del suicidio en niños y niñas:

En general, se tiene la percepción de que la infancia es la etapa de la vida donde se es feliz y, por lo tanto, la conducta suicida no podría presentarse. Sin embargo, en la niñez sí ocurren actos suicidas.

Tratándose de niños y niñas, los factores de riesgo para suicidio deben ser detectados en el medio familiar donde el niño y la niña vive.

Los principales factores de riesgo en los niños y niñas son: (Minsal2013)

- Clima emocional caótico en la familia.
- La presencia de alguna enfermedad mental en los padres (principalmente el alcoholismo paterno y la depresión materna).



- La presencia de conducta suicida en algún miembro de la familia.
- El maltrato infantil y el abuso sexual de los padres hacia los hijos.
- Trastornos del control de impulsos en el niño y la niña (que se expresa en altos niveles de disforia, agresividad y hostilidad).
- Niños y niñas con baja tolerancia a la frustración (sin capacidad para aplazar la satisfacción de sus deseos, muy demandantes de atención y afecto).
- Niños y niñas excesivamente rígidos/as, meticulosos/as, ordenados/as y perfeccionistas.
- Niños y niñas muy tímidos/as, con pobre autoestima, pasivos/as.
- La existencia de amigos o compañeros de escuela que han hecho intentos de suicidio.

B. Factores de riesgo del suicidio en adolescentes.

En la última década, se ha visto a nivel mundial un incremento importante en las tasas de suicidio entre los y las adolescentes, razón por la cual se están desarrollando una serie de estrategias que apuntan a fomentar en los y las adolescentes, estilos de vida saludables como practicar deportes en forma sistemática, tener una sexualidad responsable, no adquirir hábitos de consumo de sustancias lícitas e ilícitas, desarrollar intereses que les permitan tener un uso adecuado de su tiempo libre.

En la adolescencia, el suicidio está relacionado con características propias de esta etapa del ciclo vital, como por ejemplo, dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada”. Sin embargo, habitualmente el fin último no es el consumir la muerte, sino más bien parece ser un grito desesperado para obtener ayuda, dado que percibe su situación y a sí mismo como sin posibilidades de salida y/o esperanza. Si el o la adolescente tuvo durante su infancia los factores de riesgo suicida descritos, éstos se mantienen y se potencian con algunas de las problemáticas propias de la adolescencia.

En general, la historia de vida de los y las adolescentes en riesgo de suicidio se puede dividir en tres etapas:

1. Infancia problemática.
2. Recrudescimiento de problemas previos, al incorporarse los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera).
3. Etapa previa al intento suicida, caracterizada por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

Entre los factores de riesgo a considerar en esta etapa se cuentan:

- Intentos de suicidio previos.



- Identificación con familiares o figuras públicas que cometen suicidio.
- Alteraciones en el comportamiento sexual como precocidad, promiscuidad, embarazos no deseados u ocultos, abortos, haber sido víctima de abuso sexual o violación.
- Variaciones en el comportamiento escolar, como deterioro del rendimiento habitual, fugas o deserción escolar, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con profesores, violencia y bullying entre compañeros, inadaptación a determinados regímenes escolares (internado, por ejemplo).
- Compañeros de estudio con conductas suicidas.
- Dificultades socioeconómicas.
- Permisividad en el hogar ante ciertas conductas antisociales.
- Falta de apoyo social.
- Acceso a drogas y/o a armas de fuego.
- Aparición de una enfermedad mental, especialmente trastornos del humor y esquizofrenia.

C. Señales de advertencia de suicidio

La mayoría de los y las jóvenes suicidas demuestran comportamientos observables que indican su pensamiento suicida. Estos incluyen los siguientes:

- Amenazas suicidas en forma de declaraciones directas (“Voy a suicidarme”) e indirectas (“Quisiera poder quedarme dormido y no volver a despertar”).
- Notas y planes suicidas.
- Hacer arreglos finales (p. ej., hacer arreglos para el funeral, escribir un testamento u obsequiar posesiones preciadas).
- Expresar preocupación por la muerte por escrito, en dibujos, en Internet o las redes sociales.
- Cambios de comportamiento, apariencia, pensamientos y/o sentimientos.

D. El desencadenamiento de la Crisis Suicida

Cuando en una situación problemática, los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios se agotan, aparecen en la persona las intenciones suicidas como forma de resolver dicha situación.

La duración de la crisis suicida es variable desde minutos a días e incluso, aunque raramente, semanas.

En el desencadenamiento de la conducta suicida están presentes dos factores psicosociales:

D.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.



D.2 La disminución del soporte social: Las personas que realizan intentos de suicidio suelen tener una escasa red social, 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.

E. Clasificación del Riesgo Suicida

E.1 Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente, aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.

E.2 Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.

E.3 Riesgo Grave: hay una intención concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.

E.4 Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.

F. Factores de la capacidad de recuperación

La presencia de factores de la capacidad de recuperación puede disminuir el potencial de que los factores de riesgo conduzcan a tener ideas y comportamientos suicidas. Una vez que se considera que un niño o niña, o bien los adolescentes están en riesgo, las escuelas, las familias y los amigos deberían trabajar para generar y reforzar estos factores:

- Respaldo y cohesión familiar, incluida una buena comunicación.
- Apoyo de los compañeros y de redes sociales cercanas.
- Conexión con la escuela y la comunidad.
- Creencias culturales y religiosas que desalienten el suicidio y promuevan una vida saludable.
- Habilidades de adaptación y para resolver problemas, incluida la resolución de conflictos.
- Satisfacción con la vida en general, buena autoestima y razón de ser.
- Fácil acceso a recursos médicos y de salud mental eficaces.



III. ACCIONES A REALIZAR

A. **Recepción de la información:** Es muy importante que quien reciba esta información (ya sea una ideación, planificación o intento de suicidio) mantenga la calma, muestre una actitud contenedora, no se sobre alarme, mantenga un lenguaje corporal y verbal de tranquilidad por parte del adulto. Es importante agradecer la confianza del estudiante y saber si ha hablado con alguien más sobre el tema y si está siendo acompañada por algún especialista en salud mental.

B. **Derivación al Departamento de Orientación.** Quien recepcione la información debe dar conocer al estudiante que debido a que está en riesgo su integridad es necesario pedir ayuda profesional y se debe entregar la información al Departamento de Orientación de forma inmediata, así como también a sus padres. Si el o la estudiante pide que se resguarde el secreto, es necesario decirle que no es posible ya que para cuidarlo hay que pedir ayuda a otros adultos.

C. **Acompañamiento del estudiante:** Psicóloga del ciclo que corresponda y orientadora serán las encargadas de realizar las entrevistas y realizar el seguimiento.

Las acciones a realizar por estos departamentos serán:

- Entrevista psicológica del o la estudiante.
- Contención del o la estudiante.
- Dentro de las primeras 24 horas de recepcionada la información se realizará contacto con la familia además de la derivación y contacto con especialistas de salud mental, entre otros.
- En la entrevista con los padres, se les entregarán los detalles de lo ocurrido y de la conversación con el o la estudiante, informando acerca de los pasos a seguir:
 - a) Se informa a los padres la necesidad de apoyo al estudiante a través de evaluación psiquiátrica de forma urgente.
 - b) Se deriva al estudiante a atención psiquiátrica, para que el profesional realice una evaluación y pueda determinar la gravedad de la situación.
 - c) Se le ofrece a los padres la posibilidad de entregarles un informe para los especialistas sobre lo sucedido con el fin de poder traspasar la información y facilitar la comunicación y labor.
 - d) En la hoja de entrevista se le pedirá a los apoderados que la firmen quedando estos informados de la situación.
 - e) Se espera que el profesional externo emita un certificado donde se determine si el o la estudiante está en condiciones de reintegrarse a la vida escolar, así como sugerencias para el colegio para apoyar y acompañar al alumno o la alumna.
 - f) Cuando los padres tengan el certificado del profesional, se reunirán con los Departamento de Orientación y Psicología para revisar la situación y



pasos a seguir (reintegro gradual, revisar y recalendarizar pruebas, medidas especiales, entre otros).

- En el caso que los padres no acepten o no realicen las acciones pertinentes relacionadas con brindar el apoyo de salud mental sugerido, el asunto será enviado a Tribunal de Familia de la ciudad de La Serena, por posible conducta negligente de los progenitores.

IV. Acciones Preventivas.

Se aplicará un cuestionario de Salud Mental a los y las estudiantes de 5° año básico a 4° año medio, lo que permitirá pesquisar la presencia de factores de riesgo suicida; de presentar indicadores, estos resultados serán comunicados a los y las apoderados/as, quienes deberán firmar documento de toma de conocimiento y de compromiso de asistencia a salud mental.

Los Departamentos de Orientación y Psicología realizarán seguimiento de los casos derivados a atención externa; solicitando a los padres y apoderados un informe de atención de profesionales de salud mental, además de sugerencias para brindar apoyo desde el contexto escolar.

Se entregará infografía a los miembros de la comunidad educativa, publicándose mediante el diario mural de cada curso la que incluirá descripción de redes de apoyo dentro del establecimiento e información relacionada con el tema, específicamente signos de alerta, profesionales idóneos para abordar los casos, qué hacer y qué no hacer, entre otros.

Se realizara capacitación en temática de Prevención de Suicidio a docentes y asistentes de la educación por parte de Departamento de Orientación y Psicología.