
	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 1 de 32


Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales de básica y media de la Región de Magallanes

	Nombre	Cargo/Institución	Firma
Actualizado por:	Nicole Bahamonde Vargas	Asesora Técnica en Prevención del Suicidio / Servicio de Salud Magallanes	
Revisado por:	Roxana Arancibia Reyes	Jefa Departamento Salud Mental / Servicio de Salud Magallanes	
	Maribel Bustos Costa	Referente Salud Mental / SEREMI de Salud Magallanes	
Visado por:	Sandra Velásquez Pérez	Subdirectora de Gestión Asistencial / Servicio de Salud Magallanes	
	Vivian Garay Vukasovic	Jefa Salud Pública / SEREMI de Salud Magallanes	
Autorizado por:	Verónica Yáñez González	Directora Servicio de Salud Magallanes	
	Francisca Sanfuentes Parga	Secretaria Regional Ministerial de Salud de Magallanes	



	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educativos.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 2 de 32

CONTENIDO

I.	CONTEXTO	4
II.	MARCO CONCEPTUAL	4
III.	GLOSARIO	5
IV.	FACTORES DE RIESGO:.....	7
	Factores Familiares:	8
	Factores Socioculturales:	8
	Factores individuales:	8
V.	SEÑALES DE ALERTA ANTE POSIBLE CONDUCTA SUICIDA.....	9
VI.	OBJETIVOS DEL PRESENTE PROTOCOLO	9
	Objetivo General	9
	Objetivos específicos	9
	Población objetivo	10
	Alcance	10
	Responsables de la aplicación de este protocolo	10
	Responsables de recepción de la derivación	10
	Responsables de supervisión.....	10
VII.	DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE CONDUCTA SUICIDA	10
VIII.	DERIVACIÓN	11
	A. IDEACIÓN SUICIDA	13
	FLUJOGRAMA DE ACCIONES ANTE IDEACIÓN SUICIDA DETECTADA EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.....	15
	B. INTENTO SUICIDA.....	15
	i) INTENTO SUICIDA QUE OCURRE DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.....	15
	FLUJOGRAMA INTENTO SUICIDA AL INTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.....	17
	ii) INTENTO SUICIDA OCURRIDO AL EXTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL Y EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES	17
	iii) INTENTO SUICIDA OCURRIDO AL EXTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL Y HACE MÁS DE TRES MESES	18
	FLUJOGRAMA DE ACCIONES EN CASO DE TOMAR CONOCIMIENTO SOBRE INTENTO DE SUICIDIO AL EXTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL	2020
	C. SUICIDIO	
	i) Suicidio al interior del establecimiento educativo	20
	ii) Suicidio al exterior del Establecimiento Educativo.....	21
	FLUJOGRAMA DE ACCIONES SUICIDIO	22
IX.	LEY 19.650	22
X.	ANEXOS	23
	ANEXO N° 1. ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA- COLUMBIA	23

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 3 de 32

ANEXO N° 2. FICHA ÚNICA DE DERIVACIÓN A DISPOSITIVOS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MAGALLANES.....	24
ANEXO N° 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DERIVACIÓN A ESTABLECIMIENTO DE SALUD	27
ANEXO N° 4. PLAN DE SEGURIDAD	288
ANEXO N° 5. ENCARGADOS/AS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	2929
ANEXO N° 6. VULNERACIÓN DE DERECHOS EN NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES. ...	3030
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	322

 	Procedimiento Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Versión		Cuarta versión
		Fecha Emisión		Enero 2025
		Próxima Revisión		Enero 2026
		Página		Página 4 de 32

I. CONTEXTO

El suicidio en la población infanto-adolescente en Chile es un problema de salud pública en aumento, con un incremento significativo en las tasas de suicidio entre adolescentes, según datos del Ministerio de Salud de 2020. Este fenómeno se ve agravado por la falta de acceso a servicios de atención de salud mental, altos tiempos de espera, falta de especialistas y el estigma social en torno a los trastornos mentales. Los jóvenes enfrentan diversos factores de riesgo como la presión académica, el acoso escolar, conflictos familiares y otros estresores.

En la Región de Magallanes, durante el año 2023 el 30% de los intentos suicidas ocurrieron en la población de entre 10 y 19 años, lo cual equivale a 172 notificaciones. Para combatir este problema, el gobierno ha implementado iniciativas de prevención como programas de sensibilización y líneas de asistencia telefónica como el *4141.

La prevención del suicidio es crucial por su impacto a largo plazo, ya que puede reducir el riesgo de suicidio futuro y mejorar el bienestar emocional, social y académico de los jóvenes. También ayuda a promover entornos seguros y solidarios, cumpliendo con la protección de los derechos humanos de los adolescentes.

II. MARCO CONCEPTUAL

El "espectro suicida" es un concepto utilizado en el campo de la salud mental para describir un conjunto de pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con el suicidio, que integra ideaciones suicidas, intentos de suicidio y muerte por suicidio. Este marco conceptual reconoce que el suicidio es un proceso complejo que puede involucrar una variedad de factores y experiencias individuales.


El modelo del espectro suicida sugiere que las personas pueden experimentar diferentes niveles de riesgo suicida en diferentes momentos de sus vidas, y que la intervención temprana puede ayudar a prevenir la progresión hacia formas más graves de comportamiento suicida.

En suicidología se distinguen los siguientes conceptos:

1. **Ideación suicida:** Abarca desde pensamientos sobre la muerte o sobre morir ("me gustaría desaparecer"), deseos de morir ("ojalá estuviera muerto"), pensamientos de hacerse daño ("a veces tengo deseos de cortarme con un cuchillo"), con o sin planificación o método.

El riesgo de la ideación suicida con planificación es una etapa crítica en el espectro suicida, ya que implica la elaboración detallada de un plan para llevar a cabo el acto suicida. Esta etapa eleva considerablemente el riesgo de que la ideación suicida se materialice en acción, lo que puede señalar un mayor grado de peligrosidad en cuanto al riesgo de suicidio.

2. **Intento de suicidio:** Se define como una acción autolesiva con resultado no fatal en que existe evidencia explícita o implícita de que la persona tenía la intención, en



	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 5 de 32

alguna medida, de provocarse la muerte. Para que exista un intento suicida, debe haber:



- Una acción o acto autolesivo: por ejemplo, intoxicación con fármacos, ahorcamiento, lanzamiento desde altura.
 - Resultado no fatal: sobrevive con o sin lesiones/auto daño.
 - Evidencia de intención suicida: a) evidencia explícita: por ejemplo, una declaración verbal “yo quería matarme”. b) Evidencia implícita: evidencia de planificación o premeditación.
3. Suicidio: Termino en forma voluntaria e intencional que una persona hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad.

III. GLOSARIO

- **Secretaría Regional Ministerial de Salud o SEREMI de Salud:** tiene como misión asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década.
- **Servicio de Salud Magallanes (SSM):** De acuerdo a las disposiciones establecidas en la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el Reglamento de los Servicios de Salud (decreto 140 de 2004), corresponde al organismo estatal, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines de articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial de la Región de Magallanes, así como la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.
- **Atención Primaria de Salud (APS):** Enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. Los centros de salud de APS (consultorios, CESFAM, CECOSF, postas rurales) proveen servicios y prestaciones con este enfoque de salud, las cuales son parte del Plan de Salud Familiar, que además se complementan mediante programas de reforzamiento (PRAPS). Se atiende bajo la lógica territorial, con población a cargo de un equipo de cabecera, el cual está conformado por múltiples profesionales, quienes atienden a las personas durante todo su ciclo vital.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educativos.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 6 de 32


- APS Universal:** es una iniciativa gubernamental que busca que toda la población tenga acceso a servicios de salud de calidad y oportunos, sin importar su previsión de salud. La APS universal se basa en los siguientes principios: 1. Atender a toda la población, 2. Brindar cuidados de calidad y oportunos, 3. Garantizar el bienestar y la salud de la población, 4. Distribuir la salud y el bienestar de forma equitativa, 5. Centrar la atención en las necesidades de las personas. Algunos de los componentes de la APS universal son: Inscripción universal, servicios de atención primaria, extensión horaria, optimización de los procesos administrativos.
- Centro de Salud Familiar (CESFAM):** Corresponden a Centros de Salud dependientes de la Municipalidad de la Comuna donde están ubicados. Las prestaciones que realiza son básicamente Controles y Consultas, realizados por un Equipo de Profesionales (Médico, Dentista, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Kinesiólogo, Psicólogo, Asistente Social, Educadora, Podóloga). Corresponde al establecimiento base de aplicación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centro del concepto de Atención Primaria de Salud.
- Centro de Salud Mental Comunitario Miraflores (COSAM):** Es un centro ambulatorio de nivel de complejidad secundario, que entrega atención de especialidad de salud mental y psiquiatría, con un enfoque Interdisciplinario que considera la mirada Bio-Psico-Social en todas sus intervenciones. Cuenta con atenciones en el área infanto-adolescente y adulto.
- Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH):** Servicio clínico de nivel de atención terciario (hospitalario), que tiene como función la categorización, admisión, evaluación, estabilización y tratamiento oportuno e inmediato de pacientes (adultos, pediátricos o de gineco-obstetricia) no programados que acuden por una emergencia médica. Ofrecen asistencia sanitaria multidisciplinaria ambulatoria, continua y permanente, las 24 horas del día los 365 días del año.
- Sistema de Atención Médico de Urgencia (SAMU):** Sistema que brinda atención médica de emergencia una vez que se activa por una situación de urgencia o emergencia de nivel pre-hospitalario. En términos operacionales es el sistema que organiza y articula todos los aspectos de la función médica brindada en el entorno pre-hospitalario o extrahospitalario en una condición de urgencia o emergencia hasta el ingreso a un establecimiento de salud en caso de ser necesario. En adelante se referirá al sistema indistintamente como SAMU.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):** Dispositivo de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencias/emergencias de baja complejidad, que se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria o en un local anexo. Depende técnica y administrativamente de este o, en su defecto, de quien la autoridad sanitaria local determine, y cumple la función de entregar prestaciones de emergencias/urgencias médicas en horario no hábil. El SAPU tiene la obligación de asegurar el acceso inmediato a la población a la atención médica, resolviendo los problemas de salud pertinentes a su capacidad resolutive y/o derivando los casos que no pueden ser resueltos a ese nivel de manera coordinada con los otros establecimientos de la red local.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 7 de 32

- Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR):** Dispositivo de salud de nivel de atención primaria, el cual, entrega atención médica de urgencias, oportuna, resolutiva y de calidad a la población inscrita, en un horario que complementa el funcionamiento del Centro de Salud Familiar (CESFAM). El propósito es aumentar la resolutividad en la atención de urgencia, facilitando el acceso a servicios de urgencia cercanos, de manera oportuna y de calidad, asegurando la continuidad de la atención evitando que la población concurra a una Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) al tratarse de una patología de baja complejidad, propendiendo una coordinación adecuada para la derivación del usuario al CESFAM de referencia.
- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP):** Dispositivo de hospitalización cerrada donde se otorga atención clínica intensiva y especializada de salud mental, contemplando las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional entre otras; otorgando cuidados de enfermería especializados las 24 horas del día, durante un periodo no superior a los 60 días. Esta unidad brinda atención integral, de alta intensidad y calidad, en un marco de derechos humanos a personas que presentan una descompensación de una enfermedad mental, que no puede ser resuelta en la red de servicios de salud mental ambulatorios.
- Atención de urgencia:** Se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura debe ser inmediata e impostergable.
- Urgencia con Síntomas en Salud Mental:** Cualquier alteración emocional y de la conducta que puede producir daños a terceros o a sí mismo/a, por lo cual requiere de una intervención inmediata y eficaz por parte del equipo de salud dirigida a aliviar dicha situación. Esta alteración del afecto, pensamiento o conducta es en tal grado disruptivo que la persona misma, la familia o comunidad considera que requiere atención inmediata

IV. FACTORES DE RIESGO:

Los factores de riesgo suicida en la población infanto-adolescente abarcan una serie de características, circunstancias o contextos que incrementan la probabilidad de que un/a niño/a o adolescente contemple, planeé o intente el suicidio. Estos elementos pueden ser de índole individual, familiar, sociocultural o ambiental. Su identificación y tratamiento son fundamentales, ya que contribuyen a prevenir el suicidio y a brindar intervenciones de apoyo a aquellos jóvenes en situación de riesgo. La naturaleza de estos factores puede variar dependiendo de la edad, el género y el entorno socioeconómico, abordarlos resulta esencial para promover la salud mental y el bienestar de los/las niños/as y adolescentes.

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educativos.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 8 de 32

Factores Familiares:

- **Historia familiar de suicidio:** Los adolescentes que tienen antecedentes familiares de suicidio tienen un mayor riesgo de suicidio debido a factores genéticos y ambientales.
- **Dinámica familiar disfuncional:** El abuso, la negligencia, el conflicto familiar y la falta de apoyo parental pueden aumentar el riesgo de suicidio en adolescentes.



Factores Socioculturales:

- **Acceso a medios letales:** La disponibilidad de medios letales, como armas de fuego, aumenta el riesgo de suicidio en adolescentes.
- **Estigmatización de la salud mental:** La estigmatización de los trastornos mentales y la falta de acceso a servicios de salud mental pueden dificultar que los adolescentes busquen ayuda cuando están en crisis.
- **Presión académica y competitividad:** En entornos culturales donde se valora en exceso el rendimiento académico, los adolescentes pueden experimentar un aumento de la presión y el estrés, lo que aumenta el riesgo de suicidio.

Factores individuales:

Se refieren a características específicas de una persona que pueden aumentar su vulnerabilidad al suicidio.

- **Trastornos mentales:** La presencia de trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno de estrés postraumático, la esquizofrenia u otros trastornos de personalidad aumenta significativamente el riesgo de suicidio.
- **Historial de intentos de suicidio:** Los individuos que han intentado suicidarse en el pasado tienen un mayor riesgo de intentos futuros y completar el suicidio.
- **Consumo de sustancias:** El abuso de alcohol y drogas está asociado con un mayor riesgo de suicidio. El consumo de sustancias puede disminuir los inhibidores naturales contra el suicidio y aumentar la impulsividad.
- **Impulsividad/agresividad:** La impulsividad y la agresividad son rasgos de personalidad que se han asociado con un mayor riesgo de comportamiento suicida, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.
- **Dolor crónico o enfermedad grave:** Las personas que experimentan dolor crónico o que tienen enfermedades graves y debilitantes tienen un mayor riesgo de suicidio, posiblemente debido al sufrimiento emocional y físico.
- **Desesperanza:** La falta de esperanza en el futuro y la sensación de que las cosas nunca mejorarán son predictores significativos de comportamiento suicida.
- **Sentimientos de soledad y aislamiento social:** La falta de conexión social y el sentimiento de estar desconectado de los demás pueden aumentar el riesgo de suicidio.
- **Baja autoestima:** Las personas con baja autoestima tienen un mayor riesgo de suicidio, ya que pueden tener dificultades para afrontar los desafíos y las dificultades de la vida.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 9 de 32

- Problemas de identidad sexual o de género: Los individuos que enfrentan discriminación, falta de aceptación o rechazo debido a su identidad sexual o de género tienen un mayor riesgo de suicidio.
- Acoso escolar (bullying): El acoso escolar puede tener un impacto devastador en la salud mental de los estudiantes y aumentar el riesgo de comportamiento suicida.
- Experiencias traumáticas: Las experiencias traumáticas, como el abuso físico, emocional o sexual, pueden aumentar el riesgo de suicidio. (Anexo N° 6)
- Aislamiento social: La falta de relaciones sociales sólidas, la sensación de soledad o el aislamiento social pueden aumentar el riesgo de suicidio en los estudiantes.

V. SEÑALES DE ALERTA ANTE POSIBLE CONDUCTA SUICIDA

- a) Señales directas: (búsqueda activa de métodos para suicidarse)
 - Uso internet como herramienta para búsqueda de acceso a métodos letales.
 - Planificación/ preparación de acto suicida incluyendo medio y lugar.
 - Realizar actos de despedida como cartas, mensajes.
 - Hablar como si ya no fuera a estar más.
 - Presencia de conductas autolesivas: cortes, quemaduras, lesiones.
 - Hablar o escribir sobre suicidio: deseo de morir, herirse, matarse, sentimiento de desesperación, sensación de bloqueo, dolor insoportable, ser una carga.
- b) Señales indirectas:
 - Distanciamiento/ Aislamiento de redes sociales, redes familiares, amigos, compañeros.
 - Disminución rendimiento académico.
 - Incremento consumo de sustancias como alcohol y drogas.
 - Cambio de conducta, ánimo, carácter, inestabilidad emocional.
 - Deterioro autoimagen, abandono y descuido personal.
 - Presencia de ira, angustia o necesidad de venganza.
 - Cambios en los hábitos del sueño y/o alimentación.





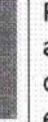
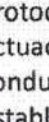
VI. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Objetivo General

Establecer un procedimiento estandarizado frente a la detección de conducta suicida en establecimientos educacionales de básica y media de la región de Magallanes.

Objetivos específicos

1. Reconocer conductas asociadas al espectro suicida en la población infanto adolescente escolarizada.
2. Evaluar el nivel de riesgo asociado a la conducta suicida.
3. Derivar los casos pesquisados con riesgo suicida de acuerdo a protocolo de abordaje de conducta suicida de la red de salud de la región de Magallanes.

  	  	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
		Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
			Próxima Revisión	Enero 2026
			Página	Página 10 de 32

Población objetivo

Población infanto juvenil escolarizada perteneciente a establecimientos de educación básica y media de la región de Magallanes.

Alcance

Establecimientos educacionales de básica y media públicos, subvencionados y privados; equipos de Programa de Salud Mental de Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Hospitales Comunitarios; Centro de Salud Mental “COSAM Miraflores” y Servicios de urgencia (Servicio de urgencia de atención primaria (SAPU), Servicio de Alta Resolutividad (SAR), Unidad de Emergencias Hospitalarias (UEH), Servicio de Atención Médica de Urgencia Prehospitalaria (SAMU).

Responsables de la aplicación de este protocolo

Equipo de convivencia escolar y/o quien designe el director del establecimiento educacional.

Responsables de la aplicación de Escala Columbia, llenado de ficha de derivación y elaboración de plan de seguridad.

Equipo de convivencia educativa y/o quien designe el director del establecimiento educacional.

Responsables de recepción de la derivación

Equipos de Salud Mental de los establecimientos de Atención Primaria de Salud y Hospitales Comunitarios.

Equipo de Centro de Salud Mental Infanto Adolescente (COSAM)

Equipos de servicios de urgencias (SAR, SAPU, UEH)

Servicio de atención médica de urgencia prehospitalaria (SAMU).

Responsables de supervisión

Superintendencia de educación

Secretaria Regional Ministerial de Educación.

Directores y directoras de establecimientos educacionales de la Región de Magallanes.

Servicio de Salud Magallanes.


SEREMI de Salud Magallanes.

VII. DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE CONDUCTA SUICIDA

Frente a la detección de un estudiante en riesgo de conducta suicida se debe actuar conforme se plantea en el Componente 4 “Detección de Estudiantes en Riesgo” de la guía “Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educacionales” del Ministerio de Salud.

Pasos:

- Buscar un espacio que permita conversar de forma privada y confidencial con el estudiante, mostrando interés y preocupación.

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 11 de 32

- Comience con preguntas generales ¿Cómo te has estado sintiendo? ¿Estas con alguna dificultad a nivel personal, familiar, escolar? ¿Cómo te imaginas que las cosas van a estar en un futuro?
- Pregunte sobre pensamientos y planes suicidas: Aplique la escala de severidad suicida- Columbia (Anexo N° 1).

PAUTA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA⁷

Formule las preguntas 1 y 2	Último mes			
	SI	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 "SI" 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 llevartas 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) ¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida?	Alguna vez en la vida			
En los últimos 3 meses				
Si la respuesta es "SI": ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?				

Resultados:


	Riesgo leve de suicidio
	Riesgo moderado de suicidio
	Riesgo severo de suicidio

- Una vez valorado y confirmado el riesgo suicida, informe al área de convivencia escolar o a directivo del establecimiento educacional y proceda según la conducta suicida detectada.

VIII. DERIVACIÓN

A continuación, se describe el procedimiento para la derivación a la red de salud de estudiantes que presenten conductas suicidas en establecimientos educacionales:

De acuerdo con la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a la atención en salud se incluye un consentimiento informado (Anexo N°3) con la finalidad de contar con la autorización respectiva por parte de un adulto para la derivación, seguimiento de los casos y coordinación con los equipos de salud mental. En el caso de estudiantes mayores de edad corresponde que ellos firmen el

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 12 de 32

consentimiento informado autorizando la derivación. Si el estudiante rechaza derivación, se debe romper el secreto profesional al detectar un riesgo para la vida y trabajar en conjunto con la persona la activación de una red de apoyo.

Todas las derivaciones realizadas a los programas de salud mental (CESFAM, COSAM, Hospitales comunitarios) deben ser enviadas por correo electrónico al centro de salud correspondiente (Anexo N°5), adjuntando la pauta de derivación (Anexo N° 2), los resultados de la escala Columbia (Anexo N° 1) y el consentimiento informado (Anexo N° 3). Copie en el correo a la coordinadora del programa de prevención del suicidio del Servicio de Salud Magallanes, Nicole Bahamonde (nicole.bahamonde.v@redsalud.gob.cl).

Es importante agregar que el establecimiento educacional contará con 24 horas para hacer el levantamiento de la información y realizar la derivación correspondiente.



En caso de que el padre/madre/ tutor o estudiante mayor de edad, no visualice la necesidad de atención en salud mental y rechace la derivación al centro de salud, el establecimiento educacional deberá dejar registro de la decisión, indagar el motivo de esta y hacer firmar a la persona el consentimiento informado (Anexo N° 3).

En el caso que el motivo de rechazo se deba a que el/la estudiante se encuentra en tratamiento particular, se debe solicitar al/a adulto/a responsable un certificado de las atenciones. En el caso, de que el/la apoderado rechace la atención por no considerarlo necesario, y aun cuando se ha mencionado el riesgo detectado, el establecimiento educacional debe indicar que se evaluarán las acciones a seguir con respecto a elevar una solicitud de medida de protección ante una posible vulneración de derechos, al ser un comportamiento asociado a negligencia.

Independiente de la previsión de salud que presente una persona, en caso de ser tener una situación de urgencia, como es la conducta suicida, el estudiante y su familia puede concurrir a cualquier servicio de emergencia, ya sea de atención primaria (SAPU, SAR) u hospitalario. En el caso de previsión de salud privada, DIPRECA y FFAA esto tendrá un costo asociado.

Es importante señalar que desde marzo a diciembre la región cuenta con tres establecimientos de urgencias de atención primaria donde existen duplas psicosociales de lunes a viernes para la atención de personas en crisis:

- Punta Arenas
SAPU Bencur :17:00 a 21:00 horas.
SAR Damianovic :16:00 a 20:00 horas.
- Puerto Natales
SAPU Lozic :18:00 a 22:00 horas.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 13 de 32

Funciones duplas psicosociales:


1. Primer Apoyo Psicológico e Intervención en crisis, para todas las problemáticas de salud que la situación de urgencia requiera para el usuario/a y/o su familia y/o acompañante.
2. Intervenciones psicosociales con familiares.
3. Coordinación para la continuidad del cuidado desde la urgencia hacia el nivel de atención que requiera la persona tras su egreso del SAPU/SAR, en particular con el CESFAM a cargo del usuario/a para el trabajo intersectorial según necesidad.
4. Pesquisa activa de necesidad de cuidado de salud mental en la sala de espera del SAPU/SAR, a fin de coordinar acciones para la continuidad del cuidado con el CESFAM a cargo de usuario/a.
5. Pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos por curso de vida y enfoque de género.

A. IDEACIÓN SUICIDA

En el caso que un estudiante presente ideación suicida, sin planificación y sin intento suicida previo, es decir, la persona respondió SI a las preguntas 1 y 2 de la escala de severidad suicida - Columbia (Anexo N°1) el establecimiento educacional debe derivar al programa de salud mental del CESFAM y/o hospital comunitario donde se encuentra inscrito el estudiante y/o grupo familiar (Anexo N°5).

Pasos:

1. Contacte al padre, madre o tutor legal del estudiante y programe una reunión en el establecimiento educativo para discutir la situación. Es importante averiguar si el estudiante ya está recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico. De ser así, sugiera a la familia pedir hora con el profesional tratante y pida autorización para contactarse con éste para informarle de lo sucedido y realice seguimiento de las atenciones posteriores. Si el estudiante no está en tratamiento, subraye la importancia de iniciar uno, ya sea a través del sistema de salud privado o público.
2. Para estudiantes beneficiarios del sistema de salud público sin tratamiento de salud mental actual, el establecimiento educacional debe gestionar una derivación al Programa de Salud Mental de Atención Primaria de su comuna (CESFAM u hospital comunitario) donde se encuentra inscrito el estudiante (Anexo N° 5). Esto requiere que el padre, madre o tutor legal firme un consentimiento informado (Anexo N° 3).
3. Para los estudiantes que cuentan con cobertura de salud privada, es crucial verificar si están recibiendo tratamiento de salud mental en dicho sistema. En caso afirmativo, se debe solicitar a la familia que coordine con el profesional a cargo y, hacer seguimiento para asegurar que la atención sea efectiva. Si el estudiante no está en tratamiento, es esencial destacar la importancia de iniciar uno en el sistema de salud que le corresponda. En el caso de la Comuna de Natales, este puede ser iniciado en la red de salud pública, CESFAM Juan Lozic, ya que es pionero en APS universal.

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 14 de 32

4. En el caso de las comunas de Porvenir y Puerto Williams es necesario señalar que pueden atender personas con previsión particular, DIPRECA y FFAA, pero la atención tendrá un costo asociado.

Consideración: Si usted detecta una ideación suicida con planificación y acceso a medios letales debe referir inmediatamente al servicio de urgencias de un hospital y en paralelo derivar al establecimiento de salud.


TIEMPOS DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD ANTE UNA DERIVACIÓN POR IDEACIÓN SUICIDA

Asignación de hora:

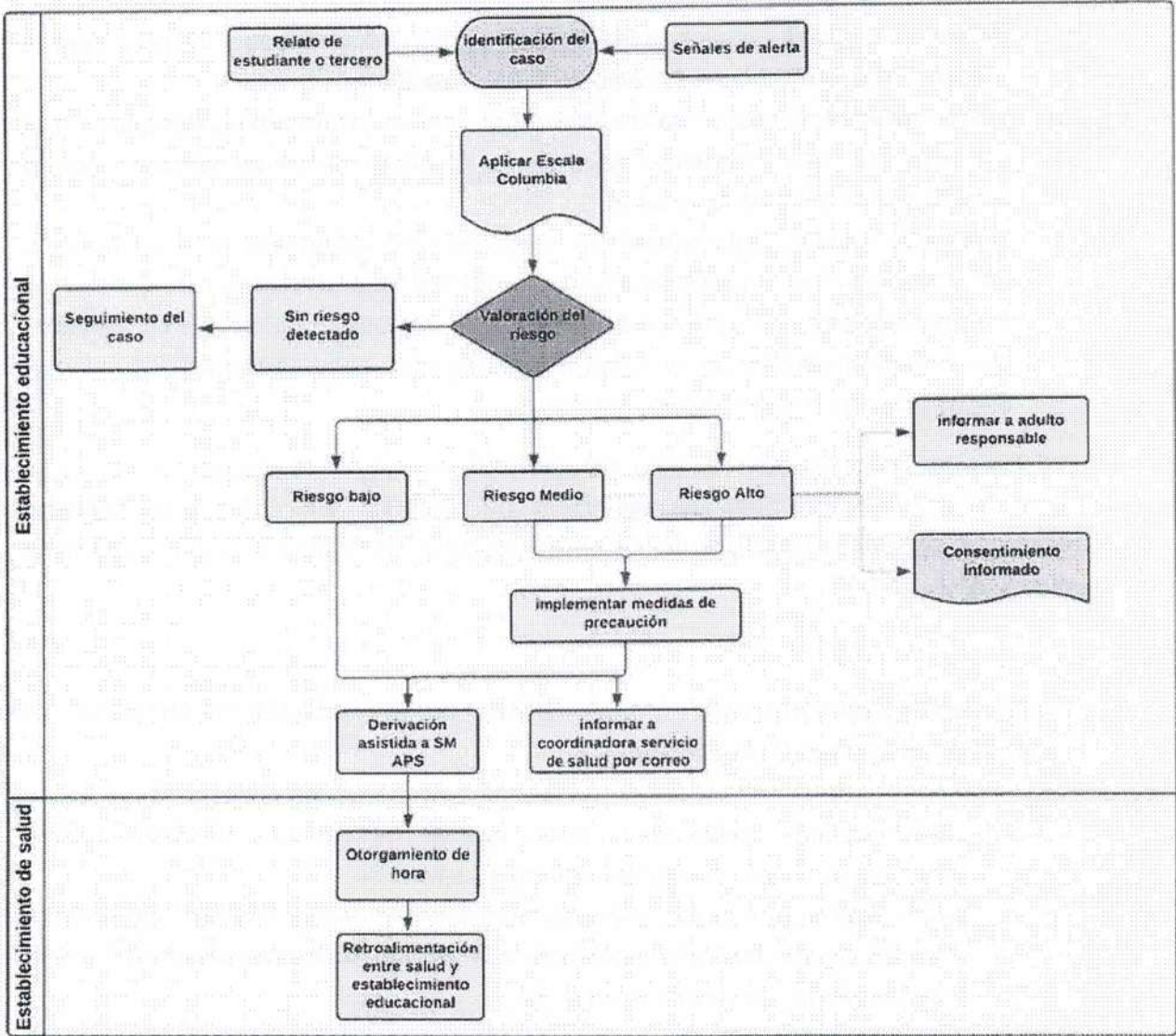
PUNTA ARENAS	
CESFAM Dr. Mateo Bencur, CESFAM Carlos Ibáñez, CESFAM Dr. Thomas Fenton, CESFAM 18 de septiembre, CESFAM Dr. Juan Damianovic.	48 horas hábiles.
PUERTO NATALES	
CESFAM Juan Lozic.	24 horas hábiles.
PORVENIR	
Hospital Comunitario Dr. Marcos Chamorro.	24 horas hábiles.
PUERTO WILLIAMS	
Hospital Comunitario Cristina Calderón.	24 horas hábiles.

Atención efectiva

- Plazo máximo de 10 días calendario.
- Considerar que la atención efectiva puede ser llevada a cabo por médico, psicólogo, trabajador social y/o enfermera/o, según determinación de cada establecimiento de salud.

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 15 de 32





FLUJOGRAMA DE ACCIONES ANTE IDEACIÓN SUICIDA DETECTADA EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL



B. INTENTO SUICIDA

i) INTENTO SUICIDA QUE OCURRE DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.

1. Se debe proceder de acuerdo con el Componente 5: Protocolo de actuación frente a un intento o suicidio y acciones de Postvención de la “Guía con Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos” del Ministerio de Salud.
2. La persona que encuentre al estudiante realizando un intento suicida debe informar de forma inmediata al equipo de gestión del establecimiento educacional.
3. El equipo de gestión debe informar a progenitores y contactar inmediatamente a SAMU.


   	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 16 de 32

- Posterior a las acciones realizadas por SAMU, el establecimiento educacional deberá informar de lo ocurrido mediante correo electrónico al dispositivo de salud mental donde se encuentre ingresado el/la estudiante (Anexo N°5) con copia a Nicole Bahamonde (nicole.bahamonde.v@redsalud.gob.cl), coordinadora del programa de prevención del suicidio del Servicio de Salud Magallanes.
- Posteriormente, el equipo de convivencia o aquellos profesionales designados por Dirección del establecimiento educacional, deberán mantener contacto con la familia y establecimiento de salud.
- El establecimiento educacional en conjunto con los padres y el estudiante, determinaran la información que será transmitida a los profesores y estudiantes.
- El establecimiento educacional deberá indagar si existen problemas a nivel escolar que generan problemas o deberían ser modificados, como, por ejemplo: bullying, presión escolar, discriminación, entre otros.

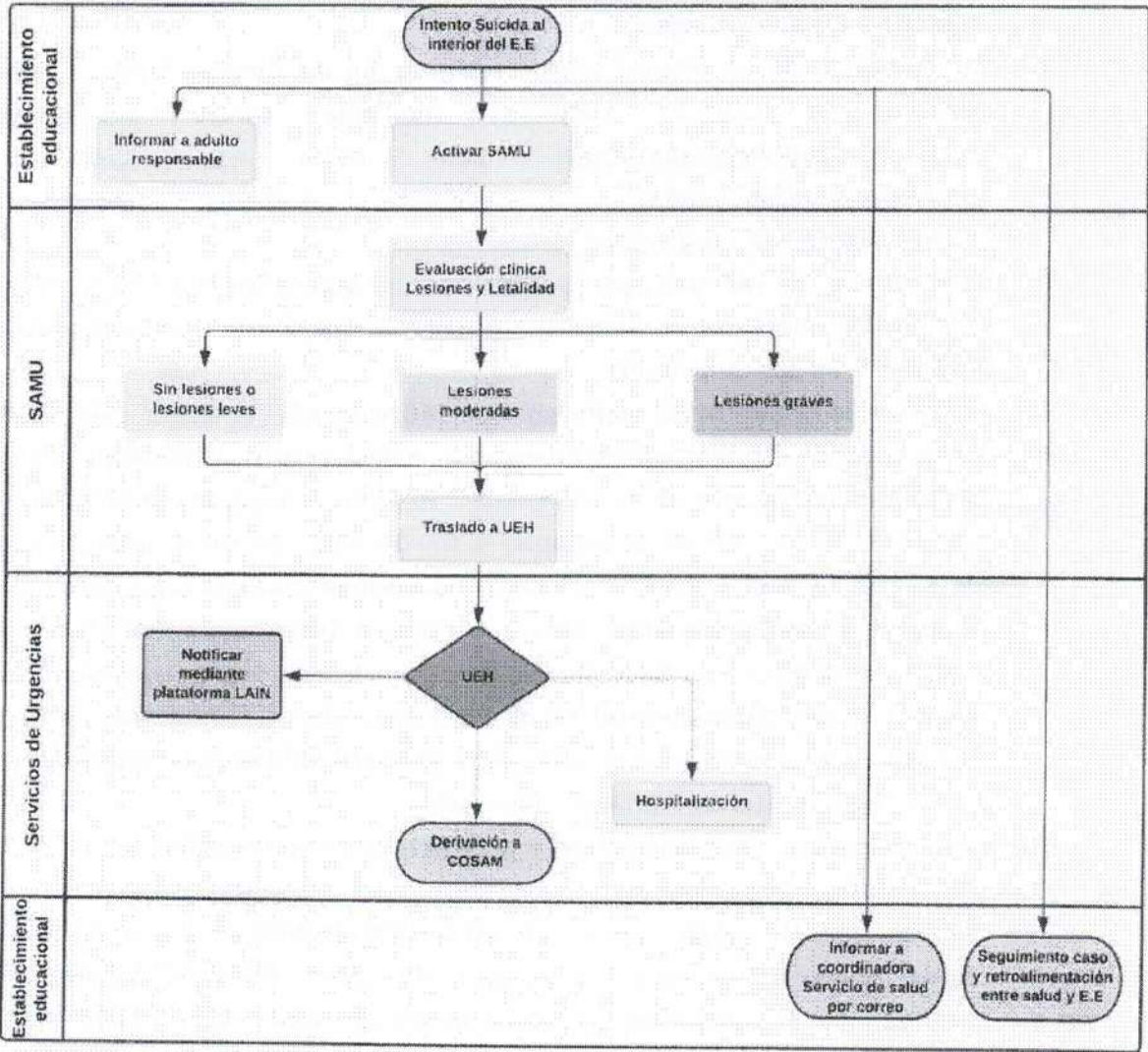
Consideración: Independiente de sí la autolesión tuvo o no fines suicidas, al ocurrir al interior del Establecimiento educacional, el niño, niña o adolescente debe ser trasladado a Unidad de Emergencias Hospitalarias. En el caso de tener intencionalidad suicida, se debe activar SAMU.

ACCIONES DEL SECTOR SALUD ANTE UN INTENTO SUICIDA OCURRIDO DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.

- SAMU acudirá a todos los llamados que se realicen por un intento suicida ocurrido dentro de un establecimiento educacional.
- SAMU realizará una evaluación respecto a las lesiones y letalidad del método utilizado y trasladará al/la estudiante a la unidad de emergencias hospitalarias (UEH) según la comuna de ocurrencia.
- Es importante señalar, que toda unidad de emergencias debe notificar mediante plataforma LAIN los intentos suicidas.
- En el caso de autolesiones sin fines suicida el caso deberá ser derivado posterior a la atención de urgencias al establecimiento de salud donde se encuentra ingresado el/la estudiante. El establecimiento de salud tendrá 7 días calendario para dar respuesta ante la derivación.



	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 17 de 32

FLUJOGRAMA INTENTO SUICIDA AL INTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL



ii) INTENTO SUICIDA OCURRIDO AL EXTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL Y EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.


1. Informar a director de establecimiento educacional o su delegado.
2. Frente a esta situación es importante realizar una entrevista exhaustiva para determinar si el acto autodestructivo tuvo intencionalidad suicida o no. En el caso de que el estudiante presente autolesiones sin fines suicidas debe realizarse la derivación al centro de salud de atención primaria, pero no por activación de protocolo de conducta suicida.
3. En caso de corresponder a una conducta con intencionalidad suicida se debe indagar sobre si el/la estudiante se encuentra en tratamiento de salud mental, de ser así, es importante que el establecimiento educacional pueda entregar la información recopilada a profesionales tratantes, previa autorización del adulto responsable.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 18 de 32



- En el caso de que el intento suicida sea reciente se debe despejar si el/la estudiante acudió al servicio de urgencias de su comuna.
- Una vez, despejado lo anterior, se debe aplicar escala de severidad suicida-Columbia (Anexo N° 1), y citar a los progenitores para comunicarle el resultado de la escala y los pasos a seguir.
- La derivación de un intento suicida realizado en los últimos 3 meses debe ser realizada a COSAM Miraflores mediante correo electrónico a eucosam.infantil@redsalud.gob.cl con copia a Karla Ursic karla.ursic@redsalud.gob.cl y Alberto Cisternas al correo alberto.cisternas@redsalud.gob.cl
- En el caso de CESFAM Juan Lozic, Hospital Comunitario de Porvenir y Puerto Williams la derivación debe ser realizada al referente de salud mental mencionado en el Anexo N° 5 de este protocolo.
- El tiempo de respuesta del sector salud son 48 horas hábiles en atención efectiva.
- En los casos de estudiantes con Previsión de Salud Privada, DIPRECA y FFAA que se encuentren en tratamiento de salud mental en dicho sistema, se señalará a la familia que consulte al profesional tratante, a fin de evitar la sobre intervención del estudiante. Asimismo, el establecimiento educacional realizará seguimiento de que el estudiante reciba atención efectiva, la cual no debe superar los cinco días. Es importante señalar que, en primer lugar, la familia debe buscar una alternativa de atención en su sistema de salud. No obstante, al ser un intento suicida una situación de riesgo vital el establecimiento de salud de la red pública debe priorizar el caso, sin embargo, las atenciones tendrán un costo.
- El establecimiento educacional debe generar un plan de seguridad (Anexo N° 4) en conjunto con el/la estudiante.
- Para los casos de riesgo alto con intento suicida reciente en que la derivación se realiza fuera del horario del centro de salud (CESFAM/COSAM/Hospital Comunitario), el establecimiento debe referir al estudiante, su padre/madre o cuidador a la unidad de urgencias más cercano.

iii) INTENTO SUICIDA OCURRIDO AL EXTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL Y HACE MÁS DE TRES MESES.

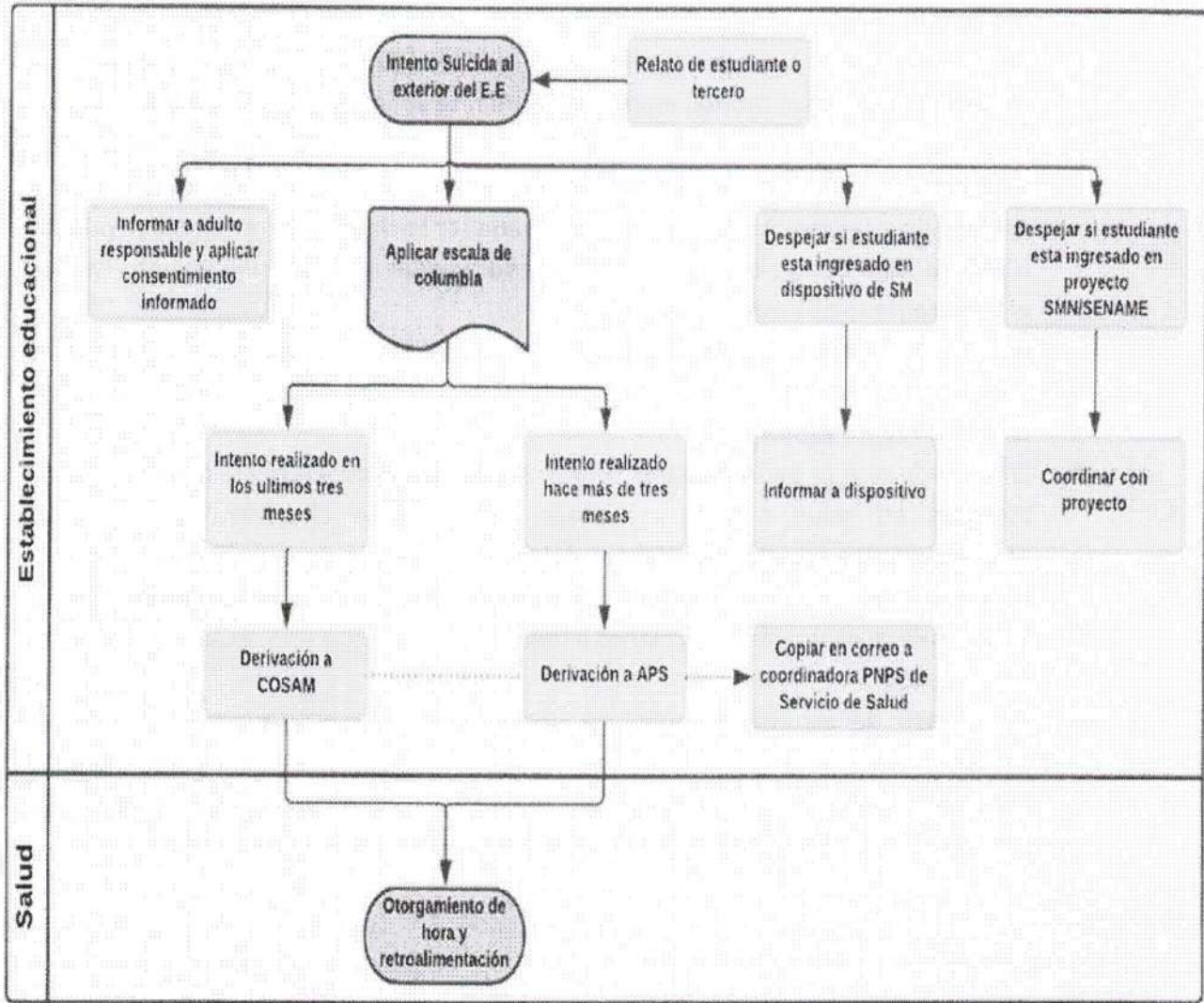
- Informar a director de establecimiento educacional o su delegado.
- Entrevistar al estudiante y aplicar escala de severidad suicida - Columbia (Anexo N° 1).
- Realizar entrevista con el/la estudiante y apoderado para dar a conocer la situación y consultar si el estudiante se encuentra en tratamiento de salud mental, de ser así, señalar al adulto responsable que consulte a profesional tratante.
- En casos de estudiantes que no se encuentren en tratamiento de salud mental y sean beneficiarios del sistema de salud público, profesionales del establecimiento educacional deben derivar a Programa de Salud Mental de Atención Primaria según

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 19 de 32

- comuna y centro de salud de inscripción, adjuntando consentimiento informado (Anexo N 3), ficha de derivación (Anexo N° 2) y escala columbia (Anexo N° 1).
- Al momento de realizar la derivación debe copiarse a coordinadora del programa de prevención del suicidio del Servicio de Salud D. Nicole Bahamonde al correo nicole.bahamonde.v@redsalud.gob.cl.
 - En los casos de estudiantes con Previsión de Salud Privada, que se encuentren en tratamiento de salud mental en dicho sistema, se señalará a la familia que consulte al profesional tratante, a fin de evitar la sobre intervención del estudiante. Asimismo, en el caso de que el estudiante no se encuentre en tratamiento y pertenezca a la comuna de Natales este puede ser iniciado en la red de salud pública (CESFAM Juan Lozic). El establecimiento educacional realizará seguimiento de que el estudiante reciba atención efectiva.
 - Respeto a las comunas de Porvenir y Puerto Williams es necesario señalar que pueden atender personas con previsión particular, DIPRECA y FFAA, pero la atención tendrá un costo asociado.
 - En caso de que el padre/madre/ o tutor responsable no visualice la necesidad de atención en salud mental y rechace la derivación al centro de salud, el establecimiento educacional deberá dejar registro de la decisión y hacer firmar a tutor responsable consentimiento informado (Anexo N° 3). Adicionalmente, se debe indicar que se evaluarán las acciones a seguir con respecto a una posible vulneración de derechos.
 - En el caso de estudiantes mayores de edad corresponde que ellos firmen el consentimiento informado autorizando la derivación. Si el estudiante rechaza derivación, se debe romper el secreto profesional al detectar un riesgo para la vida y trabajar en conjunto con la persona la activación de una red de apoyo.

 	Procedimiento de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educativos.	Versión	Cuarta versión
		Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 20 de 32

FLUJOGRAMA DE ACCIONES EN CASO DE TOMAR CONOCIMIENTO SOBRE INTENTO DE SUICIDIO AL EXTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.





C. SUICIDIO

Se debe proceder según lo señalado en la guía de “recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educativos” del Ministerio de Salud, en el apartado “Protocolo de actuación tras suicidio de un/a estudiante”.

i) Suicidio al interior del establecimiento educacional



1. Director del establecimiento o equipo encargado contacta a los padres o representante legal.
2. Director o a quien designe el establecimiento debe llamar a SAMU para confirmar deceso.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 21 de 32

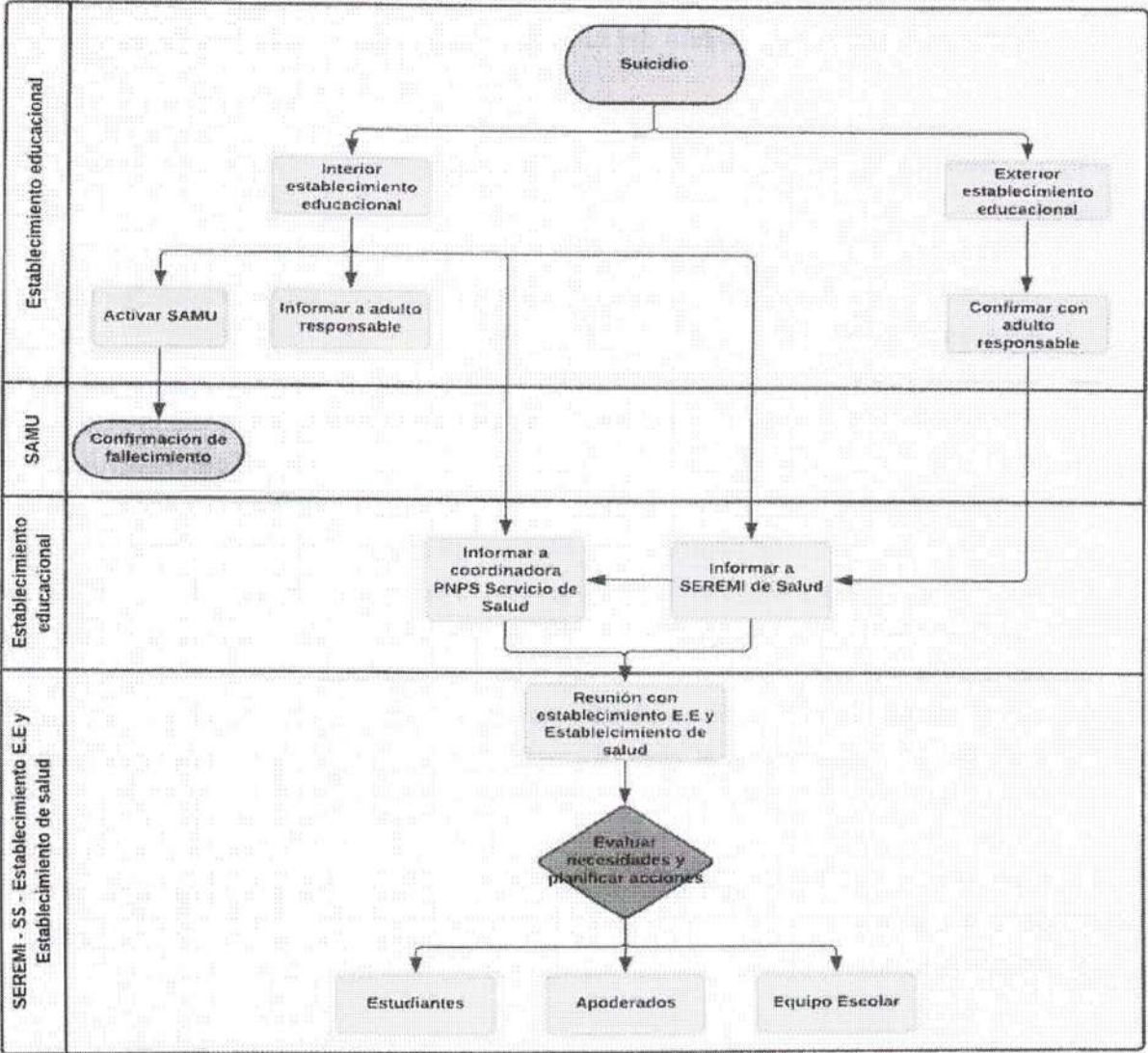
3. Contactar e informar lo ocurrido a D. Maribel Bustos maribel.bustos@redsalud.gob.cl, referente Programas de Salud Mental de la SEREMI de Salud, y a D. Nicole Bahamonde nicole.bahamonde.v@redsalud.gob.cl, asesora técnica en prevención del suicidio del Servicio de Salud Magallanes.

ii) **Suicidio al exterior del Establecimiento Educacional**

1. Director del establecimiento o equipo encargado contacta a los padres o representante legal para verificar los hechos y estar seguros de la causa de muerte, a través de la información oficial de los padres.
2. La información sobre la causa de muerte no debe ser revelada a la comunidad estudiantil hasta que la familia haya sido consultada sobre la información oficial.
3. 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 ellos 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 sumamente necesario para ayudar a mantener al resto de estudiantes a salvo de posibles conductas imitativas.
4. Contactar e informar lo ocurrido a D. Maribel Bustos maribel.bustos@redsalud.gob.cl, referente Programas de Salud Mental de la SEREMI de Salud, y a D. Nicole Bahamonde nicole.bahamonde.v@redsalud.gob.cl, asesora técnica en prevención del suicidio del Servicio de Salud Magallanes.



 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 22 de 32

FLUJOGRAMA DE ACCIONES SUICIDIO.



IX. LEY 19.650

Recordar que con 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 a causa de, por ejemplo, un infarto, un accidente, entre otras situaciones que pongan 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 hospital o clínica.


 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 23 de 32

X. **ANEXOS**

ANEXO N° 1. ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA - COLUMBIA

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) ¿Alguna vez 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 una arma, te has cortado con intención suicida, has tratado de colgarte, etc.?. Si la respuesta es "SÍ": ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?	Alguna vez en la vida	
	En los últimos 3 meses	

Pauta elaborada en base a 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. Contenida en pag. 58 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES Programa Nacional de Prevención del Suicidio Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolar.

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de	Fecha Emisión	Enero 2025
	actuación frente a	Próxima Revisión	Enero 2026
	conducta suicida en establecimientos educativos.	Página	Página 24 de 32

ANEXO N° 2. FICHA ÚNICA DE DERIVACIÓN A DISPOSITIVOS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MAGALLANES¹

Nivel de riesgo suicida según Escala Columbia: Fecha derivación: / /

I. IDENTIFICACIÓN DEL NNNA

Nombre legal :
Nombre social (si lo hubiere) :
Cédula de identidad :
Fecha de nacimiento :
Edad :
Identidad de Género :
Sexo :
Domicilio :
Ciudad / comuna de residencia :
Pueblos originarios :
Situación de discapacidad :
Nacionalidad o lugar de nacimiento :
Curso :
Previsión de salud :

II. IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO RESPONSABLE DEL NNNA

Nombre Legal :
Nombre Social (Si lo hubiere) :
Edad :
Cédula de identidad :
Número de contacto :
Correo Electrónico :
Previsión/seguro de Salud :

III. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DERIVANTE

Nombre de la Institución :
Nombre del profesional que deriva :
Correo Electrónico :
Número de teléfono institución :
Ciudad / Comuna :


IV. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DERIVADO

Centro de salud al cual se deriva :

V. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL ESTUDIANTE

1. ¿El/la estudiante se encuentra ingresada en un programa del Servicio de Protección Especializado o bajo la ley de	
--	--



¹ Formato de derivación único para conducta suicida.

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educativos.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 25 de 32

responsabilidad penal adolescente? ¿Cuál?	
2. ¿El/la estudiante se encuentra ingresado en el Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG)?	
3. ¿El/la estudiante se encuentra ingresado actualmente o estuvo ingresado en COSAM Miraflores?	
4. ¿El/la estudiante tiene familiares y/o conocidos que han realizado intentos suicidas?	
5. ¿El/la estudiante presenta antecedentes de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias?	
6. ¿El/la estudiante se encuentra ingresado en un programa de tratamiento por consumo?	
7. Factores protectores que observa (red de apoyo, asistencia a espacio comunitario, deportivo, recreativo, religión, entre otros)	

VI. ANTECEDENTES DE LA DERIVACIÓN


Motivo de la derivación. Agregar relato en caso de existir
Dinámicas familiares relevantes
Comportamiento observado del/la estudiante en el aula y vínculo con otros estudiantes
Conducta en el hogar/vínculo con progenitores y/o tutor responsable

 	Procedimiento Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Versión	Cuarta versión
		Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 26 de 32

Otros antecedentes relevantes obtenidos de la entrevista con el/la estudiante
Otros antecedentes relevantes obtenidos en la entrevista con apoderado y/o tutor responsable
Otros factores de riesgo observados/detectados

VII. ACCIONES REALIZADAS POR EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL

Entrevista con estudiante	si	no
Entrevista con profesor/a jefe/a	si	no
Entrevista con apoderado/a y/o tutor legal	si	no
Aplicación de escala columbia	si	no
Activación de SAMU	si	no
Informe a Tribunal de Familia	si	no
Aplicación de consentimiento informado para derivación	si	no
Otras acciones realizadas		

	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 27 de 32

ANEXO N° 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DERIVACIÓN A ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Yo _____ (NOMBRE APODERADO/A), cédula de identidad N° _____ declaro que, he sido informado/a del protocolo vigente de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.

Se me ha explicado los procedimientos, acciones realizadas y riesgos detectados que respaldan la derivación a un centro de salud para que _____ (NOMBRE ESTUDIANTE), cédula de identidad N° _____ sea evaluado/a por profesionales del área de salud mental.

Como adulto responsable, reconozco la responsabilidad de participar del proceso terapéutico y las acciones que podría realizar ya sea el establecimiento educacional o el centro de salud, de no cumplir con la asistencia y mantención del proceso.

Manifiesto que he entendido en qué consistirá este procedimiento y que, en caso de no aceptar la derivación, el establecimiento educacional podrá presentar la situación ante Tribunal de Familia competente (medida de protección), decisión que se me informará en un plazo no mayor a 5 días.

Debidamente informado/a:

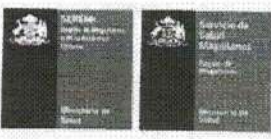
Autorizo establecimiento educacional a realizar la derivación al centro de salud que corresponda.	SI	NO
Autorizo tanto al Centro de Salud como a el establecimiento educacional a mantener reuniones informativas sobre los aspectos exclusivamente necesarios para asegurar la continuidad de cuidado y acciones que se deberían implementar en el entorno educacional para complementar y apoyar el proceso terapéutico.	SI	NO
Asumo responsabilidad de la situación y realizaré gestiones para tratamiento particular.		
No autorizo la derivación por otro motivo:		

*En el caso de estudiantes mayores de edad, es este quien debe firmar el consentimiento.

Firma padre/madre/tutor legal

Rut

Firma representante establecimiento educacional

	Procedimiento Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educativos.	Versión	Cuarta versión
		Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 28 de 32

ANEXO N° 4. PLAN DE SEGURIDAD

PASO 1: RECONOCER SEÑALES DE ALERTA

¿Cómo voy a saber cuándo usar este plan de seguridad?

¿Cuáles son mis señales de alerta?

- 1.
- 2.
- 3.

PASO 2: UTILIZAR ESTRATEGIAS INTERNAS

¿Qué es lo primero que puedo intentar por mí mismo/misma en caso de una crisis?

¿Cómo me puedo distraer?

- 1.
- 2.
- 3.

PASO 3: RECURRIR A CONTACTOS SOCIALES

¿Quién es alguien que usualmente me hace sentir bien, me distrae, me sube el ánimo?

1. Fono:
2. Fono:
3. Fono:

PASO 4: FAMILIARES O AMIGOS QUE PUEDEN AYUDAR A RESOLVER LA CRISIS

¿Quién de mis familiares o amigos me puede ayudar a sobrellevar la crisis?

1. Fono:
2. Fono:
3. Fono:

PASO 5: CONTACTAR AYUDA ESPECIALIZADA



¿A quién debo contactar en caso de que las estrategias anteriores fallen y aún tenga pensamientos suicidas?

1. Fono:
- 2 fono:
3. Línea especializada en prevención del suicidio *4141

PASO 6: REDUCCIÓN DE MEDIOS



¿Cómo puedo Protegerme de hacerme daño? ¿Qué cosas debo alejar de mi alcance?

- 1.
- 2
- 3.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 29 de 32

ANEXO N° 5. ENCARGADOS/AS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Institución	Nombre	Fono	e-mail
Punta Arenas			
CESFAM 18 Septiembre	Marcela Baeza Díaz.	968098264	mbaeza.18septiembre@cormupa.cl saludmentalcesfam18@gmail.com
CESFAM Dr. Mateo Bencur	Pamela Salhe.	(61)2291673	psalhe.bencur@cormupa.cl cdinamarca.bencur@cormupa.cl saludmental.bencur@cormupa.cl
CESFAM Dr. Thomas Fenton	Erika Balcázar. Gerardo González.	(61)2213061	ebalcazar.fenton@cormupa.cl ggonzalez.fenton@cormupa.cl
CESFAM Dr. Juan Damianovic	Elizabeth Sennas. Patricia Soto Aguilera.	(61)2260555 Anexo 132	esennas.damianovic@cormupa.cl patriciasoto.damianovic@cormupa.cl psicologos.damianovic@gmail.com
CESFAM Dr. Carlos Ibáñez	Lorena Montenegro	(61)2282579	lmontenegro.ibanez@cormupa.cl programasaludmental.ibanez@cormupa.cl
Puerto Natales			
CESFAM Dr. Juan Lozic	Joseline Milling	(61)2254329 (61)2411000	joseline.milling@cormunat.cl josemiguel.velasquez@cormunat.cl
Puerto Williams			
Hospital Comunitario Cristina Calderón	Elisabeth Irribarra.	(61)2453635 Anexo 613636	saludmental.hcpw@redsalud.gob.cl elisabeth.irribarra@redsalud.gob.cl
Porvenir			
Hospital Comunitario Dr. Marcos Chamorro	Teresa Barría Barría.	(61)245235 5	teresa.barria@redsalud.gob.cl andrea.mercado@redsalud.gob.cl
COSAM			
COSAM Miraflores.	Enfermera COSAM infantil	(61) 2291757	eucosam.infantil@redsalud.gob.cl karla.ursic@redsalud.gob.cl alberto.cisternas@redsalud.gob.cl

		Procedimiento	Versión	Cuarta versión
		Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
			Próxima Revisión	Enero 2026
			Página	Página 30 de 32

ANEXO N° 6. VULNERACIÓN DE DERECHOS EN NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES.

La vulneración de derechos en población infanto adolescente se refiere a cualquier acción, omisión o circunstancia que impida el desarrollo pleno y adecuado en un ambiente seguro y protector, infringiendo los derechos establecidos en la legislación nacional e internacional. Esta puede tomar diversas formas, incluyendo maltrato físico, emocional, sexual, negligencia, explotación laboral y sexual.

Tipos de vulneraciones:

Abuso sexual: Actitudes o comportamientos de connotación sexual que realiza una persona sobre otra, sin su consentimiento o conocimiento y para su propia satisfacción sexual.

Maltrato físico leve: Agresiones hacia el niño, niña o adolescente, que no importen una lesión severa, como empujar, zamarrear, dar palmadas, etc.

Maltrato físico grave: Son aquellas agresiones que causan un daño severo, ya sea mediante golpes de puño o utilización de objetos. Ejemplo de ello son las golpizas, quemaduras, puñaladas. También dentro de esta categoría de maltrato, encontramos las amenazas con arma blanca o de fuego.

Maltrato psicológico: Consiste en el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, ridiculizaciones, indiferencia o rechazo hacia el niño, niña o adolescente. Además, se considera maltrato emocional, el ser testigo de violencia intrafamiliar entre sus padres.

Negligencia y abandono: Es la falta de protección y cuidado de necesidades básicas, como la falta de cuidados higiénicos, inasistencia a clases, ausencia de adultos responsables, consumo de drogas en presencia de los niños, niñas y adolescentes, dejarlos solos sin atención ni cuidado, etc.



Explotación sexual infantil: Se define como el acto de obtener o mediar los servicios sexuales de un niño, niña o adolescente a cambio de una retribución de cualquier tipo. Abarca aspectos de la producción pornográfica, el turismo sexual organizado, el matrimonio servil o forzado, trata de personas o tráfico de niños y adolescentes con fines de explotación que pueden ser sexual, laboral, mendicidad ajena.

Vulneración de derechos como un factor de riesgo suicida en NNAJ

Las investigaciones indican que experiencias adversas durante la infancia, como el abuso físico, emocional, la negligencia y otros tipos de maltrato, pueden tener efectos a largo plazo en la salud mental de los niños, niñas y adolescente, y aumentar el riesgo de conducta suicida.

Mecanismos de Impacto:



Trauma y estrés psicológico: Las vulneraciones de derechos, como el abuso físico, sexual y emocional, pueden llevar a un trauma significativo. Este trauma puede manifestarse en depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático, factores de riesgo conocidos para el suicidio.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educativos.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 31 de 32

Aislamiento social y estigmatización: Los niños que sufren vulneraciones frecuentemente experimentan aislamiento social o estigmatización, lo que puede disminuir su autoestima y aumentar sentimientos de desesperanza y desesperación.

Impacto en el desarrollo: Las experiencias adversas en la infancia pueden afectar el desarrollo cerebral, afectando áreas relacionadas con la regulación emocional y la toma de decisiones, aumentando así la vulnerabilidad a comportamientos autodestructivos.

Es importante destacar que, aunque existe una relación significativa entre estas experiencias adversas y el aumento en el riesgo de suicidio, no todos los niños, niñas y adolescentes que experimentan estas situaciones desarrollarán conducta suicida. Los factores de resiliencia, como el apoyo familiar efectivo, el acceso a cuidado de salud mental de calidad, y la presencia de relaciones seguras y estables, pueden mitigar estos efectos negativos.

 	Procedimiento	Versión	Cuarta versión
	Protocolo de actuación frente a conducta suicida en establecimientos educacionales.	Fecha Emisión	Enero 2025
		Próxima Revisión	Enero 2026
		Página	Página 32 de 32

XI. BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud. (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. (2019). Recomendaciones sobre prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2020). Estudio de vigilancia del riesgo suicida y conductas autolesivas en estudiantes secundarios de Chile: Análisis secundario del estudio HBSC 2017/2018. Santiago, Chile.

Joiner, T. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.

Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.

Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., ... & Kessler, R. C. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617-1628.

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., ... & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.

Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology*, 115(3), 616.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 72.

Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>.

Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11): e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349.