

Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio



CRÉDITOS

© Ministerio de Educación Pública,
Dirección de Vida Estudiantil, **MEP**

San José, Costa Rica
Primera Edición, julio 2018

Coordinación general

Kattia Grosser Guillén, directora de la Dirección de Vida Estudiantil, MEP
Tatiana Cartín Quesada, jefa del Departamento de Salud y Ambiente, MEP

Equipo técnico

Jeimy Mejía Salazar, Asesora Nacional de Salud y Prevención.
Departamento de Salud y Ambiente, Vida Estudiantil, MEP
Jorge Robles Murillo, Asesor Nacional de Orientación.
Dirección de Vida Estudiantil, MEP

Revisión

Consejo Nacional de Salud Mental
Comisión Interinstitucional de Salud Mental
Dr. Mauricio Campos Campos

Ilustraciones

Juan Gabriel Madrigal Cubero, ALTERCOM

Diseño gráfico

Marco Antonio Hidalgo, ALTERCOM
Luis Diego Parra Vargas, Dirección de Vida Estudiantil, MEP

Revisión filológica

M.Sc. Mauricio Aguilar García, asesor nacional de Español,
Dirección de Vida Estudiantil, MEP

Agradecemos a UNICEF y Altercom por autorizar el uso de la línea gráfica e ilustraciones para el diseño de este documento y homogenizarlo con los Protocolos de Actuación en Situaciones de Violencia vigentes, los cuales se desarrollaron en conjunto con este organismo.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO LEGAL VINCULANTE	7
3. ENFOQUES RECTORES	14
4. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	17
5. ATENCIÓN INMEDIATA Y REFERENCIA DE LESIONES AUTOINFLIGIDAS Y/O TENTATIVA DE SUICIDIO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS	26
6. DETECTANDO CONDUCTAS DE RIESGO O TENTATIVA DE SUICIDIO EN EL ESTUDIANTADO	29
7. PROTOCOLO ANTE IDEACIÓN O TENTATIVA DE SUICIDIO	32
8. PROTOCOLOS ANTE LESIONES AUTOINFLIGIDAS	36
9. ACCIONES INMEDIATAS ANTE SUICIDIO CONSUMADO EN CENTROS EDUCATIVOS	41
10. INSTITUCIONES DE REFERENCIA	42
11. REFERENCIAS	43
12. ANEXOS	47

Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema actual de salud pública. Los intentos de suicidio, así como los casos concretos, se han dado a través de los años. Según la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud (2014), existe un promedio de 318 casos de suicidio consumados por año en Costa Rica, además, se muestra un ascenso en los casos del intento suicida, mayormente en mujeres.

Esta misma dirección menciona que una de las poblaciones de mayor riesgo suicida a nivel mundial es la que se encuentra entre las edades de 15 a 29 años, sin dejar de lado que la población infantil también está expuesta a este fenómeno. Aunado a lo anterior, se evidencia un aumento de estudiantes que muestran lesiones autoinfligidas en diversas partes de su cuerpo, siendo este “un comportamiento al que recurre entre un 2% y un 4% de la población” (Mosquera, D. 2009).

Por tanto, al ser el centro educativo una espacio de protección en primera instancia, y al tratarse de indicadores con injerencia directa en la vida y salud mental de la población escolar, resulta necesario que los mismos cuenten con un protocolo de atención, referencia y seguimiento en caso de identificar estudiantes que presenten lesiones autoinfligidas, ideación suicida e intentos de suicidio, lo cual apoya los esfuerzos relacionados con la prevención del peligro inminente en el que se puedan encontrar niños, niñas y adolescentes.

El trabajo en prevención requiere de una labor conjunta del Ministerio de Educación Pública (MEP) y el Ministerio de Salud, así como de la Caja Costarricense del Seguro Social, por lo que se establece una alianza MEP, Comisión Inter institucional de Salud Mental y Consejo Nacional de Salud Mental, quienes, en el 2017, validan la Estrategia del Sistema Nacional de Salud para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida del periodo 2016-2021, a través del Ministerio de Salud, y en enero del 2018 aprueban el presente protocolo.

Un concepto que va de la mano a la temática expuesta es el abordaje integral. Este permite tomar en cuenta diversos actores que se pueden ver involucrados en la atención del riesgo suicida. El Ministerio de Salud lo plantea de la siguiente forma: “intervención desde una perspectiva amplia e interdisciplinaria desde la promoción de los factores protectores y prevención de los factores de riesgo, así como también las acciones de atención y seguimiento en las que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente puedan beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles de asistencia” (Ministerio de Salud, 2017).

Existe un promedio de 318 casos de suicidio consumados por año en Costa Rica; además, se muestra un ascenso en los casos del intento suicida, mayormente en mujeres.

En el ámbito educativo es fundamental la promoción de factores protectores y de prevención del riesgo, así como un proceso unificado y coordinado de referencia para la atención de estudiantes en condiciones de vulnerabilidad por lesiones autoinfligidas, ideación suicida o tentativa de suicidio.

El presente documento brinda información conceptual sobre la temática y las acciones puntuales para la actuación de los centros educativos al identificar población en riesgo. Estas acciones consisten en referir a la población estudiantil identificada en riesgo, directamente, del centro educativo al centro de salud más cercano. La población en riesgo por lesiones autoinfligidas, ideación suicida o intento de suicidio son casos de atención inmediata; por ende, no será necesario trasladar estos casos a la Dirección Regional de Educación, como sí se hace con otros procedimientos establecidos según localidades. Esto debido a que el intento de suicidio es una condición que requiere la atención inmediata y obligatoria de los servicios de salud del país.



2. MARCO LEGAL VINCULANTE

El Ministerio de Educación Pública tiene bajo su espectro de acción a la población estudiantil mayormente comprendida por menores de edad, y es un ente protector de los derechos y oportunidades de niños, niñas y adolescentes, que se rige, al igual que otras instituciones estatales, por un marco legal nacional e internacional.

Es así como en relación con la temática de actuación ante identificación de población en riesgo por lesiones autoinfligidas, ideación suicida o tentativa de suicidio, también debe guiarse de acuerdo con un marco legal que preside el accionar de los centros educativos a nivel nacional.

La **Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)** hace énfasis en que tanto los individuos como las instituciones promuevan, a través de la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y de esa manera aseguren, gracias a medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universal y efectiva. Desde este marco legal, hacemos referencia al artículo 3 que afirma que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

La **Constitución Política de Costa Rica (1949)** es un recurso fundamental en esta temática, al indicar en su artículo 11 “que los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad. Están

La Convención de los Derechos del Niño (1989) reconoce que los niños y las niñas son seres humanos menores de 18 años con derechos para su desarrollo físico, mental y social; a la vez, establece la necesidad de generar un entorno protector que les defienda.



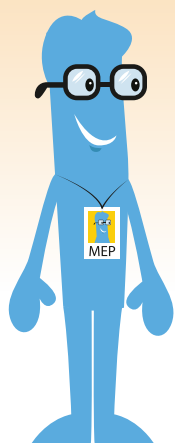
obligados a cumplir los deberes que la ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas en ella”, por lo que se deben realizar los procesos respectivos en relación con la protección de la población en riesgo, tomando en cuenta el artículo 21 el cual señala que “la vida es inviolable”.

El **Pacto de San José de Costa Rica (1978)** determina, en el artículo 11, la protección de la honra y de la dignidad, aludiendo a que toda persona tiene derecho a que se le respeten ambos aspectos. En este sentido, los procesos que se exponen en el presente documento deben desarrollarse de forma profesional evitando exponer situaciones de la vida personal de estudiantes en espacios que no tengan un fin protector.

La **Convención de los Derechos del Niño (1989)** reconoce que los niños y las niñas son seres humanos menores de 18 años con derechos para su desarrollo físico, mental y social; a la vez, establece la necesidad de generar un entorno protector que les defienda.

Se hace referencia al artículo 3 de esta convención, el cual señala que

“en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial que se atenderá será el interés superior del niño, a la vez que los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas. Por lo que los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada” (1989).



Siendo las lesiones autoinfligidas, la ideación suicida y la tentativa de suicidio conductas de riesgo en población escolar, surge la necesidad de la intervención oportuna en los centros educativos, amparada en el artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño (1989), inciso a: “Los Estados partes, reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida”, y en el inciso b: “los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”.

Es por lo anterior que, si una persona menor de edad es referida a un centro médico para atención por posible riesgo, se alude al artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño (1989), que establece “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”, siendo, por tanto, obligatoria.

De acuerdo con la plena aplicación de este derecho, se adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias para todos los niños y todas las niñas, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.



En relación con el accionar desde la educación, la Convención de los Derechos del Niño (1989), en el artículo 29, precisa: “El Estado debe reconocer que la educación debe ser orientada a desarrollar la personalidad y las capacidades del niño, a fin de prepararlo para una vida, desarrollando la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades”.

Por lo que

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño” (Convención de Derechos del Niño, 1989, artículo 39).



El **Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 7739, 1998)**, en el artículo 2, define “niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos, y adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho”, población que abarca la mayor parte de los estudiantes y las estudiantes que forman parte de nuestro sistema educativo.

El estudiantado inserto en el sistema educativo costarricense debe ser abordado tanto por los propios centros de enseñanza como por los centros de salud, aludiendo al artículo 12, el cual menciona que la



“persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación, el nacimiento y el desarrollo integral”.

En este sentido, los centros educativos asumen la práctica del artículo 13 como entes protectores de la niñez y la adolescencia, pues en dichas instituciones “la persona menor de edad tendrá el derecho de ser protegida por el Estado contra cualquier forma de abandono o abuso intencional o negligente, de carácter cruel, inhumano, degradante o humillante que afecte el desarrollo integral”. En un tono similar se expresa el artículo 19, el cual afirma que las instituciones estatales brindan protección ante peligro grave, como lo son las conductas de lesiones autoinfligidas y la tentativa de suicidio en niños, niñas y adolescentes, recordando que “las personas menores de edad tendrán el derecho de buscar refugio, auxilio y orientación cuando la amenaza de sus derechos conlleve grave peligro para su salud física o espiritual; asimismo, de obtener, de acuerdo con la ley, la asistencia y protección adecuadas y oportunas de las instituciones competentes”.

El presente protocolo, brinda información a las personas menores de edad, amparándonos en el artículo 20 que dispone que dicha población tendrá “el derecho de obtener la información, sin importar su fuente y modo de expresión, en especial la que promueva su bienestar social, espiritual y emocional, así como su salud física y mental. El ejercicio de este derecho deberá ejecutarse de manera responsable y bajo la orientación de los padres, representantes o educadores”.

Una propuesta para la prevención de conductas de riesgo, como lo son las lesiones autoinfligidas y la tentativa de suicidio en estudiantes, permite satisfacer lo ordenado en el artículo 24: “las personas menores de edad tendrán derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Este derecho comprende la protección de su imagen, identidad, autonomía, pensamiento, dignidad y valores”.

Si bien desde su campo de acción el personal docente y administrativo debe trabajar en la prevención de conductas de riesgo en la población estudiantil, la Caja Costarricense del Seguro Social, por su parte, sería el ente encargado de ejecutar el artículo 41, en referencia a la atención médica en los casos que así lo ameriten, ya que

“las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia”. Y se delimita claramente en el artículo 44 que “el Ministerio de Salud velará porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad”.



En cuanto al accionar desde los centros educativos, se hace referencia al artículo 55, el cual sostiene que

“será obligación de los directores, representantes legales o encargados de los centros de enseñanza de educación general básica preescolar, maternal u otra organización, pública o privada, de atención a las personas menores de edad:

1

Velar porque el Ministerio de Salud cumpla la obligación contemplada en el artículo 43 de este Código.

2

Comunicar a los padres, madres o encargados que el menor requiere exámenes médicos, odontológicos o psicológicos.



3

Poner en ejecución los programas de educación sobre salud preventiva, sexual y reproductiva que formule el ministerio del ramo. El incumplimiento de estas obligaciones será sancionado como falta grave para los efectos del régimen disciplinario respectivo”.

La Ley General de la Persona Joven (Ley 8261, 2002) define los siguientes conceptos:
“Adolescente es la persona mayor de doce años y menor de dieciocho años de edad, y personas jóvenes son las personas con edades comprendidas entre los doce y treinta y cinco años, llámense adolescentes, jóvenes o adultos jóvenes”



La **Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes (Ley 8612, 2007)** considera que debe avanzarse en el reconocimiento explícito de derechos para las personas jóvenes, reconociéndolas como sujetos de derechos, actores estratégicos del desarrollo y personas capaces de ejercer responsablemente los derechos y libertades.

Según el artículo 9, respecto de la definición del derecho a la vida y los deberes que su satisfacción conlleva, “los Estados Parte adoptarán las medidas de toda índole que sean necesarias para garantizar un desarrollo físico, moral e intelectual que permita la incorporación de los jóvenes al protagonismo de la vida colectiva con niveles óptimos de madurez”.

Seguidamente, se establece el derecho a la integridad personal y se señala en el artículo 10 que se “adoptarán medidas específicas de protección a favor de los jóvenes en relación con su integridad y seguridad física y mental, así como contra la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes”.

El artículo 22 habla de “la educación como un derecho al que los jóvenes tienen acceso y el Estado está en la obligación de garantizar una educación integral, continua, pertinente y de calidad”. Aunado a lo anterior, al ser los centros educativos centros protectores de la población estudiantil se evidencia, en el artículo 28, que “los jóvenes tienen derecho a la protección social frente a situaciones de enfermedad, accidente laboral, invalidez, viudez y orfandad y todas aquellas situaciones de falta o de disminución de medios de subsistencia o de capacidad para el trabajo”.

La **Ley General de la Persona Joven (Ley 8261, 2002)** define los siguientes conceptos: “Adolescente es la persona mayor de doce años y menor de dieciocho años de edad, y personas jóvenes son las personas con edades comprendidas entre los doce y treinta y cinco años, llámense adolescentes, jóvenes o adultos jóvenes”.

En el artículo 3 se establece que “la persona joven necesita, para su desarrollo integral, el complemento de valores, creencias y tradiciones, juicio crítico, creatividad, educación, cultura, salud y su vocación laboral para desempeñar su trabajo en un mundo en constante cambio”. A su vez, el artículo 4 determina que “la persona joven, como sujeto de derechos, tiene derecho al desarrollo humano de manera integral, el derecho a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana”.

Además, el artículo 5 decreta, como deberes del Estado, la responsabilidad de “garantizarles a las personas jóvenes las condiciones óptimas de salud, trabajo, educación y desarrollo integral y asegurarles las condiciones que establece esta Ley”. Se especifica en el artículo 6

“el deber del Estado costarricense con las personas jóvenes, que serán a nivel de salud, brindar atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, farmacodependencia, nutrición y psicología; estimular a las personas jóvenes para que participen y permanezcan en los programas de educación general básica, secundaria, técnica, parauniversitaria y universitaria”.

La **Ley de carrera docente (Ley 1581, 1953)** señala, en su artículo 12, como falta de alguna gravedad, incumplir por negligencia a las leyes y los reglamentos relativos con el ejercicio de la profesión docente o cualquier otra disposición que se emane de una autoridad competente en la rama de la educación.



Finalmente, la **Estrategia del Sistema Nacional de Salud para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021 del Ministerio de Salud**, toma como insumo para esta, la Política Nacional de Salud.

El Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, 2014-2018, explicita que se da “énfasis a la prevención de trastornos mentales, intentos de suicidio y a la promoción de la salud mental, que contempla en sus estrategias, fortalecer el desarrollo de acciones de atención integral de las personas en riesgo de suicidio, así como a las familias y personas sobrevivientes de suicidio” (2016, pág.5).

Aunado a lo anterior, “la Organización Mundial de la Salud (2014) en el informe Prevención del suicidio, un imperativo global, insta a los países a que de manera sistemática brinden una respuesta nacional al suicidio, mediante una estrategia nacional de prevención del mismo” (p.8).



El MEP como parte de la Comisión Interinstitucional de Salud Mental, juntamente con el Consejo Nacional de Salud Mental, se aúna al trabajo en prevención del suicidio, al ser este último “un indicador de salud mental, sin embargo, es prevenible mediante intervenciones oportunas...”, por lo que se busca un trabajo conjunto para garantizar el éxito en las intervenciones que se realicen desde los centros educativos y el sector salud.

3. ENFOQUES RECTORES

Los enfoques que rigen el presente documento y el accionar desde del Ministerio de Educación Pública se delimitan a continuación:

- **Derechos Humanos.** Se fundamenta en las normas internacionales de derechos humanos. En la práctica son todas aquellas decisiones, acciones y procesos cuyo fin sea la promoción y la protección de los derechos humanos. Este enfoque reconoce que todas las personas, por el simple hecho de serlo, poseemos una dignidad humana a partir de la cual todas las personas somos iguales en derechos. Por tanto, los derechos humanos son universales, inalienables, irrenunciables, interdependientes e indivisibles. El derecho a la vida, al bienestar desde la asistencia médica y el derecho a la educación son parte de este enfoque de Derechos Humanos, base para un enfoque de prevención en conductas de riesgo, como lo son las lesiones autoinfligidas, y en prevención del suicidio en población escolar.
- **Género sensible.** Desde esta perspectiva, se recogen los condicionamientos socialmente contruidos que definen formas diferenciadas de ser y de hacer para hombres y mujeres que históricamente han posibilitado y perpetuado formas de dominio y control. A partir de este enfoque, no se conciben a las mujeres y hombres como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos contruidos socialmente y en permanente cambio, según las oportunidades que se les brinden. El enfoque de género reconoce, en primer lugar, la diversidad de identidades y experiencias de género que existen. A partir de lo anterior, reconoce, además, que todas las personas sin importar sus identidades y expresiones de género (s), tienen derecho a vivir plenamente, con igualdad y equidad, su sexualidad en espacios seguros y libres de discriminación. Desde este enfoque, se hacen patrones de incidencia en intentos de suicidio caracterizando los métodos utilizados según el género; siendo estos últimos, aspectos para abordar desde los centros educativos del país.

En el MEP enfatizamos en el principio de Interés Superior de la persona menor de edad, por tanto, en toda acción pública o privada concerniente a una persona menor de edad, debe considerar el interés superior (interés mejor) de la persona menor de edad. Los niños, las niñas y las personas adolescentes son seres humanos dignos (as), con derechos y responsabilidades. Al estar en proceso de crecimiento no cuentan con los medios y herramientas necesarias para protegerse a sí mismos (as). En razón de esa condición especial, el Estado está obligado a garantizar, respetar y proteger sus derechos a través de políticas públicas básicas y universales que promuevan la seguridad y la salud mental de la niñez y adolescencia, brindando estrategias de atención ante situaciones que atenten contra la vida de estudiantes tal como lo es el suicidio.



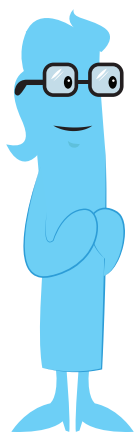
- **Diversidades.** En concordancia con lo que plantea la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 (2011), vivimos en un mundo diverso, no solo en lo relacionado con la sexualidad sino en muchas otras condiciones más (sociales, culturales, económicas, familiares, individuales, etc.), y, por lo tanto, la vivencia de la sexualidad se expresa de diferentes formas según la edad, el género (o las diferentes manifestaciones y expresiones de género), la etnia, la orientación sexual, las identidades, las discapacidades, entre muchas otras condiciones. El enfoque de diversidad “reconoce que todos los cuerpos, comportamientos, pensamientos, sensaciones, deseos, expresiones y manifestaciones sexuales forman parte de un amplio espectro que está disponible para toda persona y para la construcción de su identidad y forma parte de este abanico de posibilidad sexuales, que tiene igual derecho de existir y presentarse siempre que no atente contra su integridad o los derechos de terceros” (*Ministerio de Salud, 2011, p. 9*).

El presente protocolo pretende fortalecer este enfoque al asociarse ideación o tentativas de suicidio con situaciones de expresión genéricas socialmente cuestionadas como sucede con población trans o conductas de riesgo en población diversa que carecen de redes de apoyo y aceptación social.

- **Generacional-contextual.** Toma en consideración el momento o etapa de desarrollo de las personas en su ciclo vital para relativizar las estrategias de trabajo en función de sus posibilidades, expectativas y prioridades. Esto obliga a ajustar las intervenciones pedagógicas y códigos de comunicación a las necesidades propias de cada etapa. Desde lo contextual se reconocen las particularidades que un determinado entorno genera en las condiciones socioemocionales de la niñez y adolescencia. Por lo

tanto, este enfoque postula que toda intervención estatal debe partir del reconocimiento de las características de la niñez y la adolescencia, sus potencialidades, vulnerabilidades y necesidades de protección de acuerdo a sus condiciones históricas, comunitarias, familiares, instituciones, económico-políticas y socioculturales. El presente documento se enfoca en las necesidades de protección del estudiantado y en la obligatoriedad de los centros educativos de proveer esta protección.

- **Inclusividad.** Se basa en la valoración de la diversidad como elemento enriquecedor del proceso de enseñanza-aprendizaje y en consecuencia favorecedor de la persona. Reconoce que lo que nos caracteriza a las personas es precisamente el hecho de que somos diferentes y, por lo tanto, la diferencia no constituye excepciones. Según la UNESCO (1994), la educación inclusiva se entiende como educación personalizada, diseñada según la diversidad de necesidades, habilidades y competencias. Esto significa que, si bien todas las personas somos iguales en derechos, nuestras necesidades deben ser consideradas desde una perspectiva plural y diversa. La salud mental y las condiciones emocionales y/o conductuales son parte de esta diversidad y, por ende, requieren de igual atención y adaptaciones; por lo que toda conducta de riesgo que presente un/a estudiante requiere de una visión inclusiva que brinde apoyos y permita al centro educativo ser un ente flexible y dinámico ante los cambios socioemocionales.
- **Interculturalidad.** Este enfoque atiende las desigualdades y exclusiones que experimentan minorías étnicas como personas indígenas, migrantes, afrodescendientes, y promueve acciones afirmativas que cierran las brechas e inequidades que estos grupos han sufrido. Este enfoque de interculturalidad propone el diálogo y el encuentro, en condiciones de igualdad, entre las personas y las culturas, lo cual permite el intercambio de saberes y vivencias. A través de este enfoque, se pretende informar a centros educativos con población indígena, migrante o afrodescendiente, sobre indicadores básicos para la prevención del suicidio y la atención a la que cualquier educando tienen derecho al encontrarse en situación de riesgo.



Inclusividad. Se basa en la valoración de la diversidad como elemento enriquecedor del proceso de enseñanza – aprendizaje y en consecuencia favorecedor de la persona.

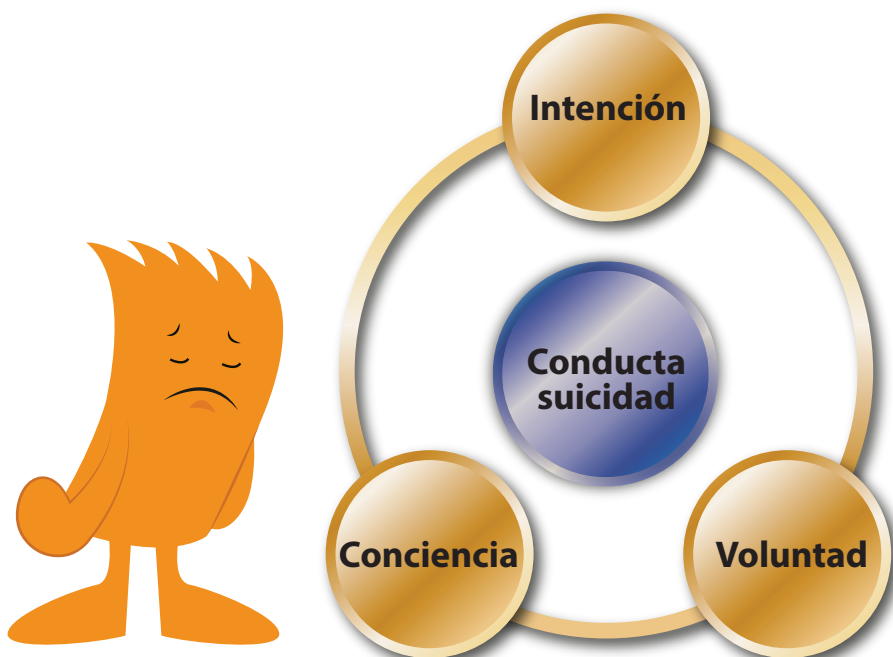
4. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

4.1. Conceptualización del suicidio

El suicidio es toda acción que realiza un individuo con la finalidad de quitarse la vida. Se debe tener claridad que una persona con ideación suicida no siempre tiene como fin la muerte, sino que manifiesta el deseo real de eliminar el dolor psicológico y/o emocional que se ha vuelto insoportable; por ello, lo que requiere es salir de la experiencia de dolor, pero, a veces, al no contar con recursos externos e internos, puede terminar acabando con su vida.

Es por ello que se puede decir que el acto suicida **no es un evento aislado**, sino más bien es el producto de la interacción de varios factores tanto individuales, familiares como sociales, incluso se puede hablar de factores políticos, que influyen de una u otra manera en la ideación suicida.

Shneidman (1961), citado por Fundarevi (2010, p.7), señala que para darse realmente un acto suicida deben existir al menos tres aspectos importantes: **la intención, la voluntad y la conciencia**, es decir, el pleno conocimiento y lucidez de lo que se está haciendo.





4.1.1. Etapas del proceso suicida

El suicidio no es un acto aislado u ocasional, sino más bien el resultado final de un proceso, así lo contemplan, Chávez, Cortés, Hermosillo y Medina (2008, p.54), para quienes se trata de un continuo que consta de cinco etapas: ideación, amenaza suicida, gesto suicida, tentativa o intento suicida y el suicidio como tal.

- **Fantasía o ideación suicida:** Se refiere a cualquier tipo de pensamiento o fantasías relacionadas con el hecho de suicidarse, por ejemplo, sentimientos intensos de tristeza y pensamientos sobre la muerte o el suicidio (p. 54).
- **Amenaza suicida:** Cualquier manifestación verbal o no verbal de naturaleza autodestructiva, expresada mediante algún escrito o frases reiteradas sobre el suicidio y la muerte (p. 54).
- **Gesto suicida:** Constituye cualquier lesión física autoinfligida. Es un anticipo del acto suicida (p. 54).
- **Tentativa o intento suicida:** Es el resultado no fatal de una acción contra sí mismo, en la que existe toda la intención y voluntad de causarse la muerte. La persona no alcanza su cometido y puede quedar con serias lesiones físicas y emocionales (p.55).
- **Suicidio consumado:** Es la muerte intencional, voluntaria y consciente causada por sí mismo (ibid).

Los centros educativos deben ser espacios protectores y potenciadores de factores protectores para la población estudiantil, con el fin de prevenir conductas de riesgo y de contener al estudiantado en situaciones en las que requieran intervenciones de diversas instituciones.

Para efectos del presente documento, se agregan al continuum del riesgo suicida algunos elementos expuestos por el Dr. Mauricio Campos de la Asociación Costarricense de Estudio y Prevención del Suicidio (ACEPS); aspectos en los que el centro educativo puede tener mayor poder de acción a nivel preventivo, a saber: sentimientos (tales como tristeza, soledad, ira, dolor y desesperanza), depresión, deseos de morir y el concepto de sobrevivientes o personas afectadas por el suicidio.

Específicamente en relación con manifestaciones de sentimientos mencionados, depresión, deseos de morir, ideación suicida y gesto suicida, es fundamental la intervención oportuna del personal docente y administrativo para evitar el suicidio consumado de algún(a) estudiante; a la vez, que son los momentos oportunos para identificar riesgo en estudiantes y buscar los apoyos necesarios para el restablecimiento emocional del niño, de la niña o persona adolescente.

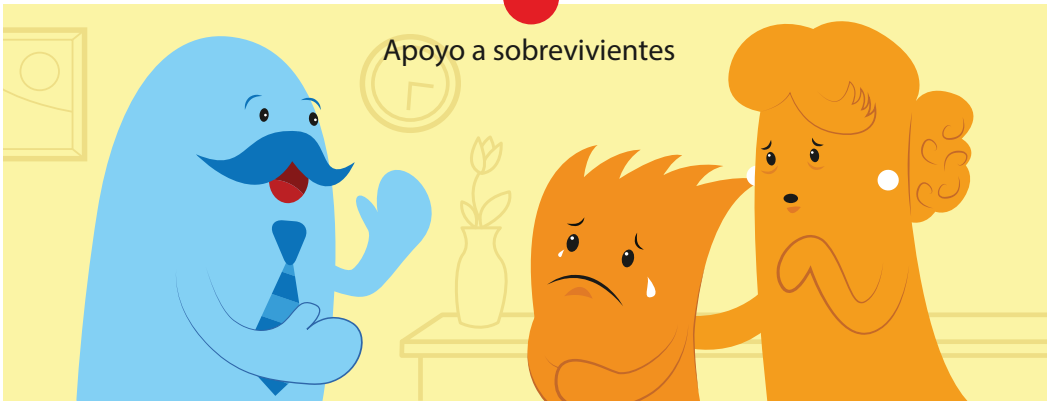
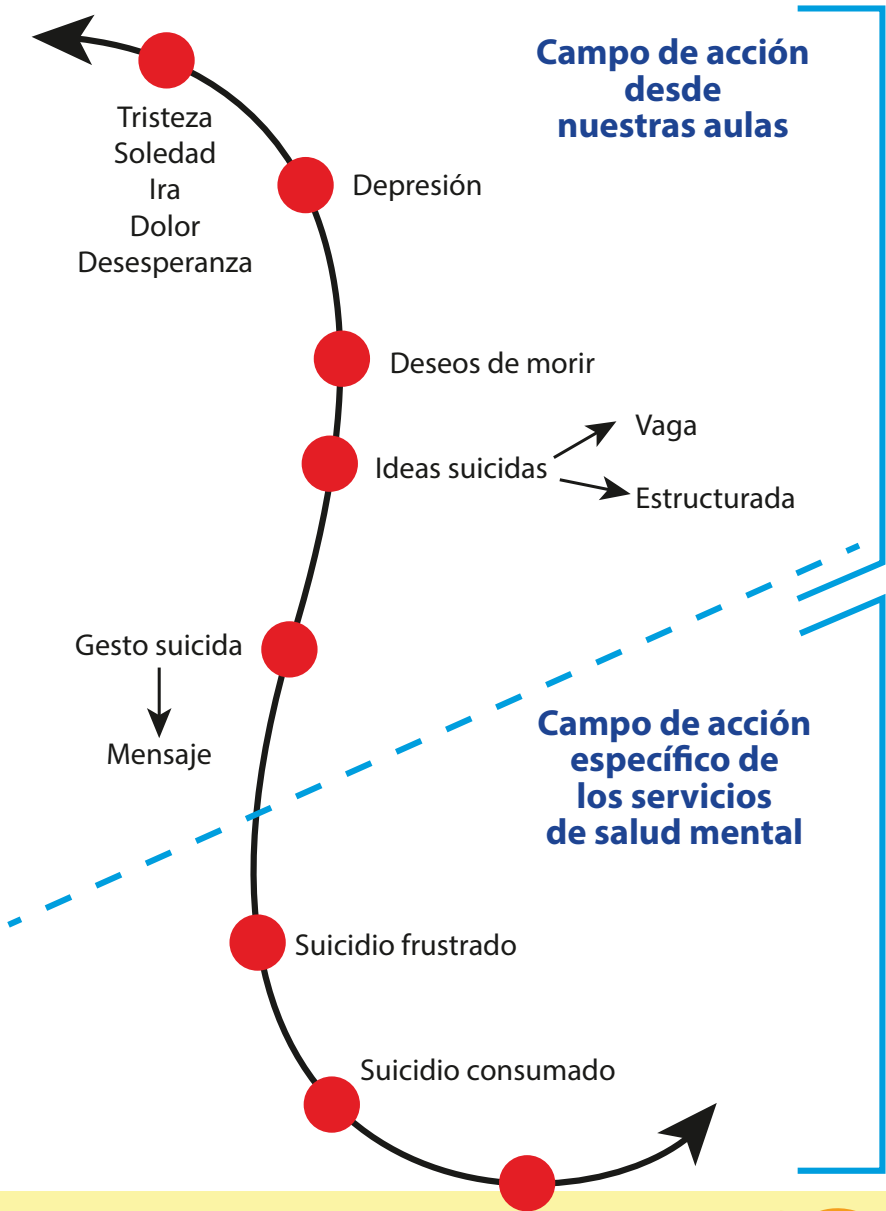
En relación a las personas afectadas por el suicidio (sobrevivientes), se debe tener claridad que van a ser todo el grupo de personas que haya experimentado la pérdida de una persona significativa o cercana por un suicidio.



Al presentarse un suicidio en un centro educativo o de una persona de este, toda la comunidad educativa se encuentra inmersa en la situación.

A continuación, se presenta un gráfico en el que se observa la información mencionada.

CONTINUUM DEL SUICIDIO



4.1.2. Conceptos importantes

Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

Acoso escolar, bullying: definido, según los Protocolos de Actuación en situaciones de bullying del MEP (2016), como

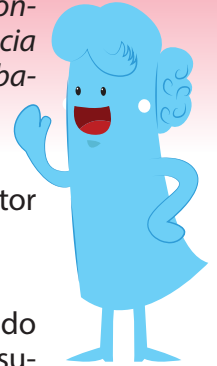
“una forma de discriminación de unos estudiantes hacia otro u otros por sus características o su forma de vida: orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, situación migratoria, etnia, sexo, condición socioeconómica, condición de salud, discapacidad, creencia religiosas, opiniones, prácticas basadas en estigmas sociales, embarazo, entre otras” (p. 6).

Esta situación puede llevarse a un extremo y convertirse en un factor desencadenante de suicidio.

Autolesión: Mosquera (2009) la define como “el acto intencionado de hacerse daño sin la intención de morir; describe a alguien que sufre, es el “lenguaje del dolor”, el acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. También es la intención de luchar y de seguir con vida, pues la mayoría de las personas que se autolesionan quieren vivir, no morir” (p. 8).

Cutting: el *cutting*, *risuka* o *self injury* se refiere al acto de cortarse con objetos afilados, generando heridas superficiales sin buscar generalmente el suicidio. El acto de cortarse más frecuente suele ser con una hoja de afeitar y el corte se lo hacen habitualmente en las muñecas o antebrazos. Estos actos son más frecuente en mujeres.

Sobrevivientes: Gijón (2013) menciona que sobrevivientes son todas aquellas personas cercanas, con un vínculo afectivo hacia la persona suicida; familia, amistades, personas compañeras, docentes y allegadas. En este mismo sentido, podríamos llamarles también “dolientes” o “persona afectada”, ya que estas, por el dolor de lo vivido, podrían estar conmocionadas en ese momento particular o en otro.





Por lo que entenderemos que, ante una pérdida por suicidio en algún centro educativo, es posible que algunas personas de la comunidad educativa se sientan afectadas por dicha experiencia. Se recomienda que cuando funcionarios o funcionarias se sientan afectados (as) ante una experiencia de este tipo que se generó en el mismo, busquen el apoyo en los centros de salud de su localidad con el fin de trabajar preventivamente a través del autocuidado.

4.2. Mitos

En la temática de suicidio existen algunas falsas creencias o mitos, es importante reconocerlos y de esa manera corregirlos. Albanta (sf) aborda algunos, entre ellos están:

Mito	Realidad
La mayoría de las personas jóvenes que manifiestan conductas suicidas no quieren ayuda.	La evidencia muestra que lo más probable es que las personas adolescentes y jóvenes suicidas acepten ayuda.
El confidente de alguien que presenta un comportamiento suicida debe guardar el secreto.	La confidencialidad sobre los pensamientos suicidas no debe mantenerse ante la posibilidad del daño. Debe escuchar que no se puede mantener este secreto.
La conducta suicida es solo una manera de conseguir la atención.	Deben tratarse todas las amenazas de suicidio e intentos suicidas como si la persona tuviera la intención de matarse. No se debe tomar el intento o la ideación suicida solo como una manera de llamar la atención.
El comportamiento suicida no es hereditario.	Esta afirmación es cierta en el sentido de que no existe ningún "gen del suicidio". Sin embargo, en caso de existir un suicidio en la familia deben extremarse cuidados con las personas sobrevivientes, pues se considera un factor de alto riesgo.
Las personas jóvenes homosexuales tienen más probabilidad de presentar ideas o tentativas de suicidio que sus pares heterosexuales.	Algunos estudios indican que las personas adolescentes que informan sentirse atraídos por personas de su mismo sexo tienen mayor riesgo de intentar suicidarse que las personas jóvenes heterosexuales. Se aclara que esto se da por la discriminación social y limitados apoyos de esta población y no por su orientación sexual homosexual.

Mito	Realidad
Las personas que muestran una súbita mejoría después de una tentativa de suicidio o de un periodo de depresión, ya no están peligro.	Los tres meses que siguen a una tentativa de suicidio son críticos, sobre todo si la persona muestra una súbita mejoría. El claro cambio de humor deprimido podría significar que la persona ha tomado la firme decisión de suicidarse y se ha sentido bien debido a esto.
Las personas adolescentes que intentan suicidarse tienen problemas mentales, son sicópatas o locos.	Algunas personas pueden tener problemas mentales, pero no todas. Puede ser que lo hagan porque se sienten tristes o confundidas.
Es posible disminuir las posibilidades de suicidio evitando hablar del tema.	Es necesario hacer averiguaciones y tratar el tema abiertamente, para dar el apoyo que el adolescente o la adolescente necesita y así disminuir su malestar.
Existe un perfil o tipo de persona que comete suicidio.	La idea o acto suicida puede cometerlo cualquier persona, sin importar el sexo, religión, edad, etnia o grado académico.
El suicidio ocurre sin previo aviso.	En la mayoría de los casos, estas personas dan pistas o advertencias con respecto a sus intenciones suicidas, y el mensaje que dan puede ser también de formas no verbales.
Los intentos de suicidio rara vez son repetidos.	Existe una gran probabilidad de que una persona que haya intentado suicidarse trate de intentarlo de nuevo. La diferencia está en la ayuda que se le brinde.
Las personas adolescentes que intentan suicidarse desean morir.	Casi en todos los casos la persona está buscando ser salvada. Lo que realmente busca es un cambio que le permita acabar con su dolor.
Las personas adolescentes que manifiestan ideaciones suicidas no van a cometer actos suicidas.	No podemos pensar que es una broma. Hablar de ello es uno de los principales signos de alerta. El 80% de las personas hablan del suicidio previamente.



Algunas falsas creencias o ideas erróneas sobre el suicidio perpetúan esta conducta; de ahí la importancia de reconocerlas, trabajar en ellas y generar cambios.

4.3. Factores de riesgo y protectores que influyen en la ideación suicida

Según Robles (2015), ante una situación de riesgo suicida es importante tomar en cuenta dos tipos de factores tanto a nivel personal, familiar como social; aquellos que puede aumentar el riesgo suicida y otros que protegen al individuo ante cualquier riesgo suicida.

- **Factores de riesgo**

Se puede decir que los factores de riesgo son todos aquellos elementos que pueden favorecer el intento de suicidio como el suicidio consumado en la niñez y adolescencia. Chávez et al (2008, p. 59), desglosan algunos de ellos.

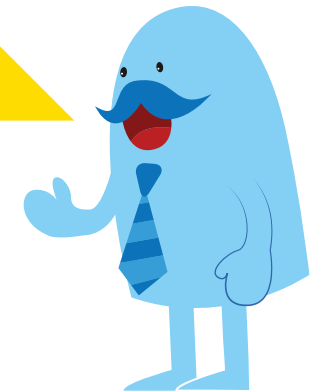
Individuales	Familiares	Sociales
Previas tentativas de suicidio	Antecedentes de suicidio	Estigma negativo a la solicitud de ayuda
Conductas agresivas, rabia	Cambios en la estructura familiar	Evento suicida de un amigo o familiar
Fracaso escolar	Padres depresivos con tendencias suicidas	Muerte inesperada de un ser querido
Fascinación por la muerte	Falta de unión familiar	Problemas legales
Aislamiento, soledad, depresión	Retiro de apoyo emocional, económico	Altos niveles de presión
Deficiente autocontrol	Expectativas poco realistas de la vida	Medios de comunicación escrita, visual, radial (mayor tolerancia a la violencia, videos, películas, animados, noticias, etc.)
Confusión de identidad sexual	Abuso de drogas, alcohol	Acceso a medios letales, <i>bullying</i> o acoso escolar
Acceso a medios letales	Violencia	Poco acceso a servicios de ayuda.

● Factores protectores

Según Fundarevi (2010, p.53), los factores de protección son todas aquellas condiciones, situaciones o elementos que pueden proporcionarle a las personas las herramientas necesarias para prevenir una situación de riesgo.

Individuales	Familiares	Sociales
Autoestima saludable	Cohesión	Estímulos adecuados
Autonomía	Calidez	Reconocimiento
Proyección social	Bajo nivel de discordia	Grupos culturales, deportivos, artísticos
Espiritualidad	Apoyo	Redes de apoyo
Valores	Unión	Espacios de ocio y recreación.
Habilidades de comunicación	Buena comunicación	
Asertividad	Interés y reconocimiento	
Habilidades sociales		
Sentido de vida		

Los factores de protección son todas aquellas condiciones, situaciones o elementos que pueden proporcionarle a las personas las herramientas necesarias para prevenir una situación de riesgo y favorecer la salud mental.



5. ATENCIÓN INMEDIATA Y REFERENCIA DE LESIONES AUTOINFLIGIDAS Y/O TENTATIVA DE SUICIDIO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Es necesario crear espacios de reflexión, análisis y sensibilización en el personal docente y administrativo de los centros educativos acerca del tema, con el objetivo de detectar posibles conductas suicidas, brindar el apoyo y acompañamiento óptimo y, de ser necesario, referir a centros de salud.

Como parte de la prevención y el apoyo que brindan los centros educativos, está la creación de espacios que favorezcan la recreación estudiantil, mediante actividades deportivas, culturales, académicas, entre otras; lo anterior beneficia el fortalecimiento de los factores protectores. Además, se deben tomar en cuenta los servicios de ayuda que los centros educativos disponen: Equipos Interdisciplinarios, Orientación, Psicología, docente guía, Servicio de Apoyo Fijo en Problemas Emocionales y de Conducta. La familia juega un papel fundamental, por lo que su participación en este proceso es primordial.

5.1. Pasos para la atención de estudiantes en riesgo suicida

Pasos por seguir para la atención de estudiantes en riesgo suicida, tomando en cuenta los recursos propios de los centros educativos.

- 1) **Contención emocional:** en la medida de lo posible, procuren brindarle apoyo afectivo al estudiante o a la estudiante, esto den-

tro de un ambiente de confianza, respeto, seguridad y tranquilidad. Es fundamental la escucha empática, mostrar interés en el estudiantado y lo que esté diciendo, creando un clima cálido donde el niño, la niña o persona adolescente se sienta confiado(a) y pueda expresarse libremente.

Es fundamental prestarle atención a la situación y utilizar un lenguaje apropiado. Mostrarle al estudiantado que se le quiere ayudar y que, de ser atendido, no se harán juicios de valor.

Muy importante es no dejar sola a la persona en riesgo y hacerle ver la importancia de ser atendida por un especialista (Anexo 4).

2) Comunicar inmediatamente a la autoridad del centro educativo:

es importante informar a la jefatura inmediata de la institución (ver Anexo 1) y a un profesional que pueda abordar o acompañar en el proceso (psicólogos (as) de equipos, Departamento de Orientación, docente guía, auxiliar administrativo (a), docente de apoyo fijo en problemas emocionales y de conducta, u otras personas sensibilizadas), además de comunicar al hogar (padre, madre o encargado/a) acerca de la situación, considerando que el mismo hogar no sea un factor de riesgo para la persona estudiante; de ser así, se debe notificar al PANI.

3) Referencia:

referir al centro médico o servicio de urgencias más cercano, utilizando la escala de evaluación nemotécnica de riesgo suicida, del instrumento primario de valoración del riesgo de la persona atendida (ver Anexo 2).

4) Apoyo institucional:

es necesario el apoyo institucional desde Orientación, Equipos Interdisciplinarios, Psicología, Servicio de Apoyo en Problemas Emocionales y de Conducta u otras personas sensibilizadas en la temática, y los apoyos interinstitucionales. Se puede brindar acompañamiento mediante procesos de ayuda y apoyo a través del trabajo en grupos grandes (atención colectiva), personal social (grupos pequeños) o atención individual, que fortalezcan en el estudiantado su autoestima, manejo de emociones, sentido de vida, entre otros.

5) Seguimiento:

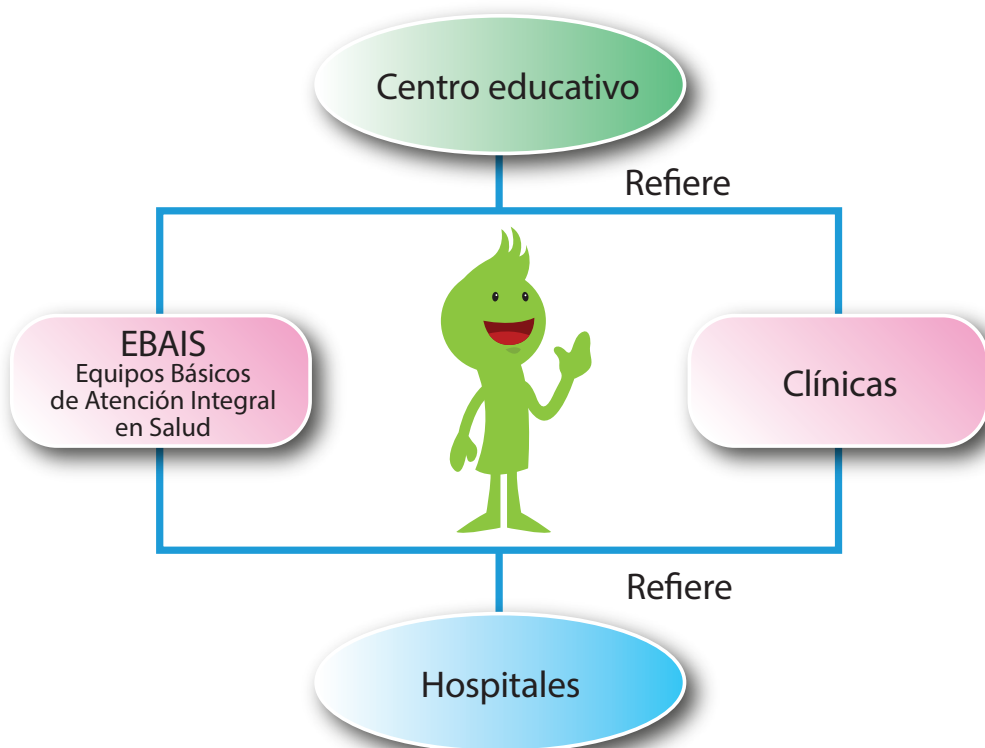
se debe brindar seguimiento periódico sobre la atención y valoración recibida por el estudiante o la estudiante, y las familias deben entregar copia de los comprobantes de asistencia a los diversos servicios de salud, ya sea pública o privada y ser anexados al expediente respectivo. Es fundamental mantener canales de comunicación con la institución que atiende el caso del estudiante o la estudiante con el fin de acatar las recomendaciones propias para el centro educativo.

Es fundamental prestarle atención a la situación y utilizar un lenguaje apropiado. Mostrarle al estudiantado que se le quiere ayudar y que, de ser atendido, no se harán juicios de valor.



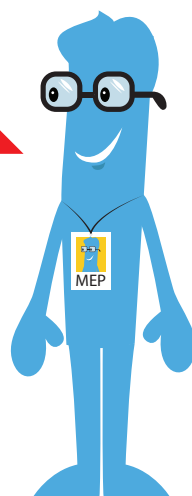
Para que el personal docente y administrativo de los centros educativos del país tengan claridad del proceso de referencia de clínicas o EBAIS a diversos hospitales, se detalla la información a continuación.

PROCESO DE REFERENCIA DEL CENTRO EDUCATIVO A CENTROS DE SALUD



Desde que se detectan estudiantes en riesgo de tentativa de suicidio, en el proceso de atención y durante la referencia, se debe contar con dos profesionales del centro educativo para aplicar el presente protocolo.

Uno (a) estará a cargo de la contención de la persona estudiante y el otro funcionario o la otra funcionaria estarán a cargo de los asuntos logísticos.



6. DETECTANDO CONDUCTAS DE RIESGO O TENTATIVA DE SUICIDIO EN EL ESTUDIANTE

A continuación se detallan algunos instrumentos que son de utilidad en la detección del riesgo suicida. En este sentido, Robles (2015) señala que las personas con ideación suicida presentan ciertas características o comportamientos de riesgo previas, de ahí la importancia de contar con instrumentos que permitan o faciliten una detección temprana.

6.1. Instrumento de evaluación de conductas de riesgo suicida

Un instrumento que permite determinar ciertas señales de advertencia es el modelo C.A.S.A. (Cambios repentinos, Amenazas verbales y no verbales, Sentimientos, Acciones o conductas), sin dejar de lado otras manifestaciones que niños, niñas y adolescentes expresan de manera verbal y no verbal, y que pueden ser determinantes. Este modelo también es recomendable que sea utilizado con población que presente autolesiones.

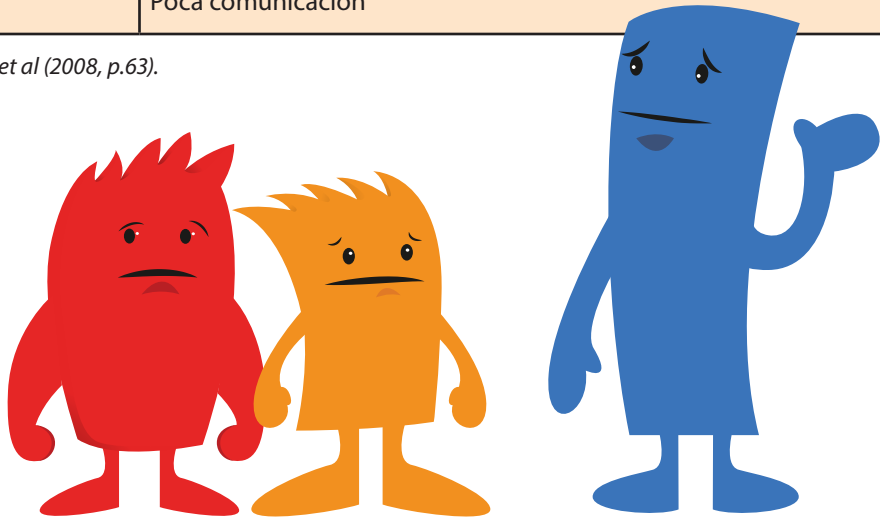
Lo que se valore en cada uno de los aspectos del modelo C.A.S.A. serán conductas o sentimientos que se pueden mantener de manera sistemática por un tiempo prolongado. Tome en cuenta que la persona adolescente puede pasar episodios diversos, pero estos, generalmente, son pasajeros y no constituyen una conducta de riesgo.



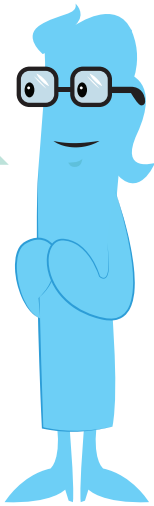
Se debe tener presente que cualquier instrumento puede perder su validez si no se realiza una adecuada entrevista con la persona. Lo más importante es cómo hablemos y nuestro nivel de sensibilidad con respecto a la situación.

C Cambios repentinos	Reservado/a, cansado/a, apático/a, indeciso/a o bullicioso/a, hablador/a, extrovertido/a, poca concentración en el estudio o tareas rutinarias, trastornos del sueño, alimenticios, pérdida de apetito y peso o aumento de peso. Pérdida de interés en amigos/as, preferencias o gustos. Mejora súbita después de un periodo de depresión. Problemas escolares o con la ley.
A Amenazas verbales y no verbales	Declaraciones, planes o señales de advertencia: Verbales: • Directas: “Yo deseo estar muerto (a), he decidido matarme”. • Menos directas: “Ustedes estarán tristes sin mí. Si yo muero, te cuidas”. No verbales: • Directas: Conseguir lo necesario para hacerse daño • Menos directas: Deshacerse de todas sus pertenencias queridas
S Sentimientos	Desesperación: “no hay nada que hacer”. Miedo de perder el control, volverse loco/a, dañarse a sí mismo/a o a otros/a. Desvalido/a, nadie se preocupa por mí Culpa, vergüenza, odio a sí mismo/a Tristeza profunda Ansiedad persistente o enojo
A Acciones o conductas	Abuso de drogas o alcohol Pláticas o escritos de muerte o destrucción Pesadillas Recientes pérdidas por muerte, divorcio, separación, rompimiento de una relación, pérdida de trabajo, dinero, o estima propia Pérdida de espiritualidad, tendencia al uso de objetos oscuros Agitación o inquietud Agresión a otros/as y a sí mismo/a Aislamiento Poca comunicación

Fuente: Chávez et al (2008, p.63).



Las escalas de evaluación del riesgo suicida son una herramienta que le permiten a la persona que detecta o está informada de una situación de riesgo, tener una visión general del peligro en el que se encuentra una persona con ideación suicida, además de ofrecerle información relevante al momento de realizar la referencia respectiva a los centros de salud.



6.2. Escala nemotécnica de evaluación ante riesgo suicida

Las escalas de evaluación del riesgo suicida son una herramienta que le permiten a la persona que detecta o está informada de una situación de riesgo, tener una visión general del peligro en el que se encuentra una persona con ideación suicida, además de ofrecerle información relevante al momento de realizar la referencia respectiva a los centros de salud. Es decir, al identificar el riesgo de un(a) estudiante, es necesario evaluar el nivel de riesgo suicida, el cual podría ser alto o bajo. Mitchel (1991) plantea diversas escalas que permiten valorar este riesgo. Para efectos de este protocolo, se tomará en cuenta la siguiente escala nemotécnica utilizada por el Dr. Mauricio Campos de la ACEPS.

6.2.1. Escala Nemotécnica P.A.L.I.

P Pensamiento de muerte y plan	Tiene un plan específico del suicidio.
A Aislamiento	Puede ser físico, mostrando distanciamiento de grupos de amigos, familia, pareja, etc., y puede ser emocional cuando no tiene redes de apoyo y su aislamiento es más generalizado.
L Letalidad	Hará referencia a la posibilidad de muerte en el intento, según el método que la persona utilice para suicidarse, la cercanía que tenga a su plan o disponibilidad con la que cuente para acceder a lo pensado para su muerte.
I Intentos previos	Tentativas previas de suicidio.

7. PROTOCOLO ANTE IDEACIÓN O TENTATIVA DE SUICIDIO

Ante la identificación de estudiantes que presentan ideación o tentativa de suicidio

Se refiere a la identificación de algún (a) estudiante que se encuentre en riesgo de realizar algún plan de riesgo suicida.

Puede identificarse de diversas formas:

- El estudiante o la estudiante lo comunica de forma indirecta o directa.
- Algún (a) compañero (a) lo comunica (realizan comentarios, frases, cartas, estados en redes sociales, entre otros).
- La familia comunica posibles conductas de riesgo como desprenderse de objetos queridos o frases que utiliza relacionadas con la muerte.
- Lo comunica a algún (a) funcionario (a) del centro educativo.



ABC

Ante tentativa de suicidio

- A** Llamar a padres, madres o encargados(as) para informarles la situación en presencia del estudiante o la estudiante.
- B** Realizar evaluación P.A.L.I. inmediata del estudiante o la estudiante.
- C** Referencia del centro educativo a emergencias de la clínica más cercana, en la que se indica de forma clara y concreta lo identificado en la evaluación P.A.L.I. (Anexo 2).

El estudiante o la estudiante en esta situación NO podrá salir solo (a) del centro educativo, únicamente lo podrá hacer con un (a) responsable de la persona menor de edad



Se deberá llenar y enviar la boleta de notificación obligatoria, en respuesta al decreto de notificación obligatorio del Ministerio de Salud

Se reporta intento de suicidio



En un periodo posterior al suceso de máximo 15 días, la institución educativa deberá presentarse en la sede del Ministerio de Salud más cercana al centro educativo para llenar esta boleta de notificación.



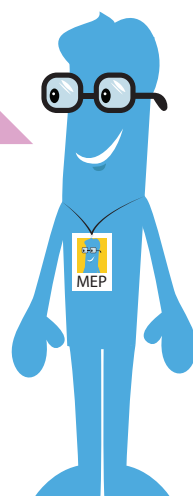
7.1. Aspectos importantes ante la identificación de tentativa de suicidio en estudiantes

- En caso de que la persona presente una tentativa de suicidio en el centro educativo, se deberá llamar al 911 y se solicitará una ambulancia para llevar a la persona estudiante al centro de salud más cercano. Al realizar esta llamada, se activan los protocolos de emergencia.
- En el caso de que los(as) encargados (as) no quieran o no puedan llegar a la institución para llevar al estudiante o a la estudiante a la clínica en la ambulancia, un (a) funcionario (a) del centro educativo deberá acompañar a la persona estudiante al centro de salud.
- Las personas estudiantes en estas condiciones deben ser movilizadas desde la institución únicamente a través de la ambulancia; sin embargo, si por diversas situaciones no se cuenta con ella, dos funcionarios(as) del centro educativo podrán trasladar a la persona menor de edad hasta el centro de salud más cercano. Para ello, deben completar, previamente, el acta de traslado (Anexo 6).
- Si no se presentan las personas a cargo de la persona menor de edad, se debe denunciar negligencia ante al Patronato Nacional de la Infancia (al llamar al 911 se activa la comunicación al PANI).
- Es fundamental dar seguimiento a las citas en la clínica a la que fue referido (a) el estudiante o la estudiante y pedir recibido de referencias enviadas con el fin de dar seguimiento a los apoyos que la persona estudiante en riesgo requiere para restablecer su condición socioemocional y mental.
- Es fundamental la vigilancia atenta de esta población estudiantil en un periodo mínimo de seis meses.
- Se debe exigir en el centro de salud la atención psicológica o psiquiátrica de la persona estudiante.
- Velar porque este (a) asista a las citas en psicología o psiquiatría según sean determinadas por las personas especialistas en salud mental.
- El director o la directora del centro educativo debe conocer la situación y apoyar en traslados y papeleos.



- En cualquiera de las situaciones de riesgo mencionadas en las cuales la persona estudiante requiera medicación, es de gran importancia que reciba la medicación indicada por la persona especialista en salud mental.
- Por respeto a la imagen del estudiante o la estudiante, la situación debe ser abordada bajo el criterio de confidencialidad, profesionalismo y discreción. Se debe evitar la revictimización de la persona estudiante.
- Siempre se deben realizar informes de actuación de las situaciones que surjan y adjuntarlos al expediente acumulativo del estudiante o de la estudiante.

Evite dar sermones o regañar a la persona estudiante sobre lo que para usted es importante en la vida (como familia o religión).



Evite...

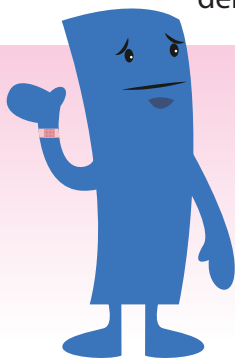
- Dar sermones o regañar a la persona estudiante sobre lo que para usted es importante en la vida (como familia o religión).
- Juzgar.
- Ignorar.
- Divulgar detalles de lo sucedido.
- Atender estas situaciones solo (a). Se recomiendan dos funcionarios (as) para abordarlas.

8. PROTOCOLOS ANTE LESIONES AUTOINFLIGIDAS

Ante la identificación de estudiantes que presentan lesiones autoinfligidas

Vamos a entender por lesiones autoinfligidas el concepto de autolesión: “el acto intencionado de hacerse daño sin la intención de morir; describe a alguien que sufre, es el “lenguaje del dolor”, el acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. También es la intención de luchar y de seguir con vida, pues la mayoría de las personas que se autolesionan quieren vivir, no morir” (Mosquera, 2009 p. 8).

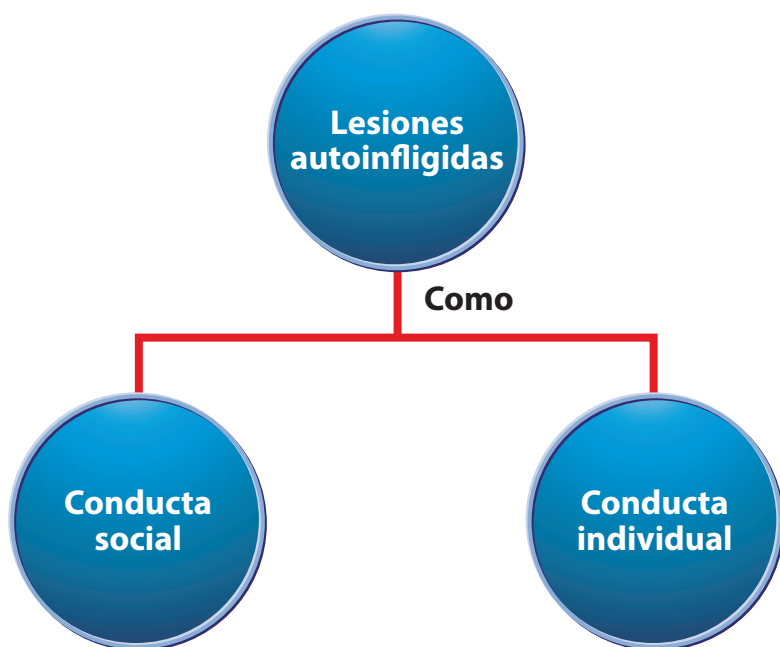
A la vez, indica Mosquera (2009) que algunas personas confunden los términos “autolesión” y “suicidio” o aun diferenciándolos confunden la intención de ambos. Se debe aclarar que



“las personas que se autolesionan no quieren morir; de hecho, su conducta las ayuda a tolerar mejor el sufrimiento y a disminuir sus deseos de morir. Si las emociones no son manejadas de esta forma, al no disponer de otros recursos más adaptativos, las posibilidades de que la persona quiera o intente morir aumentarán notablemente. A muchos la autolesión los mantiene con vida, les ayuda a encontrarse mejor” (p. 25).

Por lo anterior, es fundamental que desde los centros educativos se logre diferenciar entre lesiones autoinfligidas (autolesión) y gesto o tentativa suicida. Se debe hablar con el estudiantado sobre los motivos e intenciones que giran sobre las lesiones autoinfligidas.

Desde el presente protocolo entenderemos:



Puede identificarse por...

- El estudiante o la estudiante lo comunica de forma indirecta o directa (se puede realizar la detección de características de la persona estudiante en riesgo a través del MODELO C.A.S.A. (Cambios – Acciones – Sentimientos - Amenazas).
- Algún (a) compañero (a) comunica que otro u otra estudiante se autolesiona.
- La familia comunica que identificaron partes del cuerpo del estudiante o de la estudiante con lesiones realizadas por sí mismo (a).
- Se evidencian en todos los ambientes de la persona estudiante conductas extrañas en el vestir, como el uso de suéteres a pesar de clima cálido, entre otros.
- Lo comunica el docente o la docente a alguna persona funcionaria del centro educativo.
- Algún funcionario o alguna funcionaria del centro educativo identifica lesiones en alguna parte del cuerpo de algún (a) estudiante.

8.1. Lesiones autoinfligidas como conducta social

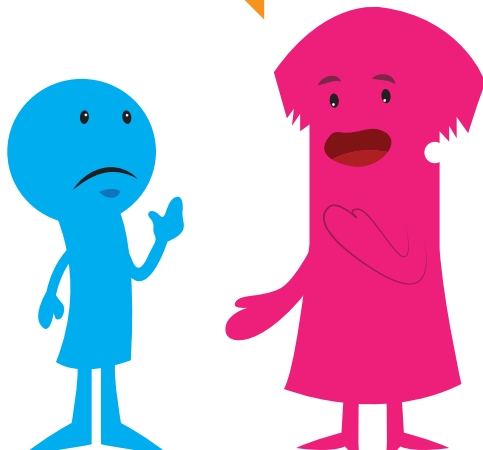
Las lesiones autoinfligidas que se realizan desde la colectividad se refieren a la conducta de autolesionar alguna parte del cuerpo para ser aceptado (a) en algún grupo de pares, por imitación o por retos.

Al delimitarla como una conducta social, va a presentarse en los centros educativos en dos o más estudiantes de un grupo educativo o en un grupo de pares de un mismo centro educativo.

ABC Como conducta de riesgo social

- A** Citar a padres, madres o encargados (as) para informarles la situación en presencia del estudiante o la estudiante.
- B** Abordaje grupal en el centro educativo de la situación que se da, explicando al estudiantado las consecuencias e implicaciones de esta conducta.
- C** Referencia del centro educativo a **psicología de la clínica** más cercana (Anexo 3).

Las lesiones autoinfligidas que se realizan desde la colectividad se refieren a la conducta de autolesionar alguna parte del cuerpo para ser aceptado(a) en algún grupo de pares, por imitación o por retos.



8.2. Lesiones autoinfligidas como conducta individual

La lesión autoinfligida practicada desde un ámbito individual se refiere a autolesionar alguna parte del cuerpo para redireccionar el dolor emocional en un dolor corporal que creen poder aceptar más que el emocional.

Se evidencia en un(a) estudiante que generalmente vivencia problemas familiares o historias dolorosas que no ha podido superar.

ABC Como conducta de riesgo individual

A Citar a padres, madres o encargados (as) para informarles la situación en presencia del o la estudiante.

B Conversar con el estudiante o la estudiante sobre si tiene ideas de suicidarse y realizar un análisis de características de él o de ella en riesgo a través del MODELO C.A.S.A. (Cambios – Acciones – Sentimientos - Amenazas).

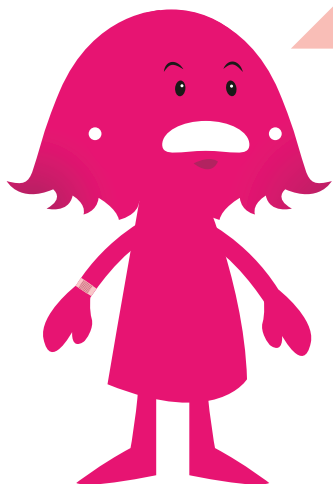
C Referencia del centro educativo a **psicología de la clínica o EBAIS** más cercano (Anexo 3).

En caso de expresar deseos de suicidarse, seguir ABC de riesgo suicida



8.3. Aspectos importantes ante la identificación de lesiones autoinfligidas en estudiantes

- En los casos en que las personas encargadas no quieran llevar a estudiantes a la clínica, se debe realizar una denuncia por negligencia al Patronato Nacional de la Infancia.
- Es fundamental dar seguimiento a las citas en clínicas recibidas por parte del estudiantado referido y solicitar recibido de referencias enviadas y trabajar en los apoyos que la persona estudiante en riesgo requiere para restablecer su condición socioemocional y mental.
- Es fundamental la vigilancia atenta de esta población estudiantil en un periodo mínimo de seis meses.



(...) la autolesión es una solución temporal a un problema temporal, (...) es un mecanismo extremo que a la larga acarrea más problemas para el sujeto que se autolesiona, pero es importante recordar que en muchos casos es su forma de mantenerse con vida (Mosquera, 2009).

- Se debe prestar atención a las lesiones autoinfligidas, ya que, aunque su intención no sea letal, dependiendo de muchos factores, podría terminar en muerte.
- Es fundamental diferenciar entre lesiones autoinfligidas y tentativa de suicidio, ya que ambos son aspectos diferentes, que se expresan de forma distinta, con diversas motivaciones y han de ser tratados de manera específica cada uno (Mosquera, 2009. P. 186).

(...) es un mecanismo extremo que a la larga acarrea más problemas para el sujeto que se autolesiona, pero es importante recordar que en muchos casos es su forma de mantenerse con vida (Mosquera, 2009).

Ante las lesiones autoinfligidas, “no hay receta mágica para entender y tratar a las personas que se autolesionan, tampoco la hay para que ellos dejen de hacerse daño, pero sí hay ingredientes indispensables: comprensión, información, interés, tacto, calma, paciencia y respeto, sobre todo, respeto” (Mosquera, 2009. p. 187).

9. ACCIONES INMEDIATAS ANTE SUICIDIO CONSUMADO EN CENTROS EDUCATIVOS

En caso de confirmación de **suicidio consumado** dentro de la institución educativa:

- Informar inmediatamente a las autoridades de la institución.
- Llamar al 911.
- Docentes y personal administrativo deben procurar mantener la calma de la población estudiantil presente en la institución.
- Como medida administrativa, se deben suspender las lecciones y que el estudiantado regrese a sus casas para evitar que afecten la escena, la victimización de la persona fallecida y posibles crisis ante la situación.
- Mantener intacta la escena donde ocurrieron los hechos.
- Coordinar con Fuerza Pública y el Organismo de Investigación Judicial (OIJ).
- Comunicarse con la familia de la persona fallecida.
- Comunicar la situación a la DRE para que el ERI brinde el apoyo inmediato al centro educativo.

Después de la situación vivenciada, es fundamental, en las clases siguientes, hablar sobre lo vivido y solicitar al ERI (Equipo Regional Interdisciplinario) una intervención para realizar un trabajo post suicidio con la comunidad educativa, con el fin de abordar la situación vivida. Si fuese necesario se realizará una intervención en crisis para hablar de lo acontecido, entre otras necesidades que surjan en el proceso.

En caso de que algún funcionario o alguna funcionaria de la institución educativa se perciba afectado(a) emocionalmente por lo vivido, es fundamental buscar ayuda en los centros de salud correspondientes.



10. INSTITUCIONES DE REFERENCIA

La **Caja Costarricense de Seguro Social** es el ente encargado de brindar atención primaria a través de EBAIS, clínicas u hospitales.

En caso de emergencia: 911

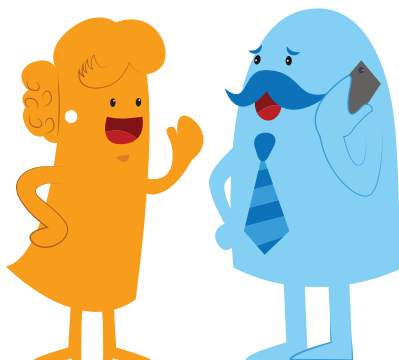
Patronato Nacional de la Infancia, a través de todas sus oficinas locales, vela por el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia. **Oficinas Locales: (506) 2523-0700 / 2523-0800 / 2523- 0900.**

Ministerio de Educación Pública de Costa Rica.
Departamento de Salud y Ambiente. Tel/fax 2223-1869.

Contraloría de Derechos Estudiantiles, del MEP, mediante fax, correo electrónico o de manera presencial. **Teléfono: 2221-4104.**

La **Fundación Rescatando Vidas** es un organismo costarricense, sin fines de lucro, cuyo propósito es la atención de la niñez, adolescencia y juventud en riesgo de suicidio y conductas autodestructivas. **Teléfono: 2273-0381 / correo electrónico fundarevi@racsa.co.cr**

La **ACEPS** es la **Asociación Costarricense de Estudio y Prevención del Suicidio**; es una organización de carácter privado, dedicada a la investigación y prevención del suicidio, y de las conductas de riesgo también conocidas como autodestructivas. **Correo electrónico: acepscostarica@gmail.com**



11. REFERENCIAS

Albanta (sf).Taller: Desarrollo de habilidades socioafectivas para la prevención de situaciones y conductas de riesgo en la población escolar de educación básica, tomado de internet el 3 de noviembre de 2016.

<http://www.sepyc.gob.mx/documentacion/Taller%20habilidades%20socioafectivas.%20Cuaderno%20de%20trabajo.pdf>

Chávez, Ana María, Cortés, Marisol, Hermosillo, Claudia y Medina, Miriam (2008). Prevención del Suicidio en jóvenes: Salvando Vidas. México, DF. Editorial Trillas.

Código de la Niñez y Adolescencia. Código de la Niñez y Adolescencia, Ley 7739, Publicada en La Gaceta N° 26 de 6 de febrero de 1998.

Constitución Política de la República de Costa Rica, dada el 7 de noviembre de 1949.

Convención de los Derechos del Niño. Tratado Internacional de las Naciones Unidas, firmado en 1989.

Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes, Ley 8612 aprobada el 01 de noviembre del 2007.

De la Garza, Fidel. (2008). Suicidio: Medidas preventivas. México, DF. Editorial Trillas.

Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

Dirección de Vigilancia de la Salud (2014). Datos de intentos de Suicidio en Costa Rica en el año 2014. Ministerio de Salud. Costa Rica.

Dirección de Vigilancia de la Salud (2014). Datos de Suicidio en Costa Rica entre los años 2010-2013. Ministerio de Salud. Costa Rica.

Dirección Regional de Educación de Occidente (2015). Protocolo para la atención y referencia de intentos de autoeliminación y suicidio en los Centros Educativos.

Fundarevi. (2010). Guía Preventiva del Suicidio. San José, Costa Rica. Editorama.

Gijón, Enriqueta (2013). Sobrevivientes del Suicida. Asociación Mexicana de Suicidología.

Ley de carrera docente, Ley 1581, vigente desde el 30 de mayo de 1953.

Ley General de la Persona Joven, Ley 8261, emitida el 20 de mayo del 2002.

Ministerio de Educación Pública (2016). Protocolos de Actuación en situaciones de bullying. San José, Costa Rica.

Ministerio de Educación Pública (s.f.). Manual para la Atención del Bullying en población LGTBI inserta en los centros educativos del MEP. San José: Costa Rica.

Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (2016). Protocolo de actuación ante situaciones de violencia física, psicológica, sexual, acoso y hostigamiento sexual. San José: Costa Rica.

Ministerio de Salud (2011). Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. San José: Costa Rica.

Ministerio de Salud (2016). Estrategia del Sistema Nacional de Salud para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida del periodo 2016-2021. San José: Costa Rica.

Mitchell, A. (1991). Suicidio: ¿Cómo saber cuándo su adolescente está en peligro? Ventura, C.A. Colombia.

Mosquera, D. (2009). La autolesión. El lenguaje del dolor. Ediciones Pléyades S.A. España.

Pacto de San José de Costa Rica suscrita tras la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos, el 22 de noviembre de 1969 en la ciudad de San José Costa Rica, y entró en vigencia el 18 de julio de 1978.

Protocolo para la atención y referencia de intentos de autoeliminación y suicidio en los Centros Educativos (2015). Dirección Regional de Educación de Occidente. MEP.

Robles, Jorge (2015). La Orientación ante el riesgo suicida en niños y adolescentes. Revista Conexiones, MEP. V7, N° 1, febrero, p 40-47.

Serrano, A (2006). Acoso y violencia en la escuela, Cómo detectar, prevenir y resolver el bullying. Edición Ariel S.A. Barcelona, España.



ANEXOS



Anexo 1

COMUNICACIÓN ESCRITA A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO ANTE LA ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO

Por este medio se le informa que existe sospecha de que en el centro educativo se presenta una situación de un/a estudiante en riesgo por

() Lesiones autoinfligidas () Tentativa de suicidio

Por lo que se procede a activar el Protocolo de atención a población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio en los centros educativos del Ministerio de Educación Pública.

Centro educativo: _____

Datos de la persona estudiante en riesgo

Nombre y apellidos: _____

Grado y sección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Quién informa sobre la situación:

- ☐ Estudiante
- ☐ Familia de estudiante
- ☐ Dirección
- ☐ Personal docente
- ☐ Personal no docente
- ☐ Orientador/a
- ☐ Equipo Interdisciplinario
- ☐ Otro: _____

Breve descripción de los hechos:

Nombres de las dos personas a cargo de ejecutar el Protocolo:

Firmas: _____ Fecha: _____

Se le recuerda que la información aquí descrita debe ser tratada con confidencialidad y discreción

*Adaptación del Protocolo de actuación ante situaciones de violencia física, psicológica, sexual, acoso y hostigamiento sexual (2016). San José: Costa Rica.

REFERENCIA DEL CENTRO EDUCATIVO A CENTROS DE SALUD ANTE RIESGO DE TENTATIVA DE SUICIDIO

La presente referencia se realiza con base en el artículo 41 de nuestra Constitución Política en la cual se indica que “las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia”. Se delimitan claramente en el artículo 44 que “el Ministerio de Salud velará porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad”.

Fecha: _____

Centro educativo: _____ Teléfono: _____

Estudiante _____ Cédula: _____

Edad: _____ Género: M () F () Sección: _____

Dirección de residencia: _____

Nombre de la madre: _____ Cédula: _____

Nombre del padre: _____ Cédula: _____

Teléfonos: _____

Acciones por realizar de parte de la institución:

- ☐ Aviso a la autoridad del centro educativo - director (a)
- ☐ Aviso a otros profesionales de la institución en caso de ser necesario (Orientación, Psicología, docente guía, auxiliar administrativo, docente del servicio de apoyo fijo en problemas emocionales y de conducta, otros)
- ☐ Aviso a padre, madre o encargado/a legal
- ☐ Llamada al 911
- ☐ Referencia al Patronato Nacional de la Infancia
- ☐ Otras acciones _____
- _____
- _____
- _____

Descripción de nivel de riesgo según la escala nemotécnica PALI:

P Pensamiento de muerte y plan	Pregunta: ¿Has pensado en cómo quitarte la vida? ¿Cómo lo harías? ¿Con qué?	Detallar el plan del estudiante o la estu- dian- te:
A Aislamiento	Aislamiento físico con compa- ñeros/as, amigos/as, familia o novio/a. Aislamiento emocional en el cual no cuenta con apoyos familiares.	Detallar espacios en que se aísla:
L Letalidad	Preguntar: ¿Con qué pensás quitarte la vida? ¿Contás con esto en tu hogar o centro educativo? ¿Cuán disponible es este méto- do para vos?	Indicar el nivel de letalidad:
I Intentos previos	Preguntar: ¿Has intentado en otras ocasio- nes quitarte la vida?	Detallar si ha habido intentos previos:

En relación a lo identificado en el centro educativo, se refiere al estudiante o la estudiante al centro de salud

☐ EBAIS ☐ Clínica ☐ Hospital

Director (a): _____ Cédula: _____

Firma: _____

Funcionario(a) 1 que atiende la situación: _____ Cédula: _____

Cargo: _____ Firma: _____

Funcionario(a) 2 que atiende la situación: _____ Cédula: _____

Cargo: _____ Firma: _____

Sello
centro educativo

Recibido

Anexo 3

REFERENCIA DEL CENTRO EDUCATIVO A CENTROS DE SALUD ANTE RIESGO POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS

La presente referencia se realiza con base en el artículo 41 de nuestra Constitución Política, en la cual se indica que “las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia”. Se delimita claramente en el artículo 44 que “el Ministerio de Salud velará porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad”.

Fecha: _____

Centro educativo: _____ Teléfono: _____

Estudiante _____ Cédula: _____

Edad: _____ Género: M () F () Sección: _____

Dirección de residencia: _____

Nombre de la madre: _____ Cédula: _____

Nombre de la padre: _____ Cédula: _____

Teléfonos: _____

Acciones por realizar de parte la institución:

- ☐ Aviso a la autoridad del centro educativo - director (a)
- ☐ Aviso a otros profesionales de la institución en caso de ser necesario (Orientación, Psicología, docente guía, auxiliar administrativo, docente del servicio de apoyo fijo en problemas emocionales y de conducta, otros)
- ☐ Aviso a padre, madre o encargado/a legal
- ☐ Llamada al 911
- ☐ Referencia al Patronato Nacional de la Infancia
- ☐ Otras acciones _____

Descripción de señales de advertencia según el Modelo CASA:

C Cambios repentinos	☐ Reservado/a, cansado/a, apático/a, indeciso/a o bullicioso/a, hablador/a, extrovertido/a. ☐ No se concentra en la escuela, trabajo o tareas rutinarias. ☐ Insomnio o cualquier trastorno del sueño. ☐ Trastornos alimentarios, pérdida de apetito y peso o aumento de peso. ☐ Pérdida de interés en amigos (a) y preferencias o gustos. ☐ Mejora súbita después de un periodo de depresión. ☐ Problemas en la escuela o con la ley.
A Amenazas verbales y no verbales	☐ Declaraciones, planes o señales de advertencia: ☐ Verbales *Directas: "Yo deseo estar muerto/a. He decidido matarme". *Menos directas: "Ustedes estarán tristes sin mí. Si yo muero, te cuidas". ☐ No verbales *Directas: "Conseguir lo necesario para hacerse daño" *Menos directas: "Deshacerse de todas sus pertenencias queridas"
S Sentimientos	☐ Desesperación: "no hay nada que hacer" ☐ Miedo de perder el control, volverse loco/a, dañarse a sí mismo/a o a otros/as ☐ Desvalido/a, nadie se preocupa por mí ☐ Culpa, vergüenza, odio a sí mismo/a ☐ Tristeza profunda ☐ Ansiedad persistente o enojo
A Acciones o conductas	☐ Abuso de drogas o alcohol ☐ Pláticas o escritos de muerte o destrucción ☐ Pesadillas ☐ Recientes pérdidas por muerte, divorcio, separación, rompimiento de una relación, pérdida de trabajo, dinero, o estima propia ☐ Pérdida de espiritualidad, tendencia al uso de objetos oscuros ☐ Agitación o inquietud ☐ Agresión a otros/as y a sí mismo/a ☐ Aislamiento ☐ Poca comunicación

En relación a lo identificado en el centro educativo, se refiere a la persona estudiante al centro de salud

☐ EBAIS

☐ Clínica

☐ Hospital

Director (a): _____ Cédula: _____

Firma: _____

Funcionario(a) 1 que atiende la situación: _____ Cédula: _____

Cargo: _____ Firma: _____

Funcionario(a) 2 que atiende la situación: _____ Cédula: _____

Cargo: _____ Firma: _____

Sello
centro educativo

Recibido

INTERVENCIÓN DE CASOS EN CRISIS

El protocolo de actuación ante situaciones de violencia física, psicológica, sexual, acoso y hostigamiento sexual (2016) del Ministerio de Educación Pública, define la intervención en casos de crisis e indica el concepto de crisis: “punto de cambio”, sugiriendo que el cambio puede ser para mejorar o empeorar. Se entiende como un estado temporal de desorganización caracterizado por altos niveles de ansiedad y tensión, donde los métodos habituales utilizados por la persona están siendo poco efectivos (Slaikeu; 1999; citado por Ramellini).

Asimismo, menciona que “existen factores que hacen que una crisis desemboque en crecimiento y otras en daño inmediato; están relacionados con lo siguiente: gravedad del suceso que la precipita, los recursos personales y los contactos sociales que tenga la persona durante al momento de la crisis” (Anexo 4).

En el contexto de una situación de tentativa de suicidio, la “intervención en crisis” se refiere a los primeros encuentros que se tenga con una persona con ideación o gestos suicidas, sin que esto signifique necesariamente que la persona esté llorando, muy angustiada, enojada, o desesperada. Se le ha denominado así con el fin de que las personas que realizan la intervención estén conscientes de la máxima importancia que tienen estos momentos de contacto con la persona afectada.

La intervención implicará el realizar acciones que interrumpen el estado de desequilibrio, disminuyen la ansiedad y la tensión individual y aumentan el sentido de competencia de la persona. Es un proceso de apoyo y acompañamiento dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes se minimiza y la probabilidad de crecimiento se maximiza.

Según aquellas acciones que se realizan pueden ser de dos tipos:

1. La intervención en crisis de primer orden que corresponde a la ayuda inmediata, generalmente otorgada por personas que se encuentran disponibles cuando la crisis ocurre, que pueden ser profesionales o personas próximas.
2. La intervención en crisis de segundo orden se refiere a la intervención una vez que la crisis inmediata ha pasado, que no hay riesgo de vida y que la persona se encuentra en condiciones de comenzar una resolución de la crisis y de apoyo de quien se encuentra en crisis.

Para efectos de la presente guía y dentro de los alcances de actuación de los protocolos, cuando se considere necesario se llevarán a cabo intervenciones de primer orden. Los objetivos de esta intervención son el restablecimiento inmediato de la capacidad de enfrentamiento, la evaluación de riesgo de vida, apoyo en la ejecución de acciones concretas y el vincular a los recursos de ayuda.

Según Slaikeu, la intervención de primer orden comprende varias tareas:

1. Realización del contacto
 - a. Escuchar (qué pasó)
 - b. “Sintonizarse” con la persona afectada (cómo se siente)
 - c. Brindar apoyo para que la persona pueda estar tranquila
2. Examen de las dimensiones del problema
 - a. ¿Qué está sucediendo?
 - b. ¿Cómo te sentís?
 - c. ¿Desde cuándo te sentís así?
 - d. ¿Has tenido problemas para dormir?
 - e. ¿Has tenido cambios en el apetito?

En este momento, se puede realizar el registro de la situación, sin que esto implique dejar de prestar atención a la persona.

3. Exploración de condición de riesgo:

- a. En caso de ser un/a estudiante que presenta lesiones autoinfligidas, aplique el Modelo CASA (ver Anexo 4) y continúe con el ABC establecido.
- b. En caso de ser un/a estudiante que presenta ideación, gestos o tentativa de suicidio; aplique la Escala PALI (ver Anexo 5) y continúe con el ABC establecido.

4. Referencia y seguimiento.

Habilidades y conocimientos necesarios:

- a. Habilidades de escucha abierta y atenta.
- b. Debe ser cuidadosa/o de las personas afectadas; es decir, no debe dañarles más.
- c. No aumentar el riesgo de las personas afectadas.
- d. Debe respetar la vida de las personas afectadas.
- e. Debe ser parte de la solución y no del problema.

Recuerde que la salud mental de cada persona es parte de su responsabilidad, si después de atender una situación de riesgo por lesiones autoinfligidas, por tentativa de suicidio o por suicidio consumado se siente con el estado emocional alterado o con diversos síntomas que afectan su labor,

¡BUSQUE AYUDA DE PROFESIONALES!



ACTA DE TRASLADO

Personas responsable del centro educativo (quienes ejecutaron el protocolo).

Nombre 1: _____ # identificación: _____

Centro educativo: _____ Teléfono: _____ Cargo: _____

Nombre 2: _____ # identificación: _____

Centro educativo: _____ Teléfono: _____ Cargo: _____

Testigos de la situación y traslado

Nombre: _____ Cargo: _____

identificación: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

identificación: _____ Firma: _____

Datos del estudiante o de la estudiante:

Nombre: _____ Sección: _____

Se contactó a la madre, el padre, o la persona encargada Sí ☐ No ☐

Explique: _____

RECUERDE: En caso de intereses contrapuestos, se debe contactar al PANI. Habiendo desplegado las actuaciones correspondientes en la ejecución del protocolo y en aras de velar por el interés superior de la persona menor de edad, en presencia de las personas testigos que para constancia firman, se tomó la decisión de trasladar al estudiante o la estudiante supracitado/a con rumbo a: _____

_____ con el siguiente objetivo: _____

_____. El traslado se hizo en el vehículo placas: _____ propiedad de: _____ y la persona menor de edad fue acompañada por: _____

Firma de responsable del centro educativo: _____

Fecha: _____

Sello
centro educativo

