

	Procedimiento	REF: DJJ.PR.Intervención
	Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	Nº Versión: 01
		Página 1 de 70

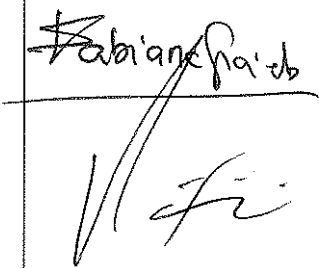
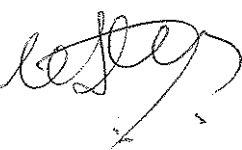
Procedimiento
Prevención del Suicidio
En Centros y Programas de Justicia Juvenil

Departamento de Justicia Juvenil

2019

	Procedimiento Prevención del Suicidio Centros y Proyectos Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 2 de 70

INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO

Elaborado por:		Revisado por:	Aprobado por:
Nombre	Fabiana Graieb Virginia Mella P.	Cecilia Salinas H.	Benjamín Ulloa G.
Fecha	11-07-2019	23-07-2019	
Firma(s)	 		

Histórico de versiones del documento			
Versión	Nombre Dependencia	Fecha	Descripción
01	DJJ	05-07-19	Primera versión procedimiento de prevención del suicidio.

	Procedimiento Prevencción del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 3 de 70

Índice

1. INTRODUCCION 5

2. JUSTIFICACIÓN 6

3. OBJETIVOS 7

4. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS 8

5. ALCANCE 9

6. DEFINICIONES CONCEPTUALES..... 10

6.1. Suicidio..... 10

6.2. Suicidalidad..... 10

6.3. Epidemiología 11

7. PROCEDIMIENTO PREVENCIÓN DEL SUICIDIO..... 12

7.1. Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidio 12

 A. Estrategias de promoción de salud mental y prevención del suicidio en todo el sistema 13

 B. Promoción de salud mental y auto cuidado de personas..... 15

 C. Trabajo intersectorial de acuerdo a Plan Regional de Riesgo Suicida 16

 D. Coordinación con otros programas de la red local (LRPA/SENDA)..... 17

 E. Sensibilizar y capacitar a equipos técnicos y funcionarios 17

 F. Identificar y actualizar perfiles de jóvenes y situaciones de aumento de riesgo (SAR)..... 18

7.2. Elaboración de Protocolo de Prevención del Suicidio 21

 A. Metodología en la construcción del Protocolo..... 23

 B. Evaluación crítica para actualización Protocolo 24

7.3. Medidas preventivas del Suicidio 24

 A. Pesquisa de Riesgo Suicida 25

 B. Evaluación de nivel de riesgo suicida..... 29

 C. Manejo de suicidalidad según nivel de riesgo 32

 1. Derivación Asistida a Equipo de Salud 35

 2. Vigilancia Permanente a joven en riesgo..... 36

 3. Medidas de seguridad para disminuir los riesgos de Suicidio 37

 4. Inclusión de la Familia en la Estrategia 37

 5. Estrategia de Intervención con joven 38

 6. Elaborar Informe de Suicidalidad a incluir en expediente..... 41

 7. Seguimiento Post Crisis..... 41

7.4. Medidas de emergencia por Intento de Suicidio..... 42

 A. Detección del Intento de Suicidio 43

B. Brindar ayuda a joven.....	43
C. Respuestas a activación de código de emergencia.....	43
D. Manejo Post Intento de Suicidio.....	44
E. Completar Informe de Suicidalidad	45
F. Incluir Estrategias para el Control del Efecto de Contagio o Suicidio en cadena.....	45
7.5. Estrategias Post Suicidio/Posvención	45
8. REGISTROS	47
9. BIBLIOGRAFÍA	49
10.ANEXOS.....	50
Anexo N°1 – Escala de suicidalidad de Okasha	50
Anexo N°2 – Escala de Ideación Suicida (SSI)	51
Anexo N°3 – Elaboración perfiles y situaciones (SAR).....	54
Anexo N°4 – La primera ayuda psicológica	55
Anexo N°5 – Mitos sobre el suicidio.....	56
Anexo N°6 – Ficha Información intentos de suicidio.....	61
Anexo N°7 – Flujos de Procedimiento Preventivo de riesgo suicida.....	63
Anexo N°8 – Flujos de Procedimiento de Emergencia por intento de suicidio.....	66
Anexo N°9 – Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio SEREMI	69
Anexo N°10 – Lista Representantes Regionales de Salud SEREMI	70

1. INTRODUCCION

El comportamiento suicida, puede predecirse, intervenirse, revertirse y, por tanto, es prevenible mediante una oportuna intervención conjunta de distintos profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores, (MINSAL, 2013). La detección y evaluación del riesgo suicida es una tarea relevante. Para que las respuestas sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención (OMS, 2014). En el Programa Nacional de Prevención del Suicidio del Ministerio de Salud tiene el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en la población adolescente, enmarcada en la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, la cual ha considerado incluir metas que permitan disminuir la tendencia en aumento que presentaba esta tasa en este grupo poblacional. “La meta de impacto esperada al 2020 es *disminuir en 15%* la tasa en adolescentes” (MINSAL, 2013). Como es sabido Chile presentó un incremento progresivo en la tasa de suicidios entre el año 2000 y 2008, llegando a 12,36 por 100.000 y 12,92 en el grupo de 15 a 19 años. Desde entonces las cifras han bajado gradualmente a tasas similares a las del año 2000, siendo en el 2016 de 10,04 por 100 mil a nivel global y de 8,17 en el grupo de 15 a 19 años, MINSAL (2016).

Por su parte, SENAME releva la necesidad de abordar de manera preventiva dicha temática, particularmente considerando las características de la población usuaria atendida en Justicia Juvenil, a saber, adolescentes con trayectorias de vida que evidencian múltiples condiciones de vulnerabilidad que se traducen en factores de riesgo significativos que afectan la salud mental.

Según orientaciones de la OMS (2007) adolescentes infractores en cumplimiento de condena representan una población altamente expuesta a riesgo suicida especialmente en contextos privativos de libertad se elevan los niveles de riesgo suicida por impacto psicológico del arresto y/o el encierro, síntomas de abstinencia por consumo droga, incertidumbre y alejamiento de redes familiares, larga espera de la sentencia o el estrés diario relacionado a la vida en privación de libertad. Sin embargo, las estadísticas de muerte por suicidio en jóvenes cumpliendo condena en medio libre, son las más altas. Por ende, integrar institucionalmente el plan nacional de prevención de suicidio es esencial para conseguir la disminución esperada de la tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes.

En este sentido, para efectivizar la estrategia se hace imperioso contar con Protocolos estandarizados de Prevención del Suicidio y Procedimientos ante situaciones de emergencia del suicidio, tanto para Programa de medidas y sanciones en medio libre como para Centros de Administración Directa (a continuación, AADD). Por lo anterior y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS¹, el Departamento de Justicia Juvenil ha desarrollado el presente documento para orientar a los equipos a elaborar dichos Protocolos y procedimientos de prevención de suicidio.

¹ Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, OMS, Ginebra, 2007.

2. JUSTIFICACIÓN

*Los suicidios son prevenibles. Aun así, cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse. Se cometen suicidios en todas las regiones del mundo y a diversas edades. Entre jóvenes de 15 a 29 años de edad, en particular, el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial. El suicidio repercute en las poblaciones más vulnerables del mundo y es muy frecuente en grupos marginados y discriminados de la sociedad. Es un grave problema de salud pública no solo en los países desarrollados; de hecho, la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medianos donde los recursos y servicios, si los hay, suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y el apoyo a las personas necesitadas. Estos hechos notables y la falta de intervenciones oportunas hacen del suicidio un problema mundial de **salud pública que debe abordarse imperativamente** (OMS, 2014).*

De acuerdo a la literatura internacional, los grupos específicos de alto riesgo que presentan tasas más altas de suicidios son: Hombres jóvenes (15-49 años), personas ancianas, población indígena, persona con enfermedad mental, personas con abuso de alcohol y/o droga, persona que hayan tenido un previo intento suicida y persona que se encuentran privadas de libertad.

A nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años. En el año 2005 se registró un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años; siendo el suicidio la tercera causa de muerte en los jóvenes de este grupo etario después de los accidentes y el homicidio (OMS, 2005). En Chile, la tasa de suicidios en el año 2009 fue de 12,7 por 100.000 habitantes; 20,6 por 100.000 hombres y 5,0 por 100.000 en mujeres. Esto demostraba un aumento de 3,1 puntos en relación con la tasa de 9,6 por 100.000 registrados el año 2000. (OMS, 2009). Como se señaló, luego que Chile presentara un incremento progresivo en la tasa de suicidios entre el año 2000 y 2008, llegando a 12,92 en el grupo de 15 a 19 años, las mismas han bajado gradualmente a tasas similares a las del año 2000, siendo en el 2016 de 8,17 en el grupo de 15 a 19 años, MINSAL (2016). El 75% de suicidios se concentra en países de ingreso mediano y bajo. La tasa promedio mundial de suicidio es de 11,4 por 100 mil habitantes, siendo el doble en hombres que, en mujeres, en Chile es 5:1, MINSAL (2016).

Actualmente, la tasa de suicidios es de 10,04 por cien mil habitantes a nivel global y de 8,17 en el grupo de 15 a 19 años. La misma autoridad de salud señala que en nuestro país, la cifra más significativa de suicidios aparece en el tramo que va de los 15 a los 19 años, donde actualmente la cifra alcanza a 8,17 por cada 100.000 habitantes, la que varía según la región del país, concentrándose la mayor cantidad de suicidios juveniles en la zona sur.

En este punto, algunos datos a considerar de acuerdo a MINSAL (2013) son los siguientes:

- 1) Por cada muerte por suicidio, se producen entre 10 a 20 casos con intento suicida.
- 2) Las tasas de suicidio, dependiendo de factores culturales y sociales de cada país, se ven afectadas por los rangos de edad de los sujetos, evidenciándose un aumento de dicha tasa con la edad, y por género de los sujetos, donde los hombres evidencian mayor tasa de muertes por esta causa, y las mujeres mayor tasa de intentos.
- 3) Se calcula que el riesgo de muerte en quienes hacen intento de suicidio es 100 veces superior a la población general, y que entre el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 7 de 70

logrando su objetivo. De estos, el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado (OMS, 2009 en MINSAL 2013)

Un estudio publicado por la OCDE² en 2013 indicaba que Chile tiene el segundo lugar mundial en aumento de tasas de **suicidio adolescente** luego de Corea del Norte. Lo que implica que el suicidio es un problema complejo a nivel país, y, por ende, el *desafío para prevenir la conducta suicida, consiste en poder identificar la población más vulnerable y las variables o factores que influyen para así intervenir en forma efectiva.*

El presente documento se enmarca en la necesidad institucional de abordar un tema emergente que ha sido visibilizado como significativamente complejo en el trabajo que se realiza en el ámbito de Justicia Juvenil, tanto desde la administración directa de la ejecución de penas privativas de libertad, como a través de los organismos colaboradores del Servicio Nacional de Menores.

3. OBJETIVOS

General

Entregar elementos técnicos, a los equipos profesionales de Centros de Administración Directa y Programas de sanciones y medidas ejecutados por organismos colaboradores de SENAME, de promoción de salud mental y prevención del suicidio, en conformidad a lo establecido en el “Plan Nacional de Prevención de Suicidio” de MINSAL, y a las recomendaciones de los organismos de salud.

Específicos

1. Participar activamente como institución con las actividades y gestiones requeridas en el plan regional de prevención de suicidio.
2. Unificar el manejo de conceptos y comprensión de las características de la conducta suicida, por parte de los equipos técnicos de centros de AADD y de programas de medidas y sanciones ejecutados por organismos colaboradores de SENAME, que permitan un manejo relativamente homogéneo de los casos consignados de “riesgo suicida”.
3. Orientar la implementación de estrategias de intervención de riesgo suicida y de seguimiento de casos, de acuerdo al nivel de riesgo estimado, según recomendaciones de los organismos de salud que fijan la política en esta materia a nivel nacional.
4. Referir y/u orientar a él o la adolescente a recursos de la red de salud que permitan su atención oportuna y especializada que favorezcan una intervención acorde a sus necesidades.
5. Contar con orientaciones operativas específicas para la elaboración de protocolo para abordar el riesgo suicida al interior de centros CIP-CRC, CSC y programas de medidas y sanciones ejecutados por organismos colaboradores de SENAME.
6. Sistematizar la experiencia de prevención y abordaje de casos con riesgo suicida en la red de programas de justicia juvenil de SENAME, a fin de aportar evidencia de prácticas efectivas de intervención técnica en esta materia con población adolescente.

² Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE). 2013. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing. En Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>.

4. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

La aplicación del presente procedimiento se articula con los procesos y procedimientos, detallados en los siguientes documentos normativos:

Proceso	Documento asociado
Enfoque Derechos	Ley 20.084 Reglamento Ley 20.084 Instrumentos internacionales (CIDN, Reglas Beijing, Directrices de Riad, Reglas de La Habana).
Intervención – Gestión de caso	SENAME - Orientaciones Técnicas de sanciones y medidas LRPA DJJ - Reglamento Interno Centros Cerrados y Centros de Internación Provisoria (2012). DJJ - Reglamento Interno Centros Semicerrados. Memo 951 (11-12-2018).
Conflicto crítico	DJJ – Memo 297 (12-04-2019). Procedimiento Planes de emergencia centros de administración directa. SENAME - Res. Ex. 312/B (07-06-2007). Aprueba Manual que regula procedimientos de manejo de conflictos críticos, visitas y traslados en los centros privativos de libertad y centros de internación provisoria, en conformidad a la Ley N° 20.084. SENAME - Res. Ex. 453/B (24-07-2007). Aprueba Procedimiento para prevenir y enfrentar situaciones de “crisis y conflicto crítico en centros de cumplimiento de régimen semicerrado”, en conformidad a la Ley N° 20.084.
Evento crítico	DJJ – Orientación Técnica para la intervención. Intervención en situaciones críticas en Centros de Internación Provisoria y Régimen Cerrado. Modelo de intervención socioeducativa (2010). DJJ – Memo N° 502 (29-08-2014). Completar y remitir Ficha de reporte de situación a Departamento técnico.
Comunicación	DJJ – Memo N° 744 (30-11-2015). Flujo interno para la gestión de crisis en los centros privativos de libertad (estandarización de medidas y respuestas a nivel nacional). DJJ – Memo N° 933 (21-12-2017). Indicaciones de flujo de información y precisiones en procedimientos.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 9 de 70

Proceso	Documento asociado
Sala Separación grupo	SENAME - Circular N° 5 (10-06-2014). Imparte instrucciones sobre aplicabilidad artículo N° 75 del Reglamento de la Ley 20.084.
Monitoreo – Evaluación salud	Instructivo técnico registro MINSAL. Senainfo centro documentación (2019). SENAME - Instructivo técnico sistema Senainfo (Ficha de salud). Perfil usuario proyecto. Senainfo centro documentación (2017). SENAME - Instructivo para registro de información Senainfo. Orientaciones para el registro de información en paramétrica Diagnóstico del niño/Psicológico – Psiquiátrico. Senainfo centro documentación (2014). SENAME - Instructivo para registro de información Senainfo. Centros Privativos y Programas Medio Libre (hechos salud). Senainfo centro documentación (2009).
Tratamiento salud mental	Lineamientos para la puesta en marcha del Sistema Intersectorial de Salud integral, con énfasis en salud mental para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. MINSAL (2018). Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP, 2016).
Fallecimiento	SENAME - Oficio Circular N°3 (19-01-2018). Modifica y fija nuevo texto Circular que imparte instrucciones en caso de fallecimiento de niños, niñas, adolescentes y adultos atendidos por el SENAME y sus colaboradores acreditados.

5. ALCANCE

Se corresponde a acciones promocionales, preventivas, de intervención y seguimiento de la conducta suicida que incluye a todos actores intervinientes en Centros CIP-CRC, CSC y Programas de medidas y sanciones ejecutados por organismos colaboradores de SENAME.

La implementación del procedimiento establecido en el presente documento incluye a todos los centros de administración directa y programas de las líneas programáticas ejecutados por organismos colaboradores que se encuentran en funcionamiento a nivel nacional.

Se establecerá un sistema de monitoreo en el cual, la asesoría y supervisión del mismo se efectuará desde el nivel regional y, la aplicación del procedimiento será ejecutada a nivel local; a saber:

En los Centros de Administración Directa:

- Centro de Internación Provisoria (CIP)
- Centro de Régimen Cerrado (CRC)
- Centro Semi Cerrados (CSC)

En los Programas ejecutores de sanciones y medidas:

- Libertad Asistida (PLA)
- Libertad Asistida Especial (PLE)
- Servicio en Beneficio a la Comunidad (SBC)
- Medida Cautelar Ambulatoria (MCA)
- Salida Alternativa (PSA)

6. DEFINICIONES CONCEPTUALES

6.1. Suicidio

El fenómeno del suicidio ha sido definido y descrito de múltiples maneras durante los años, por lo que no existe una definición única para éste. En 1976 la Organización Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de suicidio: *“Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”* (Bobes G, J y otros, 1997 en MINSAL 2013). De acuerdo a E. Shneidman, fundador de esta rama de estudio, define suicidio como: *“El acto consciente de auto-aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”* (Edwin S. Shneidman, 1985, en MINSAL 2013).

6.2. Suicidalidad

La suicidalidad hace referencia a un continuum de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, las cuales se entrelazan entre ellas, distinguiéndose los siguientes conceptos (García de G. E., 2002 en MINSAL 2013):

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

Estos conceptos nos permitirán entender algunos aspectos de este fenómeno, que, para su mejor comprensión, debe ser entendido como un proceso. En este sentido, la ideación y la conducta

suicida, involucra la transformación de varios insumos (ideas, emociones, etc.), con vista a un objetivo.

En este marco, otros elementos que son aportados para la comprensión de este fenómeno, los entrega Shneidman (Edwin S. Shneidman, 1985, en MINSAL 2013), quién describió diez características comunes a todo suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución
2. El objetivo común es el cese de la conciencia
3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable
4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
8. La acción común es escapar
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
10. La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida

6.3. Epidemiología

De acuerdo al último estudio de prevalencia de trastornos de salud mental en población infanto-adolescente en Chile, De la Barra et. al. (2012) señalan que 22,5% de la población infanto-adolescente en Chile presenta algún trastorno mental. En los menores de 11 años, predominan los trastornos del comportamiento disruptivo (déficit atencional, trastornos conductuales y trastornos oposicionistas), mientras que en el grupo de adolescentes entre 12 y 18 años, predominan los trastornos del ánimo, los trastornos ansiosos y el abuso de sustancias, factores de riesgo que en conjunto con otros elementos que se da en este grupo poblacional, como son la deserción escolar y los antecedentes de maltrato y de abuso sexual, *incrementan* las posibilidades de evidenciar riesgo suicida.

El fenómeno del suicidio es un problema complejo que afecta de singular manera a la población infantojuvenil que se encuentran siendo atendida en centros y programas supervisados por SENAME, ya que cada caso detectado evidencia *múltiples causas interrelacionadas* que complejizan su abordaje, siendo, por tanto, la evaluación y la respectiva intervención de factores de riesgo la estrategia que a la fecha ha demostrado ser más efectiva para su manejo.

Entre los **factores de riesgo más relevantes** que predisponen al comportamiento suicida ***figuran el trastorno mental y el consumo problemático de drogas y alcohol***. De acuerdo a lo señalado por Gómez (2012), los trastornos mentales más comunes asociados al fenómeno de la conducta suicida en Chile, influidos por determinantes sociales, son la *depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias*.

En Chile el suicidio entre jóvenes es la segunda causa de muerte y se relaciona con motivos multifactoriales y complejos. En el 60% de los casos está relacionado con factores ligados a la salud mental, principalmente el manejo y control de la depresión. En esta etapa, el riesgo de suicidio se incrementa facilitado por características propias de este del ciclo vital, como, por ejemplo, dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada”. Sin embargo, habitualmente el fin último no es el

consumar la muerte, sino más bien parece ser un grito desesperado para obtener ayuda, dado que percibe su situación y a sí mismo como sin posibilidades de salida y/o esperanza (MINSAL, 2013). Si el adolescente tuvo durante su infancia los factores de riesgo suicida antes descritos, éstos pueden mantenerse y potenciarse con algunas de las problemáticas propias de la adolescencia.

Como ya hemos señalado, los factores que llevan a las personas a atentar contra su vida son multifactoriales (sociodemográficos- biopsicosociales- ambientales), lo que complejiza en ocasiones su comprensión. El nivel de riesgo suicida aumenta proporcionalmente con el número y complejidad de factores presentes, siendo el juicio profesional, capacitado en el área, quien valora y estima dimensionando su incidencia particular en cada caso.

7. PROCEDIMIENTO PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

7.1. Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidio

En el ámbito de los desafíos en la promoción de salud mental en justicia juvenil se adhiere a la creación e impulso de políticas saludables, intersectoriales, cuya finalidad sea *establecer entornos saludables* que permitan a los adolescentes y comunidades realizar acciones dirigidas a solucionar los problemas vinculados a su bienestar, calidad de vida y estado de salud durante la ejecución de la condena. Fomentar ambientes saludables en toda la comunidad de centros y programas de justicia juvenil, en las cuales existan oportunidades y condiciones para el desarrollo individual y colectivo, fortaleciendo la capacidad de las personas para adquirir hábitos saludables que les permitan afrontar los problemas relacionados con los estilos de vida, incentivando, por ejemplo, la práctica de la actividad física y la sana recreación, mejorar las condiciones sanitarias mínimas y trabajar en las áreas de alimentación saludable, educación y salud sexual, prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Al interior de los centros y programas, el ambiente debe ser protector, no invalidante y habilitador que promueva la salud mental y disminuya los estresores u obstáculos en la tarea evolutiva de los adolescentes. Las instancias adecuadas para la promoción, prevención e intervención en salud mental, son beneficiosas para todo el sistema tanto para los jóvenes como también para la institución en la que se ofrecen los servicios, a saber: centros privativos de libertad y programas demedio libre. Es necesario instalar un ambiente que estimule el potencial de salud, establecimiento de vínculos sanos, espacios de participación y contención que promuevan la pertenencia comunitaria. En el caso de centros cerrados se suman instancias de compensación del aislamiento social que implica la encarcelación disminuyendo los efectos de vulnerabilidad a que se expone el joven con la crisis de perder la libertad y los continuos factores estresantes de la vida privada de libertad que pueden culminar en un colapso emocional y social conduciendo a empeoramiento de su estado de salud mental y eventualmente al riesgo de suicidio.

Además, los establecimientos deben coordinarse a nivel local en organizar diferentes actividades de promoción de la salud mental. Justicia Juvenil, desde su responsabilidad social e institucional en la intervención con adolescentes y jóvenes en contexto de infracción de ley, es consciente del desafío de sensibilizar y movilizar a equipos técnicos y funcionarios en su compromiso de promover la salud mental y prevenir el suicidio. Según las recomendaciones de la OMS (2007) respecto de prevención del suicidio en centros privativos es necesario que el protocolo de riesgo suicida sea parte de un

programa amplio e integral que apunte a la instalación de ambientes saludables y de *prácticas preventivas* del suicidio en forma permanente.

En el contexto de la instalación del Plan Regional de Prevención del Suicidio desde MINSAL, los equipos técnicos de los programas de medidas y sanciones de LRPA deberán como primera medida, tomar conocimiento y participar a requerimiento de la Dirección Regional de SENAME que corresponda, en las instancias de coordinación que se generen entre SENAME y los encargados del Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio, a cargo de las SEREMI de Salud de la región respectiva (ver Anexos N°9 y N° 10, detallando Plan Regional y representantes regionales de salud). Los equipos de los programas, por tanto, deberán participar y aportar con elementos informativos de los casos a requerimiento de los actores que participen de este plan, como también cooperar con las actividades y/o compromisos que se acuerden en dicho plan, con miras ya sea a la prevención, abordaje y seguimientos de estos casos.

Para facilitar las tareas preventivas de suicidio en Centros y Programas se requiere:

- En el caso de centros de AADD, la conformación de una **Mesa de Promoción de Salud Mental y Prevención de Riesgo Suicida**. El mismo estará constituido por un equipo base integrado por los distintos estamentos que trabajan al interior del centro, a saber: Jefe técnico, PIC, PEC, Coordinadores de casa, ETDs, profesionales de unidad de salud, programas de droga y escuela. Se recomienda especial participación de las personas que han concurrido a los cursos de riesgo suicida durante el año 2016 y 2017.
- En el caso de los programas colaboradores del SENAME, se espera que la realización de las gestiones que se detallan más abajo las defina el equipo directivo de los mismos, teniendo en cuenta que los *procesos de supervisión internos* incluyan las acciones de prevención de riesgo suicida dentro de las necesidades técnicas de intervención con adolescentes, ya que ellos tienen como objetivo la revisión y retroalimentación guiada para el mejoramiento técnico del proceso de intervención. Las acciones de supervisión técnica interna, deben ser lideradas por el/la director/a del programa y complementadas con el aporte de otros profesionales de apoyo que la institución designe para este fin.

Las acciones de promoción de salud mental y prevención de suicidio que se detallan más adelante están en relación con los componentes del Plan Regional establecidos desde MINSAL (2013) para una mayor *efectividad* en la prevención del suicidio, involucrando a distintos sectores sociales claves y a la comunidad a favor del logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

Si bien, el Plan es coordinado y liderado por la SEREMI de salud regional, se requieren gestiones y acciones preventivas transversales entre los diferentes actores sociales claves, como también acciones preventivas específicas en centros y programas colaboradores de SENAME, que se detallan a continuación:

A. Estrategias de promoción de salud mental y prevención del suicidio en todo el sistema

La estrategia de promoción de salud debe ser integral abordando aspectos relativos a la calidad de vida de los adolescentes, su familia y los equipos de intervención en los centros y programas considerando la salud ambiental, actividad física, factores protectores psicosociales y alimentación

saludable, entre otros. Es necesario mejorar la calidad de vida en los entornos de ejecución de condenas para promover la salud mental desde una perspectiva amplia e integral de temáticas para mejorar las políticas y prácticas institucionales.

Un ambiente saludable es aquel que desarrolla actividades sistemáticas de promoción de salud y salud mental de toda la comunidad que promueva el bienestar familiar y social de los adolescentes, a través de la protección de todo tipo de riesgos ambientales, físicos, psicológicos, etc. y promover también la salud de los funcionarios y su calidad de vida.

Por esta razón, es importante generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la *calidad de vida de todo el sistema* incluyendo actividades de autocuidado para funcionarios y adolescentes contemplando pausas saludables, espacios protegidos para la práctica de actividad física.

En este contexto incluir la identificación temprana y el manejo eficaz del riesgo suicida es fundamental para conseguir que las personas reciban la atención oportuna que necesiten incluyéndolo dentro de acciones más integrales de protección y promoción de salud mental, desde un enfoque sanitario y sistémico que involucren tanto a adolescentes, como a sus familias, pares, equipo técnico y directivo fomentando estilos de vida saludables, habilidades sociales y autocuidado.

Cada centro y programa definirá las acciones de promoción antes mencionadas acordes a las características de su población, que se suman a las que se señalan a continuación:

- Desarrollar actividades de *Promoción de salud mental* para adolescentes con el propósito de aumentar los factores protectores de la salud mental como la resiliencia, estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas, habilidades sociales, etc. y desarrollando habilidades para vivir a fin de enfrentar dificultades y relacionarse socialmente. Estas estrategias no intervienen directamente sobre el riesgo suicida, pero disminuye la probabilidad de que aparezca.
- Evaluar los recursos y programas a nivel local y regional involucrando a la familia y a la comunidad en la prevención universal detectando propuestas, por ejemplo en establecimientos escolares, en dispositivos de salud, etc., que permiten instancias de colaboración para insertar y orientar al adolescente; un ejemplo es el Programa Habilidades para la vida, que prepara a niños a convivir en sociedad promoviendo su desarrollo integral. El objetivo es buscar el bienestar y el desarrollo psicosocial, buscar espacios protectores y positivos que promuevan la resolución de conflictos sin violencia. Promover que adolescentes sean capaces de hacer frente a los problemas de una manera sana evitando la intimidación, hostigamiento y la violencia entre ellos.
- Facilitadores comunitarios: se considera una estrategia de prevención comunitaria a nivel local. Dentro del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) se propone como estrategia preventiva la Formación de “*Facilitadores Comunitarios*”, quienes al mismo tiempo son parte de las estrategias recomendadas en el Plan de Acción del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, también vinculadas con los objetivos sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

Son personas de la misma comunidad entrenadas para detectar a las personas en riesgo de depresión y suicidio, entregar orientación y derivar a la red de atención. Por ejemplo: carabineros, bomberos, inspectores de colegios, sacerdotes, líderes de juntas vecinales y otros profesionales

que sean parte de la red comunitaria de los adolescentes, entre los que se encuentran los delegados y equipos técnicos de centros de sanciones y medidas LRPA. Dentro de dicho plan, los profesionales de Centros y Programas del área de justicia juvenil, *deberán participar de todas las instancias “formativas”*, que sean propuestas e implementadas en esta materia a nivel regional y operarán con las recomendaciones entregadas por las instancias especializadas, para entrenarse en elevar sus conocimientos sobre señales de riesgo suicida, desarrollar actitudes y competencias favorables a la intervención, y a abordar las crisis.

- Los jóvenes con discapacidad o pertenecientes a la diversidad sexual o cultural suelen ser más vulnerables a la intimidación y falta de aceptación, por lo cual se propone una mejor formación sobre dichas poblaciones y formas de acompañarlos para promover su desarrollo integral e inclusión en la comunidad.

B. Promoción de salud mental y auto cuidado de personas

Como se señaló anteriormente, el desafío apunta a la promoción de salud mental en adolescentes y en todas las personas involucradas en la ejecución de medidas cautelares y condena, generando e impulsando entornos saludables, cuya finalidad sea realizar acciones dirigidas a fortalecer la salud mental, el bienestar, calidad de vida de adolescentes, su familia y equipos a cargo de su intervención. En este contexto se espera la realización de acciones más integrales de promoción de salud mental, fomentando estilos de vida saludables, habilidades sociales, autocuidado. El fortalecimiento de la Salud Mental del equipo técnico y de los funcionarios es fundamental para asegurar el equilibrio y bienestar de los mismos en el trabajo con adolescentes de alto riesgo. Es esencial proteger la salud física y mental por medio de un estilo de trabajo e intervención con jóvenes en entornos saludables que disminuyan la aparición de situaciones estresantes. En Centros de Administración Directa, se espera que se desarrollen instancias de promoción de salud como también de apoyo al equipo técnico y funcionarios, las cuales, se pueden coordinar con *Unidad de salud laboral* a nivel nacional.

- Auto cuidado para equipo técnico y funcionarios de centros de administración directa: Generar espacios protectores y resilientes para trabajar entre otros, el *impacto emocional* del suicidio que eventualmente puedan tener los funcionarios, ante situaciones de crisis suicida; como también su capacidad de ejercer su labor elaborando el impacto que haya generado. Detección temprana de riesgo psicosocial laboral y derivación oportuna.

En el caso de programas de medio libre (PSA-MCA-SBC-PLA-PLE) la incorporación de estrategias de autocuidado, tanto a nivel del equipo de intervención, como entre el grupo de pares o el resto de los/as jóvenes atendidos/as, es de responsabilidad de los niveles directivos de los programas y organismos colaboradores acreditados. Los mismos deben asegurar las condiciones que generen contextos de promoción de salud mental en el entorno laboral y además permitir al equipo reunirse y compartir periódicamente entre todos sus miembros, las inquietudes e ideas a fin de fortalecer la comunicación, el apoyo dentro del equipo y el afiatamiento del mismo.

- Auto cuidado para los pares y la familia en caso de fallecimiento por suicidio como también su capacidad de continuar con sus vidas de manera competente y empática.

Es necesario contener a pares que comparten casa con joven suicida, brindar apoyo emocional, realizar talleres o espacios grupales de prevención suicida, teniendo en cuenta el efecto de

 SENAME Servicio Nacional de Menores y Derechos Humanos Chile en marcha Gobierno de Chile	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 16 de 70

contagio o “suicidio en cadena” que eventualmente pueda producir el suicidio. El mayor riesgo de suicidios subsiguientes puede estar limitado al *período de cuatro semanas* después del suicidio inicial. Como medida específica se deben brindar contención emocional y *derivar a la atención psiquiátrica* a los jóvenes afectados y especialmente los que cuentan con trastorno psiquiátricos.

En medio libre, en el momento en que se deban tomar decisiones que afecten directamente a algún/a joven ya sea internación, derivación a tratamiento y/o la disposición de estrategias dirigidas a la disminución del riesgo suicida en casos específicos de crisis o inminencia, estas deben ser compartidas tanto por los miembros del equipo que asumen la labor operativa, como por el nivel directivo del programa. El desgaste psicosocial que implica tomar decisiones que pueden afectar tanto la vida de algún/a joven, se puede amortiguar de algún modo al hacer de estas decisiones, responsabilidad compartida por un equipo, siempre bajo el liderazgo y conducción del o la director/a del programa. Del mismo modo se incluyen estrategias de activación de la red atención local para contención familiar y de pares.

C. Trabajo intersectorial de acuerdo a Plan Regional de Riesgo Suicida

El “Programa Nacional de Prevención de Suicidio” del MINSAL data del 2013. En la actualidad, aún se observa disparidad entre las regiones respecto del nivel de avance en la implementación del mismo. No obstante, la tarea y coordinación de todos los sectores para la prevención de suicidio recae en la SEREMI de SALUD, la cual debería asegurar regionalmente (ver anexo N°9):

- o El registro regional de los casos de intento de suicidio y suicidio consumado.
- o La recolección y envío a SEREMI de la información del caso.
- o La atención OPORTUNA en la oferta de Atención Preventiva en APS o Especialidad, según corresponda. En caso de SENAME corresponde a los equipos técnicos de centros y programas derivar los casos *conociendo los flujos y protocolos* de derivación y establecimientos correspondientes habilitados por el plan de prevención de suicidio.
- o El monitoreo en la Atención Primaria de Salud.

En este contexto es primordial colaborar y brindar información desde Centros y Programas de Justicia Juvenil en la Instalación del sistema de estudio de casos. Este sistema busca registrar a nivel regional los casos de suicidios que vayan acaeciendo a fin de contar con cifras locales de suicidios. Es tarea de la SEREMI -o de profesionales de la red asistencial de la dirección del Servicio de Salud regional, realizar el estudio de caso (MINSAL, 2013), por medio de la recolección de datos luego del fallecimiento por medio de una ficha estándar (incluida como anexo en el documento de MINSAL, 2013). El cumplimiento de este objetivo requiere de una estrecha coordinación de los Centros y Programas de Justicia Juvenil con el responsable a nivel regional en temas de salud del Servicio de Salud Regional correspondiente.

Es necesario ser parte activa como Justicia Juvenil en la elaboración del “Plan Regional de Prevención del Suicidio” aportando en la mirada regional la visibilización del adolescente y joven en contexto de infracción de ley. A nivel regional desde la SEREMI se establecerán los acuerdos de cómo se llevará a cabo dicho proceso. El Director de Centro y Programa deberá garantizar la participación de profesionales en la mesa intersectorial que se genere localmente, para acordar el flujo de información (jefatura técnica, PEC, PIC o gestor de redes).

D. Coordinación con otros programas de la red local (LRPA/SENDA)

Las estrategias de coordinación con otros programas corresponden a los factores que se identifican como claves para lograr el abordaje efectivo en la prevención del suicidio de jóvenes en contexto de infracción de ley.

1. Se hace necesaria la coordinación estratégica especialmente con los dispositivos que abordan esta temática como son los distintos centros de Salud (MINSAL) incluyendo, además, los programas y otros dispositivos de la oferta de tratamiento para el consumo de drogas y alcohol a cargo de SENDA, junto con la escuela, el contexto judicial y otras redes de apoyo presentes en la comunidad, según sea el caso.
2. Cuando el adolescente sea evaluado y confirmado respecto de un consumo problemático de droga, se aplicará todo el procedimiento del protocolo de complementariedad diseñado para estos casos con SENDA y el Convenio Nº 2, explicitándose y relevándose los factores de riesgo asociados al riesgo suicida.
3. Coordinaciones con centros y programas LRPA en casos de simultaneidad y egreso de medidas y sanciones. Ante la ejecución simultánea de otras medidas cautelares y sanciones, se requiere que el centro o programa se coordine con los equipos técnicos de las otras medidas y sanciones y establezcan un plan de abordaje conjunto e integral del caso que evidencia “riesgo suicida”, de modo de evitar intervenciones contraproducentes que aumenten los factores de stress en el caso. Si la sanción o medida impuesta de manera simultánea es de tipo privativa de libertad, se informará de los factores de riesgo al juez competente para que se resuelva respecto a la situación procesal del adolescente (suspensión, unificación, etc.).
4. Asimismo, cualquiera sea la calidad de egreso del joven en centros o programas y considerándose en estado de riesgo suicida, se deberá evaluar el caso, y efectuar un debido traspaso de información al equipo, si es que se trata de una sustitución o traslado etc. En caso contrario poner en aviso a la familia y realizar gestiones con la red local del servicio de salud.
5. Incluir en dichas coordinaciones a los equipos regionales pertenecientes al “Equipo de asesorías Clínicas” existentes solo en las regiones del Maule, Bio Bio y Metropolitana y profesionales del “Sistema de salud Integral con énfasis en Salud Mental, para NNA de la Red SENAME”, cuya instalación es progresiva en todo el país junto con MINSAL y SENDA.

E. Sensibilizar y capacitar a equipos técnicos y funcionarios

En este contexto es importante que el equipo de intervención directa de centros y programas, y los supervisores regionales de justicia juvenil adquieran e incorporen conocimientos, competencias y habilidades relativas a la *pesquisa de riesgo suicida* y habilidades en el *manejo del riesgo* con el fin de *derivar oportunamente* los casos que presenten dicha sospecha.

Se espera un proceso continuo de sensibilización y concientización por medio de capacitación en riesgo suicida en adolescentes y jóvenes en medidas y sanciones tanto en medio libre como privativo de libertad, así como la inclusión de la planificación de talleres o espacios de capacitación, socialización del protocolo que cubra el 100% de los funcionarios y equipos técnicos en forma gradual y permanente; es decir, la socialización de las posteriores actualizaciones del mismo.

Según recomendaciones de la OMS (2007), es necesario contar con capacitaciones a los funcionarios y equipos técnicos de centros de AADD y programas colaboradores de SENAME sobre la prevención del riesgo suicida, para fortalecer el conocimiento de la comprensión del fenómeno y desarrollar habilidades para el abordaje *preventivo y de emergencia*. Además, que los mismos deben repetirse en forma periódica. En el caso de cumplimiento de condena, la OMS (2007) recomienda reiterar la *capacitación de prevención del suicidio al menos una vez al año*.

En este contexto, se han brindado desde el SENAME a nivel nacional cursos de riesgo suicida entre 2016-2017. Desde los servicios de salud regionales también se han iniciado la oferta cursos referidos a esta materia como es el caso de la región Lib. Bernardo O’Higgins. Dichas capacitaciones se pueden realizar coordinándose con los Servicios de Salud a nivel local respectivo.

Entre los contenidos a ser abordados se consideran:

- Información sobre factores de riesgo y de protección de la conducta suicida en adolescente y jóvenes, así como datos y estadísticas de carácter local y nacional sobre suicidio que permita una visión general sobre la temática.
- Desmitificación de la conducta suicida adolescente, revisando los mitos habituales (ver anexo Nº 5) y los que se manejan al interior del centro o programa, los cuales interfieren en un correcto abordaje de la conducta suicida.
- Asociación entre algunos factores específicos del contexto judicial, asociados a la conducta suicida, como por ejemplo el stress del proceso judicial y/o la incertidumbre en la determinación de penas o medidas privativas de libertad.
- Detectar cuáles son las situaciones de aumento de riesgo (SAR) prevalentes al interior del centro y programas, según corresponda y desarrollar la capacidad de controlar las circunstancias adversas asociadas a ellas.
- Reconocer las particularidades de acuerdo al perfil de usuario, su diagnóstico teniendo en cuenta género, adolescencia y juventud.
- Adquirir una mirada global del fenómeno, incorporando el protocolo de salud y derivación al lugar correspondiente de acuerdo a su territorialidad. Reconocer los diferentes dispositivos de salud mental y sus niveles de resolutivez.
- Socialización de protocolo de actuación y flujograma ante detección de conducta suicida del programa LRPA y las medidas de prevención del suicidio al interior del programa. Revisión instrumentos y protocolos validados por MINSAL.
- El personal debe estar *capacitado para abordar la situación de emergencia* conociendo el protocolo de riesgo suicida: sabiendo qué le corresponde hacer si ocurre un intento de suicidio, OMS (2007). Incluir capacitación en primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar en coordinación con Unidad de Salud del Centro o con la red de asistencia de salud local, en el caso de programas en medio libre, para recibir apoyo y complementar las temáticas de especialización de dichas capacitaciones. *Diferenciar los roles en el equipo en situaciones de emergencia suicida.*

F. Identificar y actualizar perfiles de jóvenes y situaciones de aumento de riesgo (SAR)

Según la OMS (2007) es posible reducir los suicidios en contextos privativos de libertad, si se adhieren a ciertos principios y procedimientos básicos, que señalan en el presente documento.

Un primer paso importante para la reducción del suicidio en los jóvenes es desarrollar perfiles de suicidio para detectar grupos y situaciones de alto (o aumento) riesgo en cada uno de los sistemas. En este sentido, se debe prestar especial atención a las condiciones o situaciones que pueden activar, agudizar o elevar los niveles de riesgo suicida. Por ejemplo, OMS (2007), menciona a jóvenes en espera de juicio, primerizos, arrestados por delitos menores que generalmente están intoxicados al momento del arresto y cometen suicidio en una etapa temprana de su reclusión, con frecuencia dentro de las primeras horas debido al aislamiento repentino, o trauma por encarcelamiento, falta de información e incertidumbre.

Equipos de intervención en centros privativos de libertad han evidenciado situaciones en las cuales los/las jóvenes suelen mostrar inestabilidad en su estado de ánimo especialmente en aquellas situaciones asociadas a los tiempos judiciales (ejemplo, fechas cercanas a la audiencia). Estas situaciones, para los/las jóvenes que tienen vulnerabilidad emocional y factores de riesgo suicida pueden volverse aún de mayor vulnerabilidad aumentando en dichos casos la probabilidad de intentos suicidas. Lo cual conversa con lo señalado en el documento de la OMS (2007).

A dichas situaciones se las denomina de “situaciones aumento de riesgo” o de alto riesgo por el nivel de movilización emocional que representan para aquellos jóvenes que cuentan con antecedentes personales familiares o contextuales previos de riesgo suicida.

En mesas de trabajo en la que participaron profesionales de todos los centros privativos de libertad en contexto de capacitación en prevención de suicidio, se identificaron diferentes situaciones que resultan movilizadoras para jóvenes, especialmente para aquellos que son vulnerables a tener crisis suicidas. En el cuadro N°1 se señalan aquellas situaciones en las que se debe prestar mayor atención para monitorear o pesquisar riesgo suicida. Este listado dista mucho de estar cerrado, corresponde a una observación inicial y exploratoria que requiere de la sistematización y análisis posteriores.

Cuadro N°1: Listado de situaciones de alto riesgo identificadas por equipos técnicos CIP- CRC (2016)

Situaciones de Alto Riesgo (SAR)
- Ingreso a privación de libertad - Estado de intoxicación por consumo de alcohol y/o droga - Síndrome de abstinencia de consumo de drogas - Descompensación emocional - Proximidad a la fecha de juicio o sentencia. - Obtención de sentencia larga privativa de libertad. - Proximidad al egreso - Situación de bullying o amenaza de vida - Bullying homofóbico - Separación de grupo - Pérdida afectiva/pérdida de sostén social - Periodo post egreso de internación psiquiátrica (hospitalización, UHCIP) - Ausencia de equipo interventor durante las noches (y días feriados) - Día de la madre - Fiestas patrias - Día de su Cumpleaños (y/u otro significativo: cercano) - Navidad y año nuevo - otros (identificar y describir según sistema o características locales)

Dichas situaciones deben estar identificadas para aplicar pesquisa de riesgo suicida, según lo que se indica más adelante para abordar *preventivamente en situaciones de aumento de riesgo*. Este listado cobra importancia para anticiparse e implementar medidas de observación continua, conversaciones previas con joven alrededor de fechas claves o situaciones de aumento de riesgo, a fin de identificar sentimientos e ideación suicida, etc. Considerar para estas situaciones la aplicación de medidas señaladas según el nivel de riesgo evaluado.

En particular, los siguientes indicadores fueron desarrollados por los equipos de intervención de Centros de Administración Directa CIP – CRC, que sirven como orientación al desarrollo de perfiles diferenciados en los distintos contextos de medidas y sanciones:

Perfiles Centro Internación Provisoria

- ✓ Jóvenes que han ingresado por primera vez a privación de libertad.
- ✓ Jóvenes que al momento de su arresto se encuentran intoxicados por consumo de alcohol y/o droga y cometen intento suicidio en las primeras horas de su detención.
- ✓ Jóvenes que ingresan con síndrome de abstinencia de consumo de drogas.
- ✓ Jóvenes que presenten antecedentes de suicidios con anterioridad.
- ✓ Jóvenes con suicidios o intentos de suicidios en la familia o persona significativa.
- ✓ Jóvenes que presente diagnóstico en salud mental.
- ✓ Jóvenes que se encuentran cerca de la fecha de juicio o sentencia.
- ✓ Jóvenes que, por motivo de la causal de ingreso, puedan estar viviendo bullying, o amenaza de vida, dentro del centro.
- ✓ Jóvenes con posibilidad de obtener una sentencia de larga permanencia privados de libertad.
- ✓ Jóvenes con socialización callejera con problemas de adaptación al centro.
- ✓ Jóvenes que se encuentren en separación de grupo.
- ✓ Joven viviendo una pérdida afectiva reciente o un duelo patológico de figura significativa.
- ✓ Jóvenes egresados de internación psiquiátrica (hospitalización).
- ✓ Ausencia de equipo interventor durante las noches, feriados, fiestas patrias, cumpleaños, navidad, año nuevo.
- ✓ Jóvenes con conflicto actual.
- ✓ Jóvenes con enfermedad física grave.
- ✓ Otro (identificar y describir según sistema o características locales).

Perfiles Centro de Régimen Cerrado

- ✓ Jóvenes que cumplen condena en privación de libertad.
- ✓ Jóvenes que presenten antecedentes de intento de suicidio.
- ✓ Jóvenes con suicidios o intentos de suicidios en la familia o persona significativa.
- ✓ Jóvenes que presente diagnóstico en salud mental.
- ✓ Cambio en la situación procesal penal, cualquiera sea, que sea experimentada subjetivamente por el joven con vulnerabilidad, como ser informado por una disposición legal negativa tal como la pérdida de una apelación o la negación de una sustitución.
- ✓ Jóvenes que, por motivo de la causal de ingreso, puedan estar viviendo bullying, o amenaza de vida dentro del centro.
- ✓ Jóvenes que se encuentran próximo a su egreso del centro.
- ✓ Jóvenes que se encuentren en separación de grupo.

- ✓ Noticias recibidas en visitas o llamados telefónicos.
- ✓ Joven viviendo una pérdida afectiva reciente o un duelo patológico de figura significativa.
- ✓ Jóvenes egresados de internación psiquiátrica (hospitalización).
- ✓ Ausencia de equipo interventor durante las noches, feriados, fiestas patrias, cumpleaños, navidad año nuevo.
- ✓ Jóvenes con conflicto actual.
- ✓ Jóvenes con enfermedad física grave.
- ✓ Otro (identificar y describir según sistema o características locales).

Como se ha observado en los últimos años, en los informes de fallecidos asociados a metas CDC los jóvenes que cumplen condena en medio libre han presentado mayor cantidad de muertes por suicidios, por lo tanto, es necesario que los equipos de medio libre puedan sistematizar sus observaciones y experiencias de intervención a fin de desarrollar, ampliar y pesquisar aquellas “SITUACIONES DE AUMENTO DE RIESGO Y PERFILES” propios de ese medio de atención. Al tener identificadas las situaciones de mayor riesgo de probabilidad de conducta suicida, los equipos pueden activar oportunamente estrategias para reducir su riesgo.

7.2. Elaboración de Protocolo de Prevención del Suicidio

Como se señaló anteriormente, la elaboración del ‘Protocolo de Prevención del Suicidio’³ se incluye dentro de un contexto de promoción de salud mental. En este sentido el protocolo se enmarca dentro de una serie de actividades e instancias que fomentan ambientes saludables en centros y programas de justicia juvenil que apunten en a brindar oportunidades y condiciones para el desarrollo individual y colectivo de hábitos saludables vinculados al bienestar, calidad de vida y estado de salud.

En este contexto, la tarea en la *elaboración del protocolo de Prevención del Suicidio es identificar las acciones y precisar las responsabilidades para abordar la promoción de salud mental y el riesgo suicida en forma preventiva y ante la eventualidad de una emergencia*. Los elementos que se enumeran a continuación consisten en instancias necesarias para la construcción del *Protocolo* en Centros de Administración Directa (AADD) y en Programas de Medidas y Sanciones en el Medio Libre, de acuerdo a las características regionales y locales de cada uno de ellos. A continuación, se señala el contenido que se debe utilizar, el cual consta de 13 apartados necesarios para la construcción del protocolo de riesgo suicida.

³ Se mantiene nombre ‘Protocolo de Prevención del Suicidio’ establecido por MINSAL en Programa Nacional de Prevención del Suicidio – Orientaciones para su implementación (2013, pág. 17). No obstante, mantener estructura y contenidos detallados, se sugiere utilizar formato de presentación definido en Sename Res. Ex. 3525 (23-11-18).

Cuadro N°2: Formato de Protocolo de Prevención del Suicidio

Estructura y contenidos:
1. Fecha de Elaboración y autorización: Revisión por equipo directivo que da el visto bueno para la aplicación del protocolo.
2. Autores y Revisores: Indicar quiénes son las personas que realizarán la construcción del protocolo.
3. Introducción: Epidemiología, Situación actual en el centro/programa, importancia de la realización y uso del protocolo, según la necesidad local. Se sugiere utilizar información entregada en presente procedimiento elaborado por DJJ (incluyendo anexos).
4. Definiciones: Utilizar los conceptos del presente documento y del "Programa nacional de prevención del suicidio" MINSAL (2013) a fin de estandarizar a nivel nacional y con el intersector la comprensión de los mismos.
5. Objetivos: Generales y Específicos.
6. Ámbito de aplicación: Ámbito al que orienta la realización del protocolo.
7. Población a la que se dirige: Usuarios involucrados y beneficiarios de la aplicación del protocolo.
8. Funcionarios/Personas que intervienen: Incluir funcionarios de SENAME y profesionales del intersector (Genchi, SENDA, etc.) identificar a los encargados del procedimiento que se detallará en el punto 10.
9. Materiales: Indicar los instrumentos necesarios para la aplicación del protocolo. Revisar todos los anexos del presente procedimiento.
10. Procedimiento: Se deben diferenciar dos procedimientos: el de emergencia y el preventivo de riesgo suicida: a) PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO desde el ingreso de joven a centro o programa. b) PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA POR INTENTO DE SUICIDIO En ambos se debe detallar el "paso a paso" que se realizará, lo más comprensible y específico posible. Se requiere especificar los responsables de cada acción tanto en horarios hábiles como en las situaciones de excepción (turno noche, fin de semana, turnos éticos) y cómo actuar frente a esas distintas circunstancias. Seguir según lo señalado en los flujos (ver Anexos N° 7 y N°8).
11. Evaluación: Determinar con qué instrumentos se va a evaluar las acciones realizadas, de acuerdo a los resultados esperados. Decisiones a tomar según resultado
12. Bibliografía: Revisar el presente documento.
13. Anexos: Instrumentos, Pautas, Acuerdos, Toma de conocimiento.

En cada uno de los puntos a incluir en el protocolo se debe especificar de manera clara y concisa los datos que se requieren teniendo en cuenta lo siguiente:

- Para los apartados 3-4-5-6-9-12-13 incluir en forma sintética lo que se solicita tomando como insumo lo detallado en el presente procedimiento, en conjunto con el material utilizado y brindado en curso de Riesgo Suicida (ejecutado en versiones 2016 y 2017).
- Para los apartados 1-2-7-8 -11 especificar de acuerdo a lo solicitado: nombres, fechas, funciones, etc.

- Respecto del apartado 10 correspondiente a **Procedimientos⁴**, los equipos deberán completar diferenciadamente dos procedimientos:
 - a) Procedimiento preventivo.
 - b) Procedimiento de emergencia por intento de suicidio.

Incluir toda la información requerida en base a **datos precisos, acordados** con los actores responsables de las tareas, teniendo en cuenta los recursos locales del centro o programa.

En los capítulos posteriores se encuentra información detallada de ambos procedimientos diferenciados por tipo de sistema de medida y sanción: CIP-CRC, CSC y medio libre. La presentación en forma gráfica en los flujogramas detalla las actividades a ejecutar, responsables y los registros que deben realizarse, tanto para las acciones preventivas como las de emergencia (ver Anexos Nº 7 y Nº8).

A. Metodología en la construcción del Protocolo

Cada uno de los puntos señalados debe ser completado como resultado de un *PROCESO DE ACUERDO* entre los distintos actores al interior de centros y programas que ejecutarán la tarea. El protocolo refleja la mejor forma de llevar a cabo las estrategias y acciones establecidas para la detección y el abordaje del riesgo suicida en los centros y programas. Para ello, es indispensable desarrollar a lo menos:

- 1. Estrategias de participación:** la construcción del protocolo incluye a la totalidad de los funcionarios formados en el curso de Riesgo Suicida y recomendable que sean convocados representantes de los distintos estamentos involucrados en la intervención.
- 2. Gestión de información de los propios antecedentes respecto del fenómeno:**
 - Identificación de casos, número de ellos, frecuencia, tendencia o modalidades. Entre otras consideraciones territoriales que puedan constituir evidencia para la toma de decisiones o faciliten la orientación del protocolo, la comprensión e incorporación de éste entre los equipos de intervención.
 - Sistema formal y exigible de registro mínimo de acciones.
- 3. Identificación de responsables de las acciones:** adoptar un principio de transversalidad que permita la co-responsabilidad de los procesos en distintos estamentos y turnos. (diurnos y nocturnos).
- 4. Estrategias de difusión y socialización:** programa pormenorizado de actividades destinadas a informar y socializar protocolo, alcances y obligaciones asociadas.

Una vez que se decide implementar el protocolo, se convierte en un *proceder obligatorio* ante la situación por la que se creó. Es necesario que cada equipo siga las sugerencias señaladas en el presente documento y, además, consulte como bibliografía de apoyo la documentación que se brinda; todo ello, con la adaptación a su realidad local.

⁴ En esta instancia se mantiene el concepto de “procedimiento”, según lo establecido por MINSAL, en su documento de desarrollo de protocolo de riesgo suicida. El cual se diferencia del estatuto de “Procedimiento” que SENAME estableció para la emisión del presente documento.

B. Evaluación crítica para actualización Protocolo

La etapa de evaluación de procedimientos es necesaria para la revisión crítica a favor de la mejora continua de los procesos.

Luego de aplicarse el procedimiento, se deberá evaluar su calidad y pertinencia, proporcionando retroalimentación constructiva para mejorar las futuras situaciones de manejo de riesgo.

La evaluación y su posterior actualización deberá ser realizada por la misma mesa que la elaboró el protocolo, incorporando, además, todas aquellas personas que, por haberse encontrado en la situación de emergencia, ejecutaron el procedimiento. Ellos se constituyen en los mejores informantes de la situación. De esta manera, el equipo informa sobre cada incidente acontecido durante el procedimiento en un esfuerzo de:

- Reconstruir los eventos que condujeron al suicidio (si ocurre),
- Identificar los factores que pueden haber llevado a la muerte del joven y que pudieran haberse pasado por alto o haber sido abordados en forma inadecuada;
- Evaluar la adecuación de la respuesta a la situación de emergencia y/o preventivas, según corresponda;
- Extraer cualquier implicación de las políticas para mejorar los futuros esfuerzos de prevención.
- Evaluación de todo el procedimiento post-crisis por intento de suicidio, por todos los participantes, así como inclusión de sugerencias para mejoramiento de los procedimientos.
- Mejorar aquellos aspectos y acciones que permitan perfeccionamiento del protocolo y del sistema de operación.
- Mejorar el sistema y flujo de comunicación en situaciones críticas y como también la coordinación entre equipos de diferentes sectores para tal fin, escuela, unidad de salud, equipo de casa, etc.

7.3. Medidas preventivas del Suicidio

A continuación, se entrega **contenido para la comprensión** de las medidas que se esperan seguir en el abordaje de riesgo suicida para el procedimiento⁵ preventivo de suicidio. Las medidas se clasifican en tres etapas:

- A. Pesquisa de riesgo suicida,
- B. Evaluación de nivel de riesgo suicida, y
- C. Manejo preventivo de suicidalidad según nivel de riesgo.

⁵ Como se señaló anteriormente, en este apartado se usa el concepto PROCEDIMIENTO según lo establece Minsal, 2013 desde una perspectiva sanitaria, siendo un componente esencial dentro del protocolo de prevención de suicidio. De esta manera se diferencia del estatuto de “procedimiento” que DEPLAE (2018) estableció para la emisión del presente documento.

A. Pesquisa de Riesgo Suicida

Para identificar a los/las adolescentes y jóvenes que requieren de un abordaje preventivo de riesgo suicida es necesario pesquisar qué adolescentes y jóvenes presentan los antecedentes constitutivos de riesgo suicida. Para ello, se considera *necesario la pesquisa en el proceso de ingreso del/la joven al ingreso al centro o programa como también en aquellas situaciones de alto/aumento riesgo suicida (SAR) que puede presentarse durante el proceso de intervención.*

Cuadro N°3: Acciones para la pesquisa riesgo suicida en justicia juvenil

PESQUISAR	ACCIONES
¿QUÉ?	La pesquisa de riesgo suicida se incluye como parte imprescindible en el proceso técnico desde el ingreso a medida o sanción hasta su egreso: - antecedentes de factores de riesgo suicida, - ideación suicida actual.
¿A QUIÉN?	Al 100% de jóvenes que ingresan a centro o programa de medida o sanción.
METODOLOGÍA INSTRUMENTOS	Observación / entrevista. Escala de suicidalidad OKASHA y entrevista.
RESPONSABLES	Integrantes del equipo de intervención <i>CAPACITADO</i> en pesquisa de riesgo suicida (se espera lograr la capacitación del 100% de los funcionarios).
¿CUÁNDO?	- En el proceso de evaluación al ingreso a medida o sanción, en medio libre o en privación de libertad. Es decir, dentro de las 24 hrs. iniciales –para centro privativo- y, durante el primer encuentro en caso de medio libre y semicerrado. - Observación continua de indicadores de riesgo, orientados en situaciones de aumento de riesgo (SAR) en medio libre y privativos de libertad. Especialmente, si joven tiene antecedentes.
NOTIFICAR Y REGISTRO	Notificar a autoridades y a equipo del resultado positivo. Incluir información de pesquisa en expediente joven independientemente del resultado.

QUÉ PESQUISAR

La principal tarea es la detección del riesgo suicida en cualquier circunstancia del proceso diferenciando los niveles del mismo para su posterior manejo e intervención. Para prevenir suicidio es necesario discriminar de toda la población de usuarios de medidas y sanciones quiénes requieren de un abordaje focalizado en torno a la prevención de riesgo suicida.

A QUIÉN PESQUISAR

Se aplica pesquisa a **todos y cada uno de los/las adolescentes y jóvenes que ingresan** a medidas y sanciones de programas y centros de administración directa de justicia juvenil, sin excepción, cualquiera sea la calidad de ingreso y el tiempo de permanencia en centro o programa.

Se debe tener en cuenta que el cambio de contexto de ejecución de condena puede ser eventualmente un momento vulnerable para algunos casos.

Para ello, es necesario al momento del egreso por sustitución de condena, o traslado a otro centro o sección Juvenil de un joven con riesgo suicida se indique en el traspaso de información una alerta al equipo receptor de la situación de riesgo y que una vez realizado el cambio se vuelva a evaluar el nivel de riesgo suicida.

METODOLOGIA-INSTRUMENTOS PARA PESQUISAR

Lo más importante a la hora de detectar o evaluar riesgo suicida es *generar un clima de confianza y respeto* estableciendo un encuadre de contención afectiva (ver Anexo N°4 orienta como iniciar las preguntas). **Nunca aplicar instrumentos de riesgo suicida sin un acercamiento previo con actitud abierta, empática e interesada para preparar un clima de contención para el joven.** Se debe evitar la crítica de la conducta, generando, sobre todo, un clima de intimidad, seguridad, tranquilidad y motivación sobre la base de una confianza vincular.

- El instrumento para la pesquisa de riesgo suicida es: **“La Escala de Suicidalidad de Okasha”** (ver Anexo N°1), la cual debe ser aplicada a TODOS los/las adolescentes y jóvenes ingresadas/os a medidas y sanciones en medio libre y privativos de libertad.

Es sumamente importante considerar que todo lo que un instrumento de evaluación puede lograr es levantar una alerta al personal a cerca del nivel de riesgo de un joven (leve, moderado o elevado) de intentar suicidarse en alguna etapa de su período de encarcelación o cumplimiento de alguna medida o sanción. Por lo tanto, **no predicen cuándo va a ocurrir un intento de suicidio**, ni cuáles son los factores precipitantes específicos en un caso dado. Complementar con la entrevista sobre factores de riesgo presentes en el caso.

CUÁNDO PESQUISAR

INGRESO

En el contexto de la ejecución de penas en medio libre y privativas de libertad, la pesquisa de riesgo suicida se realiza en primera instancia **al inicio de la medida o sanción**, incluyéndola como componente del proceso técnico de ingreso de el/la joven junto a las otras evaluaciones que se aplican en este momento, como tamizaje de droga, encuestas de salud mental, evaluaciones psicopedagógicas, etc., considerando los elementos de cada área de desarrollo y caracterizándolos en cuanto recursos protectores y/o factores de riesgo que se encuentran en cada caso.

- En el **caso de ingreso a CIP-CRC**, se ejecutará dentro de las primeras 24 horas dado que estas primeras horas, suele elevarse el riesgo suicida en este contexto. *Tener especial cuidado en Ingresos fuera de horario laboral.* Dado la variabilidad del horario de ingreso, es necesario que todo funcionario que reciba el ingreso de jóvenes estén capacitados en pesquisa de riesgo suicida para poder dar aviso oportuno a las autoridades y tomar medidas de acuerdo a lo observado. Todo esto, especialmente en caso de no estar presente el equipo interventor, quienes deberán profundizar la evaluación de riesgo.

Examen de Salud, cuando un/una adolescente o joven ingresa a un centro privativo de libertad ya sea por una medida o sanción se realiza examen de salud, el cual lo lleva a cabo la Unidad de Salud del centro. Siendo esta una valiosa oportunidad de ahondar en la pesquisa de riesgo de atentar contra su vida, debido que los suicidios en los espacios privativos de libertad pueden ocurrir durante las primeras horas de su ingreso.

- En **caso de medio libre y CSC**, se considera oportuno *pesquisar a partir del ingreso a la medida o sanción. La información recabada en esta etapa debe ser complementada con entrevista a familia o visita a domicilio.*

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 27 de 70

RESPONSABLES DE PESQUISAR

Todos los funcionarios al interior de centro privativo de libertad y equipos técnicos de programas en el medio libre deben capacitarse para asumir un rol activo en la detección de indicadores de riesgo suicida.

Es facultad del equipo directivo determinar qué personas comenzaran a realizar dicha tarea como así también cuándo planificar las capacitaciones para ampliar el número de funcionarios que puedan asumir la tarea. Además, coordinar con la SEREMI y Servicio de Salud local para el apoyo de capacitaciones de especialidad en la materia (primeros auxilios, maniobras de salvataje, etc.).

En caso de centros privativos de libertad el protocolo establecerá, además, *quiénes son los funcionarios que realizarán la pesquisa de riesgo suicida durante el horario laboral de lunes a viernes y quienes lo ejercerán fuera de dicho horario fin de semana*. Independientemente que el PIC o PEC deban profundizar posteriormente sobre la temática durante la entrevista de ingreso.

DAR AVISO A EQUIPO TÉCNICO Y AUTORIDADES DE CENTRO O PROGRAMA DEL RESULTADO DE PESQUISA

El protocolo debe establecer el *FLUJO DE COMUNICACIÓN TÉCNICA* luego de la determinación del nivel de riesgo suicida tanto a las autoridades como al equipo de intervención. Si se detecta riesgo suicida, se deberá comunicar a las autoridades, y a la Unidad de Salud al interior de centro privativo (CIP-CRC), familiares y a programas que asisten a joven para proseguir en forma coordinada las medidas señaladas por MINSAL, de acuerdo al nivel de riesgo. Considerar la coordinación con la red asistencial local y dispositivos de urgencia, cuando corresponda.

En caso de medio libre y centro CSC, se deberá *ACTIVAR LA RED FAMILIAR*, y la RED DE ATENCIÓN DE SALUD. Articulando ambas se deberá coordinar una estrategia única incorporando a la escuela y aquellos otros programas que intervienen con joven (ej. Senda) para resguardo de la vida del joven. Se acompañará a urgencia hospitalaria, si corresponde y se facilitar la atención oportuna de salud mental especializada.

REGISTRAR EN EXPEDIENTE

Todos los ingresos deben contar con el registro de pesquisa de riesgo suicida, y de antecedentes de riesgo suicida, ambas informaciones deben estar incluidas en el expediente de ejecución, atendiendo el sistema de registro que se usa de acuerdo a las orientaciones técnicas y normativas legales en las carpetas de ejecución señalando la siguiente información:

- Antecedentes de Riesgo Suicida del/la adolescente (factores de riesgo y diagnóstico de salud mental),
- Riesgo suicida actual,
- Detección de Situaciones de alto riesgo suicida para joven (SAR),
- En caso de riesgo, señalar las indicaciones y medidas a seguir en caso de acuerdo a lo estipulado por MINSAL (ver los cuadros Nº6 y Nº7, más adelante).

SI NO SE DETECTA RIESGO SUICIDA EN PESQUISA DE INGRESO

A los jóvenes, que no presentan ideas de suicidio, ni antecedentes de riesgo suicida (factores de riesgo) deben acceder de todos modos a ambientes saludables, facilitándoles la participación en espacios de promoción de salud mental que existan a nivel comunitario (ver punto 7.A. de Estrategias de promoción de salud mental y prevención del suicidio). En estos casos los centros y

	Procedimiento	REF: DJJ.PR.Intervención
	Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	Nº Versión: 01
		Página 28 de 70

programas pueden instalar actividades y espacios de promoción de Salud Mental y/o coordinar con la oferta local existente.

De todos modos, en las situaciones que el centro y/o Programa hayan identificado como movilizadoras y con probabilidad de aumento de riesgo (SAR) los jóvenes deberían estar sujetos a la repetición de la pesquisa de riesgo suicida.

REPETIR PESQUISA A INTERVALOS REGULARES

Según la OMS muchos suicidios en contextos privativos de libertad ocurren después del periodo inicial de internación, por lo tanto, no es suficiente evaluar a los adolescentes solamente al momento del ingreso, *sino evaluarlos a intervalos regulares OMS (2007)*. Al *pesquisar nuevamente*, poner especial atención en los factores situacionales nuevos (ver cuadro Nº1) o agudización de sintomatología psiquiátrica, psicológica (ver cuadro Nº5) o aparición de evento situación de alto riesgo suicida. Respecto de los antecedentes pueden visibilizarse datos que no habían sido revelados anteriormente o una nueva situación posterior a la última pesquisa. En el entendido que el fenómeno del riesgo suicida se puede presentar en cualquier momento del proceso de intervención, *se recomienda observación continua*, hasta el egreso. Para ello, es necesario diferenciar cuáles son las situaciones en las que pueden *aparecer /aumentar el nivel de riesgo suicida* (SAR) tanto en contexto privativo como en el medio libre.

OBSERVACIÓN CONTINUA

La OMS (2007) señala que es necesaria una *observación continua, especialmente en jóvenes que tienen antecedentes, (factores de riesgo)* pero no presentan ideación suicida *actual* dando mayor énfasis en la proximidad de situaciones de alto riesgo (SAR) o de agravación de sintomatología psicológica. La observación continua implica estar atento a las manifestaciones del joven y por sobre todo comunicarlas a las autoridades y profesionales encargados de evaluar nivel de riesgo. La observación continua consiste en:

- El equipo técnico necesita cultivar un tipo de relación con los jóvenes que facilite, que ellos, revelen su aflicción y desesperanza al momento que surja.
- Conversaciones con joven alrededor del tiempo de audiencias de la corte, o de situación de egreso.
- Acompañar a joven en períodos críticos (tales como la muerte de un familiar o separación de un pololeo) para identificar sentimientos de desesperanza o intentos suicidas.
- Revisiones de rutina para estar pendiente de indicaciones de intento suicida o enfermedad mental, por ejemplo, llanto, insomnio, inactividad, inquietud extrema o pasearse de un lado a otro; cambio repentino en el estado de ánimo, hábitos alimenticios o sueño; desposeimiento como, por ejemplo, deshacerse de pertenencias personales; pérdida de interés en actividades o relaciones; rechazo repetido a tomar medicamentos o una solicitud para un aumento en la dosis de medicación.
- Supervisión de visitas con familiares o amigos para identificar conflictos o problemas que emergen durante la visita. Se debe motivar a las familias para que notifiquen al personal si temen que un joven pueda albergar deseos suicidas.
- En caso de separación de grupo. Debido al número desproporcionado de suicidios que ocurren en segregación, los jóvenes privados de libertad deben ser examinados en su estado mental al ingresar en estas unidades habitacionales especiales para garantizar que la preocupación por las

enfermedades mentales y/o el riesgo de suicidio **no contraindiquen** la colocación en dichas unidades.

JÓVENES CON RIESGO SUICIDA **NO DEBEN** ESTAR EN SEPARACIÓN DE GRUPO

- La ‘situación de egreso’ puede ser disparadora de riesgo suicida. Cualquiera sea la calidad de egreso del joven, y considerándose en estado de riesgo suicida, deberá evaluarse y registrar la información poniendo al tanto a equipo que recibe al joven en caso de tratarse de una sustitución o traslado etc. En caso contrario, poner en aviso a la familia y realizar gestiones de la red local del servicio de salud.

B. Evaluación de nivel de riesgo suicida

Determinar en qué nivel de riesgo suicida se encuentra el joven permite saber a qué nivel de atención de salud derivar (APS, atención de especialidad o de urgencia). La crisis suicida corresponde un área de riesgo conformada por ideas suicidas, planes suicidas y/o conductas suicidas.

RESPONSABLE DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE RIESGO

En el caso de haberse pesquisado riesgo suicida, el protocolo indicará, quiénes son los funcionarios/ profesionales que realizarán la evaluación del *nivel de riesgo* suicida y completar el informe de suicidalidad. Los profesionales idóneos son los *psicólogos, enfermeros/paramédicos* y todos aquellos que reciban o cuenten con la capacitación para dicho fin. Puede suceder que la misma persona que realiza la pesquisa esté entrenada para evaluar el nivel riesgo y no se requiera derivar a otra persona para continuar con la evaluación. Entonces, procederá con las acciones y medidas del protocolo que correspondan.

En los centros privativos de libertad, en caso de fin de semana u horario en el que no se encuentre el equipo de intervención, al menos una persona debe estar en conocimiento de evaluar nivel de riesgo.

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

El MINSAL (2013) indica la aplicación de la siguiente escala para que, junto con la información de los antecedentes, se determine el nivel de riesgo:

- ✓ En caso de resultar con riesgo suicida (es decir, más de 5 puntos en Okasha), se aplica la **Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)** (ver Anexo N°2) que aporta información para estimar riesgo actual y severidad. Si no hay ideación, las medidas a tomar son: evaluación psiquiátrica y monitoreo preventivo del caso (observación continua sobre todo para estar alerta ante situaciones de aumento de riesgo (SAR) tanto en contexto de medio libre como en centros de AADD. En caso de resultar con Ideación Suicida deben tomar las medidas preventivas señaladas.

ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE DATOS – INFORME DE SUICIDALIDAD

Para analizar los datos arrojados por los instrumentos se utilizan los criterios detallados en el siguiente cuadro (N°4), en conjunto con la mirada técnica y la observación comprensiva sobre la situación. Es importante, también, evaluar la actitud de cooperación del adolescente en la

entrevista: Por ejemplo, la ambivalencia, o el negativismo en la entrevista es un comportamiento fácilmente evidenciable en el sujeto, con riesgo suicida que corresponde a un signo importante a tener en cuenta. Los factores que se muestran en el cuadro N°4 (ideas suicidas, intención suicida, síntomas, control de impulsos, desesperanza, contexto) se evalúan de acuerdo a lo observado, entrevistado y testeado en la aplicación de los instrumentos, que se señalan más adelante. Nunca se realiza en base a una sola fuente de información. Se espera la integración y triangulación de distintas fuentes y observadores.

Cuadro N°4: Criterios Para Medir Nivel de Riesgo Suicida

FACTORES	RIESGO LEVE	RIESGO MODERADO	RIESGO SEVERO	RIESGO EXTREMO
IDEAS SUICIDAS	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento suicida.	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.
INTENCIÓN SUICIDA	No hay.	No hay.	Indicadores indirectos.	Indicadores directos.
SÍNTOMAS	Leves.	Moderados.	Severos.	Severos.
CONTROL DE IMPULSOS	Buen autocontrol.	Buen autocontrol.	Autocontrol deteriorado.	Autocontrol deteriorado.
DESESPERANZA	Leve.	Moderada.	Severa.	Severa.
CONTEXTO	Medio protector confiable.	Medio protector confiable.	Medio protector inseguro.	Medio protector ausente.

Fuente: BRYAN, RUDD (2006) adaptado por Gómez, A. (2012).

FACTORES DE RIESGO SUICIDA

En el análisis es necesario integrar el efecto acumulativo y sinérgico de los siguientes factores de riesgo suicida que se encuentran presentes en el caso:

- Sexo: el mayor porcentaje de suicidio lo cometen los hombres.
- Edad: Adolescentes o jóvenes (infractores adolescentes corresponde a población de alto riesgo).
- Presencia de trastorno mental (especialmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.).
- Consumo problemático de alcohol y/o droga.
- Antecedente previo de intento suicida.
- Antecedentes de internación psiquiátrica.
- Antecedentes familiares de suicidio o de intentos de suicidio.
- Muerte o suicidio en su círculo cercano/significativo.
- Sentimientos de desesperanza y desamparo- depresión.
- Aislamiento social o falta de apoyo social.
- Percepción o sensación de pérdida de soporte social y afectivo.
- Disponibilidad y fácil accesibilidad a medios letales suicidas.
- Enjambre suicida y efecto de imitación suicida.
- Pérdida reciente o ruptura inesperada de relaciones interpersonales.
- Persona que se encuentran privadas de libertad.

SÍNTOMAS A CONSIDERAR PARA LA DEFINICIÓN DE NIVEL DE RIESGO

Si se está evaluando ideación o intención suicida, se debe identificar los probables factores que contribuyeron a la aparición del intento o ideación, conocer el desarrollo y funcionamiento actual del/la adolescente o joven e indagar antecedentes psiquiátricos.

Es necesario tener en cuenta que *“Ciertos estados sintomáticos implican mayor riesgo próximo de un acto suicida, aún en ausencia de expresiones suicidales directas como ideas o intentos”* según Gómez (2012). Todos estos síntomas cobran mayor valor cuando la persona ya tiene antecedente de intento de suicidio.

Cuadro N°5: Síntomas de Riesgo Suicida

LOS SÍNTOMAS QUE DEBEN DETECTARSE	Ansiedad severa, insomnio global, agitación depresiva, irritabilidad extrema, estados psicóticos, brusco empeoramiento sintomático o una mejoría inexplicable del estado de ánimo deben llamar la atención del profesional, estados afectivos severos, desesperación (definida como intensa angustia, percibida como intolerable acompañada de una necesidad aguda de alivio).
SE SUMAN TAMBIÉN CAMBIOS CONDUCTUALES	Incremento de consumo de drogas /alcohol, deterioro de la conducta social, incremento de conducta impulsiva o agresiva, conducta de autoagresión, ocultar objetos que puedan usarse con fines auto lesivos, conductas de ensayo suicida, retraimiento o impenetrabilidad o reticencia a comunicar ideas suicidas.
PARA EVALUAR EL RIESGO SUICIDA SE DEBE DETECTAR	Si joven se encuentra en situación de crisis aguda, indagar en qué etapa del desarrollo suicida está (deliberación, sopesando opciones, decisión). Evaluar “síndrome de pre-suicidio” (colapso afectivo, fantasías suicidas, restricción de relaciones humanas).

Se puede integrar en el análisis los siguientes factores psicosociales, que suelen preceder a las conductas suicidas:

- **LA OCURRENCIA DE ACONTECIMIENTOS VITALES NEGATIVOS:** cuando se perciben como muy disruptivos incontrolables y perturbadores, preceden al episodio suicida en días, semanas o meses. Pueden abarcar varias áreas: escolar, familiar, pares, pareja, etc., pero habitualmente implican conflictos o pérdidas y se superponen a los otros factores de riesgo suicida preexistentes.
- **LA DISMINUCIÓN DE SOPORTE SOCIAL:** las personas que realizan suicidio suelen tener una escasa red social, o percepción de pérdida de soporte emocional, en lo que se refiere a amistades y relaciones significativas, pertenencia a grupos y frecuencia de contactos interpersonales. Las personas más aisladas y sin apoyo son las que presentan las tentativas de suicidio más severas. Esta disminución puede experimentarla el joven tanto en contexto privativo de libertad como en medio libre. Ejemplos: polola abandona la relación de pareja con joven, o madre con nueva pareja.

EVALUAR CONTEXTO

Se estima el nivel de riesgo incluyendo también la indagación de los factores socio-demográficos- bio- psicosociales- y ambientales, con principal énfasis en aquellos que puedan convertirse en Situaciones de Alto Riesgo, (SAR), las que eventualmente induzcan la aparición de riesgo o aumentar su nivel, en caso de existir. Dichas situaciones orientan la toma de medidas preventivas. Considerar si el contexto es invalidante, protector, confiable, inseguro o ausente.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 32 de 70

Indagar si joven es víctima de bullying, o se encuentra amenazado de vida, o en tensión por problemas territoriales, de bandas, etc.; si se encuentra en cercanía a plazos procesuales condena u otro. Si se ha envuelto en situaciones de faltas en el centro o programa. Si es acosado sexualmente o es víctima de bullying homofóbico, estigmatización homofóbica, o siente rechazo familiar o de pares por la identidad y/o expresión de género. Incluir el efecto de prisionización, en caso de jóvenes en contexto privativo de libertad.

NOTIFICAR NIVEL DE RIESGO

Es necesario resaltar que, en caso de riesgo inminente, se activa el traslado de joven a urgencia hospitalaria, y luego se complementan los antecedentes y la elaboración de informe.

Cada funcionario o persona del equipo técnico que evalúa nivel de riesgo suicida debe saber cómo y a quién comunicar (autoridades, equipo y familia) según protocolo para activar las medidas oportunamente siguiendo lo indicado. También establecerá la modalidad del traspaso de información estableciendo el flujo de comunicación con equipo técnico teniendo en cuenta, en caso de centro de AADD, a la unidad de salud y equipo de casa.

C. Manejo de suicidalidad según nivel de riesgo

Dependiendo del nivel de riesgo evaluado en cada caso, el “Protocolo de Prevención del Suicidio” opera bajo las recomendaciones de las instancias especializadas en la temática (MINSAL, 2013) ⁶. La tarea es resguardar la seguridad del/la adolescente o joven hasta que vuelva a estar compensado/a. Se recuerda que el abordaje es integral incluyendo, además, manejo emocional, conductual, del ambiente, motivando al joven, brindando intervención psico-educativa y contenedora. Lo fundamental es mantener con vida a la persona en riesgo, hasta que pase la crisis (días, semanas, o meses).

Por ello, es necesario que el 100% de los funcionarios de centros de administración directa y equipos técnicos de programas en medio libre, cuenten con CAPACITACION EN MANEJO DE CRISIS SUICIDA de jóvenes. Las siguientes son recomendaciones de MINSAL (2013), adaptadas para medidas y sanciones de justicia juvenil.

Por otro lado, es necesario que los profesionales de cada centro de AADD y programa de medio libre, definan y acuerden con los equipos de tratamiento de drogas (SENDA) el modo y las instancias en que sus integrantes se incluirán en el proceso de manejo y prevención de la suicidalidad en los adolescentes. Es necesario que al definir el ‘Protocolo de prevención del suicidio’ se señale en qué actividades, cuándo y cómo consistirá la participación del Programa Ambulatorio Intensivo (PAI).

Es necesario, a nivel de equipo directivo de cada Centro y programa garantizar, espacios para ejecutar la coordinación y acuerdos entre ambos equipos a fin de consensuar, dentro de los procedimientos propuestos, la modalidad a adoptar en cada situación de riesgo. Cada nivel de severidad del riesgo suicida tiene medidas apropiadas (MINSAL, 2013), que se señalan en cuadro N 6, a continuación:

⁶ Adaptadas a centros de AADD y programas medio libre de justicia juvenil.

Cuadro N°6: Acciones y medidas señaladas por MINSAL, según nivel de riesgo

Nivel de Riesgo	Acciones / Medidas
RIESGO LEVE: Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. La ideación suicida es de frecuencia, intensidad y duración bajas. No tiene antecedentes de intentos suicidas. No hay intención evidente actual. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica. Los síntomas son leves. Existen factores protectores identificables.	✓ Evaluación psiquiátrica. ✓ Derivación asistida al equipo salud primaria para seguimiento. ✓ Evaluar <i>sucesiva y reiteradamente</i> la suicidalidad. ✓ Monitorear la ideación suicida. ✓ Seguimiento conductual y psicológico. ✓ Evitar el aislamiento, poner en contacto al joven con figuras significativas al interior del centro (CIP –CRC). ✓ Intervención en crisis suicida. ✓ Poner en contacto con redes sociales y activar a familiares para su acompañamiento informado de la situación. (medio libre – CSC). ✓ Brindar psico-educación para acciones preventivas con familiares.
RIESGO MODERADO: Existen planes suicidas. La ideación suicida es más intensa, frecuente y persistente. La desesperanza es moderada. Posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro. Los centros son moderados y existe buen autocontrol	✓ Evaluación psiquiátrica. ✓ Monitoreo de suicidalidad debe ser de modo continuo. ✓ Las consultas de salud mental deben ser frecuentes. ✓ Equipo técnico vela por control farmacológico que es esencial ✓ Evaluar sostén familiar a fin de determinar necesidad de internación. ✓ Derivación asistida a Centro de salud mental comunitaria o equipo ambulatorio de especialidad. ✓ Incorporar a la familia para evaluar continuamente el estado de joven. <i>Apoyo y monitoreo telefónico</i> frecuente con persona significativa que este acompañando la crisis de joven. Familia debe recibir psico educación y debe estar informada, dispuesta y comprometida a llevar a joven a urgencia hospitalaria. (medio libre – CSC). ✓ Evitar el aislamiento, conectarlo con figuras significativas al interior del centro (CIP –CRC). ✓ Monitorear frecuentemente el estado/ crisis suicida del adolescente para eventual hospitalización. ✓ Atención psicológica orientada a disminuir la crisis suicida. ✓ Equipo de medio libre debe estar alerta a solicitar atención de urgencia psiquiátrica.
RIESGO GRAVE/SEVERO: Existen planes específicos de suicidio e indicadores de intención suicida (ej. Elección o búsqueda de un método, escritura de cartas).	✓ Hospitalización inmediata en servicio de urgencia general con intervención especializada, cuando hay riesgos vitales. Si no hay compromiso vital, hospitalización voluntaria o por medida de protección a UHCIP, con vigilancia permanente, control

La ideación es frecuente, intensa y persistente. Hay una preparación concreta para hacerse daño (conductas de ensayo, búsqueda de lugar). Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, escasos factores protectores. Expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas. Evidencia de deterioro de autocontrol, síntomas disfóricos severos.	médico especializado a diario, con ajuste de medicación según evolución. ✓ Definir medidas precisas de vigilancia y protección (lugar donde podrá estar, tipo de habitación, retiro de elementos letales, personal especial para acompañarlo). ✓ Evaluación psiquiátrica Es esencial el control farmacológico de los síntomas. En caso de excitación, angustia agitación psicomotora o ansiedad extrema, iniciar tratamiento con psicofármacos en forma inmediata. ✓ Joven está acompañado siempre ✓ Incorporar a la familia o persona a significativa <i>en la estrategia para hospitalización</i>. Coordinar trabajo conjunto con familia para llevar a joven a urgencia hospitalaria o Corta estadía. (ML).
RIESGO EXTREMO: Existen varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión. No hay un entorno confiable, sin (percepción de) sostén social.	La intervención debe ser inmediata, intensiva e integral, y se debe ejecutar lo siguiente: ✓ Internación hospitalaria inmediata, con medidas de contención, seguimiento especializado estricto y vigilancia permanente. LLEVAR Y ACOMPAÑAR a JOVEN a un ESTABLECIMIENTO DE URGENCIA (SAPU o servicio de urgencia de un hospital) y apoyarle para que sea atendido por un profesional de la salud. ✓ El joven no queda solo en ningún momento. Brindar acompañamiento/vigilancia permanente, mientras dure el riesgo inminente, debe ser acogido de inmediato por un “acompañante” quien mantiene una conversación de contención y motivación continua. ✓ Tratamiento con psicofármacos en forma inmediata. ✓ Medidas precisas de vigilancia y protección (tipo de habitación, retiro de elementos que eventualmente pudieran servir para dañarse, personal especializado, con capacitación de qué realizar en estos casos). ✓ Notificación y apoyo a la familia CIP CRC CSC y Medio libre. Dar indicaciones claras a familia. Si joven hace vida de calle realizar búsqueda intensa/rescate de joven y acompañarlo a hospitalización. (ML y CSC). ✓ Activar a la red que atiende a joven. ✓ Posterior al evento de emergencia derivar y acompañar a joven hasta ingreso hasta <i>hospitalización</i> voluntaria o por medida de protección a UHCIP. ✓ Seguimiento por equipo técnico por un periodo <i>no menor a 18 meses</i>, pesquisando síntomas que indiquen la reincidencia.

Fuente: MINSAL, 2013. Adaptado para jóvenes cumpliendo medida o sanción en medio libre o privativo de libertad.

1. Derivación Asistida a Equipo de Salud

En centros de AADD y programas de medio libre se coordinará el ingreso del caso con el dispositivo de salud⁷ que corresponda, como también se informará al juez competente de dicha derivación. Se realizará acompañamiento requerido, hasta el cese de la medida o sanción penal, ante lo cual se reforzará el trabajo motivacional, adherencia al tratamiento y autonomía progresiva por parte del adolescente previo al egreso.

Cuadro N°7: Derivaciones Atención de Salud según Nivel de Riesgo

Nivel Riesgo	Utilizar Protocolos vigentes para Derivación a Salud, según corresponda
RIESGO LEVE	Manejo de riesgo suicida en atención primaria de salud.
RIESGO MODERADO	Manejo de riesgo suicida en atención primaria, eventual hospitalización, según criterio médico.
RIESGO GRAVE/ SEVERO	Hospitalización en urgencia general, cuando hay riesgo vital. Si no, hospitalización a UHCIP voluntaria o por medida de protección en caso de adolescentes menores de 18 años en CSC y medio libre.
RIESGO GRAVE	Hospitalización inmediata en urgencia general, por riesgo inminente con medidas de contención y vigilancia permanente.

La **derivación asistida** consiste en un traspaso de información presencial de parte del equipo técnico sobre situación de joven al equipo de salud, de acuerdo al nivel de riesgo evaluado.

Para todo este trabajo de derivación a la red de salud los jóvenes deben estar inscritos en la misma a través de atención primaria. Además, es necesario contar con:

- ✓ Mapa de derivaciones a la oferta local de atención psiquiátrica que corresponda según nivel de riesgo suicida.
- ✓ Conocer los protocolos y características de Referencia y Contrareferencia.
- ✓ Conocer los protocolos de ingreso y coordinar con la red asistencial de salud local, para hospitalizaciones, urgencia y/o ingreso planificado a corta estadía.
- ✓ Para la Hospitalización se deben conocer los protocolos de la red local de Salud junto a los criterios de ingreso.
- ✓ Incluir el programa de intervención en crisis en caso de estar instalados por los servicios de salud o unidades de salud mental y psiquiatría a nivel regional.
- ✓ Coordinar reuniones con actores relevantes del sector salud a fin de facilitar el proceso de ingreso de jóvenes en riesgo suicida.

⁷ En atención primaria (APS) o atención de especialidad para tratamiento de acuerdo a nivel de riesgo.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 36 de 70

2. Vigilancia Permanente a joven en riesgo

Jóvenes en crisis suicida **no deben ser dejados solos**, se les debe observar y proporcionar acompañamiento permanente, *contención emocional, control del ambiente, inclusión familiar*, de acuerdo a las características del contexto de la ejecución de medida o sanción.

- **En Centros privativos de libertad CRC:** lo ideal es colocar al joven suicida en un ambiente de *dormitorios o de celdas compartidas*. ATENCIÓN: Los compañeros de celda poco comprensivos pudieran no alertar al personal del centro si se realiza un intento suicida. Por lo tanto, la colocación de un joven suicida en una celda compartida nunca debe ser considerada como un sustituto del estrecho monitoreo apoyo y vigilancia continua, que requieren por parte del personal capacitado del establecimiento.
- En centros privativos de libertad, los ETDs. capacitados proporcionan apoyo social y vigilancia continua, estando alertas y proporcionando bienestar que requieren jóvenes suicidas potenciales.
- Las visitas familiares en centros privativos apuntan a fomentar el apoyo social, y a su vez representan una fuente de información acerca del joven.

En el caso, que Jóvenes hayan levantado **sospechas de riesgo suicida** en el personal, pero que **NO admiten ser activamente suicidas**, pueden no requerir supervisión constante, pero necesitan **ser observados con más frecuencia** (por ejemplo, observación estrecha en intervalos escalonados de 5-15 minutos), OMS, (2007). Sin embargo, teniendo en cuenta que un intento de suicidio por ahorcamiento puede tomar solo tres minutos para causar daño cerebral permanente y de 5 a 7 minutos para ser letal, aún las rondas a intervalos de cada 10-15 minutos podrían no ser suficientes para un joven agudamente suicida. Se debe proporcionar *supervisión ininterrumpida* y contacto humano cuando se mantiene a un joven en segregación. La consejería individual puede ser una oportunidad para la auto-expresión del joven y una posibilidad para el monitoreo.

LA VIGILANCIA PERMANENTE EN PROGRAMAS DE MEDIO LIBRE Y CENTROS SEMICERRADOS (CSC)

- **En medio libre y Centros Semicerrados (CSC)** la estrategia de **vigilancia permanente se diseña incluyendo la familia** y a toda la red afectiva del adolescente, a fin de *procurar un control ambiental y conductual* mientras dure la crisis. El equipo brinda apoyo y contención a la familia en la tarea de monitoreo del joven. Es necesario que el programa entregue los números de teléfonos en caso de emergencia de ambulancia, de la(s) persona(s) de contacto del Centro o Programa que facilitará el flujo de comunicación.

La estrategia en contexto de *medio libre* y centros CSC incluye a todo el sistema familiar, la red de apoyo y de intervención de joven, involucrando a la mayor parte de personas posibles de la familia, amigos, maestros, etc. sobre todo aquellas personas que el joven considera importante para su vida.

En dicho apoyo también resulta positivo, educar a los padres respecto a los comportamientos suicidas de adolescentes, ayudándolos a identificar eventos precipitantes y los síntomas o estados mentales que anuncien un nuevo intento Se sugiere orientarlos para reconocer los cambios conductuales, apelando a los elementos resilientes y recursos de la familia para contactarse con equipo y/o para trasladar a joven en caso de agudización de la situación, incorporando información y elementos claves para activar eventual hospitalización.

Asimismo, a partir de la evaluación del rol que cobra la familia en el proceso de “ideación

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 37 de 70

suicida”, establecer recursos de apoyo disponibles entre sus miembros y promover la involucración de ellos tanto para evitar el acceso a medicamentos, cuchillos, u otros, y/o limitar el acceso al alcohol y otras sustancias potencialmente desinhibidoras, como para realizar el acompañamiento afectivo que el adolescente solicita.

3. Medidas de seguridad para disminuir los riesgos de Suicidio

Las estrategias de intervención deben incluir, a lo menos, acciones orientadas a restringir el acceso a medios letales, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de los equipos incluyendo la familia, escuela y comunidad en el caso de medio libre. Es necesario mover todos los recursos para asegurar la integridad física de los/las adolescentes y jóvenes, por lo que, el protocolo considera las siguientes tareas:

- Definir responsable(s) de cuidado del/la adolescente mientras esté en riesgo suicida, velando por la seguridad, revisión del ambiente físico para prevenir suicidios.
- Asegurar el ambiente, eliminando o minimizando elementos que eventualmente puedan usarse en la conducta suicida. Según los registros la mayoría intenta suicidarse por ahorcamiento con sábanas, cordones, cinturones o ropa.
- Focalizar la atención en estrategias preventivas que reduzcan conductas autodestructivas que pueden llegar a ser mortales.
- Desarrollar una estrategia de negociación de conflicto preventivo en casos complejos y con vulnerabilidad psíquica para evitar que los jóvenes intenten conseguir cambios en el entorno o “beneficios” con el costo de exponerse al riesgo suicida.
- Se necesita prestar atención al ambiente general, especialmente en contexto privativo de libertad (niveles de actividad, seguridad, cultura y relaciones entre el personal y los jóvenes). En particular, la calidad del clima social de los jóvenes privados de libertad es crucial para promover la salud mental y en particular minimizar la aparición de conductas suicidas. Aunque los centros privativos nunca pueden ser ambientes libres de estrés, los administradores deben promulgar estrategias efectivas para minimizar la intimidación y otros tipos de violencia en sus instituciones, y para maximizar las relaciones favorables entre los jóvenes privados de libertad y el personal. La calidad de las relaciones entre el personal y los jóvenes privados de libertad es crucial para la reducción de los niveles de estrés y para maximizar la probabilidad de que los jóvenes confíen lo suficiente en el personal como para decirles cuándo sus recursos para hacer frente a los problemas se están agotando, así como para hablarles sobre sus sentimientos de desesperanza e ideas suicidas, OMS (2007).

4. Inclusión de la Familia en la Estrategia

El contacto con la familia y/o figuras significativas⁸ es esencial para brindar sostén afectivo y contención emocional a joven en riesgo suicida. Además, que se vuelve relevante a la hora de advertir a equipo técnico si hay indicadores de aumento del nivel de riesgo suicida. La estrategia con familia se orienta en las siguientes actividades:

⁸ Especialmente en CSC y Programas de medio libre.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 38 de 70

- Familia debe contar con los teléfonos de delegado de joven, jefe técnico CSC, o quien se designe como contacto para la familia, para poner en aviso (según corresponda) de cualquier agravamiento de la situación.
- Familia tiene que contar con teléfono de ambulancia de hospital.
- Brindar psicoeducación de prevención de suicidio a la familia sensibilizándola en la aparición de indicadores de severidad de la crisis, al mismo tiempo de instar a llamar por teléfono en caso de detectarlos.
- Diseñar y seguir un sistema del monitoreo de síntomas con familia. Mantener una vigilancia estricta del joven, (Revisar vigilancia permanente).
- Retirar del hogar cualquier elemento de riesgo (pesticida, cuerdas, cables, fármacos, etc.) debiéndolos mantener alejados bajo llave en lugar seguro.
- Observar la manifestación de nuevas ideas suicidas y notificar inmediatamente a equipo tratante y/o acudir a servicio de urgencia.
- El familiar debe acompañar al joven a sus controles citados hasta que el tratante lo indique.
- Cumplir con lo indicado por tratante, administración de fármacos, exámenes médicos, hora de consulta médicas u otros.
- Si joven se encuentra bajo tratamiento por consumo de drogas coordinar una *estrategia única* entre ambos programas con la familia.
- Equipo debe contar con mapa riguroso de los lugares y actividades de joven. Especialmente si joven hace vida de calle sin sostén familiar. Es necesario conocer rutina, caletas, lugares donde pasa la noche y el día y también si comparte actividades con pares y/o adultos, que pueden volverse eventualmente buenos informantes. Esta información es valiosa a la hora de realizar **rescate intensivo y/o visita** en situación de crisis suicida.
- El contacto con el programa y centros CSC debe ser frecuente llegando a ser diaria entre llamadas telefónicas, visitas, rescate.
- Garantizar el acompañamiento técnico a la atención de salud mientras dure las crisis suicida y post crisis.
- Familia puede hacer uso también de la plataforma de **"SALUD RESPONDE" 600 360 7777** si es necesario en fin de semana, feriado, etc.
- En caso de que joven este concurriendo a la escuela es necesario poder incluirla en la estrategia de monitoreo de su estado de salud mental general y específicamente en la detección de aumento de riesgo suicida. Es necesario que la familia pueda ser partícipe de estas coordinaciones con la escuela.

5. Estrategia de Intervención con joven

5.1. El primer abordaje ante riesgo suicida

A continuación, se señalan las recomendaciones según MINSAL (2013) para brindar lo que se denomina el primer abordaje con jóvenes con riesgo suicida:

ESCUCHA Y CONFIANZA

- La clave en estas situaciones es escuchar atentamente a joven en crisis y facilitar que se desahogue. Se deben usar frases cortas que hagan que la persona se sienta comprendida y tomada en serio (por ejemplo, "Me imagino", "Entiendo", "Es lógico", "Claro", "No es para

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 39 de 70

menos”, etc.). El objetivo de esta primera ayuda es conocer cómo se siente la persona aquí y ahora.

- *SIEMPRE HAY QUE CREERLE* a el/la joven que manifiesta la intención o ideación suicida. No se deben banalizar, ni despreciar las amenazas suicidas. Tampoco pensar que lo que quiere es llamar la atención.
- Establecer una comunicación franca, llamando a la persona por su nombre, con lo cual se le recuerda su identidad sutilmente.
- Hablarle en forma tranquila y pausada.
- Generar un espacio de confianza, de escucha, seguridad y de contención.
- No emitir juicios de valor.
- No dejar solo al/a joven, es necesario que joven en riesgo esté y se sienta acompañado.
- *Enfatizar la necesidad de recibir ayuda.*
- Establecer límites claros, contrato terapéutico.

CONTENCIÓN EMOCIONAL

- Permitirle la expresión de sentimientos. No desestimar la expresión de ninguno de esta manera. Durante estas crisis es fundamental crear un espacio para el pensamiento y la verbalización de los sentimientos.
- Es importante mediar entre la desesperación y la acción, permitiendo cuestionarse la posibilidad de que la muerte sea la única salida.
- No hacerle sentir culpable.
- Expresarle apoyo y comprensión.
- Adoptar una actitud positiva recordándole que su familia y amigos se preocupan por él o ella.

MEDIDAS SEGURIDAD

- Tomar medidas para disminuir los riesgos, controlando el acceso a objetos que puedan servir para realizar el acto suicida.
- En medio libre poner al tanto al a familia y/o figuras de sostén social, emocional para el/a joven.
- Garantizar la seguridad personal. Apartar elementos letales.

ESCLARECIMIENTO DE CAUSA DE LA CRISIS SUICIDA

- Tomarse tiempo para escucharle y comprender las razones que encuentra para su situación.
- Rápido esclarecimiento y abordaje de la situación desencadenante.
- Explorar el motivo de la intención de autoeliminación.
- Se debe develar el problema que generó la crisis, y ofrecerle ayuda para solucionarlo, tratando de adoptar una actitud positiva.

OFRECER SALIDAS A LA SITUACIÓN

- Ofrecer compañía y actividades que al joven le produzcan alivio de la situación.
- Reforzar los recursos de la persona, su potencial de vida.
- Ayudarle a encontrar opciones a solucionar el problema con la autodestrucción, pero teniendo especial cuidado con aquellas alternativas que mencione el/la joven y que no pueda realizar inmediatamente (por ejemplo, “Voy a irme de la casa, sin tener otro lugar donde vivir”; “Me voy a olvidar de él”, como si la memoria fuera una pizarra, que se puede borrar en un momento y no quedar huellas de lo escrito; “Tengo que cambiar para que ella vuelva”, a pesar de que ella no desea nada más con él y ya tiene un nuevo pololo; etc.).

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 40 de 70

EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL NIVEL DE RIESGO SUICIDA

- En algunos casos el nivel de riesgo puede variar muy rápidamente, dado que la crisis suicida es un período de gran inestabilidad. Y en estas circunstancias la evaluación del nivel de riesgo debe reiterarse hasta la resolución de la crisis.

5.2. Intervención en crisis – orientada a riesgo suicida

A continuación, se indican acciones para la intervención en crisis, según MINSAL (2013):

- Ponderar los factores de riesgo y acompañar a joven en coherencia con las medidas señaladas (MINSAL, 2013) de acuerdo al nivel de riesgo que manifieste.
- Ofrecer al/a adolescente intervenciones periódicas durante y post crisis hacia la adquisición de competencias y habilidades sociales, de enfrentamiento y auto regulación emocional, auto cuidado, resolución de problemas, y de mejoramiento de las estrategias de comunicación.
- Indagar y orientar al/la adolescente acerca de sus sentimientos en relación al suicidio, con el fin de comprenderlos y poder comunicar sus necesidades de manera más efectiva. Para prevenir una nueva crisis.
- Establecer un buen vínculo terapéutico e indagar los significados que en su vida cobra el acto suicida.
- Incluir y fortalecer la red de apoyo social y gestionar su uso, promoviendo un plan que evite el aislamiento de sus pares o de su familia.
- Según el nivel de riesgo, y las fuentes de stress del adolescente, promover la participación del adolescente en actividades académicas u otras de tipo pro social, a fin de promover fuentes que promuevan el sentido de pertenencia, eficacia y su autoestima, como también de sostén afectivo y social.
- Mejorar los patrones de comunicación entre los miembros de la familia, logrando que se expresen de manera clara y directa entre ellos, pidiendo y entregando feedback mediante la comunicación. Para lograr una comunicación efectiva los padres deben ofrecer espacios de escucha a sus hijos, permitiéndoles la expresión de sentimientos y cómo pedir ayuda cuando se está en dificultades.

5.3. Estrategias en situación de amenaza suicida y/o autoagresión

En situación de amenaza de suicidio se debe actuar salvaguardando la integridad física del adolescente, manteniendo el control conductual y ambiental de la situación, apartando elementos letales, dado que, desgraciadamente a veces, en el intento se traspasa el límite de forma irremediable y puede llevar a la muerte.

- Es necesario realizar manejo conductual y estrategias de *negociación* orientadas a tomar conciencia del costo de su actitud. También es necesario evaluar si no se trata de un efecto contagio o “clúster” para designar el fenómeno de los *suicidios en cadena* realizados por emulación por grupos de adolescentes o puede darse el caso de pactos suicidas.
- En caso de auto agresión derivar a tratamiento de las lesiones auto-infligidas en unidades de salud o centros asistenciales, en caso de riesgo vital se indica hospitalización de los adolescentes que se autolesionan.
- La mayoría de las veces el objetivo de las autoagresiones es modificar una situación que se vive como insoportable. Para ello, se requiere indagar qué aflige al adolescente y en qué consiste

- aquello que quiere cambiar en su situación vital. En la adolescencia, se trata de crear *algunos cambios necesarios* en su propio ambiente (en sus vínculos, en su imagen, etc.) a través de una acción dramática o arriesgada.
- Autoagresión puede interpretarse como una forma de comunicación, una petición desesperada (extrema) de ayuda. Para ello, es necesario mejorar los patrones disfuncionales de comunicación y vinculación con familiares, pares, y adultos significativos.
 - La autoagresión puede presentarse en co-morbilidad con trastorno de personalidad u otros como los del estado de ánimo, los de ansiedad y límite de personalidad.
 - Incluir en la estrategia técnicas de resolución de problemas y uso del apoyo social.
 - Derivar a psiquiatra para diagnóstico de trastorno mental o trastorno de personalidad y consumo problemático de drogas.
 - Evaluar la vulnerabilidad psíquica que lo lleva a dicho comportamiento poniendo en riesgo su vida.
 - Identificar recursos o fortalezas presentes en el adolescente que oriente una intervención para evitar la violencia auto-infligida.

6. Elaborar Informe de Suicidalidad a incluir en expediente

Los jóvenes con riesgo suicida deben recibir la asistencia de acuerdo a su nivel de riesgo, además, debe contar con informe de suicidalidad con todas las evaluaciones realizadas, señalando las medidas que se tomaron.

El INFORME DE SUICIDALIDAD comprende las siguientes evaluaciones:

- Antecedentes y factores de riesgo suicida,
- Evaluación de nivel de riesgo suicida,
- Evaluación de Síntomas que acompañan el riesgo suicida,
- Evaluación del Contexto: evaluación de factores psicosociales ambientales y efecto de prisionización (en CIP-CRC) y falta de apoyo de red familiar o cercana especialmente en caso de medio libre y CSC.

En presencia de crisis suicida, independientemente del nivel de riesgo, se incluirá dicho diagnóstico en expediente de joven como así también los objetivos de compensación de crisis al ajuste de su plan de intervención. Se incluirá la información del diagnóstico de riesgo suicida junto a las indicaciones que se siguieron para cada caso, según corresponda.

7. Seguimiento Post Crisis

La certeza de que el riesgo ha cedido se alcanza tras un período de observación y monitoreo cuidadoso y una vez que los *principales factores de riesgo están bajo control*. Las medidas previstas y acordadas durante la intervención de la crisis suicida se deben llevar a cabo con seguimiento de *hasta 18 meses* luego del alta médica/psiquiátrica o una vez terminada la crisis. Este seguimiento se realiza en la atención primaria de salud - APS, (MINSAL, 2013). Los equipos de intervención deben garantizar la derivación y gestionar la asistencia a dicho control.

Si joven egresa de centro o programa con anterioridad al plazo de seguimiento señalado, se deberá incluir dicha medida preventiva en informe de egreso, de sustitución de pena, o de traslado, según sea el caso. Si la condena ha sido cumplida en su totalidad, se deberá *informar a la familia o figura significativa* para que joven continúe con el proceso de seguimiento en APS.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención Nº Versión: 01 Página 42 de 70
--	---	--

En el caso de continuar en centro o programa:

- Elaborar un Plan de seguimiento a jóvenes que considere observación de cambios de humor, negativismo, desesperanza y exposición situaciones de stress. Considerar las situaciones de aumento de riesgo (SAR) en contexto privativo de libertad como de medio libre.
- Apoyo y acompañamiento a atención primaria periódica en consultorio. En los casos de alta psiquiátrica luego de una crisis, se debe gestionar la atención en atención primaria de salud (APS) facilitando la visita mientras el joven esté cumpliendo condena.
- Participación en talleres o espacios de promoción de Salud mental y prevención de suicidio.
- Generar un plan de manejo y continuidad de cuidados en el retorno del joven, luego de la hospitalización a fin de facilitar la reincorporación de joven a las rutinas tanto en medio libre como en centros privativos de libertad.
- Procurar espacio contenedor para joven.
- Acompañar y ayudar a la familia en el desarrollo de habilidades de protección y cuidados frente a señales de alerta.

7.4. Medidas de emergencia por Intento de Suicidio

Para las situaciones en las que el/la joven comete un intento de suicidio es necesario contar con un procedimiento preciso para abordar la emergencia. Este procedimiento requiere la mayor claridad y precisión de datos para garantizar la celeridad de todas las acciones. Las mismas requieren ser ejecutadas de *manera ACORDADA POR TODAS LAS PARTES*, asumiendo las acciones, hasta tanto la vida del joven esté en resguardo a cargo de atención médica.

Para la elaboración y estandarización a nivel nacional del procedimiento de emergencia por intento de suicidio es necesaria la participación de todos los actores intervinientes de las acciones. Se requiere, además, su socialización a todo el centro y programa.

El objetivo del procedimiento de Emergencia es salvarle la vida al joven usando los recursos disponibles en cada Centro o Programa. Los flujos correspondientes (ver anexo Nº 8) muestran las acciones requeridas, diferenciadas por sistema. A continuación, se entregan pasos del procedimiento de emergencia por intento de suicidio orientado a las condiciones y recursos en contexto privativo de libertad, al mismo tiempo se señalan las consideraciones para el sistema CSC y Medio libre.

Cada una de las medidas (actividades) requieren ser adaptadas a la realidad local y territorial, debiéndose completar con datos, nombres de responsables de las acciones, considerando también los distintos turnos, fin de semana y feriados. Por ejemplo: si la medida a seguir es *“hospitalización de urgencia”* se debe escribir el nombre del hospital de referencia. O si la medida es *“notificar a familia”* acordar en equipo si lo realiza el PEC y subrogante en caso de no estar presente.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 43 de 70

Los pasos que orientan la confección del procedimiento de Emergencia por intento de suicidio son los siguientes:

A. Detección del Intento de Suicidio

- Ante la evidencia del intento, el testigo solicita ayuda a viva voz señalando código de emergencia.
- En caso que el testigo deba usar el radio, NO ABANDONA A JOVEN.
- La persona que escucha el llamado verbal de ayuda, ACTIVA EL PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA, tomando el radio transmisor portátil y enuncia en voz clara y serena: Por ejemplo *“Atención coordinación código XX, señalando lugar del establecimiento*).

En medio libre y Centros Semi Cerrados (CSC) pueden darse diferentes situaciones en las que el joven realice el intento fuera del CSC o programa.

Ante la toma de conocimiento del intento de suicidio de parte de la familia o terceros:

- Llamar a ambulancia INMEDIATAMENTE – escribir número de teléfono de ambulancia en protocolo. Cerciorarse si familia ya ha llamado a la ambulancia, de lo contrario, cerciorarse del lugar donde se encuentra joven y llamar inmediatamente.
- Orientar al familiar o a la persona al teléfono de cómo brindar ayuda al joven hasta tanto reciba atención sanitaria.

B. Brindar ayuda a joven

- La persona que está con joven observa signos vitales, mantiene la conversación si es posible. Observa si joven muestra señales de estar consciente.
- En función del tipo y gravedad de las lesiones proceder a iniciar estabilización de joven sin dejarlo solo.
- Si el joven tiene pérdida de conciencia tener en cuenta que puede haber paro cardiorrespiratorio.
- Brindar primeros auxilios.

C. Respuestas a activación de código de emergencia

A continuación, se presentan los comportamientos de respuesta que se espera (de los distintos involucrados), luego de la activación de código de Emergencia (para CIP-CRC):

ENFERMERO O PARAMÉDICO

- Acude INMEDIATAMENTE al lugar del suceso con materiales e instrumentos para respuesta y atención a la emergencia de riesgo vital.
- Determina gravedad del caso. Si es una emergencia vital, se traslada de Inmediato a Urgencia de Hospital de referencia. Escribir nombre de hospital.
- Estabiliza al joven y controla su estado hasta recibir atención de urgencia en Hospital.

DESTACAMENTO GENCHI

- En CIP- CRC dispone la custodia para el traslado a urgencia.

CHOFER DE TURNO

- Acondiciona Furgón y espera instrucciones para salida a Hospital. Chofer conoce establecimiento a dónde acudir.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 44 de 70

EDUCADOR DE TRATO DIRECTO

- Maneja grupo de pares, contiene a jóvenes brinda el apoyo necesario para contención y manejo de grupo de pares, observación y acompañamiento tanto en casos de intento de suicidio como de suicidio consumado.
- Es necesario contener a pares que comparten casa/cabaña con joven suicida, brindar apoyo emocional teniendo en cuenta un eventual efecto de contagio o suicidio en cadena que pueda desencadenarse.

AUTORIDAD DE CENTRO (O SUBROGANTE)

- Autoriza y coordina traslado a urgencia: definir en el procedimiento si el traslado es por medio de Furgón o ambulancia. En el eventual caso de usar ambulancia incluir en protocolo teléfono de Ambulancia.
- Coordina eventual ingreso de Genchi para asegurar perímetro, custodia y traslado.
- Coordina distribución de ETDs y equipo presente en centro para contención de pares.

En caso de Programas de Medio Libre y Centro Semicerrado acudir donde se encuentra joven en la urgencia de hospital, acompañar y brindar apoyo a familia.

NOTIFICACIÓN A AUTORIDADES

- Notificación a autoridades de centros y/o programa, a director regional y Nacional, según Memo 933 (del 21.12.17) que indica flujo de información y precisión de procedimientos.

DAR AVISO A FAMILIA

- Notificar de inmediato a familia o persona significativa de joven, en el caso de no haber estado al tanto del evento. Indicar responsable de realizar notificación.
- Evaluar necesidad de acompañamiento y contención de la familia o su derivación a asistencia en salud mental.
- Psicoeducación respecto de la estrategia familiar de acompañamiento durante la crisis suicida de joven.

En caso de medio libre y CSC se debe diseñar un plan de emergencia para activar la red, ante la situación de ser informados de intento de suicidio de joven.

D. Manejo Post Intento de Suicidio

La tarea más importante luego del traslado a urgencia es **monitorear el nivel de riesgo suicida**, ya que puede haber altas posibilidades, que joven cometa un segundo intento. Para ello, se continúa la intervención siguiendo las medidas del PROTOCOLO PREVENTIVO referidas a:

- Gestionar evaluación psiquiátrica lo más pronto posible. Como máximo dentro de las 24 -48 horas posteriores al alta de urgencia⁹.
- Gestionar derivación a tratamiento psiquiátrico, atención de especialista en la red de Salud. (en nivel secundario o UHCIP).

⁹ Si bien se solicitan tiempos acotados para asegurar la atención psiquiátrica de la o el joven que ha transitado por un intento suicida, se solicita al Programas o Centro contar con acciones inmediatas para asegurar la atención en salud mental del afectado/a. sin prescindir en el intertanto del plan de vigilancia permanente mientras dure la crisis.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 45 de 70

- Mantener la vigilancia permanente hasta la reducción de los niveles de riesgo, en todos los sistemas.

En el caso de centro semicerrado y programas de medio libre: se debe incluir a la familia o personas significativas en la estrategia de vigilancia permanente, y control de ingesta de medicamentos señalados por especialista. Para ello, es importante el trabajo que se debe realizar con ellas.

E. Completar Informe de Suicidalidad

- Es necesaria la evaluación del joven que ha realizado intento de suicidio. Evaluación y valoración de la gravedad del intento de suicidio realizado: evaluar la eficacia y letalidad del método elegido. Los métodos violentos, como el lanzarse de altura o el ahorcamiento, las armas blancas o de fuego, guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal. Las intoxicaciones con medicamentos suelen considerarse tentativas menos graves, aunque esto depende del conocimiento subjetivo del joven hacia la sustancia utilizada. Evaluar el momento elegido, la posibilidad de ser descubierto: debe tenerse en cuenta si se ha llevado a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate, lo que implica una mayor gravedad. Evaluar la impulsividad y grado de planificación del suicidio (a mayor planificación, mayor riesgo suicida): la ausencia de factores desencadenantes, la existencia de notas de despedida, realización de testamento o seguros de vida, orientan hacia una premeditación del acto, y, por tanto, una mayor gravedad.
- Antecedentes y factores de riesgo.
- Síntomas presentes posterior al intento.
- Evaluar contexto.

F. Incluir Estrategias para el Control del Efecto de Contagio o Suicidio en cadena

Considerar apoyos necesarios para contención y manejo de grupo de pares, observación y acompañamiento tanto en casos de intento de suicidio como de suicidio consumado. Es necesario contener a pares que comparten casa con joven suicida, brindar apoyo emocional realizar talleres o espacios grupales de prevención suicida teniendo en cuenta el efecto de contagio o suicidio en cadena que eventualmente pueda producir el suicidio.

El mayor riesgo de suicidios subsiguientes puede estar limitado al *período de cuatro semanas* después del suicidio inicial. En tal caso, las estrategias para reducir el riesgo de conductas suicidas contagiosas incluyen la *provisión de atención psiquiátrica* para los jóvenes especialmente privados de libertad y con enfermedades psiquiátricas, la remoción o tratamiento de aquellos particularmente susceptibles, y el manejo cuidadoso por parte de los equipos cuando se ponen en el conocimiento de que ha ocurrido un suicidio.

7.5. Estrategias Post Suicidio/Posvención

El primer momento es el del shock emocional ante la muerte del joven para su familia, sus pares y todas las personas relacionadas con el joven. En este caso es el mismo equipo afectado por la muerte quien tiene que sostener y contener a familia y pares. Los síntomas de estrés post traumático pueden presentarse de inmediato o postergarse. En todo caso estos síntomas (trastorno

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 46 de 70

de sueño, somatización, nerviosismo, decaimiento) son “Normales”, “Esperables”, “Necesarios” para el equilibrio psíquico. Ellos se presentan entre 4 a 6 semanas posterior al hecho. Y deben recibir atención adecuada médica y emocional.

- Es necesario en la primera etapa realizar y participar los rituales funerarios y ceremonias de acuerdo a las creencias de cada uno. Respetando la decisión de cada uno a participar o no.
- Trabajo con los pares son de mayor intensidad al inicio y van decreciendo con el tiempo. Es necesario tener *mucho cuidado con el contenido y flujo de la comunicación* al principio puede ser muy diversa y confusa, es necesario evitar rumores y transmitir seguridad a los jóvenes.
- Dar información veraz con tacto y brindar contención. Realizar actos simbólicos de despedida, sumando espacios de conversación grupal tocando temas relacionados a lo que sucedió.
- Moderar la conversación con fines de contención. No de abrir temas.
- Identificar riesgo suicida en todos los jóvenes durante 4-6 semanas y facilitar el tratamiento psiquiátrico y emocional.
- Es necesario *prevenir el suicidio en cadena en pares*, por imitación. Los más cercanos pueden ser los más vulnerables.
- El equipo tiene que estar *consciente de este período de “mayor riesgo”*. Para ello, son necesarios los refuerzos en la dotación, aumentar e intensificar la atención psiquiátrica (aumentar las horas de atención y evaluación) agilizar la red interna y externa.
- Los adolescentes pueden expresar sus sentimientos de muchas formas: *irritabilidad, pesadillas, mala conducta y a veces, síntomas somáticos: vómitos, dolores, disminución de apetito o con la aparición de comportamientos regresivos*, tenerlo en cuenta en su proceso de intervención. Es frecuente que sientan culpa y abandono: es importante que el adolescente no se sienta culpable, que no tenga la sensación de que se va a quedar solo. Es imprescindible darle seguridad, la certeza de permanecer a su lado y fortalecer el contacto físico: acercarse, sentarlo a nuestro lado, abrazarlo y escucharlo. El adolescente expresa con dificultad lo que siente. Por ello es necesario vigilar la aparición de cambios de hábitos: cambios en la escuela, aislamiento de sus amigos, necesidad de consumo de alcohol u otras drogas, promiscuidad, peleas o práctica de deportes de riesgo que pueden indicar la necesidad de búsqueda de ayuda especializada.
- Se recomienda mantener la rutina, pero siendo flexibles y brindando en cada actividad un momento de honra a la vida y destino del fallecido, con pequeños gestos simbólicos. Escribir anécdotas que luego se les puede regalar a la familia.
- Aplicar procedimiento para documentar y reportar el fallecimiento y proporcionar retroalimentación constructiva para mejorar el protocolo de prevención. Paralelamente es necesario con mucho respeto a lo sucedido, realizar una evaluación de la modalidad y protocolo de respuesta del centro ante riesgo suicida. El objetivo no es culpabilizar sino aprender y mejorar.
- Los casos de jóvenes con problemas psiquiátricos y con intentos de suicidio previos son de un nivel de riesgo extremo, que demandan muchos recursos externos de atención y vigilancia para mantenerlos en vida. Para ello, es necesario:
 - a. reconstruir los eventos que condujeron al suicidio.
 - b. identificar los factores que llevaron a la muerte al joven.
 - c. evaluar la adecuación de respuesta a emergencias. Tener en cuenta que cuando la desesperanza es alta (no hay deseo de vivir) las personas en riesgo suicida suelen calcular los tiempos para no ser encontrados.
 - d. extraer cualquier implicación para mejorar los futuros esfuerzos.

- El equipo como toda persona que trabaja en el centro o programa, a nivel regional y nacional que han experimentado el suicidio del joven, como también los pares pueden experimentar una serie de sentimientos que van desde el *enojo y resentimiento hasta culpa y tristeza*, se recomienda poder abordarlos y gestionar dichas emociones en lugares y espacios preparados para ello, durante el tiempo que sea necesario (en forma oficial y/o informal).
- Acompañar y contener a la familia. Activar la red para la atención a corto y mediano plazo (manual adjuntado puede ayudar mucho).

Tener en cuenta que *todo el sistema está en duelo* por lo tanto se pueden seguir, además, los siguientes consejos:

Las personas que están de duelo pueden tener dificultades para concentrarse o tomar decisiones. Por eso, en vez de preguntar en qué se les puede ayudar, es mejor proponer actividades específicas, por ejemplo, cuidar a los jóvenes, mantener la rutina, limpiar y ordenar el centro, gestionar el papeleo.

- Conteste honestamente a las preguntas que le haga la familia.
- Brindeles todo el amor y la comprensión que esté a su disposición.
- Necesitan su tiempo y espacio. Hay que mantenerse a su lado, pero sin asfixiarlos.
- Permita que se expresen. La mayoría de las veces lo que necesitan es exteriorizar lo que pasa por su mente. Normalmente no buscan consejos.
- Permita que vayan retomando sus actividades a medida que se sientan preparados para cada una de ellas. Ofrezcales sugerencias, pero deje que sean ellos quienes resuelvan.
- Haga una lista de los medicamentos administrados.
- Manifieste su ayuda para reunir la documentación que necesita.
- No tenga miedo a pronunciar el nombre del ser amado. No se preocupe si los hace llorar; es mucho más doloroso cuando nadie habla de la persona que se ha ido.

8. REGISTROS

A continuación, se presenta listado mínimo de registros derivados de procedimiento; distinguiendo el nivel de gestión y el nivel de intervención. Estos registros pueden ser completados y/o modificados, de acuerdo a procedimiento definido por centro o programa:

Cuadro N°8: Documentación generada de procedimiento - nivel de gestión

Tipo de registro	Descripción registro generado
Físico (papel)	- Protocolo Prevención Suicidio (de Centro o Programa). - Estrategia(s) de difusión y socialización de protocolo, alcances y obligaciones asociadas. - Acta(s) de coordinación y/o participación de trabajo intersectorial en Plan Regional de Riesgo Suicida. - Acta(s) de coordinación con otros programas de la red local (GENCHI, MINSAL, SENDA, entre otros). - Acta(s) de reunión de evaluación de Protocolo de Prevención de Suicidio. - Otros (de acuerdo a lo estimado por nivel local).

En caso de INTENTO DE SUICIDIO Y/O SUICIDIO CONSUMADO, se debe tener presente que, en primer término, la documentación que se genera corresponde a lo determinado en la normativa legal general; esto es, oficiar a tribunal y actores correspondientes del circuito (Defensoría y Ministerio Público).

Cuadro N°9: Documentación generada de procedimiento - nivel de intervención

Tipo de registro	Descripción registros generados
Físico (papel)	- Resultado de pesquisa de riesgo suicida en expediente de joven. - Factores de riesgos presentes en joven al momento de la evaluación. - Evaluación de nivel de riesgo suicida y medidas adoptadas. - Notificación intento suicidio (Ficha Información Intento suicidio - formato MINSAL, Anexo N° 6) según lo acordado con SEREMI local. - Informe de Suicidalidad. - Derivación asistida a equipo salud. - Oficios a contrapartes circuito legal. - Otros (de acuerdo a lo estimado por nivel local).
Digital (plataforma)	- Evaluación antecedentes suicidio: Senainfo –Ficha Salud (inicial y posteriores) - Registro intento Suicidio: Senainfo - Hechos de salud - Eventos de intervención – Senainfo - Otros (de acuerdo a lo estimado por nivel local).

Respecto a los registros relacionados con la intervención, se debe tener presente que éstos deben estar almacenados en Expediente (o carpeta individual).

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 49 de 70

9. BIBLIOGRAFÍA

DEIS (2010) DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN DE SALUD, MINSAL.

DE LA BARRA F., Vicente V., Saldivia S., Melipillan R., (2012) ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE. Estado Actual. Revista médica clínica, Las Condes. – 23(5) 521-529.

GÓMEZ, A. (2012). EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO: Enfoque Actualizado. En Rev. Med. Clin. Condes - 23(5) 607 – 615.

MINSAL (2013) PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, Departamento de Salud Mental, de la Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

OMS (2005) SUICIDE prevention.

OMS (2007) PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CÁRCELES Y PRISIONES Asociación internacional para la prevención del suicidio – IASP. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS (2009) SUPRE Suicide prevention. Prevención del Suicidio.

OMS (2014) Prevención del suicidio un imperativo global un imperativo global

OPS (2014) PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN IMPERATIVO GLOBAL, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

SENAME, (2011) GUÍA OPERATIVA DE MANEJO DE CASO PARA LA INTERVENCIÓN EN CENTROS, Departamento de Justicia Juvenil.

10. ANEXOS

Anexo N°1 – Escala de suicidalidad de Okasha
ESCALA DE SUICIDALIDAD DE OKASHA
PESQUISA DE RIESGO SUICIDA

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	Ningún intento	0
	Un intento	1
	Dos intentos	2
	Tres o más intentos.	3

La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad. Esta escala está validada en Chile, para detectar riesgo suicida en adolescentes y puede ser utilizada por equipos de salud general, profesionales y técnicos de salud e incluso por monitores y agentes comunitarios.

La escala se aplica en contexto de entrevista:

- Establecer clima de confianza.
- Hacer preguntas abiertas y luego indagar progresivamente sobre el suicidio Ej.: ¿te sientes infeliz?, ¿tienes miedo?, ¿tienes mucha rabia? O ¿te sientes intranquilo?, ¿te supera?, ¿te sientes incapaz de enfrentar el día/noche?, ¿piensas/sientes que no puedes más con tu vida?, ¿que no vale la pena vivir?, ¿tienes pensamientos de muerte?, ¿piensas en matarte?, etc.
- Indagar motivación del joven.
- Preguntar por su historia.
- Detectar eventos y personas significativas.
- Preguntar sobre sentimiento específicos que sean nombrado por los jóvenes.
- Preguntar si lo ha planificado (en caso de riesgo).
- Salir del estado preguntando ¿qué lo ha detenido?, ¿qué le da fuerza y esperanza para seguir adelante?
- Insistir en redes de apoyo.
- Sugerir estrategias de manejo de crisis.
- Establecer un contrato de “no suicidio”.
- Contención emocional.

Anexo N°2 – Escala de Ideación Suicida (SSI)

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)

Beck AT, Kovac M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. Journal Consulting and Clinical Psychology (1979)

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA /MUERTE			
1	Deseo de vivir	Moderado a intenso	0
		Débil	1
		Ninguno	2
2	Deseo de morir	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
3	Razones para vivir/morir	Las razones para vivir son superiores a las de morir	0
		Iguales	1
		Las razones para morir son superiores a las de vivir	2
4	Deseo de realizar un intento activo de suicidio	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
5	Intento pasivo de suicidio	Tomaría precauciones para salvar su vida	0
		Dejaría su vida/muerte en manos del azar (ej. Cruzaría descuidadamente una calle muy transitada)	1
		Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (ej. Un diabético que deja de tomar la insulina)	2
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS			
6	Dimensión temporal : Duración	Breve, períodos pasajeros	0
		Períodos más largos	1
		Continuo (crónico), o casi continuo	2
7	Dimensión temporal: frecuencia	Rara, ocasional	0
		Intermitente	1
		Persistente o continuo	2
8	Actitud hacia el pensamiento /deseo	Rechazo	0
		Ambivalencia, indiferencia	1
		Aceptación	2
9	Control sobre la acción de suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	Tiene sensación de control	0
		No tiene seguridad de control	1
		No tiene sensación de control	2
10	Factores disuasorios del intento activo (si existen, indicarlos)	No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio	0
		Los factores disuasorios tienen cierta influencia	1
		Influencia mínima o nula de los factores disuasorios	2
11	Razones del proyecto de intento	Manipular el medio, atraer la atención, venganza	0
		Combinación de ambos	1
		Escapar, acabar, resolver problemas	2
12	Método: Especificación/planes	No los ha considerado	0
		Los ha considerado, pero sin detalles específicos	1
		Los detalles están bien especificados/ bien formulados	2
13	Método: Accesibilidad/ oportunidad	Método no disponible / no hay oportunidad	0
		El método llevaría tiempo/ esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente	1
		Método y oportunidad accesible /oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado	2

CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO			
14	Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento	No tiene valor, demasiado débil, temeroso, incompetente	0
		Inseguro de su coraje, competencia	1
		Seguro de su competencia, coraje	2
15	Expectativas/ anticipación de un intento real	No	0
		Incierto, no seguro	1
		Sí	2
REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO			
16	Preparación real	Ninguna	0
		Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)	1
		Completa (ej.: tener las píldoras, cuchillo, la pistola cargada)	2
17	Notas acerca del suicidio	No escribió ninguna nota	0
		Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla	1
		Completada	2
18	Preparativos finales ante la anticipación de la muerte	Ninguno	0
		Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados	1
		Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado	2
19	Engaño/ encubrimiento del intento proyectado (comunicación de su idea al terapeuta)	Reveló estas ideas abiertamente	0
		Fue reacio a revelarlas	1
		Intento engañar, encubrir, mentir	2
FACTORES DE FONDO			
20	Intentos previos de suicidio	Ninguno	0
		Uno	1
		Más de uno	2
21	Intención de morir asociada al último intento	Baja	0
		Moderada; ambivalente, insegura	1
		Alta	2

Descripción:
Escala hetero aplicada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.
Contiene 19 ítems que deben ser completados por el entrevistador en el transcurso de una entrevista semiestructurada.
Incluye preguntas relativas a:

- Actitud hacia la vida/muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Se agregan dos ítems, en los que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos. Estas dos últimas preguntas tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabiliza en la puntuación global de la escala.

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 53 de 70

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad o seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida.

En los casos de que las puntuaciones de las preguntas 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada pregunta se puntúa de 0-2. La puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a las 19 primeras preguntas, ya que las preguntas 20 y 21 no se toman en cuenta en la puntuación total.

El rango de puntuación es de 0 a 38.

Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio.

Una mayor puntuación se relaciona con un más elevado riesgo de suicidio.

Anexo N°3 – Elaboración perfiles y situaciones (SAR)

En el cuadro se indican algunos factores que contribuyen a elaborar perfiles y situaciones de aumento de riesgo suicida. Los mismos puede ser de utilidad para todos los sistemas de ejecución de condena tanto para iniciar su elaboración o actualizarlos. Las situaciones que se encuentran en el cuadro pueden seguir desarrollándose a medida que se sistematicen las observaciones de los equipos.

Cuadro Anexo N° 3: Criterios para elaborar perfiles y situaciones SAR

FACTORES A CONSIDERAR:	SITUACIONES DE ALTO/AUMENTO DE RIESGO (SAR)
LOS FACTORES SITUACIONALES	Situación de aislamiento físico o emocional, pérdida súbita de sostén afectivo o social, Problemas pasionales. Bullying, amenazas de vida. Problemas territoriales de bandas, etc. Cercanía a plazos procesuales condena u otro. Fechas claves: fiestas patrias, navidad. En CSC permisos o beneficios en fin de semana, etc. Otro (identificar y describir según sistema o características locales).
LOS FACTORES BIO PSICOSOCIALES	Poco apoyo familiar, conducta suicida previa, historial de problemas psiquiátricos, enfermedades graves, sentimientos de desesperanza limitaciones de su perspectiva futura pérdida de acciones para enfrentar la adversidad. abandono de tratamiento farmacológico, no adherencia a programa de drogas. Otro (identificar y describir según sistema o características locales).
LOS FACTORES RELACIONADOS A DIVERSIDADES DE GÉNERO	Bullying homofóbico, estigmatización homofóbica, desesperanza en la inclusión social, rechazo familiar a la identidad y/o expresión de género. Otro (identificar y describir según sistema o características locales).

Anexo N°4 – La primera ayuda psicológica

Si el/la joven tiene ideas suicidas, brindar contención y ayuda psicológica y manejar el entorno. En términos de un acompañamiento más especializado, MINSAL (2013), recomienda las siguientes acciones de apoyo y escucha psicológica:

La Primera Ayuda Psicológica (Pérez Barrero, 1999)

Etapas	Lo que se debe hacer	Lo que No se debe hacer
1ª Etapa: Tomar contacto	Escuchar.	Contar su propia historia.
	Reflejar sentimientos	Ignorar sentimientos.
	Aceptación	Bromear, no dar importancia
2ª Etapa: Conocer la dimensión del problema	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos	Atenerse a preguntas con respuestas sí o no
	Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario	Ignorar o no evaluar el peligro suicida
3ª Etapa: Posibles Soluciones	Abordar los obstáculos directamente	No explorar los obstáculos
	Establecer prioridades	Visión de túnel o estrechamiento del foco de atención ¹⁰
4ª Etapa: Acción concreta	Tomar una medida a tiempo	Ser tímido, ser indeciso
	Ser directivo, confrontar	Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
5ª Etapa: Seguimiento	Realizar nuevos contactos para evaluar progreso o retroceso	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido

¹⁰ Como un paralelo con una cámara, se elimina del foco de atención todo aquello que resulte irrelevante, pasando a centrar toda la atención en el elemento que supone una amenaza. Nota original de programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013, pág. 40).

Anexo N°5 – Mitos sobre el suicidio

Los mitos¹¹ son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población, que no reflejan la veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<i>El que se quiere matar no lo dice.</i> Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos, y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
<i>El que lo dice no lo hace.</i> Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
<i>Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.</i> Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.	Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.
<i>Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.</i> Criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en quienes no están capacitados para abordarlos.	Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.
<i>El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.</i> Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.	Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, particularmente luego de una crisis depresiva, se facilita la acción, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
------	---------------------

¹¹Pérez Barrero, Sergio (2005) Los Mitos sobre el Suicidio. La importancia de conocerlos. Revista colombiana de psiquiatría, julio-septiembre, año/vol. XXXIV, número 003, pp.386-394. Nota original de programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013, págs. 31-34).

Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida. Criterio equivocado que intenta justificar la sobreprotección hacia el individuo en algunos casos y el estigma o rechazo por temor a que se repita.	Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio, lo logran durante el primer año después del intento, y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado. Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.	Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.
Todo el que se suicida está deprimido. Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a la estricta evidencia.	Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.
Todo el que se suicida es un enfermo mental. Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.	Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no cabe duda de que todo suicida es una persona que sufre.
El suicidio se hereda. Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.	No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, es más probable un efecto de imitación y, lo heredado, puede ser más bien la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal.
El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso. Criterio equivocado que limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y por tanto prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.	Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.
Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice. Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo, y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
------	---------------------

<i>Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.</i> Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un terreno exclusivo de los psiquiatras y excluyente de otros auxilios potenciales.	Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas, puede ser un valioso colaborador en su prevención.
<i>Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra sí mismo pueden intentar contra los demás.</i> Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.	El homicidio es un acto heteroagresivo que, generalmente, no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan. El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra sí mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros, como en el llamado <i>suicidio ampliado</i> en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales.
<i>El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.</i> Criterio equivocado que limita la investigación, abordaje y prevención de esta causa de muerte evitable y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.	El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, evitando las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.
<i>Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.</i> Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
<i>El suicida desea morir.</i> Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y que, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.
<i>El que intenta el suicidio es un cobarde.</i> Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.
<i>El que intenta el suicidio es un valiente.</i> Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad lo cual entorpece su prevención pues lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer.	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que alguien se quita la vida o se la respeta.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
------	---------------------

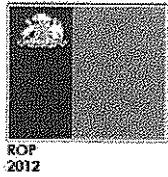
<i>Sólo los pobres se suicidan.</i> Criterio equivocado que no tiene en consideración que es una causa democrática de muerte.	Los pobres también pueden suicidarse aunque es más probable que por sus condiciones de pobreza, mueran de enfermedades infectocontagiosas u otras.
<i>Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.</i> Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un terreno exclusivo de los psiquiatras y excluyente de otros auxilios potenciales.	Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas, puede ser un valioso colaborador en su prevención.
<i>Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra sí mismo pueden intentar contra los demás.</i> Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.	El homicidio es un acto heteroagresivo que, generalmente, no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan. El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra sí mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros, como en el llamado <i>suicidio ampliado</i> en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales.
<i>El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.</i> Criterio equivocado que limita la investigación, abordaje y prevención de esta causa de muerte evitable y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.	El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, evitando las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.
<i>Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.</i> Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
<i>El suicida desea morir.</i> Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y que, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.
<i>El que intenta el suicidio es un cobarde.</i> Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
------	---------------------

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 60 de 70

<i>El que intenta el suicidio es un valiente.</i> Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad lo cual entorpece su prevención pues lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que alguien se quita la vida o se la respeta.
<i>Sólo los pobres se suicidan.</i> Criterio equivocado que no tiene en consideración que es una causa democrática de muerte.	Los pobres también pueden suicidarse aunque es más probable que por sus condiciones de pobreza, mueran de enfermedades infectocontagiosas u otras.
<i>Sólo los ricos se suicidan.</i> Criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad.	El suicidio se observa con mayor frecuencia entre los habitantes de países desarrollados, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.
<i>Sólo los viejos se suicidan.</i> Criterio equivocado que pretende evadir al suicidio como causa de muerte en las edades tempranas de la vida	Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes pero utilizan métodos más letales al intentarlo, lo cual conlleva al suicidio con más frecuencia.
<i>Los niños no se suicidan.</i> Criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.	Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.
<i>Si se reta un suicida no lo realiza.</i> Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad.	Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.
<i>Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.</i> Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente cognitivo	Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.
<i>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.</i> Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas sólo para vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.	Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas.

Anexo N°6 – Ficha Información intentos de suicidio



FICHA PERSONAL
(Intento de Suicidio)

1.-Identificación Individual (completar todo con letra clara, imprenta):

Nombre:.....
Femenina Masculino Fecha de nacimiento: Edad
Rut:.....Nº de hijos :
Educación: Básica Media Técnico Universitario sin instrucción
Actividad: estudiante otra actividad:.....
Domicilio:.....Comuna.....
Ficha Clínica:..... Centro de Salud de su Domicilio:.....

2.-RELATIVOS A INTENTO DE SUICIDIO:

Fecha Intento de suicidio:
Causa :.....
Método utilizado en el intento.....
Fue derivada/o a Psiquiatra después del intento: SI NO
Fue derivado a Equipo de Salud Mental del Centro de Salud u Hospital correspondiente SI
NO A OTRO ¿Cuál?.....
Establecimiento de Salud donde se realiza la atención de urgencia:.....
¿Que Funcionario/s realiza la atención de urgencia?.....
En caso que no recibió atención en un Establecimiento de Salud ¿Quién realizó la atención?
Profesor SI NO Carabinero SI NO
OTRO.....

3.-ANTECEDENTES DE SALUD DE LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO :

Padece de Enfermedad física : SI NO
Padece de Enfermedad mental : SI NO
Está en tratamiento por la enfermedad mental: SI NO
En que Establecimiento está en tratamiento por la enfermedad mental:.....
Consumo drogas: SI NO Maltrato infantil: SI NO
VIF: SI NO

	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 62 de 70

4.-RELATIVOS A LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO Y A SU FAMILIA :

La persona individualizada ha realizado con anterioridad a este intento otros:

Intentos de suicidios SI NO ¿Cuántos?.....

Hay intentos de suicidio en la familia: SI NO

Hay suicidios en la familia SI NO

GRUPO FAMILIAR : (Con el que vive la persona)

Nombre	Relación	Edad	Estudios	Antecedentes de Salud Física y Mental
--------	----------	------	----------	---------------------------------------

5.- FAMILIAR QUE ESTARIA DISPUESTA/O A ENTREGAR MAYOR INFORMACIÓN

NOMBRE:.....TELEFONO:.....

DIRECCION:

6.-FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:

NOMBRE COMPLETO:.....

RUT.....CARGO.....

ESTABLECIMIENTO.....COMUNA.....

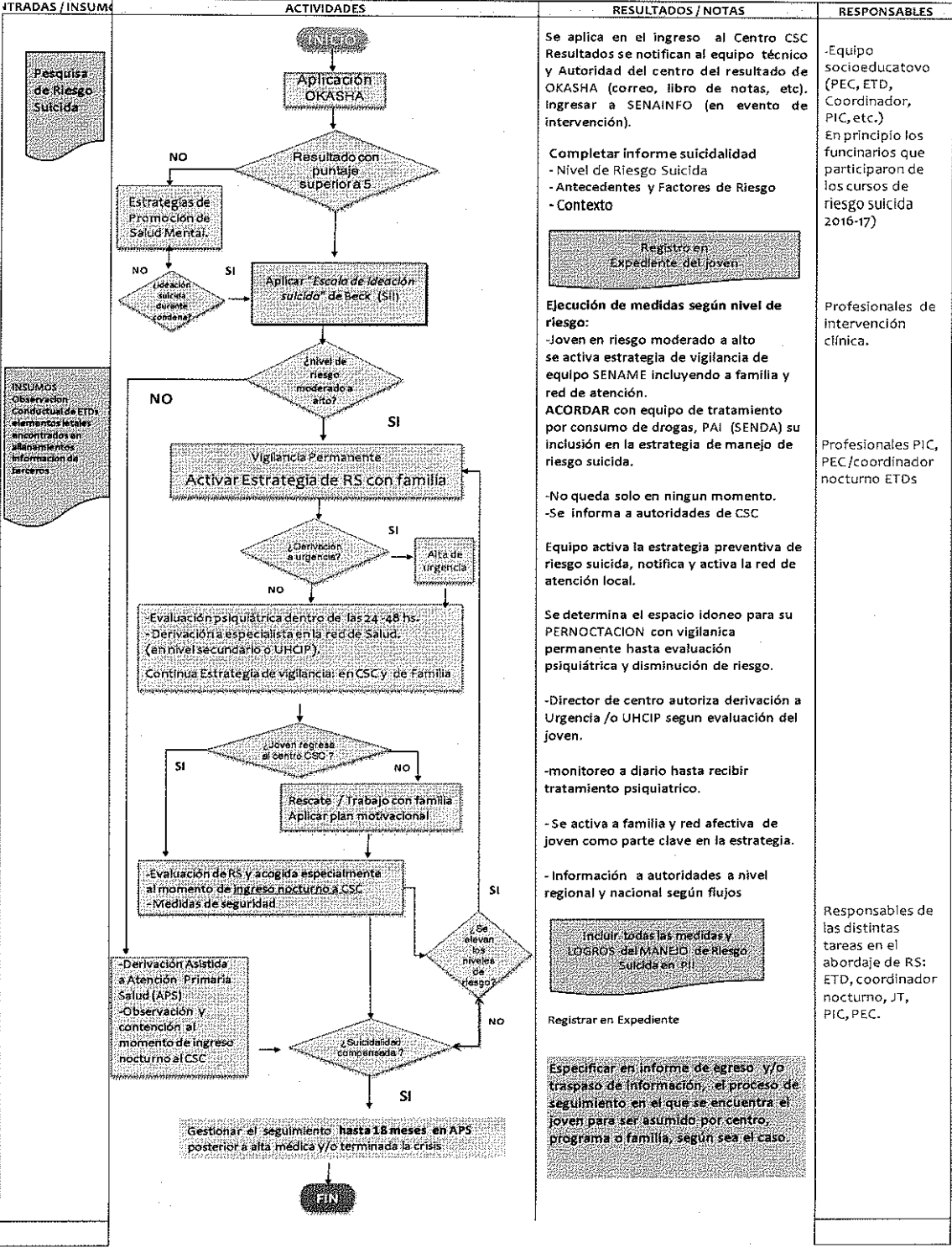
FIRMA.....FECHA.....

TIMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

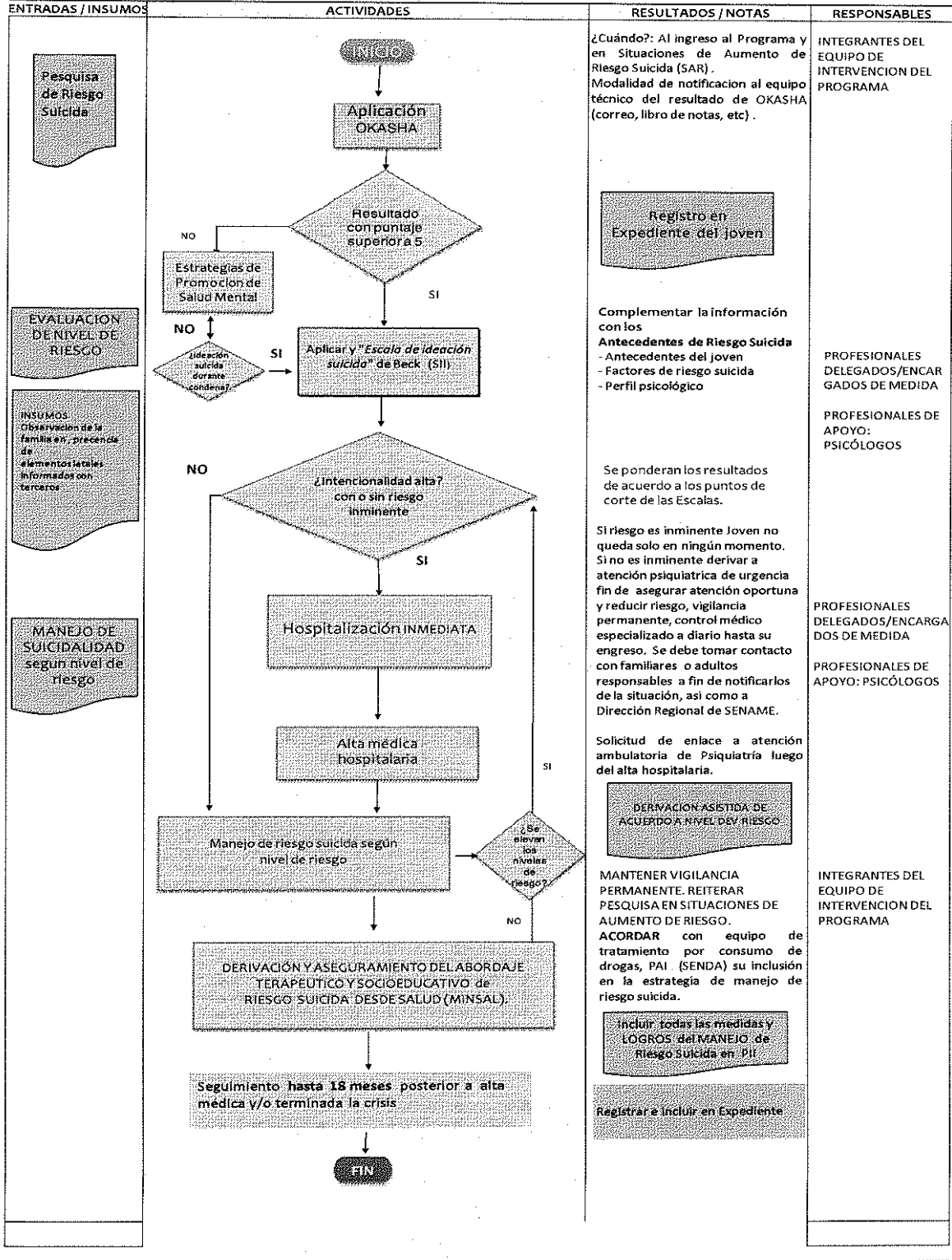
Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria- Programa Salud Mental –
Seremi de Salud- Región de Coquimbo, San Joaquín 1801 La Serena/ Fonos : 51-331416 331418

Nota: Instrumento elaborado por Raquel Opazo, referente de Salud Mental, SEREMI de Coquimbo. Nota original de programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013, pág. 55).

FLUJO 2: Procedimiento Preventivo de Riesgo Suicida CENTRO SEMICERRADO (CSC)



FLUJO 3: Procedimiento Preventivo de Riesgo Suicida PROGRAMA EN MEDIO LIBRE



Anexo N°8 – Flujos de Procedimiento de Emergencia por intento de suicidio

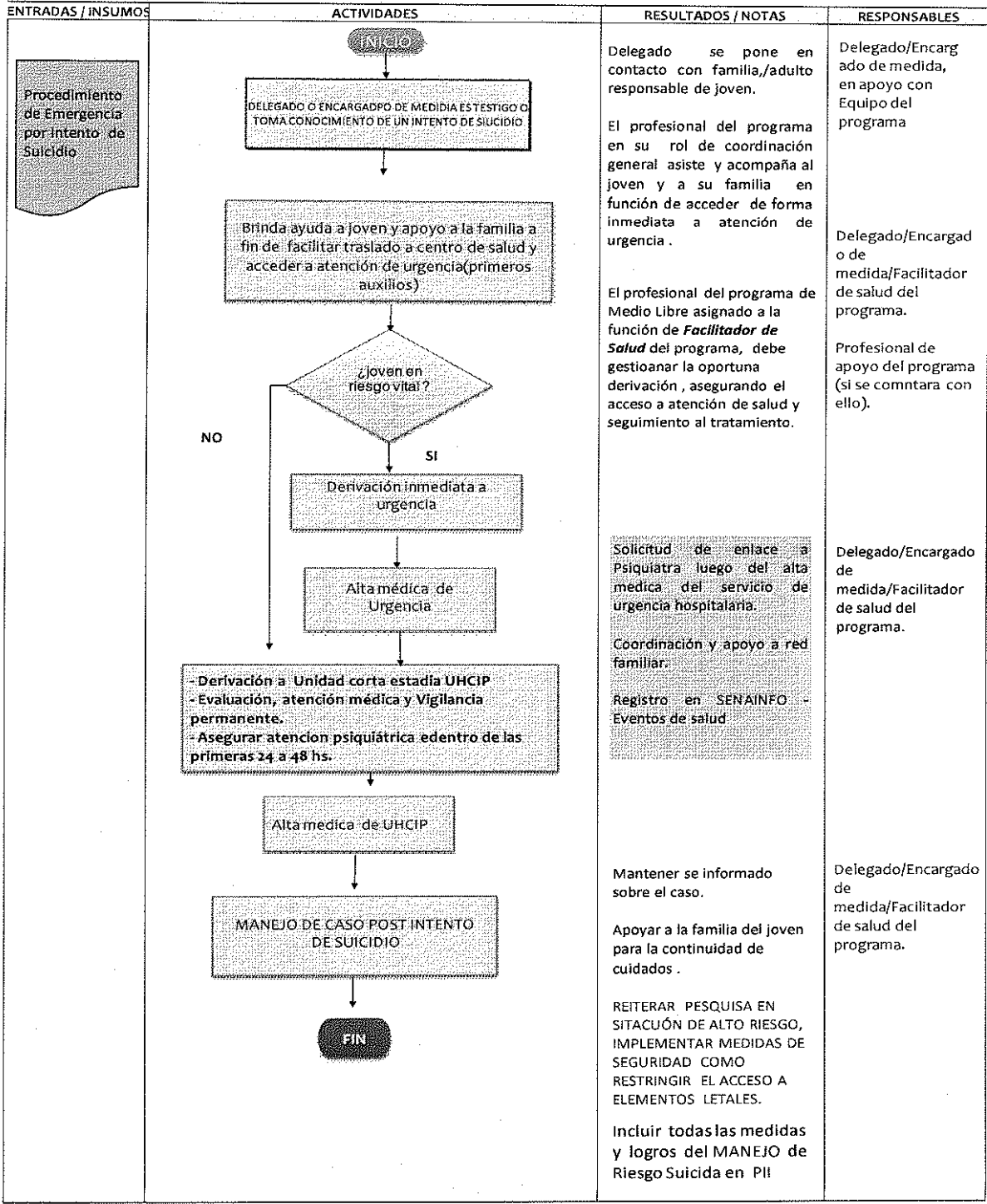
FLUJO 4: Procedimiento de Emergencia por Intento de Suicidio CENTRO CIP-CRC

ENTRADAS / INSUMOS	ACTIVIDADES	RESULTADOS / NOTAS	RESPONSABLES
Procedimiento de Emergencia por Intento de Suicidio	INICIO TESTIGO DEL INTENTO SOLICITA AYUDA A VIVA VOZ SIN ABANDONAR A JOVEN Brinda ayuda a joven Observar signos vitales Enfermero/Paramédico acude INMEDIATAMENTE al lugar con materiales para maniobras de salvataje ¿joven en riesgo vital? NO SI Traslado INMEDIATO A Urgencia Alta médica de Urgencia Atención psiquiátrica en las primeras 24 a 48 hs. Vigilancia permanente Evaluación y Atención Médica Continuar con Procedimiento preventivo de suicidio FIN	Funcionario que escucha, activa el código de emergencia por intento de suicidio a través de la radio. Director de Centro (o subrogante) asume el rol de coordinación del procedimiento de emergencia, autoriza traslado según protocolo de vigente: Derivar INMEDIATAMENTE Y ACOMPañAR a joven a Urgencia hospitalaria. Notificación a autoridades a nivel regional y nacional (Memo 933, 21.12.17) Notificar a a familiares Gestionar solicitud de enlace a Psiquiatría luego del alta médica del servicio de urgencia hospitalaria. Registro en SENAINFO – Eventos de salud. Completar informe de Suicidalidad. Registrar las medidas y logros del MANEJO de Riesgo Suicida en PII.	-Equipo socioeducativo (PEC, ETD, Coordinador, PIC, etc.). En principio los funcionarios que participaron de los cursos de riesgo suicida 2016-17) Rol de coordinación: director de centro, JT, coordinador de turno o subrogantes en turnos noche y Paramédico ETD, PIC, PEC capacitados. Responsables de las distintas tareas en el abordaje de RS: ETD,

FLUJO 5: Procedimiento de Emergencia por Intento de Suicidio CENTRO SEMICERRADO (CSC)

ENTRADAS / INSUMOS	ACTIVIDADES	RESULTADOS / NOTAS	RESPONSABLES
Procedimiento de Emergencia por Intento de Suicidio	INICIO INTEGRANTE DE EQUIPO CSC ES TESTIGO O TOMA CONOCIMIENTO DE INTENTO DE SUICIDIO DE JOVEN En el Centro brinda ayuda a joven (primeros auxilios) Si joven no se encuentra en Centro, brinda apoyo a la familia/tercero para traslado a centro de salud ¿joven en riesgo vital? NO SI Derivación inmediata a urgencia Alta médica de Urgencia Asegurar atención psiquiátrica dentro de las primeras 24 a 48 hs. -Evaluación y atención médica. Inclusión de familia en Estrategia de Vigilancia permanente. Derivación a Unidad corta estadia UHCIP. SE CONTINUA CON PROCEDIMIENTO PREVENTIVO DE SUICIDIO FIN	Equipo se pone en contacto con familia o adulto responsable de joven. Equipo llama por teléfono a ambulancia, asiste y acompaña a joven y a su familia en la atención de urgencia hospitalaria. y apoyo a la familia a fin de facilitar traslado a centro de salud Notificación a autoridades a nivel regional y nacional (Memo 933, 21.12.17) Solicitud de enlace a Psiquiatra luego del alta médica del servicio de urgencia hospitalaria. Coordinación y apoyo a red familiar. Registro en SENAINFO - Eventos de salud Registro en Expediente de joven Equipo gestiona derivación , a nivel de atención de salud que corresponda (atención de especialidad o UHCIP). Se prosigue con abordaje preventivo : - Aplicar escalas. - Elaborar informe de suicidalidad. - Diseñar estrategia preventiva incluyendo a la familia y/o figura significativa de joven (medidas de seguridad y rescate). - Coordinar Trabajo en Red Incluir todas las medidas y logros del MANEJO preventivo de Riesgo Suicida en PII.	Coordinador, PIC PEC, ETD. Coordinador, PEC, Gestor de red PIC,PEC, Coordinador, Gestor de Red, ETD.

FLUJO 6: Procedimiento de Emergencia por Intento De Suicidio PROGRAMA EN MEDIO LIBRE



	Procedimiento Prevención del Suicidio En Centros y Programas de Justicia Juvenil	REF: DJJ.PR.Intervención
		Nº Versión: 01
		Página 69 de 70

Anexo N°9 – Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio SEREMI

II. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio¹²

Considerando que en la conducta suicida influyen numerosos factores, las acciones de prevención deben involucrar a todos los sectores sociales, en un plan conjunto, donde cada sector aporte lo propio al objetivo final de prevenir los suicidios¹³.

En este sentido, cada SEREMI deberá desarrollar estrategias para sensibilizar y movilizar al mayor número posible de sectores, comprometiéndolos para crear una mesa regional donde se diseñe, elabore, ejecute y evalúe el Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio.

En esta mesa intersectorial deberían participar a lo menos los sectores de Educación, Trabajo, Salud, Deportes y Recreación, Intendencia, SENAMA, SENAME, SENDA, SERNAM, Justicia, PDI, Carabineros, Ministerio de Desarrollo Social. Para el desarrollo de su trabajo, la definición de sus líneas de acción, estrategias y actividades, la mesa intersectorial se nutrirá de la información generada por el Sistema de Estudio de Casos.

Las estrategias de intervención deben incluir, a lo menos, acciones orientadas a restringir el acceso a medios letales, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de la comunidad, y potenciar en la conciencia pública la noción que el suicidio es prevenible, y la valorización de la búsqueda de ayuda.

Actividades Sugeridas:

1. Elaborar orientaciones y lineamientos técnicos para el desarrollo de planes regionales intersectoriales de prevención del suicidio, incorporando enfoque de género y determinantes sociales
2. Informar a los distintos sectores sociales sobre la realidad del suicidio en la Región y la necesidad de establecer acciones intersectoriales para su prevención.
3. Coordinar la conformación de una mesa intersectorial para elaboración y ejecución del plan regional intersectorial de prevención del suicidio
4. Difundir el plan regional intersectorial de prevención del suicidio

Indicadores:

- Porcentaje de SEREMIs de Salud con Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio en desarrollo,
- Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a restringir el acceso a los medios letales,
- Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar las competencias organizativas y de ayuda mutua de la comunidad,
- Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar la conciencia pública y la valorización de la búsqueda de ayuda.

¹² Norma General Administrativa N° 027. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Orientaciones para su Implementación. Departamento de Salud Mental. División de prevención y control de enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública (2013, págs. 16-17).

¹³ Huarcaya B., Rossana. La Estrategia de Salud Pública en la Prevención del Suicidio. En <http://www.123people.es/s/rossana+huarcaya>. Nota original del texto.

Anexo N°10 – Lista Representantes Regionales de Salud SEREMI

SEREMI DE SALUD	CIUDAD	NOMBRE REFERENTE S.M.	TELEFONO		MAIL	DIRECCION
I REGION - TARAPACA	IQUIQUE	PSIC. JUAN FRANCA	R. 574688 / 57- 404680	95534208	juan.francia@redsalud.gov.cl	ESMERALDA 475.-
II REGION - ANTOFAGASTA	ANTOFAGASTA	PS. JUAN FRANCISCO ASTUDILLO	R. 555028 / 555033	84395113	juan.astudillo@redsalud.gov.cl	MANUEL ANTONIO MATTA N° 1999.-
III REGION - ATACAMA	COPAPO	MATRON RICHARD GONZALEZ GALVEZ	R.525054 - 525038		richard.gonzalez@redsalud.gov.cl	CHACABUCO 630
IV REGION - COQUIMBO - LA SERENA	COQUIMBO	JESSICA GALLARDO AYALA	R.331404- 511416 - 511418	9-4923105	jessica.gallardo@redsalud.gov.cl	SUBIDA SAN JOAQUIN 1801
V REGION - VALPARAISO	VALPARAISO	PAMELA VIVANCO	R.325055 - 325088 - 325074 - 9917720832-321560	99177208	pamela.vivanco@redsalud.gov.cl	ERRAZURIZ 1744. of. A4
VI REGION - LIE BDO. OHIGGINS	RANCAGUA	PSIC. SOLEDAD VALDERRAMA ROJAS	R. 725638 - 725611 / 72- 335611		soledad.valderrama@redsalud.gov.cl	CAMPOS 423.- 6º PISO (EDIF. INTERAMERICANA)
VII REGION - DEL MAULE	TALCA	PSIC. CONSTANZA MUÑOZ QUINTERO	R. 712095 - 712062-721074- (71- 412062)	95879009	maria.munoz@redsalud.gov.cl	DOS ORIENTE 1260 - EDIFICIO DON JEUARO
VIII REGION - BIO - BIO	CONCEPCION	PSIC. ANDREA SALGADO	R. 416143 - 041-2726173	79.892.636	andrea.salgado@redsalud.gov.cl	CHACABUCO 1065. Oficina 403 f
IX REGION - LA ARAUCANIA	TEMUCO	PSIC. CAROLINA ORTIZ CARTES	R.451316 - 456457 - 451306 - 451300 - 451301	82903660	carolina.ortizcartes@redsalud.gov.cl	AUDIMATE 70
X REGION - LOS LAGOS	PUERTO MONTT	PSICOPELAGOGA XIMENA OETTINGER	R.656044	76798940	ximena.oettinger@redsalud.gov.cl	ANTONIO VARAS 216 - P. 12 (EDIF. TORRES DEL PUERTO)
XI REGION - AYSÉN	COYHAIQUE	AS. SOC. YARED SCHULZ LLANES	R.671800 - 672310		yared.schulz@redsalud.gov.cl	BALMACEDA 126
XII REGION - MAGALLANES	PUNTA ARENAS	PS. MARIBEL BUSTOS COSTA	R.611357 / 61 - 291357		maribel.bustos@redsalud.gov.cl	BALMACEDA 661.- 667
XIII REGION - METROPOLITANA	SANTIAGO	PSIC. ROMINA ORO LAYIN	267378- 268031 - 267979 - - (02)5767979 / 5767978		romina.oro@redsalud.gov.cl; carolina.ahne@redsalud.gov.cl; anarosa.hernandez@redsalud.gov.cl	MONEDA 1025.- 5º PISO
XIV REGION - DE LOS RIOS	VALDIVIA	PS. LORETO GUZMAN BERKHOF	R.635146 - 635154		pablo.mulle@gmail.com;loreto.guzman@redsalud.gov.cl; ingrid.chenqueman@redsalud.gov.cl	CHACABUCO 700.-
XV REGION - ARICA-PARINACOTA	ARICA	PSIC. ANDREA JARA ROJAS	R. 584289 - 58-471722 - 584772 / 58-204012	61708758	andrea.jara@redsalud.gov.cl; laura.reyes@redsalud.gov.cl	MAPU 410.-