DIRECCIÓN DE
SALUD ESTUDIANTIL
VAEC
DIRBDE
DDAF
DSE

PROTOCOLO DE ACCIÓN ANTE RIESGO SUICIDA

Documento de orientación para la comunidad universitaria

Propósito del documento

Establecer orientaciones comunes para la primera respuesta ante situaciones de riesgo suicida, el resguardo de la seguridad, la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos y la activación oportuna de las redes de atención.

Constituir un soporte técnico para la implementación de la Política de Bienestar y Salud Mental de la Comunidad Universitaria de la Universidad de Chile y una base para la adaptación de procedimientos a las características y capacidades de cada dependencia.

Versión: actualización octubre de 2026

Próxima revisión: diciembre de 2027.

ELABORACIÓN INSTITUCIONAL

Dirección de Salud Estudiantil

Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios

Universidad de Chile

REDACCIÓN

- **Axel Leclerc**, coordinador de Comunicaciones, Dirección de Salud Estudiantil.
- **Valentina Fuster,** coordinadora de Comunidad Saludable, Dirección de Salud Estudiantil.
- **Yael Weinstein,** coordinadora de Salud Mental, Dirección de Salud Estudiantil.

EDICIÓN DE TEXTOS

Axel Leclerc.

DISEÑO GRÁFICO

Cristian Fernández, diseñador gráfico, Dirección de Salud Estudiantil.

Índice

p.

04 Introducción

05 1. Objetivos

06 2. Alcances

07 3. Conceptos clave y definiciones

09 4. Responsabilidades en la ejecución

11 5. Desarrollo del procedimiento

18 6. Registro, confidencialidad y seguimiento

20 7. Distribución del documento

21 Implementación y actualización local

22 Control de historial del documento

23 Anexos

23 Anexo N°1. Carta de responsabilidad en caso de riesgo suicida

24 Anexo N°2. Recomendaciones para la persona que acompañará a alguien en situación de riesgo suicida

25 Anexo N°3. Carta de rechazo de indicaciones ante riesgo de conducta suicida

26 Anexo N°4. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

29 Anexo N°5. Escala de Valoración de Gravedad de la Conducta Suicida de la Universidad de Columbia (C-SSRS)

30 Anexo N°6. Flujograma de acción

31 Anexo N°7. Líneas de apoyo disponibles

32 Anexo N°8. Orientaciones en caso de agitación motora

Introducción

El suicidio es un problema relevante de salud pública, un fenómeno complejo y multifactorial, asociado a la interacción de factores personales, familiares, sociales, culturales y ambientales. Para ser abordado, el comportamiento suicida debe comprenderse como un proceso que incluye desde pensamientos de muerte, ideación, planificación e intentos, hasta la muerte por suicidio, y su impacto se extiende a las familias, las redes cercanas y las comunidades de las que las personas forman parte.

En Chile, los reportes oficiales del Ministerio de Salud (Minsal) informaron una tasa de mortalidad por suicidio de 10,3 por cada 100 000 habitantes en 2024, observándose además una incidencia cuatro veces mayor en hombres que en mujeres. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023 mostró que un 4,6% de las personas adultas pensó seriamente en suicidarse durante los doce meses anteriores y un 2,2% elaboró un plan. En el grupo de 18 a 29 años, estas cifras aumentaron a un 7,0% y un 3,5%, respectivamente, lo que resulta especialmente relevante cuando pensamos en las comunidades universitarias.

En este contexto, las siguientes recomendaciones buscan orientar una respuesta institucional clara, coordinada y respetuosa, que favorezca la detección oportuna, la primera acogida, la evaluación del riesgo, la activación de redes y la continuidad de los cuidados, resguardando en todo momento la dignidad, la confidencialidad y la protección de la vida.

1. Objetivos

Este documento entrega un marco de orientaciones base para toda la comunidad de la Universidad de Chile, considerando unidades centrales, facultades, institutos, programas, oficinas de bienestar, equipos de apoyo psicosocial y organizaciones estudiantiles. Al ser un lineamiento común, funciona como un punto de partida institucional que puede y debe ser adaptado a las particularidades de cada territorio (campus, facultad o carrera) según sus propias realidades y recursos locales.

El propósito principal es permitir que la comunidad responda de forma adecuada y oportuna ante la emergencia de una situación de riesgo suicida de cualquier integrante de la institución, guiando las acciones a través de los siguientes objetivos específicos:

- **Orientar la primera respuesta,** entregando herramientas claras para saber qué hacer al detectar una sospecha o alerta.
- **Favorecer la contención** inicial con el fin de ofrecer un espacio de apoyo y escucha activa que ayude a disminuir la angustia del momento.
- **Orientar la identificación inicial de señales de peligro y necesidades de apoyo,** diferenciando las acciones de primera respuesta comunitaria del uso de instrumentos por personas capacitadas y de la evaluación clínica que corresponde a profesionales competentes.
- **Activar las redes de apoyo** para conectar oportunamente con las personas significativas, los apoyos institucionales disponibles y los servicios externos de salud o emergencia que correspondan.
- **Facilitar la derivación a urgencias,** con el fin de asegurar el traslado o la canalización eficiente hacia la atención de salud médica cuando corresponda.
- **Garantizar el resguardo y la seguridad,** asegurando que la persona no permanezca sola ni expuesta a medios con los que pueda hacerse daño cuando se detecte un riesgo alto o inminente.

Criterio fundamental de aplicación

Este protocolo es una guía comunitaria de primera respuesta, por lo que no sustituye la evaluación de un especialista ni la atención médica de urgencia.

Frente a un escenario de riesgo inminente, intento en curso o compromiso físico evidente, la prioridad absoluta debe ser activar de inmediato los servicios de emergencia externos y asegurar compañía permanente a la persona afectada.

2. Alcances

Para garantizar una respuesta coordinada y oportuna, estas orientaciones están diseñadas para ser aplicadas por cualquier integrante de la comunidad que detecte una alerta o una situación de riesgo, considerando:

- **Comunidad universitaria triestamental:** estudiantes, funcionarias/os, académicas/os y cualquier persona vinculada de forma directa a las actividades de la institución.
- **Unidades y oficinas locales o centrales:** facultades, institutos, programas, campus, oficinas de bienestar local, unidades de calidad de vida, convivencia, direcciones de asuntos estudiantiles y equipos de salud estudiantil.
- **Orgánicas estudiantiles**: federaciones, centros de estudiantes, representantes estudiantiles, ayudantes, tutoras/es, delegadas/os y compañeras/os de curso que reciban una alerta o detecten de forma directa una situación de riesgo.

Estas orientaciones deben poder activarse en cualquier dependencia universitaria, independientemente de que cuente con equipos de salud, apoyo psicosocial u otros recursos internos.

La primera respuesta comprende el resguardo de la seguridad, la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos dentro de las competencias de quien interviene y la conexión con los apoyos correspondientes. Cuando la situación requiera atención de urgencia, su activación no deberá depender de la presencia, autorización o evaluación previa de un equipo universitario.

Los recursos internos disponibles podrán complementar y facilitar la respuesta, pero su ausencia no deberá impedir ni retrasar la solicitud de ayuda externa.

3. Conceptos clave y definiciones

Con el fin de unificar criterios sobre lo que constituye una alerta, se presentan los conceptos clave establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Chile (Minsal), explicados de manera sencilla:

» **Suicidalidad:** es el proceso o camino completo que puede vivir una persona en torno al suicidio. Este abarca desde la aparición de los primeros pensamientos o deseos de morir, pasando por la planificación de un método y el intento suicida, hasta la consumación del acto.

» **Ideación suicida:** presencia de pensamientos, ideas o deseos de quitarse la vida, con o sin una planificación previa. Estas ideas se dividen en dos categorías:

- **Ideación Pasiva:** pensamientos relacionados con el deseo de morir o de no despertar, pero sin intenciones inmediatas ni un plan para llevarlo a cabo (ej. “ojalá no despertara mañana”).

- **Ideación Activa:** pensamientos concretos de quitarse la vida que ya incluyen la búsqueda de un método, una forma de planificarlo o una fecha específica para ejecutarlo.

» **Intento suicida:** cualquier conducta o acción en la que una persona busca intencionalmente causarse daño con el objetivo de acabar con su vida, pero sin lograr la consumación de la muerte.

» **Suicidio:** el acto de causar la propia muerte de forma voluntaria e intencional.

» **Agitación motora:** estado de inquietud marcada y aumento excesivo de la actividad física, habitualmente acompañado de ansiedad o tensión interna. Puede manifestarse mediante incapacidad para permanecer quieto/a, deambulación, movimientos repetitivos, irritabilidad o dificultad para calmarse. En una persona con riesgo suicida puede reflejar una desregulación aguda y requiere evaluación clínica oportuna. Su presencia aislada no determina el nivel de riesgo, por lo que debe analizarse junto con otros antecedentes y señales clínicas.

¿Cómo entender el riesgo suicida en la universidad?

Entenderemos el riesgo suicida como la probabilidad de que una persona atente contra su vida. Esto suele ocurrir cuando, ante una situación muy compleja, las herramientas habituales de una persona para manejar el estrés, los problemas o el sufrimiento se agotan.

En ese momento de vulnerabilidad extrema las ideas suicidas aparecen erróneamente como la única alternativa disponible para detener el dolor.

Durante una crisis suicida, estos pensamientos se vuelven muy intensos y convincentes. Sin embargo, al mismo tiempo coexiste el deseo de seguir viviendo si las cosas mejoraran o si se recibiera la ayuda adecuada. Es precisamente en esa contradicción donde una intervención puede hacer la diferencia: por eso es tan importante conocer con claridad los pasos a seguir para orientar, proteger y acompañar a la persona en ese momento crítico.

4. Responsabilidades en la ejecución

La aplicación de estas orientaciones es una tarea compartida y colaborativa que se adapta a la realidad de cada facultad o campus. Para garantizar que nadie asuma esta responsabilidad en soledad, se debe aplicar este principio base:

Bajo ninguna circunstancia la responsabilidad del manejo de un caso puede recaer en una sola persona.

Ningún integrante de la comunidad que reciba o detecte una alerta debe hacerse cargo de la situación de manera individual. La activación de este protocolo exige compartir la respuesta de inmediato con los equipos de la Universidad o, al menos, con un referente local o central definido institucionalmente.

Para organizar este trabajo conjunto, se distribuyen las siguientes tareas según el rol y espacio de participación de cada integrante en la Universidad:

» Referente institucional central (Salud Mental, Bienestar o Convivencia):

- Recibir las notificaciones y reportes de las situaciones detectadas en las distintas unidades.
- Orientar a los equipos locales en la activación de sus propios flujos de apoyo.
- Coordinar criterios comunes de actuación a nivel de toda la Universidad.
- Orientar la definición de responsables para la continuidad institucional, de acuerdo con el estamento de la persona y las competencias de cada organismo, y mantener actualizado este protocolo base.

» Equipos clínicos, psicosociales o de apoyo profesional:

- Realizar la evaluación técnica, especializada y oportuna del nivel de riesgo de la persona.
- Brindar contención experta, coordinar las derivaciones a la red de salud y realizar el acompañamiento profesional correspondiente según sus competencias.

» **Direcciones locales (Asuntos Estudiantiles/DAE, Bienestar, Calidad de Vida o equivalentes de cada facultad o campus):**

- Activar de manera inmediata la ruta de atención o el flujo local correspondiente a su territorio.
- Contactar a las redes de apoyo significativas de la persona (familiares, adultos responsables o redes cercanas) de forma oportuna.
- Asegurar el correcto registro y resguardo confidencial de la situación en las plataformas institucionales.

» **Organizaciones estudiantiles y roles de apoyo entre pares (Centros de estudiantes, representantes, tutores, delegados, ayudantes o compañeros de curso):**

- **Qué pueden hacer**: ofrecer una primera contención, escuchar con respeto y sin juzgar, acompañar físicamente a la persona para que no esté sola y avisar de inmediato a las oficinas locales para activar el apoyo institucional.
- **Qué NO deben hacer:** no deben asumir evaluaciones de riesgo clínico, realizar custodias prolongadas en el tiempo, efectuar traslados de emergencia que pongan en riesgo su propia integridad, ni tomar determinaciones académicas que excedan su rol de estudiantes.

» **Autoridades locales y jefaturas de unidades:**

- Facilitar la gestión y entrega de los recursos necesarios para responder a la emergencia en el territorio.
- Proteger la continuidad académica o laboral de las personas afectadas a través de la aplicación de medidas de flexibilidad.
- Evitar cualquier acción o comunicación masiva que aumente la tensión del entorno o que vulnere la confidencialidad de los involucrados.

» **Cualquier integrante de la comunidad universitaria que detecte un riesgo:**

- Actuar con responsabilidad ante una sospecha o alerta, priorizando la seguridad y el acompañamiento. Se deberá informar al referente institucional definido y activar directamente la ayuda externa si la situación requiere atención urgente. La ausencia de un equipo local no deberá retrasar la solicitud de ayuda.

5. Desarrollo del procedimiento

Ante la detección o recepción de una alerta por riesgo suicida dentro de la comunidad, se deben activar de forma ordenada los siguientes cuatro pasos esenciales:

Paso	Acción central	Propósito
1	**Contener**	Acoger a la persona, escuchar activamente, disminuir la angustia inicial y asegurar un espacio físico protegido.
2	**Indagar**	Recoger datos de identificación esenciales, explorar antecedentes relevantes y estimar preliminarmente la gravedad del riesgo, usando C-SSRS cuando se esté capacitado para ello. (Ver Anexo 5).
3	**Contactar**	Activar de inmediato el respaldo de los equipos de la Universidad y comunicarse con la red de apoyo significativa o persona de confianza.
4	**Orientar y derivar**	Canalizar el caso hacia la ruta de atención de salud que corresponda, priorizando servicios de urgencia si el riesgo es alto o inminente.

Para una visualización rápida y gráfica de la toma de decisiones durante estos cuatro pasos, consultar el *flujograma de acción* (Anexo 6).

Los Primeros Auxilios Psicológicos son transversales a toda la respuesta. Comienzan desde el primer contacto y se mantienen mientras se solicita ayuda, se activan las redes y se concreta la derivación al servicio o equipo correspondiente.

Los pasos descritos no deben interpretarse como una secuencia rígida. Algunas acciones podrán realizarse simultáneamente, priorizando siempre la seguridad y sin retrasar la activación de emergencias para completar preguntas, registros u otras gestiones.

PASO 1: CONTENER

El primer objetivo es estabilizar la crisis emocional y brindar un piso de seguridad inmediato. Se deben ejecutar las siguientes acciones:

- **Asegurar un espacio protegido,** manteniendo la calma en todo momento e invitando a la persona a conversar en un lugar privado, tranquilo y seguro.

- **Avisar al equipo local,** informando lo antes posible al referente de la facultad o unidad, como pueden ser las oficinas de Bienestar, Asuntos Estudiantiles, Convivencia, Salud Mental, o a quien se haya definido institucionalmente para abordar estas situaciones.

- **Escuchar de forma activa y empática,** sosteniendo una actitud de acogida y respeto. Es fundamental expresar una preocupación genuina por su bienestar e intentar contener emocionalmente a la persona mediante la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos (ver Anexo 4).

- **Cuidar el trato y evitar barreras,** evitando emitir juicios de valor, sermones o recriminaciones. No se debe minimizar el dolor de la persona ni hacer comparaciones, así como tampoco entregar promesas imposibles de cumplir o comentarios que puedan hacerla sentir culpable.

- **Garantizar la compañía física** asegurándose de no dejar sola a la persona, sobre todo si manifiesta señales de riesgo alto o una ideación activa.

- **Actuar rápido ante alertas virtuales:** si el aviso se recibe por mensaje de texto, llamada o redes sociales, se debe intentar mantener el contacto continuo. En esos casos, hay que preguntar de inmediato su ubicación actual, pedirle explícitamente que se aleje de medios con los que pueda hacerse daño y activar sin demora la red institucional o de emergencia según la gravedad evaluada.

- **Información recibida por terceras personas:** si la alerta llega mediante otra persona o a través de una oficina universitaria, recoger únicamente los antecedentes disponibles que permitan identificar y ubicar a la persona afectada, conocer las señales de peligro informadas y activar ayuda. No corresponde investigar lo ocurrido, solicitar detalles innecesarios, ni exigir comprobaciones antes de comunicar la alerta, solo canalizar oportunamente la información hacia la respuesta institucional o de emergencia correspondiente, resguardando la confidencialidad. Que la persona no esté en dependencias universitarias no permite asumir que se encuentra segura.

PASO 2: INDAGAR

Recopilar información es clave para entender el contexto de la situación, estimar la gravedad y definir la respuesta adecuada. Se recomiendan las siguientes acciones:

» **Recabar la información necesaria para orientar la respuesta:** son datos de utilidad el nombre completo, RUT (u otro identificador), carrera (programa o unidad), teléfono, correo electrónico, **ubicación física actual** (fundamental si se requiere activar ayuda presencial) e información del contacto de emergencia (nombre, parentesco, teléfono y correo).

» **Explorar antecedentes básicos:** consultar con respeto y de manera directa:

- ¿Te ha ocurrido esto antes?
- ¿Estás en algún tratamiento psicológico y/o psiquiátrico? ¿Desde cuándo?
- ¿Estás tomando algún medicamento?
- ¿Has consumido alcohol, medicamentos u otras sustancias hoy?
- ¿Estás solo/a en este momento?
- ¿Tienes acceso a medios o elementos con los que podrías hacerte daño?

» **Límites de la indagación inicial:** quien realiza la primera respuesta debe recoger únicamente los antecedentes necesarios para resguardar la seguridad y activar la ayuda correspondiente. No se espera que formule diagnósticos ni determine por sí solo que una persona se encuentra fuera de riesgo.

La aplicación de instrumentos de tamizaje deberá ajustarse a la capacitación y a las funciones institucionalmente definidas. Estos instrumentos no reemplazan la evaluación clínica ni constituyen un requisito previo para solicitar ayuda de emergencia.

Cuando no exista una persona capacitada disponible, se continuará con el acompañamiento y la activación de la red pertinente, sin retrasar la respuesta.

» **Evaluar la gravedad con Escala C-SSRS:** aplicar la Escala de Valoración de Gravedad de la Conducta Suicida de Columbia (C-SSRS) **solo si la persona que activa el protocolo está capacitada o cuenta con orientación para hacerlo (Ver Anexo 5)**. Si no está capacitada, debe saltar este paso y activar inmediatamente al referente institucional.

» **Actuar con foco en la seguridad:** proceder en base al resultado de la escala o, si no se aplicó, en base a la información disponible, priorizando siempre el resguardo de la vida.

Nivel de riesgo	Criterio general	Acción requerida
Sin riesgo / Riesgo leve	Deseos de morir o ideación sin plan ni método.	• Sugerir atención de salud mental en su sistema de salud, red institucional disponible o programa de apoyo correspondiente. • Entregar orientación, acordar red de apoyo y registrar la activación según el procedimiento local.
Riesgo moderado	Ideación con método pensado, factores de riesgo relevantes o dificultad para sostener la seguridad sin apoyo.	• Indicar a la persona que debe contactar a su sistema de salud, red institucional disponible o programa de apoyo correspondiente para solicitar atención a corto plazo (plazo de 2 semanas como máximo). • Si no es posible, si el riesgo aumenta o si no hay red familiar segura, indicar atención en un servicio de urgencia. • Activar al referente institucional para informar de la situación.
Riesgo alto	Intención de llevar a cabo ideas suicidas, plan parcial o completo. Conducta preparatoria, intento reciente, acceso a medios o imposibilidad de asegurar acompañamiento.	• Gestionar evaluación de urgencia psiquiátrica o servicio de urgencia médica el mismo día. • Contactar a la persona de emergencia o red responsable. • No dejar sola a la persona hasta que llegue su contacto o el referente local.
Riesgo inminente / Emergencia médica	Intento en curso o reciente, intoxicación, lesión, pérdida de conciencia. Agitación motora severa. Amenaza inmediata o imposibilidad de contacto seguro.	• Activar servicios de emergencia pública y/o coordinar traslado a la urgencia más cercana. • Mantener acompañamiento seguro y permanente hasta que llegue la ayuda profesional.

Regla práctica
Si existe **duda razonable** sobre la gravedad de la situación, se debe actuar como si el riesgo fuera mayor.

En la protección de la vida, es preferible activar las redes de apoyo antes que subestimar una situación de riesgo.

PASO 3: CONTACTAR

El propósito de este paso es activar de forma coordinada las redes de apoyo (tanto institucionales como externas), asegurando que la gestión de la crisis sea colectiva. Se deben realizar las siguientes acciones:

- **Notificar al referente local:** en todos los casos, y tras realizar la contención inicial, se debe informar al referente institucional de la facultad, cuidando el resguardo de confidencialidad de la persona afectada, entregando únicamente la información necesaria para coordinar el apoyo y el seguimiento posterior.

- **Convocar a la red de apoyo externa:** en situaciones de riesgo alto, contactar oportunamente a una persona significativa que pueda acompañar y facilitar el acceso a la atención indicada. Cuando sea posible, consultar a la persona afectada a quién considera adecuado contactar, sin limitar esta posibilidad al grupo familiar. El contacto con una red de apoyo no reemplaza la atención de urgencia cuando esta sea necesaria.

- **Ante la negativa o falta de contactos:** si la persona se niega a entregar datos de contacto y existe un riesgo alto o inminente, se debe acudir al equipo de bienestar, asistencia social, asuntos estudiantiles o la unidad correspondiente de la facultad. Ellos buscarán la información disponible en los registros institucionales oficiales, respetando la normativa vigente y el principio superior de protección de la vida.

  La ausencia de una persona de confianza disponible no deberá retrasar la activación de ayuda ni dejar la responsabilidad exclusivamente en quien realizó la primera respuesta. Se mantendrá el acompañamiento seguro mientras se coordina el relevo o la recepción por la red correspondiente.

- **Mantener compañía permanente:** es crucial NO dejar sola a la persona en ningún momento cuando exista riesgo alto o inminente. Quien interviene debe asegurarse de que permanezca en un ambiente seguro hasta que llegue el contacto de emergencia, el equipo institucional o la ayuda profesional.

» **Manejo en equipo:** el abordaje de estas crisis debe involucrar siempre a más de una persona responsable, coordinando las acciones a nivel de equipo local o institucional. Bajo ningún concepto se recomienda que una sola persona, ni una orgánica estudiantil de manera aislada, asuma el manejo completo del caso.

» **Activación fuera del horario institucional:** si la emergencia ocurre fuera de la jornada laboral o académica de la Universidad, se debe activar directamente la ruta de urgencia externa: recurrir contacto de emergencia, persona de confianza o integrante de la red de apoyo, asistir a servicios de urgencia públicos o privados, llamar a líneas de apoyo disponibles y notificar posteriormente al referente institucional en el primer bloque hábil siguiente.

PASO 4: ORIENTAR Y DERIVAR

En este paso se busca asegurar que la persona reciba la atención médica o especializada que requiere, cerrando el proceso de contención inicial de forma segura y coordinada. Se consideran las siguientes acciones:

» **Acompañamiento institucional en traslados de urgencia:** si no se logra contactar a una persona de confianza y la situación requiere atención inmediata, el referente institucional deberá coordinar con el servicio de emergencia una entrega o traslado seguro. El acompañamiento de una persona de la Universidad dependerá de las condiciones de seguridad, de sus funciones y del procedimiento local. Nadie deberá realizar un traslado o asumir una intervención que exponga su integridad o exceda sus competencias.

» **Derivación ante emergencias médicas o compromiso físico**: en casos de intoxicación por ingesta de medicamentos o sustancias, lesiones autoinfligidas o compromiso físico, derivar de inmediato al Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), al Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) o al centro hospitalario más cercano según la disponibilidad del territorio.

> Si se presenta un cuadro de agitación motora, llamar al SAMU o a un servicio de ambulancia privada (revisar Anexo 8).

» **Derivación ante riesgo alto sin compromiso médico inmediato**: si se evalúa un riesgo suicida alto pero no existen lesiones físicas ni intoxicación actual, derivar al servicio de urgencia psiquiátrica más cercano o a la urgencia de la red privada, dependiendo de la previsión de salud (Fonasa/Isapre), la ubicación y la disponibilidad de la persona.

» **Coordinación con la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile:** la solicitud de atención en este centro debe ser activada por el área de psicología de la facultad **únicamente después de haber resuelto la emergencia inmediata.** Se debe tener en cuenta que las horas en este espacio se entregan de un día para el otro y no cuenta con atención durante los fines de semana.

» **Recepción de la red de apoyo y orientación:** al recibir al contacto de emergencia o persona responsable que acude a buscar a la persona afectada, se le debe informar con claridad la situación y reforzar la necesidad imperiosa de acudir de inmediato a un centro de atención de urgencia si persiste el riesgo alto, inminente, intoxicación, lesión o imposibilidad de asegurar acompañamiento continuo.

» **Firma de actas institucionales:** el contacto de emergencia o adulto responsable que acuda a retirar a la persona debe firmar la documentación institucional correspondiente que deje registro de la entrega y el resguardo del caso **(ver formatos en los Anexos 1, 2 y 3).**

» **Entrega de pautas de cuidado:** tanto a la persona en situación de riesgo como a su acompañante o red de apoyo, se les debe hacer entrega de las indicaciones de cuidado incluidas en el Anexo 2.

Apoyo complementario

Línea de Prevención del Suicidio *4141 del Ministerio de Salud puede ser utilizada en cualquier momento como un recurso de apoyo emocional y orientación en crisis.

Importante: este servicio es un soporte telefónico complementario de escucha y orientación, por lo que **bajo ninguna circunstancia reemplaza** la activación de los servicios de urgencia médicos, hospitalarios o de traslado ante situaciones de riesgo alto, inminente, intento suicida, intoxicación o lesión física.

6. Registro, confidencialidad y seguimiento

Toda activación de este protocolo debe registrarse bajo estrictos criterios de mínima intervención, confidencialidad y proporcionalidad al riesgo. El registro tiene un fin netamente de cuidado y soporte. Bajo ninguna circunstancia debe convertirse en una exposición innecesaria de la vida privada de la persona.

Para garantizar un manejo seguro de la información, se deben aplicar las siguientes directrices:

» ¿Qué se debe registrar? (Información mínima requerida):

- Fecha, hora, lugar o modalidad en que se recibe la alerta (ej. presencial, correo, mensajería).
- Identificación de la persona que recibe la información.
- Datos de contacto esenciales, señales o antecedentes de riesgo informados y, cuando haya sido determinado por una persona capacitada, nivel de riesgo estimado.
- Acciones de contención e intervención ya realizadas y derivación médica gestionada.
- Nombre de la persona de contacto de emergencia que fue activada.
- Identificación de la persona o unidad que quedará a cargo del seguimiento.

El registro de la activación no constituye una ficha clínica. Quienes realizan la primera respuesta dejarán constancia de los antecedentes indispensables, las acciones efectuadas, los servicios contactados y la entrega o derivación realizada, sin elaborar diagnósticos ni interpretaciones clínicas. Se utilizarán únicamente mecanismos institucionalmente autorizados, con acceso restringido a quienes deban conocer la información para cumplir sus funciones.

» Resguardo estricto de la confidencialidad:

- Compartir información del caso solo con fines de protección y **únicamente a quienes tengan la necesidad de conocerla para proteger la vida de la persona, coordinar su atención de salud o cumplir con sus responsabilidades institucionales directas.**

- Evitar de forma categórica difundir detalles o comentarios del caso a través de chats grupales masivos, redes sociales, conversaciones informales o cualquier canal de comunicación que no sea seguro o institucional.

» **Continuidad y seguimiento institucional:** al finalizar la primera respuesta, deberá quedar identificada la persona, unidad o servicio al que se comunicó o entregó la situación, junto con los próximos pasos acordados.

El seguimiento institucional tiene por finalidad verificar, cuando corresponda, la conexión con los apoyos indicados, identificar necesidades académicas, laborales o administrativas y facilitar su canalización. No constituye tratamiento, psicoterapia ni monitoreo clínico del riesgo.

La responsabilidad de este seguimiento se definirá según la vinculación de la persona con la Universidad y las competencias de los organismos correspondientes. La inclusión de todos los estamentos en este protocolo no amplía automáticamente la cobertura asistencial de los servicios de salud estudiantil.

Cuando exista un equipo de salud a cargo de la atención, el acompañamiento institucional deberá evitar la duplicación de contactos, la solicitud de relatos innecesarios o la entrega de indicaciones clínicas paralelas.

Los mecanismos, responsables y horarios del seguimiento deberán quedar establecidos en la adaptación local.

7. Distribución del documento

Para asegurar que este protocolo sea conocido y esté disponible como una herramienta de acción rápida, el documento debe ser distribuido de manera oficial a las siguientes unidades e integrantes de la comunidad universitaria:

- Autoridades universitarias centrales y locales.
- Direcciones de Asuntos Estudiantiles (DAE), Bienestar, Calidad de Vida, Convivencia, Salud Mental, o sus unidades equivalentes en cada espacio.
- Facultades, escuelas, direcciones, programas académicos y campus.
- Equipos clínicos, psicosociales y de apoyo profesional institucional.
- Orgánicas estudiantiles, centros de estudiantes, federaciones, representantes triestamentales, tutores/as y ayudantes (cuando corresponda).
- Unidades de comunicaciones internas, con el fin de coordinar y apoyar la difusión responsable del presente protocolo.

Implementación y actualización local

Cada dependencia deberá complementar estas orientaciones con información operativa que permita su aplicación:

- Identificar un responsable de coordinación y una suplencia, con sus canales y horarios de contacto.
- Definir la ruta de actuación cuando no exista apoyo interno disponible y el mecanismo de notificación posterior si la situación ocurre fuera del horario habitual.
- Identificar las unidades que recibirán la información y coordinarán la continuidad institucional según el estamento de la persona afectada.
- Informar únicamente los recursos y apoyos efectivamente disponibles, indicando sus condiciones de acceso.
- Mantener el documento vigente en un espacio institucional accesible y realizar acciones periódicas de difusión y capacitación.
- Revisar los contactos, enlaces y procedimientos cuando se produzcan cambios y antes de redistribuir los materiales.
- La adaptación local deberá mantener los criterios de seguridad y los límites de actuación establecidos en este documento.

Control de historial del documento

Corrección N°	Fecha	Descripción de la modificación	Fecha de publicación
1	Julio 2025	Versión inicial	Julio 2025
2	Julio 2026	Actualización del protocolo	Julio 2026
3	Octubre 2026	Versión actual	Octubre 2026

Elaborado por	Aprobado por
Equipos de la Dirección de Salud Estudiantil: » Comunicaciones » Comunidad Saludable » Salud mental Fecha: octubre 2026	Equipo directivo DSE Fecha: octubre 2026

ANEXO N°1

Carta de responsabilidad en caso de riesgo suicida

Con fecha de hoy _____, se ha evaluado la presencia de riesgo de conducta suicida de la persona señalada a continuación, y se ha tomado contacto con una persona de confianza o integrante de su red de apoyo que pueda hacerse cargo y cuidar de ella. Esta persona se compromete a seguir las recomendaciones aquí señaladas y trasladar lo antes posible a la persona en riesgo al centro de salud, servicio de urgencia, hospital o clínica más cercano para su evaluación y manejo.

Datos de la persona en riesgo

Nombre de la persona en riesgo	
RUT u otro identificador	
Unidad académica, administrativa o programa	
Correo	
Teléfono	

Datos de la persona de apoyo o responsable de la recepción

Nombre completo	
Vínculo con la persona en riesgo	
Teléfono	
Correo electrónico	
Firma	

ANEXO N°2

Recomendaciones para la persona que acompañará a alguien en situación de riesgo suicida

1. La persona en riesgo estará siempre acompañada en toda hora y lugar hasta que cuente con atención de salud mental o evaluación de urgencia según corresponda.

2. La persona en riesgo no tendrá acceso a objetos o situaciones potencialmente dañinas, asegurando alejar medicamentos, cuerdas, cinturones, objetos cortantes, armas, evitar la exposición a alturas, balcones, estaciones de metro u otros medios de daño.

3. La persona en riesgo será trasladada a un servicio de urgencia o al centro de salud más cercano para su evaluación e indicación de tratamiento cuando exista riesgo alto, riesgo inminente, intento suicida, intoxicación, lesión o imposibilidad de asegurar acompañamiento.

4. Si no se requiere urgencia inmediata, deberá gestionarse atención de salud mental prioritaria a través de su sistema de salud, red institucional disponible o programa de apoyo correspondiente. Si la Universidad cuenta con convenios, franquicias o mecanismos de apoyo, estos deberán activarse por el referente institucional definido.

5. La línea *4141 puede utilizarse como apoyo complementario de orientación y contención en crisis, teniendo en consideración que esto no reemplaza la atención de urgencia cuando esta sea necesaria.

Estoy de acuerdo con estas recomendaciones: ____ SÍ ____ NO

Datos de la persona de apoyo o responsable de la recepción

Nombre completo	
Vínculo con la persona en riesgo	
Teléfono	
Correo electrónico	
Firma	

ANEXO N°3

Carta de rechazo de indicaciones ante riesgo de conducta suicida

Con fecha de hoy _____, se ha evaluado la presencia de riesgo de conducta suicida de la persona señalada y se ha tomado contacto con una persona de confianza o integrante de su red de apoyo que pueda hacerse cargo y cuidar de ella. El/la profesional o referente institucional que activa el protocolo ha informado a la persona de apoyo sobre el estado de gravedad y los riesgos que conlleva la situación. Se ha sugerido acudir lo antes posible al centro de salud, servicio de urgencia, hospital o clínica más cercano para su evaluación y manejo, indicación que es rechazada por la persona responsable.

Declaración de responsabilidad

Por el presente documento declaro no aceptar las indicaciones recomendadas, asumiendo en pleno conocimiento y de manera personal la responsabilidad por las consecuencias que esto pueda significar en la salud e integridad de la persona afectada.

Nombre completo	
Vínculo con la persona en riesgo	
Teléfono	
Correo electrónico	
Firma	

ANEXO N°4

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Los Primeros Auxilios Psicológicos (en adelante PAP) son una técnica de apoyo humanitario utilizada en personas que se encuentran en situación de crisis, ya sea individual o colectiva.

Tienen como objetivo ayudar a la persona a recuperar el equilibrio emocional y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas. Esto mediante ayuda y apoyos prácticos, identificación de necesidades, acceso a información y apoyos psicosociales pertinentes.

De esta manera, su foco es reducir el nivel de angustia frente al evento adverso, potenciar las estrategias de afrontamiento y fomentar la toma de decisiones de la persona afectada.

No requieren de conocimientos técnicos de salud mental, por lo que pueden ser implementados por cualquier persona capacitada.

Los tres pilares de acción de los PAP

El modelo presentado organiza la acción en tres pilares: observar, escuchar y conectar. Estos pasos permiten responder de forma ordenada y segura ante una situación de crisis.

1. Observar: hacer una pausa y evaluar el entorno antes de actuar.
2. Escuchar: contener, validar emocionalmente y favorecer la desescalada.
3. Conectar: activar redes de apoyo y derivar a servicios adecuados.

Observar

Antes de acercarse a una persona en crisis, es fundamental detenerse, evaluar el entorno y verificar si existen riesgos inmediatos. La intención es no intervenir impulsivamente, sino aproximarse con claridad, seguridad y respeto.

Checklist mental antes de acercarse:

- ¿Cuáles son las condiciones del entorno?
- ¿Hay necesidades físicas básicas urgentes?
- ¿El lugar es seguro o se requiere ayuda especializada inmediata?

Protocolo de contacto inicial:

- Identificarse claramente y pedir permiso para ayudar, por ejemplo: “¿Te puedo ayudar?”.
- Buscar un lugar tranquilo y seguro para ambos.
- Recabar datos vitales sin presionar: nombre, RUT, carrera y contacto de emergencia.
- Usar preguntas abiertas para entender la situación sin invadir ni interrogar.

Escuchar

Escuchar implica ofrecer presencia, calma y validación. En una crisis, muchas veces la persona necesita primero sentirse segura y acompañada antes de poder explicar claramente lo que ocurre.

Reglas de escucha activa:

- Mantener una actitud tranquila y disponible.
- Sostener contacto visual constante, sin invadir ni intimidar.
- Evitar tocar a la persona salvo que ella lo indique o lo solicite.
- Validar las emociones y reacciones sin minimizar lo ocurrido
- Respetar los silencios y no presionar para que hable.
- No dejar sola a la persona si está muy angustiada.

Una herramienta concreta de desescalada es el enraizamiento o grounding, orientado a traer la atención de la persona al presente.

Suele ser útil la técnica 5-4-3-2-1: identificar 5 cosas que ve, 4 cosas que toca, 3 cosas que oye, 2 cosas que huele y 1 cosa que saborea. También puede acompañarse con respiración lenta, inhalando y exhalando de manera pausada.

Conectar

Implica ayudar a categorizar necesidades, ordenar prioridades y activar redes. El rol del equipo universitario no es resolver todos los problemas de la persona, sino funcionar como puente hacia vínculos responsables, apoyos institucionales y servicios de salud cuando corresponda.

Frases útiles para categorizar necesidades:

- “¿Cuál crees que es el problema más importante de resolver primero?”.
- “Son muchos problemas juntos; identifiquemos tres cosas sobre las que tengas control hoy”.
- “¿Qué te ha ayudado antes cuando has estado así de estresado/a?”.

Niveles de red a activar:

- Nivel 1 - Red de confianza: familia, amigos, pareja u otras personas cercanas.
- Nivel 2 - Red interna UChile: referente local, bienestar o asuntos estudiantiles, jefatura o unidad de personas, convivencia y salud estudiantil cuando corresponda.
- Nivel 3 - Red externa: salud responde 600 360 77 77, opción 2 y línea de prevención del suicidio *4141.

Matriz de acción y límites del rol

Una parte central de la PAP es distinguir qué conductas son recomendadas y cuáles deben evitarse. La ayuda inicial debe ser empática, respetuosa y orientada a conectar, pero sin interrogar, diagnosticar, forzar cercanía ni prometer soluciones que no dependen del acompañante.

Dimensión	Acercamiento recomendado	Acercamiento a evitar
Escucha	Escuchar activamente con empatía. Ejemplo: “Si quieres hablar, te escucho”.	Interrogar o presionar. Ejemplo: “Cuéntame todo, necesito saber los detalles”.
Validación	Normalizar reacciones. Ejemplo: “Es normal sentirse así después de algo tan difícil”.	Minimizar u ofrecer falsa esperanza. Ejemplo: “Tranquilo, todo se va a arreglar. Hay gente que está peor”.
Conexión	Conectar con redes de apoyo. Ejemplo: “¿Te gustaría que llamemos a alguien de tu confianza?”.	Diagnosticar o asumir rol terapéutico. Ejemplo: “Lo que tienes es claramente depresión”.
Acompañamiento	Permanecer presente respetando el espacio. Ejemplo: “Estoy aquí si me necesitas”.	Forzar cercanía física o apurar. Ejemplo: “Abraza a alguien... Tengo que irme, habla con otro”.

ANEXO N°5

Escala de Valoración de Gravedad de la Conducta Suicida de la Universidad de Columbia (C-SSRS)

Uso de la escala

La C-SSRS debe ser aplicada exclusivamente por personas capacitadas o con orientación institucional. Si no se cuenta con dicha capacitación, la persona que detecta el caso debe saltar este paso técnico, enfocarse en mantener la contención básica, dar aviso inmediato al referente institucional y asegurar la compañía permanente si existe sospecha de riesgo alto o inminente.

Tabla 3: Versión abreviada de la escala de Columbia para evaluación de la severidad de la ideación suicida (C-SSRS)	Mes pasado	
	SÍ	NO
Formule las preguntas que están en negrita y subrayadas.		
Formule las preguntas 1 y 2.		
Deseo de estar muerto(a): La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a) o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido(a) y no despertar. **¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?**		
Ideas suicidas: Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo, "He pensado en suicidarme") sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan) durante el período de evaluación. **¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?**		
Si la respuesta es "SÍ" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5 y 6. Si la respuesta es "NO" continúe a la pregunta 6.		
Ideas suicidas con método (sin plan específico o sin la intención de actuar): El (la) participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente..." y nunca lo haría. **¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?**		
Intento suicida (sin plan específico): Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el (la) participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de "tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto". **¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?**		
Intento suicida con plan específico: Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el (la) participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan. **¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?**		
Últimos 3 meses.		
Pregunta de comportamiento suicida. **¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar con su vida?** Ejemplos: juntar píldoras, obtener un arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de una botella, pero no las ha tragado, agarrar un arma pero ha cambiado de idea de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío, o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.		
Riesgo leve de suicidio Riesgo moderado de suicidio Riesgo severo de suicidio		
Fuente: Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). Screener with triage for primary health settings. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008. Disponible en: http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filters-general-use-english Gratuita.		

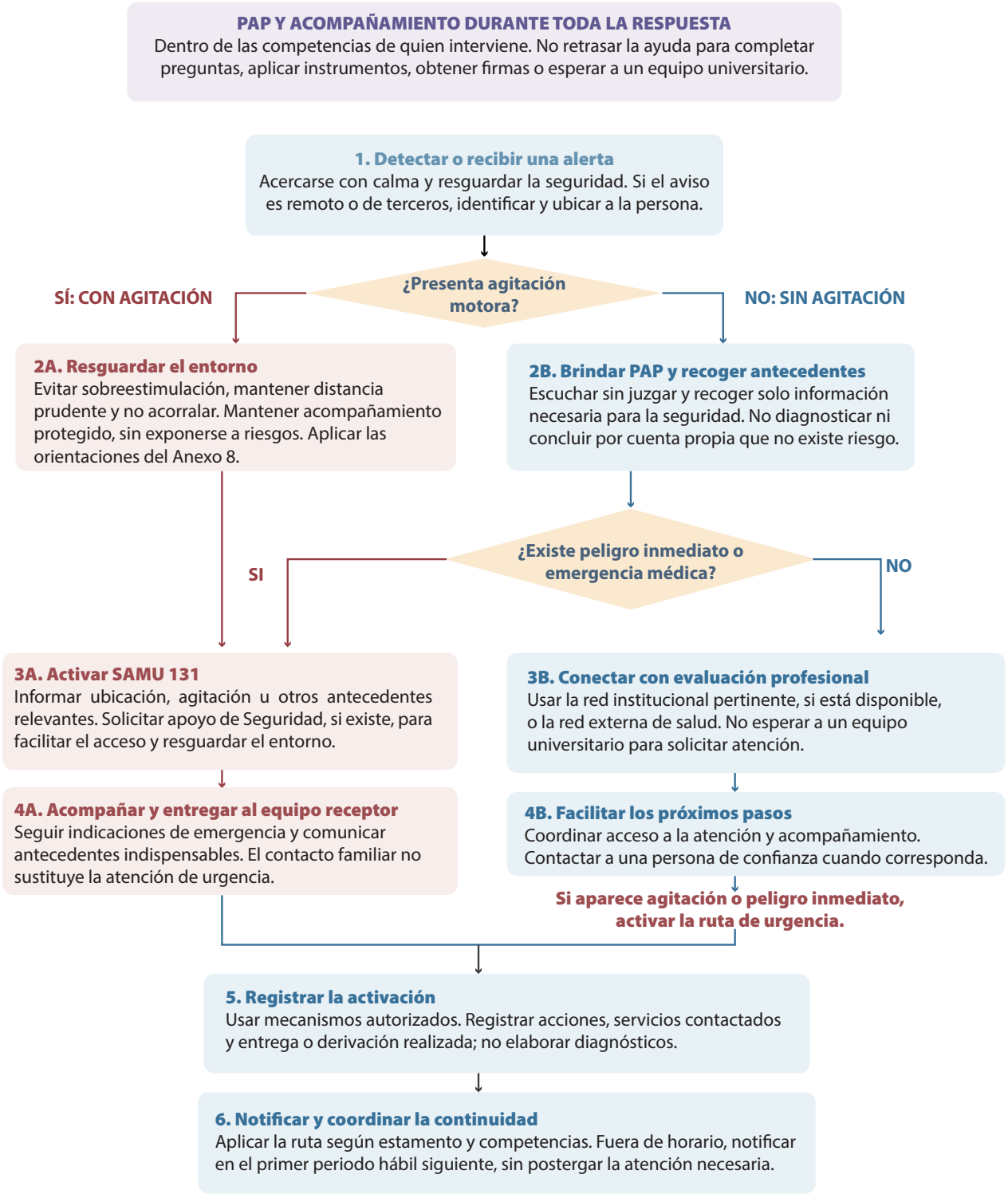
Criterio de urgencia

Si la respuesta es SÍ a la pregunta 4, 5 o 6, la evaluación de salud mental de urgencia debe ser inmediata.

ANEXO N°6

Flujograma de acción

Ante una posible situación de riesgo suicida



Urgencia: ante intento en curso, lesión, intoxicación, pérdida de conciencia o peligro actual, activar ayuda de emergencia desde el primer contacto, con o sin agitación.
Tamizaje: solo por personas capacitadas y con funciones definidas; no reemplaza la evaluación clínica ni es requisito para solicitar ayuda de emergencia.

ANEXO N°7

Líneas de apoyo disponibles

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	CONTACTO	HORARIOS
Salud Responde – Orientación en Salud Mental	Línea de ayuda del Ministerio de Salud para brindar orientación y ayuda sobre situaciones de salud mental.	600 360 7777 (Opción 2)	Lunes a viernes - 09:00 a 18:00
Hospital Digital – Salud Mental para las y los Funcionarios de Salud	Línea de ayuda del Ministerio de Salud para brindar atenciones psicológicas a funcionarios de la red pública de salud través de videollamadas o vía telefónica.	22 380 02 58 (Opción 1) https:// atencionremota. minsal.cl/ funcionarios	Lunes a viernes - 08:30 a 20:00
Línea de Prevención del Suicidio	Línea de ayuda del Ministerio de Salud para brindar apoyo en crisis suicidas.	*4141	24 hr. del día / 7 días de la semana
Chat Quédate	Chat del Programa de prevención del suicidio de la regiuón metropolitana	https://quedate. saludoriente.cl/	lunes a domingo, incluyendo festivos, de 10:00 a 22:00 hrs.
Hablemos de Todo	Chat del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) para asistencia psicosocial y orientación a jóvenes de 15 a 29 años.	https:// hablemosdetodo. injuv.gob.cl/	Lunes a viernes - 10:00 a 21:00 Sábados - 11:00 a 17:00
Fono Drogas y Alcohol	Línea del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) para personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, como también para sus familiares o cercanos.	1412	24 hr. del día / 7 días de la semana
Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU)	Línea del Ministerio de Salud para emergencias y urgencias de salud.	131	24 hr. del día / 7 días de la semana

ANEXO N°8

Orientaciones en caso de agitación motora

Ante la presencia de un cuadro de agitación motora o psicomotora severa en un entorno institucional, se deben seguir de forma estricta los siguientes pasos de seguridad y cuidado comunitario:

- **Asegurar el entorno físico,** verificando inmediatamente que a los alrededores de la persona no existan objetos, herramientas o elementos peligrosos que impliquen un riesgo de daño para ella o para terceros.

- **Evitar la sobreestimulación,** manteniendo una distancia física prudente y procurando no acorralar ni agobiar a la persona a nivel físico o verbal.

- **Mantener supervisión protegida,** monitoreando de forma constante el comportamiento de la persona para resguardar que no atente contra su propia integridad física o la del entorno.

- **Evaluar la intervención clínica,** analizando la pertinencia de ofrecer contención farmacológica inicial (Nota operativa: esto debe ser determinado y administrado exclusivamente por personal de salud competente).

- **Activar rescate de urgencia,** llamando de inmediato al servicio público de ambulancias a través del **131 (SAMU).**

- **Considerar alternativa de traslado privado,** evaluando el llamado a un servicio particular de ambulancia con rescate psiquiátrico en caso de que no haya respuesta oportuna del servicio público y sea factible coordinar el financiamiento de emergencia con la facultad.

- **Solicitar apoyo de seguridad interna,** pidiendo a una tercera persona que contacte con urgencia al personal de seguridad institucional o local, cuando exista, para que acompañe y resguarde la escena hasta la llegada de la ambulancia, aplicable en casos de agitación grave donde exista riesgo real de agresiones físicas al equipo interviniente.

- **Coordinar con la fuerza pública,** considerando la intervención de Carabineros de Chile (**133**) de forma exclusiva para resguardar la seguridad durante el traslado al servicio de urgencia si la crisis de salud mental escala a un escenario de violencia incontrolable.

DIRECCIÓN DE
SALUD ESTUDIANTIL
VAEC DIRBDE DDAF DSE