



Informe Final

ESTUDIO ANÁLISIS DE LA HISTORIA DE DAÑO Y ANTECEDENTES DE RIESGO SUICIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

LICITACIÓN PÚBLICA 1177296-27-LE24

Elaborado por:

DATAVOZ y Centro Iberoamericano de Derechos de la Niñez (CIDENI).

·DATAVOZ.
DEL GRUPO STATCOM

 **CiDENi**

Septiembre 2025

ESTUDIO DE ANÁLISIS DE LA HISTORIA DE DAÑO Y ANTECEDENTES DE RIESGO SUICIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

Septiembre 2025

Elaborado por:

DATAVOZ.

Centro Iberoamericano de Derechos de la Niñez (CIDENI).

Equipo consultor:

Carolina Muñoz Guzmán.

Sofía Cillero Fuenzalida.

Luis Bertoglia Huenchullán.

Contraparte institucional:

Unidad de Estudios,

Departamento de Estudios y Gestión de la Información,

División de Estudios y Asistencia Técnica,

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

Presentación

La ley N°20.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializado a la Niñez y Adolescencia, conforme a lo dispuesto en el artículo 6° letra j) establece que una de sus funciones será la de “Realizar, licitar, contratar o convenir, según corresponda, estudios, análisis y propuestas para el cumplimiento de su objeto, considerando la realidad territorial, cultural y geográfica del lugar donde los programas se ejecuten, con el objeto de elevar la calidad técnica de las intervenciones.

En cumplimiento de esta función, desde la entrada en vigencia del Servicio en octubre de 2021, la División de Estudios y Asistencia Técnica tiene a su cargo la supervisión y coordinación de los procesos de gestión y análisis de la información, así como la realización de estudios e investigaciones en materia de protección de derechos de la niñez y adolescencia. Asimismo, le corresponde garantizar la correcta aplicación de los lineamientos de asistencia y transferencia técnica dirigidos a las Unidades y equipos a nivel nacional (Documento Técnico Orgánica Nacional, 2021).

El Departamento de Estudios y Gestión de la Información, dependiente de esta División, concentra las tareas vinculadas a la coordinación y elaboración de estudios, así como a la gestión, obtención y tratamiento de datos en el ámbito de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con las necesidades técnicas identificadas.

A su vez, la Unidad de Estudios, como parte del Departamento, tiene la responsabilidad de detectar, desarrollar, coordinar y difundir iniciativas de investigación y análisis en materia de protección de derechos y reparación. En este marco, asume la responsabilidad institucional de implementar acciones de: i) levantamiento de necesidades y planificación de estudios; ii) desarrollo y/o coordinación de la contratación de estudios, investigaciones y evaluaciones de programas; y iii) publicación y difusión de los resultados obtenidos. Con el fin de dar cumplimiento a esta misión, se implementa el Plan de Estudios 2022-2025, cuyo propósito es orientar el desarrollo de investigaciones en coherencia con los objetivos estratégicos del Servicio, organizándose en cuatro dimensiones prioritarias: a) Oferta programática, b) Sujetos de atención, c) Modelos de intervención, y d) Estándares y acreditación.

El estudio “Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida de niños, niñas y adolescentes en el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia” se enmarca en dicho Plan, respondiendo a la dimensión de Sujetos de atención, orientada a la comprensión, análisis y seguimiento de la población a la que dirige su acción el Servicio. A su vez, aporta a la dimensión de Modelos de intervención, al generar evidencia sobre el abordaje de la conducta suicida, examinando los procedimientos y acciones que los proyectos implementan para el manejo del riesgo.

El presente documento corresponde al informe final de dicho estudio, cuyo propósito fue diseñar registros de historias de daño y de riesgo suicida, incorporando propuestas de formatos, contenidos y métodos para documentar la información relativa a intentos de suicidio de niños, niñas y adolescentes atendidos en Proyectos Ambulatorios (PRM-PPF) y de Cuidado Alternativo Residencial del Servicio. La evidencia

producida constituye un insumo estratégico para fortalecer el seguimiento y monitoreo del riesgo suicida, dotando a la institución de herramientas que permitan avanzar hacia un abordaje más oportuno, integral y coherente del fenómeno, en resguardo de la protección y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes bajo la atención del Servicio.

**“ESTUDIO ANÁLISIS DE LA HISTORIA DE
DAÑO Y ANTECEDENTES DE RIESGO
SUICIDA EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE
PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA”**

ID de la Licitación: 1177296-27-LE24

Autores del Informe

Carolina Muñoz Guzmán - Cideni
Sofía Cillero Fuenzalida - Cideni
Luis Bertoglia Huenchullán - Datavoz

Investigadores:

Nicolás Soto
Valentina Garrido
Joao Acharán

Equipo Expertos

Miguel Cillero Bruñol
Paulina Valenzuela
Francisco Aguayo
Paulo Egenau

Este documento emplea el uso tradicional del femenino y masculino gramatical sólo por razones de economía lingüística y fluidez en la lectura. Esta decisión metodológica no pretende invisibilizar o desconocer la diversidad de identidades de género existentes, sino facilitar la comprensión del texto sin que esto implique un posicionamiento excluyente. Reconocemos y valoramos la multiplicidad de expresiones e identidades de género, y esta elección responde exclusivamente a propósitos de claridad comunicativa.

Tabla de Contenido

TABLA DE CONTENIDO.....	2
I. INTRODUCCIÓN	5
II. MARCO CONCEPTUAL.....	8
1. EPIDEMIOLOGÍA: PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	9
2. DEFINICIONES CENTRALES DEL CONCEPTO DEL SUICIDIO Y PRINCIPALES TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL FENÓMENO.....	23
3. PROFESIONALES Y ACTORES VINCULADOS A LA DETECCIÓN DEL SUICIDIO EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN, SISTEMAS DE REGISTROS.	30
4. ANÁLISIS NORMATIVO PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN EL SERVICIO DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA CHILENO.....	33
A. EL SERVICIO ESPECIALIZADA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	33
B. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO	37
C. FUENTES NORMATIVAS DEL SERVICIO EN RELACIÓN CON RIESGO SUICIDA.	40
5. EVIDENCIA QUE ORIENTA UN SISTEMA DE REGISTRO DE RIESGO SUICIDA	50
A. EL EXPEDIENTE ÚNICO DE EJECUCIÓN.....	50
B. SISTEMA DIGITALIZADO	51
III. METODOLOGÍA	54
1. MÉTODO DE ANÁLISIS.....	56
A. DIMENSIONES DE ANÁLISIS.....	56
2. MUESTRAS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS	67
A. MUESTRA, CARACTERIZACIÓN Y MÉTODO DE ANÁLISIS DE CARPETAS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	67
B. MUESTRA, CARACTERIZACIÓN Y MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE EVENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO (SIS).....	71
C. MUESTRA Y MÉTODO DE ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	7
3. COMITÉ ASESOR.....	9
4. TRABAJO DE CAMPO	9
IV. RESULTADOS.....	11
1. ANÁLISIS DE FORMATOS, PROCESOS Y FLUJOS DE REGISTROS DE LA INFORMACIÓN.....	12
A. DÓNDE SE REGISTRA LA INFORMACIÓN Y EL CONTEXTO DEL REGISTRO	12
B. CÓMO ES LA INFORMACIÓN QUE SE REGISTRA Y DE QUÉ MANERA SE REGISTRA	17
2. CARACTERIZACIÓN DE LAS HISTORIAS DE DAÑO Y RIESGO DE SUICIDIO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SERVICIO	22
A. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS A SALUD MENTAL	23
B. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ASPECTOS SOCIALES Y FAMILIARES.....	27
C. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y MEDIOAMBIENTALES	30

3. ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y ACCIONES DESPLEGADAS DENTRO DE LOS PROYECTOS PARA EL MANEJO DE CASOS DE RIESGO DE SUICIDIO.	33
A. CIRCUITOS DE ATENCIÓN Y ABORDAJE INSTITUCIONAL	33
B. PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS	42
C. CANALES INTERNOS DE COMUNICACIÓN	47
D. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	48
4. SÍNTESIS DEL ANÁLISIS INTEGRADO	50

VI. PROPUESTA DE REGISTRO 54

1. EJE 1: REGISTRO DE MONITOREO DE SEÑALES Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA	58
A. PRIMER COMPONENTE: REGISTRO DE MONITOREO DE SEÑALES	59
B. SEGUNDO COMPONENTE: EVALUACIÓN FORMAL DE RIESGO SUICIDA PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE PROTECCIÓN.	62
2. EJE 2: REGISTRO DE ACCIONES EMPRENDIDAS ANTE ALERTA TEMPRANA DE RIESGO SUICIDA.....	74
A. PRIMER COMPONENTE: REGISTRO DE ABORDAJE INSTITUCIONAL FRENTE A ALERTAS TEMPRANAS.....	76
B. SEGUNDO COMPONENTE: REGISTRO EN PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII).....	79
C. TERCER COMPONENTE: ESTRATEGIA DE SEGURIDAD INDIVIDUAL PARA ALERTAS DE SUICIDIO	80
3. EJE 3: REGISTRO DE INTENTOS DE SUICIDIO Y ACCIONES EMPRENDIDAS ANTE INTENTOS DE SUICIDIO CON O SIN RESULTADO DE MUERTE	85
A. PRIMER COMPONENTE: REGISTRO DEL INTENTO DE SUICIDIO	86
B. SEGUNDO COMPONENTE: REGISTRO DE ACCIONES EMPRENDIDAS ANTE INTENTOS SIN RESULTADO DE MUERTE	88
C. TERCER COMPONENTE: REGISTRO ASOCIADO AL FALLECIMIENTO POR SUICIDIO	92
4. EJE 4: REGISTRO DEL PLAN ANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	97
A. PRIMER COMPONENTE: PLAN ANUAL.....	98
B. SEGUNDO COMPONENTE: EVALUACIÓN PLAN ANUAL	100

VII. CONCLUSIONES..... 2

VIII. RECOMENDACIONES..... 8

..... 12

IX. BIBLIOGRAFÍA..... 12

X. ANEXOS 23

A. ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	24
B. ANEXO 2 MATRIZ VACIADO CARPETAS	25
C. ANEXO 3 MATRIZ VACIADO ENTREVISTAS	29
D. ANEXO 4 PAUTAS DE ENTREVISTA	30
E. ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO RESPONSABLE	98

I. Introducción

El presente informe final corresponde al estudio titulado “Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes en el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia”, desarrollado en el marco de la licitación pública ID 1177296-27-LE24, por encargo del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (en adelante, el Servicio). Este estudio se sitúa en un contexto de transformación profunda del sistema de protección de la infancia en Chile, marcado por la creación del mencionado Servicio, en reemplazo del antiguo SENAME. Este cambio estructural busca superar los déficits históricos del modelo anterior y consolidar un sistema basado en el enfoque de derechos, con estándares más altos de protección, reparación y restitución para los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos.

En este marco, el nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia asume como una de sus prioridades estratégicas la mejora sustantiva de los sistemas de información y de las herramientas técnicas utilizadas para el seguimiento y la intervención en contextos de alta complejidad, como lo es el riesgo suicida. Como dan cuenta las bases técnicas de licitación, el estudio aquí presentado surge como una respuesta concreta a esa necesidad institucional, en tanto los registros actuales sobre salud mental e intentos de suicidio carecen de uniformidad, exhaustividad y claridad. Esta situación limita la posibilidad de identificar factores de riesgo, evaluar la efectividad de las intervenciones, y coordinar de manera adecuada a los distintos actores involucrados en la protección de los niños, niñas y adolescentes.

El estudio se inscribe, además, en el proceso de implementación de la Ley N°21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que establece como principio rector el interés superior del niño y refuerza el deber del Estado de contar con sistemas de información adecuados para monitorear el cumplimiento de derechos. También se alinea con los objetivos estratégicos del Servicio para el período 2024–2026, en particular con el objetivo número 3 (Resolución Exenta No 00286/2025), que plantea el desarrollo de mecanismos de seguimiento del proceso reparatorio y de restitución de derechos de los niños, niñas y adolescentes, asegurando que las prestaciones brindadas sean oportunas, pertinentes, y con enfoque de derechos humanos y de género. En este sentido, la elaboración de diseño de registro para casos de riesgo suicida no solo responde a una necesidad operativa, sino que representa una herramienta clave para avanzar en el fortalecimiento del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y garantizar el bienestar integral de los niños, niñas y adolescentes bajo resguardo del Estado.

Asimismo, contar con registros de suicidalidad funciona como una forma de vigilancia epidemiológica del fenómeno, ya que es un proceso donde la recopilación, registro, y análisis de datos sobre la trayectoria de los niños, niñas que enfrentan el proceso suicidal, contribuye a la planificación, implementación y evaluación de futuras acciones destinadas a la prevención y al abordaje de los procesos suicidales. En este sentido, dichos registros respaldan la toma de decisiones y permiten evaluar la eficacia de los programas de prevención en la reducción de las conductas suicidas.

En este contexto, el objetivo general de este estudio es “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar

los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Proyectos Ambulatorio (PRM-PPF) y Proyectos de Cuidado Alternativo Residencial”.

Asociado al objetivo general, se desprenden los objetivos específicos del estudio, que son los siguientes:

- a. Revisar los diferentes antecedentes que permiten identificar las historias de daño emocional y los registros de riesgo suicida de los niños, niñas y adolescentes, pertenecientes a los Proyectos Ambulatorio (PRM-PPF) y de Cuidado Alternativo (Residencias).
- b. Analizar las historias de daño y los casos de riesgos e intentos de suicidio observadas y descritas por los profesionales del Servicio, identificando las instituciones o profesionales con los cuales articulan estos eventos.
- c. Analizar los formatos, procesos y flujos de registro utilizados por los proyectos, para describir y dejar constancia de los casos de riesgos e intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, identificando elementos positivos y negativos en la forma de expresar la información.
- d. Identificar los procedimientos y las acciones desplegadas dentro de los proyectos en el manejo de casos de riesgos e intentos de suicidio, identificando sus facilitadores, obstaculizadores, fortalezas y debilidades.
- e. Identificar los factores individuales, de contexto y aquellos propios de la trayectoria de daño, que pueden influir en eventos de autolesión, intentos de suicidio y comportamientos suicidas.
- f. Elaborar una propuesta de registro de eventos referidos a la temática, que contenga formatos y métodos de registrar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio, focalizando que la información disponible sea apropiada para los profesionales vinculados a los procesos de intervención de los niños, niñas y adolescentes

El presente informe da cuenta de los resultados para cada uno de los objetivos precedentes y se organiza en 10 capítulos, el primero corresponde a esta introducción, le sigue el segundo capítulo, que refiere al marco teórico conceptual donde se realiza un análisis bibliográfico de temas y conceptos considerados claves para una mejor y mayor comprensión del estudio y sus alcances.

En el tercer capítulo se presenta la metodología utilizada para abordar los objetivos del estudio, exponiendo las fuentes de información consultadas, así como las técnicas e instrumentos de levantamiento y análisis de la información compilada.

El cuarto capítulo del informe da cuenta de los resultados del análisis integrado de datos respecto de la caracterización de historias de daño, así como de los formatos, procesos y flujos de registro utilizados actualmente por los proyectos protección. El quinto capítulo aborda la propuesta de diseño de registros de historia de daño y riesgo suicida, mientras que el sexto capítulo presenta las conclusiones que refieren a una breve síntesis de la metodología, del análisis y principales hallazgos del estudio. El séptimo capítulo ofrece las conclusiones del estudio, el octavo capítulo contiene la bibliografía y, por último, el noveno capítulo presenta los anexos de este estudio.

II. Marco Conceptual

En este apartado se presentan los hallazgos de la revisión bibliográfica realizada, los que dan cuenta de la complejidad del riesgo suicida, especialmente en el contexto proteccional. Es clave comprender que la conducta suicida es producto de la relación de la persona con su contexto—en este caso de niños, niñas y adolescentes como ser biopsicosocial—y que, además del factor desencadenante, cobra centralidad el cómo vive la persona el contexto que enfrenta. Por lo tanto, debe ser comprendida y analizada desde esa complejidad.

Para comprender este fenómeno, este capítulo presenta una breve descripción de la epidemiología del suicidio en niños, niñas y adolescentes, abordando su prevalencia, principales determinantes, factores protectores y de riesgo, así como su sintomatología con especial énfasis en la población atendida por los sistemas de protección de la infancia. Se aborda también una revisión conceptual y teórica del riesgo suicida, incluyendo las bases teóricas y explicativas del fenómeno, así como los elementos normativos y organizacionales vigentes en Chile y en el Servicio sobre esta problemática. Finalmente, se presentan dimensiones claves de los flujos y servicios pertinentes para abordar el riesgo suicida, junto con las características que debería tener un sistema de registro adecuado para cumplir este tipo de tarea.

1. Epidemiología: Prevalencia y determinantes de suicidio en niños, niñas y adolescentes.

En este apartado recoge un análisis de la prevalencia y determinantes de suicidio en niños, niñas y adolescentes en general y en particular en el caso de la población que recibe servicios de protección. Para ello, se presentan los principales resultados y estadísticas hallados en la bibliografía que permiten afirmar una creciente tendencia de suicidalidad. De esta manera, este apartado presenta: a) la prevalencia del suicidio en niños, niñas y adolescentes analizado como un problema de público; b) los hallazgos de la situación de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes en sistemas de protección especializada; y c) evidencia sobre la sintomatología, factores de riesgo y protección de suicidio en niños, niñas y adolescentes en la población general y aquella que se encuentra en sistemas proteccionales de niñez y adolescencia.

a. Prevalencia del suicidio en niños, niñas y adolescentes en Chile.

El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes en Chile, constituyendo una preocupación creciente en los últimos años. Según datos de la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET) (2020), en 2017, el suicidio por lesiones autoinfligidas fue la principal causa de muerte externa en jóvenes de entre 15 y 29 años. En este grupo etario, las tasas de suicidio han mostrado un aumento progresivo, con un notable repunte desde la década de 2000. A pesar de que las lesiones no intencionales siguen siendo la principal causa de muerte en jóvenes, el suicidio ocupa un lugar destacado en las estadísticas de mortalidad. En el caso de Chile, independiente del grupo etario, sexo o región, el ahorcamiento es el método más utilizado por adolescentes, representando el 90% de los casos (Gutiérrez, 2023)

El suicidio en la población infanto-juvenil en Chile muestra variaciones significativas según el grupo etario. En el caso de niñas y niños de hasta 9 años, el suicidio es un fenómeno poco frecuente, aunque no ausente. Según Gutiérrez (2023), quien analizó los registros públicos de defunciones del MINSAL, las tasas de suicidio en este grupo han disminuido de manera notable: de 8 casos registrados en la década 2000-2009, se redujeron a 2 entre 2010 y 2019, y para el período de 2020 a marzo de 2023 se registró una sola muerte por suicidio. Esta tendencia sugiere que el suicidio infantil ha disminuido en las últimas dos décadas.

Sin embargo, la situación cambia en la adolescencia, donde las tasas de muerte por suicidio han mostrado un aumento considerable, especialmente entre 2021 y 2022, con un incremento del 31% en comparación con años previos. Según Gutiérrez (2023) este incremento se concentra principalmente en la adolescencia tardía (15-19 años), con una tendencia al alza conforme aumenta la edad. Se señala que entre 2013 y 2023 los adolescentes de 19 años tuvieron 2,6 veces más probabilidades de suicidarse que los de 15 años, dado que durante ese período se registraron 285 suicidios cometidos por jóvenes de 19 años y 110 por adolescentes de 15 años. El acelerado incremento en los últimos años (2021 y 2022), han llevado a alcanzar cifras similares a las de 2013 y 2015, que habían disminuido previo a la pandemia y en donde hoy se esgrimen como posibles hipótesis el incremento en el uso de pantallas y la crisis de salud mental, derivados de la pandemia por COVID 19.

Gutiérrez (2023) señala que, en cuanto a las características según género, en 2021, se observó un incremento significativo de los suicidios consumados por mujeres, reduciendo la brecha de género que señala que los hombres tienden a ser más efectivos en consumir el suicidio, es decir, hay más prevalencia de suicidios masculinos. Esta tendencia de aumento de suicidios consumados por mujeres se distribuye de manera distinta a lo largo del territorio, siendo la región Metropolitana en la que se evidencia con más fuerza, particularmente en el grupo de entre 15 y 19 años. En este sentido, se vuelven relevantes las diferencias que se puedan encontrar desde un análisis territorial, que involucra directamente factores culturales y medioambientales. Araneda et. al. (2021) destacaron que las regiones de Aysén, Los Lagos, Magallanes y los Ríos presentan las tasas más altas de mortalidad por suicidio. En particular en la región de Aysén tiene un riesgo relativo de 3,5 para hombres; 2,7 para jóvenes tardíos, comparado con un 2,0 en la población general de la región.

También se identifica dentro de las variables de género, los hallazgos que afirman que la población LGBTIQ+ presenta mayor prevalencia de riesgo suicida que la heterosexual, tanto en ideación como en intentos. Según Tomicic et al. (2014), al revisar la evidencia existente se puede afirmar que la población LGBTIQ+ muestra peores indicadores de salud mental (síntomatología depresiva y ansiosa, abuso de sustancias y conductas autolesivas). Se afirma por los autores, que la probabilidad de ideación suicida e intentos es de hasta siete veces más comparado a jóvenes heterosexuales. Por su parte, Buhning e Inostroza (2022) señalan que en un estudio realizado en jóvenes LGBTIQ+ en Chile, el 33,9% ha considerado quitarse la vida algunas veces y 16,1% lo ha considerado muchas veces. Este mismo estudio señala que el 59% de los y las participantes presentaron una ideación suicida de riesgo según la escala de medición del estudio y que 34,6% de los jóvenes que participaron del estudio habían efectivamente intentado quitarse la vida al menos en una ocasión. En particular el estudio señala que, del grupo total de

personas LGBTQ+ estudiadas, quienes eran de sexo femenino presentaron mayor ideación e intentos suicida que las de sexo masculino; que al analizar por identidad de género femenino, masculino o no binario, es este último el grupo de mayor riesgo suicida, tanto en ideación como en intentos; y que, en relación con su orientación sexual, constituyen el grupo más riesgoso los que se identifican como bisexuales, en comparación a las lesbianas y homosexuales.

En consecuencia, el aumento del suicidio adolescente, especialmente en la adolescencia tardía, y la creciente preocupación por los suicidios en mujeres y en la comunidad LGBTQIA+ en Chile, requieren una respuesta integral que involucre a todos los sectores sociales.

Es fundamental desarrollar políticas públicas que aborden los factores de riesgo, tales como la exclusión social, el bullying y la falta de apoyo emocional, además de promover un entorno de aceptación y apoyo para jóvenes vulnerables. Así mismo, se debe considerar la heterogeneidad de la realidad regional y social del país, para implementar estrategias de prevención más efectivas que respondan a las particularidades de cada territorio.

b. Panorama del Suicidio en Sistemas de Protección Especializada

El suicidio entre niñas, niños y adolescentes en los sistemas de protección especializada es un tema crítico y preocupante que se ha estudiado a nivel mundial, aunque sigue estando menos investigado en comparación con el suicidio en la población general. Los sistemas de protección especializada incluyen a niños, niñas y adolescentes que sufren vulneraciones, que están bajo cuidado del Estado, y que pueden haber experimentado abuso, negligencia o trauma, lo que les coloca en una posición de riesgo particularmente alto de problemas de salud mental y comportamientos suicidas. A continuación, se presenta un resumen de los datos y estudios globales sobre el suicidio en niñas, niños y adolescentes dentro de los sistemas de protección especializada, así como los factores clave que contribuyen a su mayor riesgo.

Esta población enfrenta alto riesgo de suicidio, se ha establecido que tienen más probabilidades de morir por suicidio en comparación con sus pares en la población general. Los estudios (Palmer et al 2021; Mintz et al 2024; Ruch et al 2023) han demostrado que este grupo enfrentan una variedad de desafíos que aumentan significativamente su vulnerabilidad a comportamientos suicidas, como trastornos de salud mental, abuso, negligencia, problemas de apego, trauma y aislamiento social. En general, la tasa de suicidio entre niños, niñas y adolescentes ya es más alta que en otros grupos de edad, pero aquellos que son atendidos por servicios de protección estatal experimentan tasas de suicidio aún más altas debido a factores de riesgo acumulados. En particular, se ha encontrado que si bien hay una tendencia a establecer que los niños, niñas y adolescentes con antecedentes de haber estado en familias de acogida tienen probabilidades significativamente mayores de suicidio antes de los 18 años (Kalland et al 2001; Hjern et al, 2004; Wasserman et al 2005); el estudio de Palmer et al (2021) indica que el riesgo no es exclusivo de estos grupos que están bajo el cuidado de familias de acogida, sino que el universo niños, niñas y

adolescentes que han sido derivados al sistema de protección infantil por presunto maltrato¹ tiene un riesgo igualmente elevado de muerte por suicidio, especialmente cuando, habiendo sido derivados al sistema, no recibieron atención. Estos grupos enfrentan tres veces más riesgo de suicidio en comparación con aquellos grupos que nunca fueron denunciados por maltrato.

Este dato es muy relevante para dar atención a las solicitudes de atención con reportes de maltrato, y con urgencia reducir las listas de espera en los servicios sociales de niñez, ya que el reporte constituye en sí mismo una señal importante de riesgo. Se complementa además con los hallazgos de Mintz et al (2024) que indica que los niños y niñas entre 6 y 10 años tienen más riesgo suicida cuando tienen historia de maltrato, combinado con pertenecer a grupos étnicos que sufren exclusión, particularmente cuando son varones. Los autores recalcan considerar los impactos de las desigualdades estructurales y sociales (por ejemplo, el racismo).

En Estados Unidos un estudio poblacional (Ruch et al 2023) que utilizó registros administrativos para demostrar que el riesgo de intentos de suicidio y muertes por suicidio (según lo documentado por visitas al servicio de urgencias, hospitalizaciones y registros de defunción) entre niños, niñas y jóvenes con antecedentes de cuidado alternativo (que se encuentran al cuidado del Estado después de ser removidos de sus hogares por vulneración de derechos) es entre 2 y 6 veces mayor que las tasas en general. Se encontró además que quienes habían cometido suicidio y estaban atendidos por el sistema de protección presentaban problemas de salud mental en un 55.5% comparado con el 47.8% de quienes no estaban atendidos por el sistema. La presencia de alcohol, opioides o mariguana al momento de muerte fue significativamente más alta en el grupo que recibía atención del sistema de protección, también fue más alta en este grupo la existencia de historias de intentos de suicidio. Todos estos resultados muestran la necesidad de estrategias de identificación de riesgos más efectivas, lo mismo que estrategias de prevención en los sistemas de protección en niñez y adolescencia.

En el Reino Unido, Rhiannon et.al. (2017) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis que compara la prevalencia de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio en niños y jóvenes que reciben servicios de sistemas de protección, ambulatorios o de cuidado alternativo, con poblaciones que no reciben cuidado. La prevalencia estimada de ideación suicida fue del 24,7% en niños, niñas y jóvenes atendidos por el sistema de protección, en comparación con el 11,4% en poblaciones que no estaban atendidos por el servicio de protección. La prevalencia de intento de suicidio fue del 3,6% frente al 0,8%. Los resultados de la revisión sistemática y el metaanálisis confirman que los intentos de suicidio son tres veces más probables en niños, niñas y jóvenes en que reciben servicios de protección en comparación con poblaciones que no forman parte del sistema proteccional alternativo.

¹ En estos estudios se entiende por maltrato abuso sexual infantil, abuso físico y emocional y negligencia (Miller et al 2013)

En Canadá, el estudio de Farand et. al. (2004) encontró que, en la provincia de Quebec, los adolescentes involucrados en los sistemas de bienestar infantil y justicia juvenil cometieron al menos un tercio de todos los suicidios consumados en su grupo de edad en 1995 y 1996. Su riesgo de suicidio, estandarizado por edad y sexo, era cinco veces mayor que el de la población adolescente general, y las jóvenes infractoras de ley tenían el mayor riesgo relativo de suicidio.

En Australia, de acuerdo con el estudio de O'Hare et.al. (2023) se evidenció que los servicios de protección infantil registraron la mayor proporción reportes de autolesiones e ideación suicida en adolescentes, y más tempranamente que los reportes de otros incidentes de autolesión registrados por otros servicios, tales como centros de salud o la policía. Sin embargo, obtenían acceso a los servicios de salud más fácilmente que a los programas de protección o policiales. Los hallazgos señalan la necesidad de coordinación para evitar superposición de servicios y trabajo interinstitucional de prevención del suicidio.

El suicidio en niños, niñas y adolescentes bajo protección es una crisis global que requiere atención urgente. Intervenciones de salud mental, entornos estables y programas proactivos de prevención son esenciales para proteger a esta población vulnerable.

Panorama Nacional del Suicidio en Sistemas de Protección Especializada

El suicidio entre niñas, niños y adolescentes en los sistemas de protección especializada es un tema crítico y preocupante que se ha estudiado a nivel mundial, aunque sigue estando menos investigado en comparación con el suicidio en la población general. Los sistemas de protección especializada incluyen a niños, niñas y adolescentes que sufren vulneraciones, que están bajo cuidado del Estado, y que pueden haber experimentado abuso, negligencia o trauma, lo que les coloca en una posición de riesgo particularmente alto de problemas de salud mental y comportamientos suicidas. A continuación, se presenta un resumen de los datos y estudios globales sobre el suicidio en niñas, niños y adolescentes dentro de los sistemas de protección especializada, así como los factores clave que contribuyen a su mayor riesgo.

Esta población enfrenta alto riesgo de suicidio, se ha establecido que tienen más probabilidades de morir por suicidio en comparación con sus pares en la población general. Los estudios (Palmer et al 2021; Mintz et al 2024; Ruch et al 2023) han demostrado que este grupo enfrentan una variedad de desafíos que aumentan significativamente su vulnerabilidad a comportamientos suicidas, como trastornos de salud mental, abuso, negligencia, problemas de apego, trauma y aislamiento social. En general, la tasa de suicidio entre niños, niñas y adolescentes ya es más alta que en otros grupos de edad, pero aquellos que son atendidos por servicios de protección estatal experimentan tasas de suicidio aún más altas debido a factores de riesgo acumulados. En particular, se ha encontrado que si bien hay una tendencia a establecer que los niños, niñas y adolescentes con antecedentes de haber estado en familias de acogida tienen probabilidades significativamente mayores de suicidio antes de los 18 años (Kalland et al 2001; Hjern et al, 2004; Wasserman et al 2005); el estudio de Palmer et al (2021) indica que el riesgo no es exclusivo de estos grupos que están bajo el cuidado de familias de acogida, sino que el universo niños, niñas y

adolescentes que han sido derivados al sistema de protección infantil por presunto maltrato² tiene un riesgo igualmente elevado de muerte por suicidio, especialmente cuando, habiendo sido derivados al sistema, no recibieron atención. Estos grupos enfrentan tres veces más riesgo de suicidio en comparación con aquellos grupos que nunca fueron denunciados por maltrato.

Este dato es muy relevante para dar atención a las solicitudes de atención con reportes de maltrato, y con urgencia reducir las listas de espera en los servicios sociales de niñez, ya que el reporte constituye en sí mismo una señal importante de riesgo. Se complementa además con los hallazgos de Mintz et al (2024) que indica que los niños y niñas entre 6 y 10 años tienen más riesgo suicida cuando tienen historia de maltrato, combinado con pertenecer a grupos étnicos que sufren exclusión, particularmente cuando son varones. Los autores recalcan considerar los impactos de las desigualdades estructurales y sociales (por ejemplo, el racismo).

En Estados Unidos un estudio poblacional (Ruch et al 2023) que utilizó registros administrativos para demostrar que el riesgo de intentos de suicidio y muertes por suicidio (según lo documentado por visitas al servicio de urgencias, hospitalizaciones y registros de defunción) entre niños, niñas y jóvenes con antecedentes de cuidado alternativo (que se encuentran al cuidado del Estado después de ser removidos de sus hogares por vulneración de derechos) es entre 2 y 6 veces mayor que las tasas en general. Se encontró además que quienes habían cometido suicidio y estaban atendidos por el sistema de protección presentaban problemas de salud mental en un 55.5% comparado con el 47.8% de quienes no estaban atendidos por el sistema. La presencia de alcohol, opioides o mariguana al momento de muerte fue significativamente más alta en el grupo que recibía atención del sistema de protección, también fue más alta en este grupo la existencia de historias de intentos de suicidio. Todos estos resultados muestran la necesidad de estrategias de identificación de riesgos más efectivas, lo mismo que estrategias de prevención en los sistemas de protección en niñez y adolescencia.

En el Reino Unido, Rhiannon et.al. (2017) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis que compara la prevalencia de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio en niños y jóvenes que reciben servicios de sistemas de protección, ambulatorios o de cuidado alternativo, con poblaciones que no reciben cuidado. La prevalencia estimada de ideación suicida fue del 24,7% en niños, niñas y jóvenes atendidos por el sistema de protección, en comparación con el 11,4% en poblaciones que no estaban atendidos por el servicio de protección. La prevalencia de intento de suicidio fue del 3,6% frente al 0,8%. Los resultados de la revisión sistemática y el metaanálisis confirman que los intentos de suicidio son tres veces más probables en niños, niñas y jóvenes en que reciben servicios de protección en comparación con poblaciones que no forman parte del sistema proteccional alternativo.

² En estos estudios se entiende por maltrato abuso sexual infantil, abuso físico y emocional y negligencia (Miller et al 2013)

En Canadá, el estudio de Farand et. al. (2004) encontró que, en la provincia de Quebec, los adolescentes involucrados en los sistemas de bienestar infantil y justicia juvenil cometieron al menos un tercio de todos los suicidios consumados en su grupo de edad en 1995 y 1996. Su riesgo de suicidio, estandarizado por edad y sexo, era cinco veces mayor que el de la población adolescente general, y las jóvenes infractoras de ley tenían el mayor riesgo relativo de suicidio.

En Australia, de acuerdo con el estudio de O'Hare et.al. (2023) se evidenció que los servicios de protección infantil registraron la mayor proporción reportes de autolesiones e ideación suicida en adolescentes, y más tempranamente que los reportes de otros incidentes de autolesión registrados por otros servicios, tales como centros de salud o la policía. Sin embargo, obtenían acceso a los servicios de salud más fácilmente que a los programas de protección o policiales. Los hallazgos señalan la necesidad de coordinación para evitar superposición de servicios y trabajo interinstitucional de prevención del suicidio.

El suicidio en niños, niñas y adolescentes bajo protección es una crisis global que requiere atención urgente. Intervenciones de salud mental, entornos estables y programas proactivos de prevención son esenciales para proteger a esta población vulnerable.

Panorama Nacional del Suicidio en Sistemas de Protección Especializada

El suicidio infantil y adolescente dentro de los programas de protección de niñas, niños y adolescentes en Chile es una preocupación crítica que pone de relieve las complejidades y las vulnerabilidades a las que están expuestos. Los programas que forman parte del Sistema de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia están diseñados para resguardar a los niños, niñas y adolescentes en riesgo, pero las altas tasas de suicidio dentro de este grupo subrayan la necesidad de mejorar los protocolos de atención, la intervención temprana y la atención en salud mental.

Aunque las cifras exactas son difíciles de obtener debido a la falta de registros centralizados, varios informes sugieren que los niños, niñas y adolescentes que están bajo protección estatal o en situaciones de desamparo familiar tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio que quienes no se encuentran en situaciones, lo cual coincide con lo expuesto en la sección precedente. Estudios clave son expuestos a continuación:

- El estudio de Bustos y Pereda (2024) es el más actualizado y específico en estudiar la polivictimización y conducta suicida en programas ambulatorios del Servicio en el contexto de la pandemia por Covid 19. Respecto a la conducta suicida, el 30.7% de los jóvenes de la muestra informó haber presentado algún tipo de conducta suicida desde el inicio de la cuarentena. Un 29.9% refiere haber pensado en quitarse la vida (ideación suicida). De ellos, un 3.4% (4 jóvenes) mencionó la ideación suicida como "frecuente". La planificación suicida alcanzó un 29.2%, existiendo dos jóvenes que respondieron que "frecuentemente" (0.9%) y "siempre" (0.9%) tenían planes suicidas. Finalmente, un 18.2% de los y las jóvenes informó haber intentado quitarse la vida, 19 jóvenes expresaron que lo intentaron "a veces", uno "frecuentemente" (0.9%) y otro "siempre" (0.9%).

- El estudio señala mayor riesgo en adolescentes que presentan experiencias de polivictimización (3.6 veces más probabilidades de incurrir en conductas suicidas); adolescentes que se identifican con el género femenino (5.6 veces más probabilidad de presentar conductas suicidas). De igual manera, los y las adolescentes que se identificaron con la orientación sexual LGBT+ presentaron 3 veces más probabilidad de presentar conductas suicidas en comparación con adolescentes heterosexuales.
- La Defensoría de la Niñez, logró determinar que de las 878 muertes de niños, niñas y adolescentes registradas al interior de la red SENAME, ocurridas entre enero de 2005 y julio de 2016, solo 347 casos fueron conocidos por la Fiscalía y 200 de ellos investigados. De estos últimos, 185 ya han sido terminados, en su mayoría por decisiones procesales de sobreseimiento (44%) y decisión de no perseverar en la investigación (45%), existiendo solo un 2% de los casos terminados con alguna condena (Observatorio de Derechos Defensoría de la Niñez, 2022).
- El Informe del Observatorio para la Confianza (2021) identifica fallecimientos de niños, niñas y adolescentes vigentes en el Servicio y en Justicia Juvenil el año 2019, sin distinguir entre sistema de protección y justicia juvenil, aunque sí se indica que el total de fallecidos en el sistema de protección equivale al 81%. I. La Tabla 1 señala los números de fallecidos de adolescentes entre 14 y 18 años en ambos sistemas, en el único rango de edades donde se declara un suicidio.

TABLA 1. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS, FALLECIDOS EN 2019, SEGÚN CAUSA SISTEMA DE PROTECCIÓN Y JUSTICIA JUVENIL

Causa de Fallecimiento	Cantidad
Accidente cerebro vascular isquémico	1
Anemia aguda	1
Arritmia	1
Asfixia por incendio de casa/habitación	1
Asfixia por inhalación	1
Falla orgánica	1
Falla orgánica múltiple	1
Falla respiratoria catastrófica	1
Hecho de tránsito	1
Insuficiencia multisistémica	1
Insuficiencia respiratoria aguda	1
Intoxicación medicamentosa	1
Shock séptico	1
Síndrome asfíctico	1
Suicidio	1
Traumatismo craneo encefálico	1
Politraumatismo por accidente de tránsito	1
No precisada o en estudio	5
Ahorcamiento	8
Herida por arma de fuego	10
Total	44

Fuente: Observatorio para la Confianza (2021)

Los estudios y datos expuestos indican que existe alta vulnerabilidad suicida en los adolescentes que reciben atenciones del Servicio, particularmente durante la pandemia, y especialmente en quienes sufren polivictimización, mujeres y población LGTBQ+. No obstante, al existir precariedad en los registros e investigaciones que permitan detectar con precisión las causas de fallecimiento de los niños, niñas y adolescentes y, por lo tanto, no contar con información rigurosa y específica sobre el suicidio: antecedentes, factores precipitantes, características de la población en contexto proteccional, la consecuencia es que el diseño de acciones preventivas y de acompañamiento se vea muy limitado.

La necesidad de registros e investigación sobre los fallecimientos y su distinción respecto a los suicidios es muy relevante, ya que a partir de lo descrito anteriormente se colige que los riesgos de conducta suicida en la población del sistema de protección especializado en Chile son similares a los indicados previamente a nivel global. Los estudios de Seiler et al. (2016), Santelices et al. (2024) relevan características de la población en protección especializada tales como la existencia de trauma y abuso; estigmatización y aislamiento; falta de atención adecuada en salud mental; falta de estabilidad emocional provocada por el continuo cambio de cuidado alternativo o el paso por diferentes instituciones de protección.

c. Factores de riesgo suicida en contextos protectores de niñez y adolescencia y sintomatología

Para abordar la prevalencia de la conducta suicida, es necesario adoptar un enfoque integral que considera no solo los factores de riesgo individuales, sino también los sociales, familiares y culturales que afectan a adolescentes en situación de vulnerabilidad. Salvo y Melipillán (2008) destacan la importancia de analizar tanto las condiciones psicológicas como las sociales y familiares como factores de riesgo. Esta clasificación se ha complementado con hallazgos de diversos estudios, lo que permite una revisión más completa de los factores de riesgo presentes en la población infantil y adolescente. Si bien estos factores se observan en general en toda la población infanto-juvenil, su prevalencia es mayor en quienes están bajo protección de servicios sociales, ya sea porque motivan el ingreso al sistema o porque se intensifican dentro de estos servicios. El siguiente cuadro resume estos factores de riesgo de modo general, indicando los autores que los abordan desde las dimensiones individual-psicológica, sociocultural y ambiental.

Tabla 1 FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN CONTEXTOS PROTECCIONALES

FACTORES DE RIESGO		DESCRIPCIÓN Y MANIFESTACIONES	REFERENCIAS
Factores Individuales y Psicológicos.	Abuso y violencia familiar. Historial de abuso físico, emocional o sexual, negligencia o exposición a la violencia.	Aumento de la probabilidad de desarrollar trastornos de salud mental, como depresión, ansiedad, TEPT y trastornos de personalidad límite, todos los cuales contribuyen a un mayor riesgo de suicidio	Herman, J. L. (2015). van Der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019).

FACTORES DE RIESGO		DESCRIPCIÓN Y MANIFESTACIONES	REFERENCIAS
	Desestructuración familiar	Eventos de quiebre inesperados y no abordados pertinentemente generando desintegración familiar, falta de apoyo emocional y afectivo puede generar aislamiento.	Salvo y Melipillán (2008)
	Pérdida o separación significativa. Disrupciones en el apego debido a cambios frecuentes de familias de acogida o residencias	Sentimientos de abandono y alienación, que pueden llevar a desregulación emocional, desesperanza y desesperación, que son precursores comunes del suicidio	Rostill-Brookes, H., Larkin, M., Toms, A., & Churchman, C. (2011) Bradley, C. (2017).
Factores socio-culturales, familiares y ambientales	Discriminación y el rechazo social que enfrentan las personas LGBTIQ+ en diferentes contextos	La cultura de homofobia, propia del contexto chileno, donde aún persisten actitudes homofóbicas y transfóbicas en diversas capas sociales, los jóvenes se enfrentan a un entorno en el que su identidad sexual o de género no es válida ni aceptada. Esto crea un sentimiento de invisibilidad y un aumento de la vulnerabilidad emocional frente a problemas como el bullying escolar, la exclusión social y las crisis de identidad.	Tomicic et al. (2014 y 2020) Hughes et al. (2023)
	Falta de apoyo familiar a personas LGTBIQ+	Rechazo familiar, falta de aceptación por parte de los padres y la violencia verbal y física en algunos casos son factores determinantes. Los adolescentes homosexuales y lesbianas que experimentan rechazo familiar tienden a aislarse más, desarrollando depresión y sentimientos de inutilidad.	Tomicic et al. (2014 y 2020)
	Estigma y discriminación social	Por razones de género, orientación sexual, etnia, estatus socioeconómico u otras características puede generar sentimientos de exclusión y vulnerabilidad emocional, exacerbando los riesgos de suicidio	Salvo y Melipillán (2008)
	Presiones académicas y sociales	Rendimiento académico y presiones sociales producen gran carga emocional haciendo sentir que no pueden afrontar esa presión.	Salvo y Melipillán (2008)
	Violencia Social y contexto cultural	Entorno de alta conflictividad social que provoca estrés crónico	Salvo y Melipillán (2008)
	Sufrir bullying o acoso escolar	Tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio.	Salvo y Melipillán (2008)
	Ser víctima de ciberbullying	Se ha identificado una relación directa entre las redes sociales y el suicidio de adolescentes en el caso de las víctimas de ciberacoso o victimización grave.	Balt et al. (2023)
	Influencia de los medios de comunicación	Normalizar el suicidio o aproximarse a él sensacionalistamente, pueden generar efecto imitación (efecto Werther)	Salvo y Melipillán (2008) Chesin et al. (2021)
	Desesperación ante situaciones de vida difíciles	El estrés crónico, derivado de situaciones de vida adversas, como el fracaso escolar, el desempleo o la presión económica, puede generar un sentimiento de	Echeburúa, et. al. (2015)

FACTORES DE RIESGO	DESCRIPCIÓN Y MANIFESTACIONES	REFERENCIAS
	desesperación en los adolescentes, que, si no se maneja adecuadamente, puede desembocar en suicidio en contextos proteccionales de niñez y adolescencia.	
Redes. Aislamiento social y estigma por parte de sus pares. Falta de una red de apoyo estable de familia y amigos debido a su historial de separación de sus familias biológicas	Falta de apoyo de amigos, la dificultad para comunicarse con los demás o la exclusión social puede ser un factor determinante en el desarrollo de pensamientos suicidas. Contribuye a sentimientos de inutilidad o falta de propósito, predictores fuertes de pensamientos suicidas. La falta de figuras adultas estables en sus vidas puede contribuir a sentimientos de soledad y desesperación	Evans, D. L., Foa, E. B., Gur, R. E., Hendin, H., O'Brien, C. P., Seligman, M. E., & Walsh, B. T. (Eds.). (2005). Jimeno, M. V. (2016). Mitchell, M. B. (2018). Hamilton et al. (2021)
Uso indiscriminado de pantallas y actividad online.	Impacto en la salud mental, particularmente el uso de redes sociales y la visualización de contenido autolesivo y suicida. La visualización de este tipo de contenidos puede provocar contagio o efecto imitación, normalizar y desencadenar o promover (mediante retos) la autolesión y desalentar la búsqueda de ayuda en los jóvenes.	Marchant et al. (2021) Balt et al. (2023)
Consumo de sustancias	Pueden alterar el juicio, disminuir las inhibiciones y hacer que los adolescentes sean más propensos a actuar impulsivamente durante momentos de crisis emocional.	Salvo y Melipillán (2008)
Acceso a medios letales, como armas de fuego, pesticidas o medicamentos.	Aumentar el riesgo de suicidio, especialmente si el adolescente está experimentando una crisis emocional	Echeburúa et. al. (2015)
Daño acumulado en los sistemas proteccionales	Los niños, niñas y adolescentes en sistemas de protección han enfrentado de manera simultánea varios de los factores de riesgo descritos anteriormente, es lo que se ha denominado daño acumulado, lo que también genera que reporten intentos de suicidio superiores al promedio a lo largo de la vida. La historia vital de niños, niñas y adolescentes en sistemas de protección connota un mayor riesgo: numerosos problemas en la vida, ausencia de una conexión o apego cercano con alguien, un intento de suicidio en el pasado, falta de motivación para existir y una profunda desesperanza. La declaración explícita de desesperanza sugiere una vulnerabilidad y un riesgo considerables.	Trew et. Al. 2020, Evans et. al. 2017 Duprey et al. (2022)

FACTORES DE RIESGO	DESCRIPCIÓN Y MANIFESTACIONES	REFERENCIAS
	En particular, el cuidado alternativo (familia de acogida y residencias) se asocia a un mayor riesgo de conductas relacionadas con el suicidio. Esto implica que el cuidado alternativo es un factor de riesgo en sí mismo.	

Fuente: Elaboración propia

La sintomatología es un aspecto clave para detectar riesgo suicida. Su identificación temprana en niños, niñas y adolescentes es crucial para la prevención de conductas de riesgo suicida. Estas señales pueden manifestarse tanto verbalmente como a través del comportamiento y deben ser monitoreados sistemáticamente. Las señales de alerta incluyen verbalizaciones o expresiones escritas sobre el deseo de morir, hacerse daño, sentirse atrapado, no encontrar razones para vivir o experimentar un dolor emocional intolerable. A nivel conductual, se pueden observar cambios como aumento en el consumo de sustancias, alteraciones del sueño, irritabilidad, apatía, aislamiento, actos de despedida o búsquedas en internet sobre métodos suicidas (MINSAL, 2013; Resolución Exenta N°1.174, 2023). Estas manifestaciones pueden ser indicativas de un malestar profundo y persistente, especialmente en contextos de protección especializada, donde los niños, niñas y adolescentes han estado expuestos a experiencias traumáticas o de vulneración de derechos. La sistematización de la observación de estas señales permite activar alertas tempranas y articular respuestas clínicas y psicosociales oportunas (Nock et al., 2006).

La literatura especializada y las directrices del Ministerio de Salud coinciden en que el riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes está asociado a una interacción compleja entre factores protectores de riesgo individuales, familiares, sociales y contextuales (Melvin et. al en Estrategia Nacional de Suicidio; 2025: 19). Por ello, contar con la información respecto de dichos factores puede ser iluminador, más no predictor del riesgo, para ello la recomendación es la entrevista clínica y la evaluación de sintomatología directa asociada al suicidio por medio de escalas simples pero efectivas.

Existe consenso en que los factores de riesgo y protección de suicidio se pueden organizar en tres grandes áreas:

- **Salud y salud mental:** El riesgo aumenta en presencia de trastornos del ánimo, ansiedad, conductas problemáticas o consumo de sustancias; mientras que la resiliencia, autoestima, manejo emocional y acceso a tratamiento actúan como factores protectores (Olfson et al., 2018).
- **Sociales y familiares:** Las experiencias de abuso, violencia, negligencia, pérdidas significativas, discriminación o antecedentes familiares de suicidio o adicciones son factores de riesgo reconocidos. En cambio, la existencia de vínculos familiares seguros, apoyo escolar, comunicación abierta y participación en actividades recreativas refuerzan la protección (Taussig et al., 2014; Duarte et al., 2020).

- **Socioculturales y medioambientales:** El contexto comunitario también puede actuar como factor de riesgo (violencia, pobreza, bullying, exclusión social) o de protección (espacios seguros, servicios accesibles, integración social, instituciones confiables) (MINSAL, 2013).

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013) sintetiza estos factores según la etapa del ciclo vital. En la niñez destacan el maltrato, trastornos del control de impulsos, desregulación emocional y experiencias adversas familiares. En la adolescencia se suman intentos suicidas previos, dificultades académicas, alteraciones en la sexualidad, consumo de sustancias, enfermedades mentales graves y ruptura de vínculos afectivos. Estos factores pueden amplificarse en contextos de institucionalización o cuidado alternativo ya que, como subrayan Russell et al. (2021), las niñas, niños y adolescentes en sistemas de protección enfrentan un mayor riesgo de suicidio que sus pares fuera de estos sistemas, debido a la considerable superposición conceptual entre el riesgo suicida y el perfil de trauma.

Por otra parte, un tema clave en la evaluación del riesgo suicida es comprender la relación entre las autolesiones deliberadas y la intención suicida. La evidencia señala que no toda autolesión implica deseo de morir, pero su presencia debe ser considerada un importante marcador de malestar emocional. Las autolesiones no suicidas (ANS) suelen aparecer como estrategias de regulación emocional, expresión de angustia o intentos de controlar situaciones de estrés (Sarmiento, et al; 2019; Gautam et al., 2025; Geulayov et al., 2022). Estas conductas son especialmente prevalentes en población bajo protección del Estado, debido a la exposición acumulativa a factores de riesgo como el maltrato, el abandono, la inestabilidad familiar o institucional y los trastornos de salud mental (Thompson et al., 2005; Hassler et al., 2024).

Al respecto, es posible identificar los siguientes factores de riesgo de autolesiones y su relación con el riesgo suicida:

- **Maltrato infantil:** El maltrato infantil, especialmente de tipo físico, sexual y psicológico, se relaciona fuertemente con conductas autolesivas (Thompson et al., 2005; Schumacher et al., 2015). Taussig (2014) destaca que la frecuencia, duración y gravedad del abuso son variables clave. La autolesión es descrita como una estrategia de afrontamiento disfuncional ante emociones intensas y un importante predictor de conductas suicidas futuras (Duarte et al., 2020).
- **Contexto del sistema de protección:** En adolescentes los cambios frecuentes de hogar, la vida en centros de detención o grupos residenciales, así como la separación de la familia biológica, generan estrés significativo. Estos factores, junto con la sensación de aislamiento y desconfianza hacia cuidadores, aumentan el riesgo de autolesión (Taussig et al., 2014).
- **Adolescencia y diferencias de género:** Los y las adolescentes presentan mayor prevalencia de autolesión deliberada, con una media de inicio a los 13 años (Gillies et al., 2018; Hawton et al., 2002). Goulbourne et al. (2025) destacan una mayor susceptibilidad en adolescentes mujeres, asociada a influencia de pares, consumo de sustancias, ansiedad, depresión y baja autoestima.

En varones, los factores de riesgo de autolesión más relevantes son la conducta suicida en personas cercanas y baja autoestima.

- **Niñez temprana:** En niños y niñas de 5 a 12 años, Geulayov et al. (2022) encontraron que un 32 % tuvo episodios repetidos de autolesión tras su primera consulta hospitalaria, siendo los principales desencadenantes los conflictos familiares (53,1 %), el maltrato (7,5 %) y los problemas de salud mental (6,5 %).
- **Salud mental y continuidad del riesgo:** Los adolescentes con síntomas depresivos graves y antecedentes de autolesión presentan una alta probabilidad de reincidencia. Según Nock et al. (2006), el 70 % de quienes se autolesionan sin intención suicida terminan realizando al menos un intento suicida, y más del 50 % tienen múltiples intentos. Olfson et al. (2018) identificaron que la depresión y los trastornos del pensamiento son las comorbilidades más vinculadas a la autolesión.
- **Influencias sociales y tecnológicas:** Durante la adolescencia, los cambios neurológicos aumentan la impulsividad y la desregulación emocional. La exposición a redes sociales y al comportamiento de pares que se autolesionan incrementan el riesgo de imitación (Goulbourne et al., 2025).
- **Momento crítico de intervención:** El estudio de Goulbourne et al. (2025) muestra que el riesgo de autolesión aumenta significativamente durante los 15 días posteriores al inicio de una evaluación del sistema de protección infantil, lo que representa una ventana crucial para la intervención temprana.

Todos los factores tanto de riesgo como de protección interactúan y no son excluyentes entre sí; pueden influir directa o indirectamente en la conducta suicida. Es fundamental entenderlos desde una perspectiva sistémica y bioecológica, considerando tanto los determinantes individuales como los contextuales y enmarcarlos en las distintas fases que se enfrentan antes de consumir el suicidio, así como metodologías para investigar el fenómeno cuando ocurre. Esto se aborda en las siguientes secciones.

Los datos y revisión presentada hasta aquí dan cuenta de la prevalencia de la suicidalidad en los niños, niñas y adolescentes, con mayor frecuencia en adolescentes. Se establece la necesidad de diferenciar el análisis por grupos de edad. Se indica que los factores de riesgo tienden a manifestarse con más frecuencia en la población que recibe servicios sociales de protección, debido a la acumulación de daño y porque las condiciones en las se implementan los servicios a veces agudizan algunos factores de riesgo. La acumulación de daño se refleja en las causales de ingreso a estos sistemas, tales como experiencias adversas de maltrato, abuso sexual, violencia física y/o psicológica como los problemas de salud mental no diagnosticados y/o tratados, desestructura familiar, pérdida o separación significativa de seres queridos y la ausencia de una red de apoyo, entre otros. Esta situación se complejiza aún más cuando, como resultados de una medida de protección, los niños, niñas y adolescentes pueden enfrentar estigmatización y discriminación, además de la falta de permanencia relacional cuando existen interrupciones en el apego debido a cambios frecuentes en las figuras de cuidado dentro de programas de Cuidado Alternativo.

La prevalencia del suicidio en niños, niñas y adolescentes, los factores de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes en sistemas de protección especializado, y su sintomatología requieren ser comprendidos a la luz de la conceptualización del suicidio, aspecto que se presenta en el siguiente apartado.

2. Definiciones centrales del concepto del suicidio y principales teorías explicativas del fenómeno.

Las causas del suicidio son múltiples, ya que incluyen factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales presentes a lo largo de la vida, existiendo una relación más directa entre problemas de salud mental y conducta suicida. Lejos de ser el resultado de una única causa, se configura como la culminación de un proceso en el que interactúan diversas dimensiones que afectan la salud mental y el bienestar de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), cada suicidio es una tragedia personal, que toma la vida de una persona prematuramente, pero que además desencadena efectos dramáticos en la vida de sus familias, amigos y comunidades. (p.11 traducción propia). De esta misma manera, la OMS (2014) reconoce que, frecuentemente, los suicidios se producen por el cúmulo de una serie de factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad a cometer actos suicidas y atentar contra la propia vida. Asimismo, afirma que el suicidio es un fenómeno prevenible, y entre las medidas más relevantes se encuentran la restricción del acceso a medios letales —como armas de fuego o pesticidas—, la implementación de políticas públicas orientadas a la salud mental, la reducción del consumo de alcohol, la promoción de una cobertura mediática responsable en torno al suicidio, y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales en niños, niñas y jóvenes.

Según, Shneidman (1996) todo suicidio debe ser entendido como un proceso que puede llevar o no la muerte y que tiene características comunes: busca una solución a una situación actual; quiere provocar el cese de la conciencia; es provocado por un dolor psicológico insoportable, donde la emoción que prima es la desesperanza y desesperación, marcado por un estado de ambivalencia; el estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas; el estado perceptual es la constricción (visión de túnel), que se traduce en la acción de escapar, y donde el acto interpersonal es la comunicación de la intención suicida.

Para poder comprender de mejor manera, se presenta uno de los principales marcos teóricos la Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio (IPTS, por sus siglas en inglés) propuesta por Joiner (2006), sintomatología, tres conceptos claves comprometidos en la propuesta técnica de este estudio, que son consistentes y complementarios con la IPTS: el proceso suicidal propuesto por Gómez Chamorro (2021), y los procesos metodológicos de autopsia sociológica de Scourfield et al. (2012) y autopsia psicológica (Gómez Chamorro 2021).

c. Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio (IPTS)

La IPTS es un modelo ampliamente influyente desarrollado por Thomas Joiner (2006). Esta teoría busca explicar por qué ciertas personas, especialmente aquellas que experimentan un intenso dolor psicológico, aislamiento social y la percepción de ser una carga, pueden desarrollar el deseo y la capacidad para morir

por suicidio. Es uno de los marcos teóricos más investigados para comprender el comportamiento suicida y se ha utilizado para explicar no solo la ideación suicida, sino también los intentos de suicidio y las muertes por esta causa.

Esta teoría plantea que el deseo de suicidarse y la capacidad para llevarlo a cabo están determinados por tres constructos psicológicos clave: Percepción de ser una carga; Pertenencia frustrada, y Capacidad adquirida para el suicidio. Estos tres componentes interactúan de manera que pueden conducir a la ideación y al comportamiento suicida. A continuación, se detalla cada uno de estos elementos.

La percepción de ser una carga se refiere a la creencia de que se es un peso para los demás, causando daño, dolor o sufrimiento a sus seres queridos o a la sociedad. Las personas que sienten que su existencia tiene un impacto negativo en los demás pueden desarrollar sentimientos de vergüenza, culpa y desesperanza. Con el tiempo, estos sentimientos pueden evolucionar hacia un fuerte deseo de morir como una forma de aliviar esa carga percibida. Lo anterior se explica porque la persona se percibe como socialmente indeseable o emocionalmente costosa para los demás y puede empezar a creer que su muerte aliviaría el sufrimiento de quienes la rodean.

La pertenencia frustrada hace referencia al sentimiento de estar socialmente desconectado o aislado. Esto implica la falta de relaciones interpersonales significativas, como vínculos familiares, amistades o relaciones íntimas, y la percepción de ser no deseado o invisible en los espacios sociales. La teoría enfatiza que la conexión social es una necesidad humana fundamental, y cuando esta necesidad no se satisface, aumenta el riesgo de ideación suicida. Cuando una persona se siente insignificante o excluida y carece de conexiones sociales significativas, experimenta una profunda sensación de soledad y alienación, lo que puede conducir a sentimientos de desesperación.

La capacidad adquirida para el suicidio, este es el tercer componente de la IPTS y explica cómo las personas desarrollan la habilidad para llevar a cabo comportamientos autolesivos o suicidas. Según la teoría, la capacidad para el suicidio no está en niños, niñas y adolescentes, sino que se desarrolla con el tiempo a través de la exposición repetida al dolor y al sufrimiento, lo que desensibiliza a la persona al miedo a la muerte o las lesiones. Esta capacidad adquirida surge de la desensibilización hacia la muerte y las lesiones a través de experiencias de dolor, miedo o entumecimiento emocional, lo que facilita que una persona contemple o intente suicidarse.

Dichos componentes interactúan en la ocurrencia del deseo de suicidio (en forma de ideación suicida), cuando están presentes la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada. Sin embargo, el comportamiento suicida (como un intento o la consumación del suicidio) solo es posible cuando el individuo también ha desarrollado la capacidad adquirida para actuar sobre estos pensamientos.

Este camino ayuda a explicar por qué algunas personas que experimentan depresión, soledad o dolor emocional no actúan sobre pensamientos suicidas: pueden no haber adquirido la capacidad para llevar a

cabo comportamientos suicidas. Por otro lado, quienes experimentan un intenso dolor psicológico y alienación profunda pueden no intentar suicidarse si no perciben ser una carga.

Desde la Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio las tareas claves para la prevención del suicidio son:

- **Fomentar la conexión social**, se subraya la importancia crítica del apoyo social y el sentido de pertenencia en la prevención del suicidio. Las intervenciones que ayuden a las personas a construir relaciones sociales significativas, reconectar con familiares o amigos y reducir el aislamiento pueden disminuir el riesgo de suicidio.
- **Abordar la percepción de ser una carga**, esto es ayudar a las personas a reformular su autoestima y su valor para los demás puede mitigar este sentimiento. La terapia, incluidas técnicas cognitivo-conductuales, puede desafiar creencias negativas sobre uno mismo y resaltar el impacto positivo que la persona tiene en los demás, incluso si no puede verlo.
- **Reducir la capacidad adquirida**, a través de intervenciones que ayuden a reducir la autolesión, para ello se pueden ejercitar mecanismos de afrontamiento más saludables, mejorar las habilidades de regulación emocional y abordar los antecedentes de trauma puede reducir la probabilidad de adquirir esta capacidad.
- **Evaluar el riesgo de suicidio**, identificar la existencia de los tres componentes (percepción de ser una carga, pertenencia frustrada y capacidad adquirida) es esencial para detectar a las personas en riesgo de suicidio. Para ello se debe evaluar las conexiones sociales, los sentimientos de valía personal y los antecedentes de trauma o autolesión.

La IPTS como modelo integral para comprender por qué algunas personas tienen mayor probabilidad de morir por suicidio actúa como paraguas de los conceptos presentados, que son consistentes con la necesidad de abordar el dolor psicológico, el aislamiento y los mecanismos de afrontamiento autodestructivos.

d. El Proceso Suicidal

El proceso suicidal es un concepto complejo que ha sido estudiado por diversos autores desde múltiples perspectivas (Amsel & Mann 2001; Fortune et. al 2007). Un estudio reciente es el de Gómez Chamorro (2021), que aborda el proceso suicidal en su totalidad, desde la ideación suicida hasta la consumación del suicidio, con especial atención a los factores psicológicos, sociales y emocionales involucrados en cada una de las fases.

En su estudio, Gómez Chamorro (2021) describe el suicidio como un proceso progresivo que involucra varios factores de riesgo y dinámicas psicológicas que se interrelacionan. Esta conceptualización es útil para entender cómo los individuos atraviesan distintas etapas del proceso suicida y cómo se pueden intervenir de manera efectiva para prevenir o detener este proceso.

El autor identifica varias fases del proceso suicida, que pueden variar en su intensidad y duración según cada caso. Estas fases corresponden a momentos críticos en los que las personas pueden experimentar un incremento en las señales suicidas y en la intensidad del sufrimiento emocional:

- **Fase de la ideación suicida**, donde la persona comienza a pensar en el suicidio como una solución posible a su sufrimiento. Aquí, se considera la desesperanza como el factor central, ya que la persona no ve salida a su dolor emocional. La ideación puede variar desde pensamientos pasivos (desear estar muerto) hasta pensamientos más activos de planificación.
- **Fase de la planificación**, donde la persona comienza a elaborar planes específicos para llevar a cabo el suicidio, considerando los métodos y momentos más apropiados. La desesperanza se intensifica y la persona comienza a sentir que no hay otra opción viable. Es común que en esta fase haya una racionalización del acto, como una forma de aliviar el sufrimiento de los demás o de sí mismos.
- **Fase de preparación**, donde el sujeto toma acciones concretas para realizar el suicidio, como buscar métodos, hacer arreglos para sus asuntos personales o incluso despedirse de sus seres queridos de manera sutil. Durante esta fase, muchas personas experimentan una sensación de alivio, ya que sienten que han tomado el control de su sufrimiento.
- **Fase de consumación del suicidio**, es la etapa final donde la persona lleva a cabo el acto suicida. Esta es la fase más crítica, en la que las intervenciones preventivas deben ser más eficaces para evitar que el proceso suicida se consuma.

Gómez Chamorro (2021) destaca que el proceso suicidal no es simplemente una serie de fases lineales, sino que está influenciado por diversos factores que incluyen tanto elementos psicológicos, sociales y culturales. La desesperanza es un factor psicológico central que se expresa en sentir que no hay soluciones a sus problemas. Además, los trastornos mentales, como la depresión, el trastorno de ansiedad y los trastornos de la personalidad, son factores que aumentan significativamente el riesgo de suicidio, estos factores se agrupan en la clasificación riesgos individuales y psicológicos descritos antes y se vinculan al primer paso señalado por Joiner (2006), referido a sentirse una carga.

Como factores sociales se identifican el aislamiento social, la falta de apoyo emocional y las relaciones interpersonales conflictivas. Se subraya que el abandono familiar, la soledad y el estrés social (como problemas económicos, laborales o familiares) pueden intensificar el sufrimiento emocional y fomentar la idea de que el suicidio es la única salida. Los factores culturales y contextuales se refieren a ideas suicidas, como las creencias sobre el suicidio en diferentes comunidades y la normalización del sufrimiento en algunas culturas. Estos factores se inscriben en los riesgos sociales y familiares, socioculturales y medioambientales, vinculándose al segundo paso de Joiner (2006) de pertenencia frustrada.

En su estudio, Gómez Chamorro (2021) también hace un énfasis particular en los contextos de vulnerabilidad como los niños y adolescentes en situaciones de riesgo, por ejemplo, en programas de protección o situaciones de abuso, violencia o trauma. En estos contextos, el proceso suicida puede ser

acelerado por la falta de apoyo emocional y la falta de intervención temprana, en situaciones donde la superposición del trauma y las necesidades de salud mental actúan como gatilladores de suicidalidad.

Desde el enfoque de proceso suicidal se enfatiza que la prevención del suicidio debe ser multidimensional y adaptada a las necesidades específicas de cada persona, con un enfoque integral que involucre no solo a los profesionales de la salud, sino también a la familia, los amigos y la comunidad en general. Se resalta la importancia de la educación sobre el suicidio y de proporcionar un entorno de apoyo en el que las personas en riesgo puedan recibir la ayuda que necesitan antes de que el proceso suicida se consuma.

e. Autopsia sociológica y psicológica

Los conceptos de autopsia sociológica y autopsia psicológica desmenuzan los antecedentes del proceso suicidal (Gómez Chamorro 2021), se refieren a las etapas y técnicas para investigar suicidios, y las dimensiones abordadas ofrecen una guía para el manejo de procesos suicidales.

La "autopsia sociológica" es un concepto desarrollado por Scourfield et al. (2012), como una herramienta de análisis para entender las circunstancias que rodean los casos de suicidio infantil y juvenil en el contexto de los sistemas de protección social y las políticas públicas, los procesos sociales, políticos e institucionales que contribuyen a la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes y, en algunos casos, a los desenlaces de suicidio. A diferencia de centrarse solo en los factores psicológicos o médicos del suicidio, como sucede con la autopsia médica, la autopsia sociológica realiza un análisis más holístico combinando las experiencias del niño con los factores sociales que influyen en su vida, tales como el contexto familiar, la interacción con los servicios sociales, las instituciones educativas y otros factores estructurales que pueden haber influido en la decisión de la persona de quitarse la vida.

Para ello se realiza una revisión retrospectiva y exhaustiva de las circunstancias que rodearon el suicidio, con el objetivo de identificar los factores de riesgo, los vacíos en la atención social y los fallos en los sistemas de protección social.

Quienes realizan la autopsia sociológica también exploran las fallas institucionales que pueden haber influido en el suicidio, tales como deficiencias en la coordinación entre servicios (servicios sociales, educativos y de salud); la falta de recurso de los programas de prevención y atención para niños, niñas y adolescentes en riesgo de suicidio pueden estar sub-financiados.

Para el análisis de los factores culturales y normativos se examinan las percepciones sociales sobre el suicidio y la salud mental. En algunos contextos, los problemas emocionales o psicológicos pueden ser minimizados o estigmatizados, lo que dificulta la búsqueda de ayuda o que reciban el apoyo necesario. También se indaga la cultura institucional de las organizaciones encargadas de la protección infantil, las que pueden operar dentro de marcos que no favorecen una respuesta rápida o empática ante las señales de alarma, basándose en procedimientos burocráticos que desatienden las necesidades urgentes de los niños, niñas y adolescentes.

La "autopsia psicológica" es una metodología de investigación que esencialmente realiza un análisis retrospectivo de los eventos, contextos y factores que podrían haber influido en el comportamiento suicida, basado en la recopilación de información de familiares, amigos, compañeros, y registros de intervención previos (como médicos, terapeutas, servicios sociales, etc.).

El estudio de la autopsia psicológica realizado por Gómez (2014), profundiza particularmente en entender los factores psicológicos y emocionales que contribuyen a los suicidios en niños, niñas y adolescentes en contextos vulnerables como los sistemas de protección infantil o bienestar social. Ésta tiene un enfoque multidimensional, que explora tanto los aspectos internos del individuo (como su salud mental, historia emocional y relaciones familiares) como los factores externos (como el contexto social, educativo y familiar). Es un proceso post-mortem de recopilación de información detallada de diversas fuentes (familiares, amigos, terapeutas, registros médicos, etc.) para comprender las causas y las condiciones que impulsaron al suicidio, identificar patrones de riesgo que puedan prevenir futuros suicidios y recomendar estrategias de prevención basadas en los hallazgos del análisis.

Las estrategias de recolección de información multidimensional que proponen incluye múltiples perspectivas y fuentes, tales como entrevistas con familiares, amigos, y conocidos para reconstruir la historia emocional y los eventos clave en la vida del niño o adolescente, como problemas familiares, cambios en su vida social, eventos traumáticos o estrés significativo; evaluación de registros médicos y psicológicos previos, donde se revisan las evaluaciones previas sobre la salud mental, visitas a servicios de salud mental, diagnósticos anteriores, etc.

Los factores psicológicos internos que explora se refieren a trastornos psicológicos no diagnosticados, tales como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, etc. Incluye baja autoestima y desesperanza, como el sentimiento de que no hay salida a su dolor emocional, especialmente en niños, niñas y adolescentes que no tienen habilidades de afrontamiento adecuadas.

Es crucial que una autopsia psicológica identifique la existencia de historia de trauma o abuso, ya sea físico, emocional o sexual, o la exposición a violencia familiar; los riesgos de aislamiento social, como falta de conexión con amigos, familiares o figuras de apoyo social. La autopsia psicológica también incluye factores contextuales y sociales que pueden haber contribuido al suicidio, tales como condiciones familiares disfuncionales (conflictos familiares graves, divorcios, negligencia o abuso infantil pueden aumentar el riesgo de suicidio); presión social y bullying, el acoso escolar o la exclusión social pueden tener un impacto profundo en la salud emocional de niños, niñas y adolescentes. Incluye indagar el acceso a recursos de apoyo y factores de protección (acceso a servicios de salud mental o apoyo adecuado en situaciones de crisis, redes de apoyo social, relaciones familiares saludables).

El monitorear indicadores como los que propone la autopsia psicológica, contribuye a la prevención del suicidio ya que permite identificar patrones de riesgo, analizando en casos anteriores, señales de advertencia comunes, como cambios en el comportamiento, aislamiento o la expresión de pensamientos suicidas. Además, una de sus aplicaciones es la evaluación de los sistemas de bienestar social y protección

infantil, ya que puede revelar fallas en la intervención temprana para detectar alertas de suicidio o de intervenir de manera efectiva. Asimismo, puede proponer mejoras en la coordinación interinstitucional que contravenga la tendencia de respuestas fragmentadas.

Un ejemplo es el estudio de Rush et al (2021) que después de realizar un proceso de autopsia psicológica en servicios de salud para identificar patrones de suicidio de niños, niñas y adolescentes en sistema de protección, incluyendo un grupo control, identificó que los jóvenes fallecidos por suicidio involucrados en el sistema de protección tienden a ser mayores en edad, no minorías, hombres; aquellos que estuvieron en cuidado alternativo tenían el doble de probabilidades de morir por suicidio, el tiempo fuera del hogar predijo fuertemente el comportamiento suicida. Además, tenían más probabilidades de tener una condición médica crónica, y aquellos que enfrentaban concurrentemente enfermedades mentales, médicas y de abuso de sustancias tenían 2,5 veces más probabilidades de morir por suicidio en comparación con los que estaban en el grupo control.

Un estudio similar fue llevado a cabo por Farand et al (2004) con usuarios de servicios de protección y justicia juvenil, los hallazgos mostraron que su riesgo de suicidio, estandarizado por edad y sexo, era cinco veces mayor que el de la población adolescente general, y las jóvenes en justicia juvenil tenían el riesgo relativo más alto de suicidio. Los autores señalaban que una explicación se encuentra en la acumulación de riesgos. Para explorar una guía que estructura una autopsia psicológica revisar a Balt et al (2023).

Gómez Chamorro (2021) también destaca la importancia de que los profesionales encargados del cuidado infantil (psicólogos, trabajadores sociales, educadores) sean formados para identificar los signos de riesgo y brindar apoyo psicológico adecuado. La autopsia psicológica puede servir para capacitar a los profesionales y ayudarlos a ser más proactivos en la identificación y prevención de suicidios.

Las autopsias psicológicas y sociológicas son metodologías de investigación que buscan comprender las causas de la muerte de una persona, especialmente en el contexto de suicidio. Aunque ambos enfoques comparten el objetivo de identificar factores determinantes del suicidio, se diferencian en los métodos y en el tipo de factores que analizan. La autopsia psicológica tiene un enfoque más individualista y se concentra en la historia de vida psicológica del suicida, incluyendo su psicopatología, el contexto emocional y los factores internos, como trastornos psicológicos o intentos previos de suicidio. La autopsia sociológica, por otro lado, se enfoca en los factores sociales y contextuales que pudieron haber influido en el suicidio. En este sentido responde a un enfoque sociocultural y colectivo, que analiza el suicidio dentro de un contexto social más amplio, prestando especial atención a las dinámicas sociales, las relaciones familiares y el papel de la sociedad en la génesis del suicidio.

Aunque los enfoques son diferentes, ambos modelos de autopsia se complementan para observar integralmente el fenómeno del suicidio que es complejo y multifactorial. El cuadro que se presenta a continuación refleja el ordenamiento descrito para definir los instrumentos de recolección de información en el trabajo de campo.

3. Profesionales y actores vinculados a la detección del suicidio en los sistemas de protección, sistemas de registros.

Este apartado presenta consideraciones sobre los equipos que cumplen un rol en el reconocimiento de riesgos y alertas suicidas para mitigar su ocurrencia, luego se abordan los circuitos de acción recomendables para abordar el riesgo suicida, y finalmente, se discuten los sistemas recomendables para registrar los eventos suicidas.

a. Equipos para abordar riesgo suicida

Estudios como el de O'Hare (2023) analizan cómo diferentes actores (psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, padres de acogida y personal escolar) colaboran para identificar y prevenir la ideación suicida en población infanto-juvenil, establecen que una disciplina profesional fundamental es la psiquiatría, la cual tiene conocimiento de los problemas psiquiátricos que pueden enfrentar los niños, niñas y adolescentes con problemas médicos complejos, especialmente en las áreas de trastornos de la conciencia, afrontamiento familiar, lesión cerebral grave y recuperación, manejo de los niños, niñas y adolescentes con lesiones físicas o médicas graves después de un intento de suicidio, muerte pediátrica y cuidados paliativos.

Adicionalmente se requieren profesionales que tengan los siguientes dominios:

- **Enfoques comunitarios y sistémicos para la prevención del suicidio:** dominio sobre redes comunitarias y enfoques sistémicos que crean un entorno protector para los niños, niñas y adolescentes en riesgo de suicidio, incluidos el apoyo entre pares, servicios escolares y colaboración interinstitucional.
- **Atención informada por el trauma y su impacto en la prevención del suicidio:** dominio de los modelos de atención informados por el trauma pueden reducir el riesgo de suicidio entre los niños, niñas y adolescentes en sistemas de protección considerando su exposición a abuso y negligencia.

Se recomiendan las prácticas con enfoque informado en trauma, así como la capacitación en identificación de riesgos y la aplicación de protocolos junto a la adopción de evaluaciones de alta calidad como parte de cualquier intervención desarrollada y/o utilizada para reducir el comportamiento suicida en jóvenes que interactúan con los sistemas de protección infantil y de cuidado alternativo (Katz et al., 2024; Russell et al., 2021, Isobel, 2021)

Se ha indicado la relevancia de la capacitación en temas asociados al suicidio para favorecer su prevención efectiva. Al respecto, un punto interesante que señala Osteen et al. (2018) es la necesidad de entrenar a un amplio espectro de profesionales involucrados en las intervenciones con jóvenes en riesgo de suicidio, identificados como "gatekeepers" (guardianes) y que incluyen actores comunitarios, personal de salud, profesionales psicosociales, con el fin de identificar, evaluar y gestionar los riesgos suicidas. Lo anterior también se evidencia en el estudio de Russell et. al. (2021) quienes identificaron que las intervenciones

centradas en las personas adultas responsables del cuidado y profesionales de atención directa, así como gatekeepers en general, condujeron a un aumento de los conocimientos, las habilidades y los comportamientos, que potenciaron la derivación de niñas, niños y jóvenes frente a situaciones de crisis de suicidio.

Los componentes centrales de la capacitación de gatekeepers que resalta el autor son: 1) el conocimiento sobre el suicidio, 2) las actitudes hacia el suicidio 3) la intervención contra el suicidio, 4) sentido de autoeficacia para ejecutar intervenciones que afectan la conducta suicida, 5) las intervenciones relacionadas al comportamiento suicida. Al evaluar los resultados de este tipo de training, lo más relevante es el sentido de autoeficacia, es decir el creer que uno puede efectivamente afectar el comportamiento suicida. Para ello se observa que el desarrollo de ensayos prácticos de intervenciones impacta positivamente la preparación, la eficacia, la probabilidad de ocurrencia y las mismas intervenciones.

El rol de gatekeepers se ha reconocido en el estudio de Osteen et al (2018) como el más relevante en los programas de intervención en casos de suicidio dirigido a jóvenes. La etiqueta general de guardián o gatekeepers se refiere a un grupo compuesto por profesionales y no profesionales que probablemente entren en contacto con personas en riesgo. El perfil de los gatekeepers profesionales corresponde a individuos con algún tipo de capacitación formal en atención de salud o de salud mental, mientras que los gatekeepers no profesionales son individuos que tienen poca o ninguna capacitación formal en atención de salud mental (por ejemplo, familiares, maestros, administradores y personal de atención directa). Esta es una línea de actores que se requieren para abordar de manera integral la prevención de suicidio en niños, niñas y adolescentes que están bajo protección y en situación de riesgo de desarrollar conductas suicidas.

Los gatekeepers son individuos que están estratégicamente posicionados en virtud de su interacción con los jóvenes, lo que posibilita reconocer y derivar a un joven en riesgo de suicidio a servicios de apoyo. La idea de la formación de gatekeepers se basa en enfoques centrados en la recuperación y que suponen que, con atención y apoyo, las personas con riesgos elevados de suicidio logran resolver su situación de crisis.

Estos son aspectos centrales para armar equipos que tradicionalmente son psicosociales. A continuación, se describe la ruta de intervención en comportamientos de riesgo suicida propuesta por la literatura, seguida por los principales desafíos del registro de estas intervenciones y, posteriormente, las recomendaciones para la prevención e intervención del suicidio en niñas, niños y adolescentes en sistemas de protección.

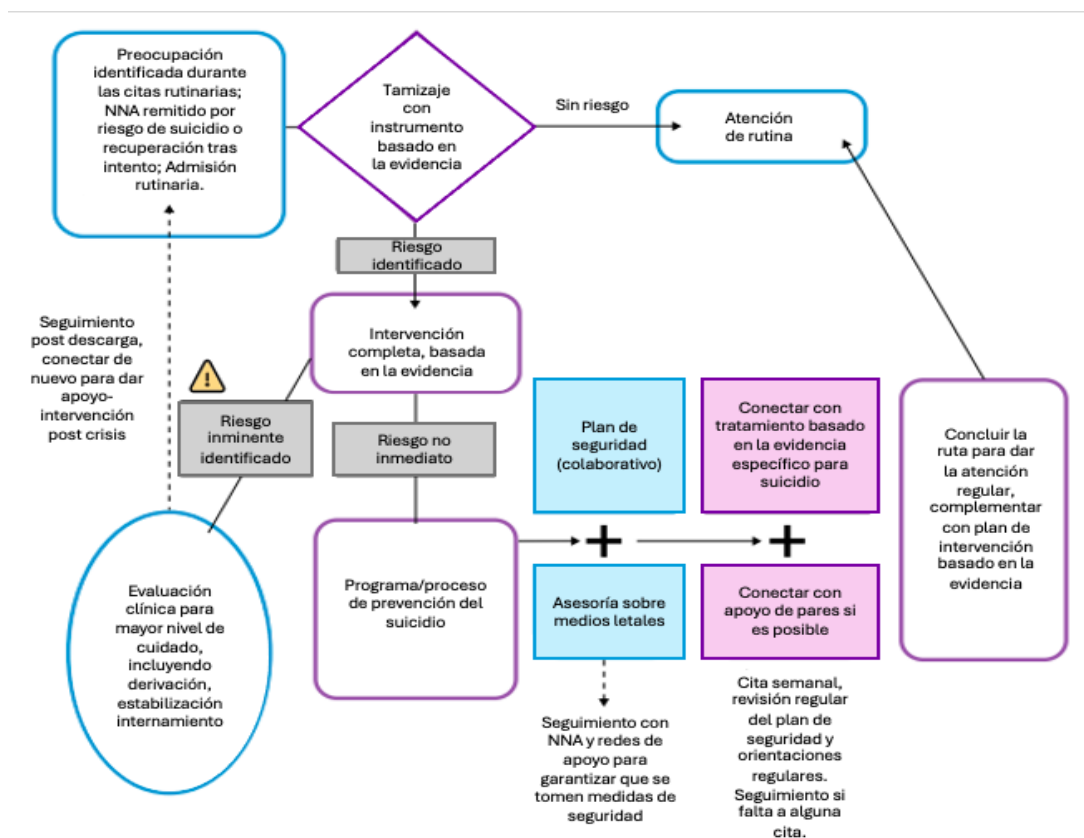
b. Circuito o ruta de intervención en comportamientos de riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes en sistemas de protección.

Nevarez Flores et al. (2024) destacan que los registros de suicidios y los sistemas de seguimiento son fuentes valiosas para comprender el fenómeno y evaluar intervenciones preventivas. Sin embargo, la literatura muestra una escasa producción científica sobre los procesos de intervención y sus registros, como señalan Russell et al. (2021) y Waller et al. (2023).

Por ello, el U.S. Department of Health and Human Services (2024) recomienda una respuesta estandarizada que asegure la identificación, apoyo, atención y seguimiento efectivos para personas en riesgo de suicidio. Para implementar esta ruta, es fundamental que el personal cuente con herramientas, recursos, tiempo y formación adecuados según su rol y etapa de intervención.

La figura 1 ilustra el proceso de identificación, respuesta, intervención y seguimiento del riesgo suicida, enfatizando la importancia de una atención centrada en la persona y la coordinación con otros programas y redes de apoyo.

Figura 1. VÍAS DE ATENCIÓN AL SUICIDIO



Fuente: U.S. Department of Health and Human Services (2024), traducción propia (2025)

Esta ruta de intervención propone prácticas específicas basadas en evidencia para la detección e intervención, integrando enfoques informados en trauma y factores culturales. Recomendamos que la evaluación, el plan de seguridad colaborativo, el asesoramiento sobre medios letales y la conexión con servicios especializados en suicidio queden registrados, lo que permite una mejora continua de la calidad, facilita la supervisión clínica y ayuda a identificar áreas de mejora en los programas de protección.

El U.S. Department of Health and Human Services (2024) destaca la importancia de mantener registros sobre salud mental y factores de riesgo y protección frente al suicidio, ya que la prevención efectiva depende de comprender estos factores y la evolución de la ideación e intentos suicidas. Dada la escasa investigación sobre los registros y procesos de intervención en suicidio en niñas, niños y adolescentes dentro de sistemas de protección, es relevante analizar los desafíos identificados en la literatura.

Según García et al. (2015), estos desafíos se presentan en tres niveles:

- **Micro:** Es esencial contar con equipos culturalmente competentes y dispuestos a aplicar prácticas eficaces, revisando y eliminando prejuicios y estigmas en las intervenciones. Sin embargo, esto requiere que los programas cuenten con recursos y capacidad organizacional suficiente. Collins-Camargo, McBeath y Ensign (2011) advierten que ambientes laborales estresantes dificultan la evaluación y atención adecuada de la salud mental.
- **Meso:** Factores como la colaboración interinstitucional, la capacitación continua, la supervisión adecuada y el conocimiento de estrategias efectivas facilitan un circuito de atención eficiente.
- **Macro:** Barreras como el bajo financiamiento, la burocracia, la imposición de modelos poco adecuados y la sobrecarga de casos afectan la implementación de programas.
- Finalmente, la literatura también sugiere oportunidades de mejora y recomendaciones tanto para el registro de intervenciones como para la prevención y atención del suicidio en niñas, niños y adolescentes en sistemas de protección. Estas se señalan a continuación.

4. Análisis normativo prevención, detección y manejo del riesgo suicida en el Servicio de Protección Especializada chileno.

En este apartado se realiza una revisión normativa y del contexto chileno respecto de las obligaciones existentes para el Servicio y se estructura en 4 apartados. Primero, revisa el nuevo paradigma que opera en Chile a partir de la creación del Servicio y presenta algunas consideraciones de la oferta programática en este contexto; continua luego con la presentación del Programa Nacional de Prevención de Suicidio de Chile el cual es el estándar de atención establecido para esta temática a nivel nacional; un tercer apartado detalla y describe las principales fuentes normativas que rigen la respuesta ante situaciones de suicidio al interior del Servicio; finalmente el último apartado establece los flujos de atención que se desprenden a partir de las normativas anteriormente revisadas.

a. El Servicio Especializada de la Niñez y Adolescencia

El Servicio, responde a una transformación profunda del paradigma jurídico e institucional en Chile, consolidado en los últimos cinco años. Este cambio está plasmado en un cuerpo normativo significativo que incluye la Ley N° 21.302 (2020), la Ley N° 21.430 (2022), la Ley N° 21.527 (2022) y el Decreto N° 4 (2024), entre otras normativas que dan forma al nuevo Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Estas transformaciones se fundan en el reconocimiento de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y titulares de una protección reforzada y prioritaria por parte del Estado, la sociedad y la familia. Desde que Chile ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante CDN) en 1990, el Estado adoptó un compromiso profundo y sostenido con la infancia, al reconocer a niños, niñas y adolescentes como titulares plenos de derechos, más allá de considerarlos meramente receptores de políticas públicas. Esto representa un giro que destaca su participación activa en la sociedad, en ámbitos políticos, sociales, culturales y económicos. En este marco, se les valora como protagonistas con capacidad de incidir y aportar en la vida colectiva y en los asuntos públicos. Según se señala en la Política Nacional de la Niñez y Adolescencia (2025):

"este nuevo paradigma, basado en un enfoque de derechos, marca un cambio significativo en el país y en la gestión pública en materia de niñez y adolescencia: exige nuevos principios orientadores y una reestructuración organizativa y operativa de la institucionalidad acorde con las obligaciones derivadas tanto de la CDN como de la Ley de Garantías, promoviendo la colaboración coordinada y eficiente de los diversos actores para fomentar un enfoque intersectorial articulado".

Este principio de reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos debe estructurar también los fundamentos de la gestión pública de las políticas, instituciones y programas, según lo dispone el art.79 de la Ley de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia que establece: *"la Política Nacional de la Niñez y Adolescencia deberá propender a la creación de las condiciones político institucionales que garanticen el ejercicio efectivo de los derechos de la niñez y adolescencia, fortaleciendo la gestión pública, así como el seguimiento, monitoreo, evaluación y la rendición de cuentas".*

En ese marco, se ha entendido como fundamental fortalecer los mecanismos de gestión técnica, de intervención directa y financiera, centrados en el sujeto de atención, es decir lo más personalizados posible, dejando atrás los sistemas de gestión y supervisión orientados exclusivamente en los programas y sus aspectos financieros.

En consecuencia, la Ley N° 21.302 que crea el Servicio de Protección Especializada, contempla diversas normas que permiten operativizar una gestión que se centre en cada niño, niña o adolescente y que deberá tener impacto en los sistemas de registro y de seguimiento personalizado. En primer término, el artículo 2 bis, señala que será:

“responsabilidad del Servicio asegurar el desarrollo de las líneas de acción y la disponibilidad de los programas diversificados y de calidad que deberán satisfacer las diferentes necesidades de intervención de cada niño, niña y adolescente, tales como el diagnóstico clínico especializado y seguimiento de su situación vital y condiciones de su entorno, el fortalecimiento familiar, la restitución del ejercicio de los derechos vulnerados y la reparación de las consecuencias provocadas por dichas vulneraciones, junto con la preparación para la vida independiente, según corresponda”.

Igualmente, en el artículo 6 c) designa como funciones del Servicio: realizar un seguimiento personalizado del desarrollo, adherencia y cumplimiento de los planes de intervención individuales, de la consecución de los objetivos y metas de los niños, niñas y adolescentes sujetos de atención del Servicio. Como garantía de dichas funciones en el ámbito de los registros el artículo 31 de la ley 21.302 dispone, la creación de un sistema integrado de información cuya finalidad: *“será proveer los datos necesarios para el seguimiento de los niños, niñas y adolescentes sujetos de atención del Servicio, y el monitoreo de las medidas que se apliquen, para tomar las más adecuadas respecto a la situación particular de cada uno de ellos”.*

A la luz de esta normativa, los sistemas de registro deben dejar de ser meros instrumentos administrativos y transformarse en herramientas dinámicas de protección y restitución de derechos. Esta exigencia se traduce en un deber legal y técnico para el Servicio y sus organismos colaboradores acreditados, quienes deben generar información precisa, comprensible y contextualizada sobre los niños, niñas y adolescentes atendidos, especialmente en relación con eventos de riesgo suicida. En consecuencia, la construcción de un registro debe fundarse en los principios de la CDN, el derecho internacional y cuerpo normativo de Chile, centrando su foco no en el objeto de protección sino también en la restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Oferta programática del Servicio Especializado a la Niñez y Adolescencia

A partir de la instalación del nuevo Servicio, es importante comprender que el fenómeno del riesgo suicida y de las historias de daño es un eje transversal que cruza toda su oferta programática, independiente de la modalidad de atención o del sistema de administración del cual dependa. Por ello en esta sección se definen algunos programas que se vuelven relevantes para este estudio. Es importante señalar que la oferta programática del nuevo Servicio está aún en instalación y desarrollo y existen convenios licitados previos a la nueva oferta.

A continuación, se definen las modalidades de atención que agrupan la oferta programática del Servicio:

- **Programas Ambulatorios:** Estos programas tienen como objetivo intervenir en los entornos familiares y comunitarios de niños, niñas y adolescentes sin necesidad de separarlos de su núcleo familiar. Incluyen modalidades como el Programa de Intervención Reparatoria (PRM) y el Programa de Protección Focalizada (PPF). Su labor se centra en la reparación del daño

ocasionado por vulneraciones de derechos, el fortalecimiento de habilidades parentales y la entrega de herramientas para afrontar situaciones complejas. En estos programas, las acciones relacionadas con el riesgo suicida deben ser detectadas, registradas y abordadas, pero su ejecución depende en gran medida de los cuidadores o adultos responsables del niño, niña o adolescente. Por lo tanto, la información que nutre el registro suele provenir de terceros, y las responsabilidades se circunscriben a lo establecido en los planes de intervención y resoluciones judiciales pertinentes.

- **Programas Residenciales:** Los programas de cuidado alternativo residencial se implementan cuando los niños, niñas o adolescentes no pueden permanecer en su entorno familiar por motivos de protección. Según la Ley N° 21.430, esta medida es excepcional, transitoria y de competencia exclusiva del tribunal. A diferencia de los programas ambulatorios, en los centros residenciales el director o directora asume el cuidado personal del niño, niña o adolescente, lo que implica mayores obligaciones legales. Las responsabilidades del equipo residencial abarcan la crianza, protección, educación y bienestar general del niño, niña o adolescente, por lo que están obligados a mantener registros detallados y actualizados sobre diagnósticos, eventos y acciones relacionadas con la prevención y manejo del riesgo suicida. La normativa aplicable, como la Resolución Exenta N°1.174/2023, proporciona pautas específicas que deben ser incorporadas al funcionamiento del programa.

La nueva oferta programática establece un diagnóstico clínico especializado previo a la derivación a los programas pertinentes para cada niño, niña y adolescente. El Programa de Diagnóstico Clínico Especializado (DCE): está definido en la Resolución Exenta N°631 (2023) y define este programa como la puerta de entrada a la Protección Especializada, el cual tiene el mandato de constatar en forma fehaciente vulneraciones de derechos y el daño ocasionado por éstas a niños, niñas y adolescentes derivados por los Tribunales de Familia o desde las Oficinas Locales de la Niñez (OLN) (Resolución Exenta N°631 2023). En este proceso el Programa DCE debe determinar si los niños, niñas y adolescentes se encuentran en una situación de desprotección, el nivel o grado de ésta, y, asimismo, es responsable por la elaboración del Plan de Intervención Individual del niño, niña o adolescente y su familia o adultos a cargo del cuidado, hasta el egreso de las modalidades de protección especializada intervinientes. Para ello, evalúa 5 dimensiones para determinar el nivel de desprotección del niño, niña o adolescente:

1. las características de la violencia o maltrato vivida,
2. los factores de riesgo y protectores de la recurrencia de las tipologías de violencia o maltrato,
3. la satisfacción de las necesidades de cuidado,
4. el impacto biopsicosocial de la violencia,
5. la colaboración de los padres, madres o adultos que ejercen el cuidado del niño, niña o adolescente.

Específicamente, la dimensión de impacto biopsicosocial de la violencia se refiere a la afectación en diferentes áreas del desarrollo de niños, niñas y adolescentes, generada por haber vivido eventos o situaciones de maltrato de disímil tipo o intensidad, puntuales o crónicas. Dicho impacto es distinto para cada niño, niña o adolescente, puesto que es dependiente de otras variables, tales como, la percepción que tiene éste/a del hecho ocurrido, la trayectoria, los factores protectores y de riesgo que presenta a nivel individual, en su contexto familiar y comunitario, así como de los recursos presentes en estos niveles (Resolución Exenta N°631).

Para determinar la existencia de impacto biopsicosocial generado por la violencia hacia el niño, niña o adolescente, en primer lugar, se requiere observar las áreas del desarrollo infantil y evaluar los cambios que pudieran haberse presentado asociados a la misma. Luego de lo cual se entregan elementos para valorar la configuración de tres trastornos tipificados en la literatura y en manuales de psiquiatría. Estos son: 1) Trastorno de estrés post traumático. 2) Trastorno de estrés post traumático complejo. 3) Trastorno traumático del desarrollo.

La sintomatología descrita en estos trastornos revela manifestaciones con un factor común que es urgente acoger y atender: un profundo dolor y malestar psicológico que puede impedir continuar con la vida y del cual ni se visualizan alternativas de salida o solución (OMS, 2001).

Una vez que el Programa de Diagnóstico Clínico Especializado hace la evaluación sobre el nivel de desprotección de cada niño, niña o adolescente es derivado a un programa de protección, pudiendo ser al lineamiento de intervenciones ambulatorias de reparación, o de cuidado alternativo. Estas líneas programáticas comprenden en lo ambulatorio:

- **Acompañamiento Familiar Territorial** es un programa de acompañamiento terapéutico que atiende a niños, niñas y adolescentes y a su conjunto familiar. Esta intervención busca fortalecer y desarrollar habilidades parentales y de crianza que permitan interrumpir vulneraciones.
- **Programa de Intervención Reparatoria** es un acompañamiento terapéutico de niños, niñas y adolescentes que busca reparar el daño producido por vulneraciones y entregar herramientas para enfrentar problemas y visibilizar las propias fortalezas.
- **Programa Terapéutico Especializado** busca interrumpir vulneraciones a niños, niñas y adolescentes a través de terapias especializadas en trauma relacional.

Y, en la línea de cuidado alternativo, según lo establecido en el Art. 24 de la Ley N° 21.302, se implementa una medida de protección excepcional, transitoria y periódicamente revisable de competencia exclusiva de la autoridad judicial, desarrollada en acogimiento familiar, y, en última ratio, en centros de acogida institucional si el primero no es recomendable por el interés superior del niño/a. Además, dicha ley indica (Art 23.1) que el cuidado alternativo, se complementa con los programas de la línea de acción Fortalecimiento y Vinculación.

b. Programa Nacional de Prevención de Suicidio

La política nacional de prevención del suicidio en Chile ha evolucionado significativamente desde la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) en 2013. Este programa, desarrollado por el Ministerio de Salud (MINSAL), tenía como objetivo reducir la tasa de suicidios en el país mediante estrategias intersectoriales y basadas en evidencia. A lo largo de los años, se han identificado áreas de mejora y se han propuesto actualizaciones para fortalecer su efectividad. Actualmente el MINSAL ha abierto una consulta de una nueva Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio.

Si bien el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2013) no constituye una normativa propia del Servicio, es una Norma General Administrativa (Nº027) a la cual el Servicio debe adherir, ya que se trata de procedimientos establecidos como normativa general de salud. En el caso particular de las residencias de protección, este el PNPS queda recogido en la resolución exenta Nº1.174, mientras que en los proyectos ambulatorios no existe una aplicación concreta de este Programa.

El PNPS define el fenómeno del suicidio como una situación de complejidad, marcado por los factores de protección y riesgo y donde se vuelve clave la prevención de grupos específicos como son los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, el programa define un modo de actuar a nivel nacional y establece las bases para la acción en términos de prevención y tratamiento. De esta manera se puede resumir en los siguientes puntos:

- **Vigilancia y registro** (SEREMI y DEIS), se establece una responsabilidad de realizar un registro obligatorio de todos los intentos de suicidio y suicidios consumados incluyendo variables claves como sexo, edad, método, antecedentes del entorno familiar. Asimismo, mandata la realización de una autopsia psicológica para investigar las situaciones de intentos de suicidio y de suicidios consumados. Lo anterior permite un monitoreo epidemiológico, identificar perfiles de riesgo y el apoyo a las intervenciones locales.
- **Enfoque en niños, niñas y adolescentes:** El PNPS reconoce que la prevención del suicidio en niños y adolescentes requiere intervenciones específicas y adaptadas a sus necesidades. Para ello pone un énfasis relevante en los establecimientos educacionales. Dentro de los lineamientos claves para este grupo está el fomentar habilidades para la vida, como la resolución de problemas y la regulación emocional; potenciar los factores protectores, incluyendo el apoyo familiar y escolar; facilitar la detección temprana de señales de alerta y la derivación oportuna a servicios de salud mental.
- **Definición común:** Entrega formatos y modelos comunes a utilizar para la detección del riesgo suicida, identificando indicadores de riesgo y protección junto a señales de alarma específicos diferenciados por edad. Además, establece instrumentos estandarizados para medir el riesgo suicida.
- **Acceso a servicios de salud mental:** El programa también destaca la necesidad de garantizar el acceso a servicios de salud mental para niños y adolescentes en riesgo. Esto incluye: la disponibilidad de atención especializada en salud mental en la red pública de salud; la coordinación entre los sectores de salud y educación para facilitar la derivación y seguimiento de

casos; así como la implementación de estrategias de intervención temprana y tratamiento adecuado para quienes presentan conductas suicidas o autolesivas.

- **Mirada intersectorial:** a nivel regional, establece que los SEREMI generan un comité regional conformado por salud, educación, justicia, Bomberos, Carabineros y organizaciones civiles para coordinar acciones en prevención comunitaria, generación de planes de prevención y derivación de recursos adaptadas al contexto regional.
- **Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis: establece que...** Apoyo a personas en crisis suicida y facilitando su incorporación a atención de salud, se crean o financian líneas de atención y ayuda.
- **Apoyo a la comunicación mediática: el programa** recalca la importancia que tienen los medios de comunicación en la prevención del suicidio y entrega lineamientos técnicos a los medios de comunicación para abordar el suicidio de acuerdo con las recomendaciones para una cobertura segura y adecuada.

El PNPS reconoce, en coincidencia con la literatura, la importancia de identificar tempranamente los síntomas de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes. Éstas, también denominadas "síntomas de alerta", son fundamentales para la prevención del suicidio siendo necesario observar, escuchar y actuar ante estas señales:

- **Señales de riesgo directas:** que expresan ideas suicidas concretas de quitarse la vida ya sea con frases explícitas de pérdida de rumbo, sentirse atrapado, en donde no hay salida, en donde hay deseo explícito de quitarse la vida, donde se buscan medios, se hacen gestos de despedida, se definen lugares o medios concretos.
- **Cambios en el comportamiento habitual:** Deterioro en el cuidado personal, rechazo persistente a asistir a la escuela, aislamiento social, irritabilidad recurrente y pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas.
- **Alteraciones emocionales:** Tristeza, angustia, o irritabilidad constante, sentimientos de desesperanza. También se describe desgano, falta de energía, alteración de las rutinas de sueño.
- **Problemas en el entorno escolar:** Disminución en el rendimiento académico, inasistencias frecuentes, dificultades en la concentración y cambios súbitos en las relaciones con compañeros, incluyendo aislamiento o conflictos.
- **Cambios en el consumo de sustancias o drogas:** se observan cambios directos en los patrones de consumo, haciendo más crítico el consumo.

Ante las señales anteriormente descritas en PNPS recomienda:

- **Observación activa:** Estar atentos a cambios en el comportamiento y estado emocional.
- **Escucha empática:** Fomentar espacios de confianza donde los niños, niñas y adolescentes puedan expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgados.
- **Acción inmediata:** Ante la presencia de señales de alerta se debe actuar y derivar a los servicios de salud correspondientes.

c. Fuentes normativas del Servicio en relación con Riesgo Suicida.

En este apartado se presenta la búsqueda normativa realizada específicamente en relación con el riesgo suicida al interior del Servicio. La siguiente Tabla presenta los principales instrumentos y describe a grandes rasgos su aporte.

TABLA 2: RESUMEN DE LAS PRINCIPALES FUENTES NORMATIVAS EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA PARA EL SERVICIO.

NOMBRE	FECHA	ÓRGANO	CONTENIDO
REX N°1174 (año 2023). Aprueba el protocolo para la prevención, detección y manejo del riesgo suicida en cuidado alternativo residencial.	Septiembre 2023	Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Entre otras materias, establece procedimientos para evitar el suicidio en niños, niñas y adolescentes en el sistema residencial. Las orientaciones cubren desde aspectos generales del cuidado residencial, como las condiciones que debe cumplir toda residencia, y los vínculos entre cuidadores y niños, niñas y adolescentes, a aspectos más específicos, como las directrices para la detección y manejo del riesgo suicida (y la provisión de una Pauta con estos fines). La resolución también establece orientaciones respecto a la elaboración de un Plan Anual de Trabajo que incluya acciones en torno a la prevención, detección y manejo de riesgo suicida. También se entregan orientaciones de las acciones a realizar en el contexto inmediato un intento o suicidio de niños, niñas y adolescentes.
REX 149- 2022. Aprueba procedimiento ante el fallecimiento niños, niñas y adolescentes o jóvenes atendidos por Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y Colaboradores	Marzo 2022	Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Establece el protocolo ante fallecimiento de niños, niñas y adolescentes, correspondiente con deberes del director de informar a la familia del niños, niñas y adolescentes, al Dirección Regional del Servicio, y al Tribunal de Familia competente, además de los plazos proceder con esta comunicación. Establece además deberes de denuncia y contenido de la comunicación. Señala los deberes de Servicio regional, respecto a comunicación con Dirección Nacional y obligaciones de registro. Por último, indica los deberes de comunicación a la Dirección Nacional a Subsecretaría de la Niñez y Defensoría de la Niñez.
ORD. 720. Directrices para la Promoción del Bienestar, Prevención y Abordaje Integral de Desajustes Emocionales y Conductuales asociados a salud mental en niños, niñas y adolescentes en cuidado residencial.	Noviembre 2021	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Conforme a estas directrices, residencias deben contar con personal capacitado para detectar problemas de salud e intervenir en situaciones urgentes. También el personal deberá estar capacitado en intervención extraordinaria, como sujeción en situación de desajustes conductuales graves que pudiera tener un desenlace fatal o de lesiones graves. Indicación de los factores de riesgo que podrían propiciar la aparición de desajuste emocional. Establece deberes del equipo residencial respecto a la intervención de factores de riesgo. Indica orientaciones respecto

NOMBRE	FECHA	ÓRGANO	CONTENIDO
			de manejo de desajuste emocional, administración de fármacos por indicación médica, incluidos casos de emergencia e instrucciones respecto de la solicitud de apoyo al Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU). Indica además obligaciones de registro respecto de situaciones de desajuste conductual o emocional.
REX 1040-2023. Protocolo de actuación frente contingencias que afectan a niños, niñas y adolescentes en SEP.	Septiembre 2023	Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Establece acciones a seguir frente a situaciones de contingencia que afecten a niños, niñas y adolescentes en sistema proteccional: elaboración de reportes para activar respuestas y unidades a cargo. Elaboración, actualización y envío a entidades pertinentes de una Minuta de Contingencia por parte de la Dirección Regional.
REX. 3147-2018. Aprueba protocolo de almacenamiento, administración y registro de medicamentos e insumos médicos clínicos para centros residenciales.	Octubre 2018	SENAME	Regula la solicitud y recepción de medicamentos e insumos clínicos al interior de los centros. Estandariza el proceso de almacenamiento de los medicamentos e insumos clínicos, y los procedimientos para garantizar su control, mediante un registro adecuado y sistemático. Por último, entrega orientaciones para reducir los riesgos relaciones con de falta de medicamentos e insumos clínicos.
Orientaciones técnicas para programas residenciales.	Múltiple	SENAME/ Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Establecen las orientaciones técnicas generales de los programas de la línea residencial. En lo vinculado con la prevención de conductas suicidas, las orientaciones establecen los principales lineamientos del acompañamiento terapéutico de niños, niñas y adolescentes. Establece además un modelo de intervención enfocado en asegurar un espacio de cuidado emocionalmente seguro y orientaciones para favorecer la recuperación de la experiencia de graves vulneraciones de derechos sufridas.
REX. 154 y REX 155	2022	Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Aprueba procedimiento ante hechos eventualmente constitutivos de delito en contra de niños, niñas y adolescentes atendidos tanto para organismos acreditados como para los de administración directa del Estado. Es importante utilizar estas resoluciones sólo en caso de que se pruebe la acción de terceros en un intento o consumación de suicidio.

Fuente: Elaboración propia

A partir del ordenamiento jurídico anterior, se establecen una serie de orientaciones y directivas con respecto a las obligaciones que recaen sobre los diferentes niveles administrativos del Servicio relacionadas a eventos suicidas. Con relación a este marco normativo, se aprecian los siguientes tipos de obligaciones:

- **Obligaciones generales:** derivadas de los objetivos establecidos para el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, en las líneas residencial y ambulatoria. Estas obligaciones están establecidas en el marco normativo general que regula el sistema, y que comprende particularmente la Ley N° 21.302 de enero de 2021 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y la Ley N° 21.430 de marzo de 2022 de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. En este sentido, las autoridades y profesionales de las diferentes reparticiones nacionales y regionales que forman parte del sistema proteccional, tienen obligación de implementar y monitorear las acciones y programas establecidos para la protección y restauración de los derechos de niños, niñas y adolescentes atendidos. Estas acciones y programas deberán efectivamente cumplir con su función proteccional, incluida la detección temprana de conductas suicidas de niños, niñas y adolescentes atendidos.
- **Obligaciones específicas:** derivadas de las diversas resoluciones exentas que se mencionan previamente y que regulan particularmente la prevención, detección y manejo del riesgo suicida. Estas obligaciones se pueden clasificar de la siguiente manera:
 - **Obligaciones de prevención:** estas acciones cubren, aspectos generales del cuidado residencial, como los ámbitos de infraestructura, personal, y, modelos de intervención. Todos estos ámbitos deben estar diseñados e implementados de una manera que favorezcan la intervención terapéutica con los niños, niñas y adolescentes, lo que incide en aspectos relacionados a los factores de comportamiento suicida. Este tipo de obligaciones se pueden encontrar en instrumentos como las orientaciones técnicas para programas residenciales, los cuales detallan cada uno los aspectos del funcionamiento de la línea. Por otro lado, particularmente relevante en este ámbito es el protocolo de almacenamiento, administración y registro de medicamentos e insumos médicos clínicos para centros residenciales, contenido en la Resolución Exenta N°3147 (año 2018) de SENAME.
 - **Obligaciones de detección y manejo:** En un aspecto más específico, la normativa también establece obligaciones con respecto a las acciones que deben realizar los y las profesionales para poder detectar con la debida anticipación los factores de riesgo suicida. Para esto, normativa como la Resolución Exenta N°1174 (año 2023) del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, entrega diferentes instrumentos que deben ser incorporados al funcionamiento de los programas residenciales, como la Pauta de detección y manejo del riesgo suicida, además de orientaciones para la evaluación de una Plan de Trabajo Anual con este objetivo.

d. Flujos de atención y obligaciones de reportes que se desprenden de la normativa

Para los casos de intento de suicidio y consumación de niños, niñas y adolescentes atendidos en un programa proteccional, la normativa establece una serie de obligaciones de registro y comunicación que recaen tanto en autoridades como profesionales. Desde el punto de vista judicial, la ley N° 19.968 de

Tribunales de Familia contempla los procedimientos especiales de aplicación judicial de medidas de protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Esta ley regula las obligaciones de comunicación que los programas del Servicio deben cumplir con referencia al tribunal con competencia sobre el caso, y los demás intervinientes.

Estos deberes incluyen la comunicación al tribunal de cualquier tipo de circunstancia relevante para la protección y promoción de los derechos del niños, niñas y adolescentes atendido. A continuación, se detallan las normativas que deben considerarse ante eventos del proceso suicidal de niños, niñas y adolescentes que reciben atención en el Servicio.

Resolución Exenta N°149

Desde el punto de vista administrativo, la Resolución Exenta N°149 (año 2022) emitida por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, regula el procedimiento siempre que se tome conocimiento del fallecimiento de un niño, niña, adolescente o joven atendido por el Servicio o su red de colaboradores acreditados, cualquiera sea la circunstancia en al cual se haya producido el deceso. Lo anterior con el fin de resguardar la entrega de información de manera oportuna a todos quienes se constituyan como actores relevantes y adoptar las medidas necesarias, como garantía del respeto a los derechos de cada niño, niña, adolescente o joven atendido por el Estado, y de sus familias. La instrucción contiene mayoritariamente obligaciones de registro y comunicación tanto para el director(a) y los profesionales del programa que atendía al niños, niñas y adolescentes, como para el director(a) Regional y la Dirección Nacional del Servicio.

Frente al fallecimiento de un niño, niña o adolescente es deber del/la directora de cada proyecto informar a:

- **Familia** (nuclear o extensa) y /o adultos o referentes significativos del niño, niña o adolescente fallecido. Debe informarse de manera inmediata, apenas se haya tomado conocimiento del fallecimiento.
- **Dirección Regional respectiva**. Dentro de las 24 horas máximo que se tomó conocimiento de los hechos, definido como primera información. Posterior a la primera información previamente señalada, y en un plazo máximo de 4 días posteriores a ella, el Director/a del proyecto deberá de igual manera remitir a la Dirección Regional la siguiente información:
 - Oficio de ingreso al proyecto (Orden de Tribunal).
 - Certificado de Nacimiento.
 - Certificado de Defunción.
 - Copia de la Denuncia ante el Ministerio Público.
 - Oficio al Tribunal correspondiente en el que se informa del fallecimiento.
 - Copia del Informe de Diagnóstico Clínico Especializado, Informes de Seguimiento y Pericias, si es que hubiere, o la herramienta de diagnóstico vigente.

- Copia del Plan de Intervención Individual y/o Informes de Proceso.
- Copia de Registro de atenciones de Salud y de recetas médicas, si las hubiere.

En la información que se remita al director/a Regional se deberá señalar de manera expresa si el fallecimiento se produjo dentro o fuera de las dependencias del proyecto, domicilio particular o vía pública, indicando la comuna y el lugar específico del mismo.

Sobre el deber de registrar desde el nivel central y regional del Servicio. La Dirección Regional debe emitir un Memorándum que deberá enviarse con copia a la jefatura de división de supervisión, evaluación y gestión, a la jefatura de la división de servicios y prestaciones y a la jefatura de la división de estudios y asistencia técnica, quienes podrán derivar internamente a los departamentos correspondientes.

Asimismo, la Dirección Regional respectiva será responsable de llevar un registro de cada deceso que le sea informado en cumplimiento a la presente instrucción. La Dirección Regional deberá socializar y capacitar a los diferentes proyectos en la obligatoriedad y forma del registro de la aplicación de la resolución en el módulo habilitado para dicho efecto.

- Tribunal de Familia o con competencia en familia ante el cual se tramite la medida de protección, solicitando que la información sea puesta en conocimiento del Curador Ad Litem del niño, niña o adolescente fallecido.

Resolución Exenta N° 1.174

Establece el protocolo para la prevención, detección y manejo del riesgo suicida en cuidado alternativo residencial, tanto en dispositivos de administración directa como en aquellos administrados por colaboradores acreditados. Para ello establece definiciones básicas del fenómeno suicidal, circuitos de atención y acciones mínimas establecidas. Su enfoque busca garantizar una respuesta coordinada, preventiva y oportuna, basada en el interés superior y los principios de no daño, participación y protección especializada. No existe una resolución equivalente para las intervenciones ambulatorias.

El protocolo define un circuito de atención estructurado en distintas etapas, desde la prevención hasta la posvención, con roles específicos para los actores involucrados:

Circuito de atención y responsabilidades principales

- Elaboración obligatoria de un Plan Anual de Prevención e Intervención en Conductas Suicidas, diseñado por el equipo técnico de la residencia.
- Capacitación del personal y acciones formativas con los niños, niñas y adolescentes.
- Director/a de la residencia: responsable general del cumplimiento del protocolo.
- Dupla psicosocial: encargada de aplicar la pauta de evaluación.
- Encargado/a de salud: lidera las derivaciones y seguimiento clínico.
- Incorpora 5 funciones principales de los equipos para el acceso a los servicios de atención en salud:

- Garantizar la inscripción en el Centro de Atención Primaria correspondiente al territorio en que se encuentra el establecimiento.
- Asegurar que todos los niños, niñas y adolescentes tengan el Control de Salud Integral al día. Esta instancia permite la detección de diferentes factores de riesgo como sedentarismo, obesidad, deserción escolar y/o atrasos en la trayectoria educativa, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual u otros asociados a la salud mental (violencia intrafamiliar y/o violencia en la escuela y/o maltrato, consumo de alcohol y otras drogas, situación de discapacidad, relaciones familiares, hábitos, entre otros) y de indicadores directos de alteración del ámbito socioemocional y de posible riesgo suicida.
- Realizar las acciones necesarias para referir al Centro de Atención Primaria cuando se detecta un posible problema o situación que pueden significar un riesgo para su salud o un trastorno de salud mental, para que el niño, niña o adolescente reciba una evaluación clínica y se determine el nivel de atención requerido.
- En los casos en que el niño, niña o adolescente puede ya haber sido derivado/a y estar siendo atendido/a, pese a que presenta una nueva necesidad de atención, favorecer las atenciones entregadas por el equipo de salud, en el nivel de atención requerido.
- Desarrollar estrategias para favorecer y asegurar la asistencia a los controles e intervenciones brindados por los centros de salud. Esto incluye avisar las inasistencias al equipo de sector del establecimiento de APS
- Tomar las medidas necesarias para asegurar la realización y seguimiento de las indicaciones entregadas por el equipo de salud para la continuidad de cuidados.

Señales de Alerta en niños, niñas y adolescentes en residencias

El protocolo describe una serie de señales de alerta:

- El Niño, niña o adolescente habla o escribe sobre:
 - Deseo de morir, herirse o matarse, o amenaza con hacerlo.
 - Sentimientos de desesperanza o de no tener razones para vivir.
 - Sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor que no puede soportar.
 - Ser una carga para otros (amigos, familia, etc.) o el responsable de todo lo malo que sucede
- El niño, niña o adolescente manifiesta o se observa:
 - Mayor uso de alcohol o drogas.
 - Busca formas de terminar con su vida, por ej. en internet.
 - Se aísla, deja de participar.
 - Alejamiento de familiares y amigos.
 - Duerme demasiado o muy poco.
 - Visita o llama a sus cercanos para despedirse.
 - Regala posesiones preciadas.

- Muestra agresividad.
 - Está desganado, fatigado.
- El niño, niña o adolescente siente o expresa:
 - Desesperanza.
 - Bajo ánimo y energía.
 - Ansiedad.
 - Pérdida de interés.
 - Irritabilidad.
 - Humillación / vergüenza.
 - Agitación / Ira.
- Situaciones de Alto Riesgo (SAR)
 - Ingreso a residencia
 - Estado de intoxicación por consumo de alcohol y/o drogas. Síndrome de abstinencia de consumo o de drogas
 - Descompensación emocional
 - Proximidad a la fecha de juicio o sentencia
 - Proximidad al egreso
 - Situación de bullying o amenaza a la vida
 - Bullying homofóbico
 - Separación de grupo
 - Pérdida afectiva/ pérdida de sostén social
 - Período de post egreso de internación psiquiátrica
 - Ausencia de equipo interventor durante las noches (y días feriados)
 - Fechas significativas (día de la madre/padre, fiestas patrias, día de su cumpleaños (y/u otro significativos cercanos), navidad y año nuevo, entre otros)
 - Otro

Para la detección del riesgo:

- Establece la utilización de la **Pauta de Evaluación y Manejo del Riesgo Suicida**, basada en la *Escala Columbia de Severidad Suicida (C-SSRS)*., como herramienta parametrizada de medición del riesgo suicida.
- Se clasifica en tres niveles: riesgo bajo, medio o alto, lo que determina la urgencia de las acciones y derivaciones:
- En el caso de tener un riesgo alto o medio, existe la obligación de incorporar al Plan de Intervención Individual objetivos específicos de prevención y tratamiento de riesgo suicida. Y la generación conjunta al niño, niña o adolescente de la Estrategia de Seguridad Individual que contiene acciones y personas claves para el afrontamiento de una situación de riesgo.

Sobre Intentos de suicidio

La resolución establece las acciones de abordaje de intentos de suicidio dentro de la misma categoría de posvención, lo cual no es coincidente con la literatura. La posvención es todo aquello que surge posterior al fallecimiento por suicidio y por lo tanto excluye los casos de intentos sin resultado de muerte. Esta distinción es importante y no se encuentra desarrollada en la resolución. Sí existe mención a la ficha de derivación a los centros de salud y su respectivo formato.

Respecto de la Posvención

Establecen las labores a realizarse posterior al fallecimiento por suicidio de un niño, niña o adolescente. Según la resolución los objetivos son:

- Prevenir el contagio suicida, es decir, nuevos intentos derivados del impacto emocional.
- Facilitar una expresión saludable del duelo y brindar apoyo emocional.
- Identificar otros NNAJ en riesgo tras el evento.

Dentro de los procedimientos y obligaciones que se establecen (entendiendo posvención e intentos de suicidios)

- Durante las primeras 24 horas
 - Contrarrestar rumores y entregar información veraz, sin detalles innecesarios sobre el hecho (como medio utilizado o lugar del evento).
 - Informar al representante del Servicio de la respectiva Dirección Regional, parte del equipo de Gestión Intersectorial de SISI
 - Contactar a la familia o tutor legal, comunicar el hecho de forma cuidadosa y ofrecer apoyo emocional, articulando con redes de salud (APS). El/la directora/a de la residencia o encargado designado debe informar a la familia o tutor legal sobre lo ocurrido. Si aún no existe claridad de lo sucedido, se le debe comunicar que se les irá informando tan pronto como haya más información.
 - Con los niños, niñas y adolescentes de las residencias se deben promover espacios de conversación, contención emocional y educación sobre salud mental. Reducir sentimientos de culpa o confusión. Reforzar mecanismos de ayuda y estrategias de afrontamiento. Identificar a quienes podrían estar en riesgo, incluidos hermanos/as en otras residencias, y derivarlos a atención especializada si corresponde.
- Durante las primeras semanas
 - Dar información acerca del comportamiento suicida y fuentes de ayuda, implica aumentar el diálogo en base al riesgo suicida como un fenómeno complejo y multifactorial, educar sobre señales de alerta enfatizando en las posibilidades de apoyo y recursos disponibles.
 - Acompañamiento al adulto o referente significativo del niño, niña o adolescente fallecido (similar a la información anterior).

- Con los equipos de la residencia: monitorear el impacto emocional en los funcionarios. Coordinar derivaciones a salud mental si surgen señales persistentes. Crear espacios protegidos y de autocuidado dentro y fuera de la residencia. Sugerencias: espacios de reflexión, jornadas de formación, apoyo institucional y ayuda en Mutua de Seguridad si aplica.
- Favorecer funerales y conmemoraciones responsables. Facilitar la participación de pares en acuerdo con la familia, y preparar adecuadamente el apoyo emocional que se puedan requerir por los niños, niñas y adolescentes en esas ocasiones. Cuando se organicen eventos en la propia residencia se debe cuidar el riesgo de contagio, especialmente de otros jóvenes en riesgo, y evitar una identificación positiva o idealización de la conducta suicida.

Resolución Exenta N°154 (2022) /155 (2022):

- Aplicación:
 - Resolución N°154: Aplica a los proyectos de administración directa del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.
 - Resolución N°155: Aplica a los proyectos ejecutados por colaboradores acreditados del Servicio.
- Contenido principal:
 - Resolución N°154: Regula el procedimiento que debe seguirse ante hechos eventualmente constitutivos de delito en contra de niños, niñas, adolescentes o jóvenes atendidos en proyectos de administración directa, cuando estos hechos no se vinculan con el motivo original de ingreso a la red.
 - Resolución N°155: Regula el procedimiento ante hechos eventualmente constitutivos de delito cometidos contra niños, niñas o adolescentes atendidos por colaboradores acreditados, en cualquiera de sus líneas de acción: diagnóstico especializado, reparación, cuidado alternativo, adopción, entre otros. Agregar: cuando estos hechos no se vinculan con el motivo original de ingreso a la red.
- Obligaciones comunes establecidas en ambas resoluciones:
 - La denuncia debe realizarse de inmediato o dentro de las 24 horas desde que se toma conocimiento del hecho.
 - En casos urgentes o cuando no sea posible realizar la denuncia de forma inmediata, esta puede efectuarse ante Carabineros, PDI o un tribunal competente, obteniendo el comprobante o verificador de la denuncia.
 - En el plazo más breve se debe obtener el RUC (Rol Único de Causa) asociado a la denuncia.
 - La denuncia debe ser registrada en el módulo del Servicio dentro de 72 horas, adjuntando el verificador correspondiente.

- Si la denuncia no fue realizada directamente ante el Ministerio Público, hay un plazo de 5 días hábiles para remitir el oficio correspondiente.
- El sistema informático enviará una alerta a la dirección del proyecto y a la dirección regional del Servicio.
- Se deben adoptar medidas inmediatas de protección, contención y asistencia a los niños, niñas o adolescentes involucrados.
- Se debe informar al Tribunal de Familia que supervisa la medida de protección, y notificar al abogado del niño, niña o adolescente (figura anteriormente denominada curador ad litem).
- Se debe realizar un seguimiento semestral de las denuncias y comunicaciones realizadas.
- El equipo técnico debe revisar y actualizar el Plan de Intervención Individual del niño, niña o adolescente afectado.
- Se debe informar a la familia, adulto responsable o persona significativa, dejando constancia escrita en los registros, incluso si no fue posible llevar a cabo la comunicación, explicando el motivo.

Resolución Exenta 1.040 (2023)

- Define la gestión de contingencias que afectan los derechos de niñas, niños y adolescentes en proyectos ya sea administrados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados. Estas contingencias pueden surgir de diversas situaciones, como conductas autolesivas, agresiones por pares, maltrato por cuidadores, violencia familiar, accidentes, y amenazas de delitos violentos, entre otros. Todas estas situaciones ponen en riesgo la integridad física y emocional de los niñas, niños y adolescentes, lo que puede tener implicaciones legales y requerir la activación de normativas específicas.
- Al detectar una contingencia, el director del proyecto debe informar al Supervisor Técnico de la Dirección Regional, quien a su vez comunica la situación a su jefatura y al director regional. Este último instruye la elaboración de un Reporte de Contingencia que debe ser conciso y contener información clave sobre el incidente, incluyendo la región, el proyecto involucrado, y la descripción del niño, niña o adolescente afectado. Este reporte se comparte a través de un chat de WhatsApp específico y por correo electrónico con las partes pertinentes.
- Dentro de las 24 horas siguientes, la Dirección Regional debe complementar la información y enviar una Minuta de Contingencia que amplíe los detalles y las acciones requeridas. En casos de alta visibilidad mediática, se coordina con el Gabinete de la directora nacional para definir el tiempo de envío de la minuta. Esta minuta se actualiza diariamente hasta que se considere que se han tomado todas las acciones necesarias para garantizar la protección de los niñas, niños y adolescentes.
- El Departamento de Gestión Territorial en la Dirección Nacional tiene la responsabilidad de monitorear y apoyar la gestión de la contingencia, registrando los hechos y acciones en una planilla interna. Una vez que se verifica que se han realizado las acciones pertinentes, se

reporta el cierre de la situación de contingencia, lo que requiere la aprobación de las jefaturas correspondientes. Es fundamental que toda la información generada en este proceso se mantenga interna y no se divulgue externamente, dado que contiene datos sensibles de los niñas, niños y adolescentes afectados.

Un ordenamiento del flujo de acciones acorde a estas normativas para la prevención, detección y manejo del riesgo suicida, y para atender las fases del proceso suicidal, desde la fase de intento suicida se presentaría de la siguiente forma:

- Prevención, detección y manejo del riesgo suicida: Aplicar Resolución Exenta N° 1.174 (2023) en programas residenciales
- Intento suicida: Aplicar Resolución Exenta 1.040 (2023) y N°1.174 (2023): gestión de contingencias para programas administrados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados. Aplicar Resolución Exenta N°154 (2022) o Resolución Exenta N°154 (2022), según corresponda la modalidad del programa y solo cuando en el intento suicida de un niño, niña o adolescente atendido existan sospechas de la intervención de terceros.
- Suicidio: Aplicar Resolución Exenta N°149 (2022) y N°1.174 (2023) para efectos de posvención.

5. Evidencia que orienta un sistema de registro de riesgo suicida

Ante la crisis de salud mental, las historias de daños y vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes, y el riesgo suicida surge la necesidad de un sistema de registro y gestión basado en el caso que no solo permita recopilar información, sino que también permita la toma de decisiones, el seguimiento epidemiológico del fenómeno, así como de las acciones, compromisos y estándares de atención desplegados. Por otro lado, el cambio y relevancia que tienen hoy las tecnologías de la información para la gestión, tanto pública como privada, hacen necesario que nuevos Servicios públicos se instalen desde un estándar de gestión no sólo que las incluya, sino que las utilicen como eje central. Por otro lado, el cambio de paradigma centrado en la persona, en este caso niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y el rol del Estado en su restitución, obliga a pensar que el sistema de registro en general debiera estructurarse en un expediente único y un sistema digitalizado.

a. El Expediente Único de Ejecución

Existen diversas experiencias de países que han implementado sistemas de registros únicos aplicados al contexto del trabajo con niños, niñas y adolescentes: Argentina en la ciudad de Buenos Aires (Erbaro y Lewkowicz, 2018), España (Montero Hernanz, 2025) y Chile, con el nuevo Servicio Nacional de Reinserción Juvenil (Cillero y Vitar, 2022; Cideni, 2024). En todas estas experiencias, se hace evidente que la centralización de datos y la interoperabilidad de estos, se vuelve un elemento clave para los servicios de garantías de derechos de niños, niñas y adolescentes. En estos ejemplos se recalca la necesidad de que

estos sistemas cuenten con: información básica de identificación del niño, niña o adolescente; antecedentes familiares y relaciones (como pueden ser factores de protección medioambientales, culturales o familiares); la individualización de los proyectos, servicios, sanciones o medidas que tenga la niña, niño o adolescente y sus planes de intervención individual; el monitoreo o seguimiento, esto es las tareas emprendidas, las acciones realizadas, y sus resultados en función de los derechos y su restitución.

En el caso particular de Chile, la Ley 21.257 que crea el Servicio Nacional de Reinserción Juvenil (en adelante el Servicio de Reinserción) ha innovado en la manera en que los deberes de registro pueden promover una intervención que tome en cuenta las necesidades de los usuarios, permitiendo el seguimiento y la evaluación periódica de su impacto. Desde el punto de vista operativo, esta orientación en el control y seguimiento de casos se traduce en la creación del Expediente Único de Ejecución, regulado en el artículo 31 de la misma ley. Como contenidos básicos de este registro se establece la incorporación de información vinculada al sujeto de atención, a las sanciones o medidas aplicadas, al plan de intervención, programas asociados y evaluaciones, resoluciones judiciales e informes de seguimiento post sanción. Esta norma establece además reglas respecto de su acceso, protección de datos y administración.

Se considera este ejemplo, porque la creación de este registro apuntó a solucionar la fragmentación de los registros de la intervención que caracterizaba el funcionamiento de los programas de SENAME en el área de responsabilidad penal adolescente, generando una fuente de información comprehensiva dirigida a apoyar las acciones de todos los operadores del sistema (Cideni, 2024). Considerar este ejemplo contribuye a resolver problemas relacionados a la carencia de registros unificados de trayectoria de niños, niñas y adolescentes), la ausencia de una gestión de reportes con información actualizada, tanto técnica como administrativa, aspectos que son centrales para la intervención, en la medida que permite analizar de manera eficaz las historias de los niños, niñas y adolescentes, así como o identificar de manera clara sus procesos (avances y retrocesos) en términos de su protección.

b. Sistema digitalizado

La recopilación de datos sistemática y estandarizada cumple un rol en la planificación, implementación y evaluación de las iniciativas de salud pública (OMS, 2017), se ha señalado que para lograr un impacto significativo en la reducción del suicidio infanto juvenil, es fundamental comprender mejor la trayectoria suicida de quienes fallecen, incluyendo la comprensión de los sistemas con los que tienen contacto antes de morir. Esto hace que los sistemas de datos de los sistemas estatales que atienden a niños, niñas y adolescentes con una gran cantidad de factores de riesgo relacionados con el suicidio sean cruciales. En concreto, es necesario comprender mejor las oportunidades y barreras para el uso de datos de los sistemas de justicia juvenil, protección de la niñez y adolescencia y salud pública (Suicide Prevention Resource Center 2017).

Al respecto UNICEF (2020, p.3) ha indicado que, a pesar de avances hacia la digitalización en los sistemas de protección, se mantiene la necesidad de un diseño centrado en el usuario, salvaguardas sólidas y

enfoques que utilicen la tecnología para complementar, en lugar de suplantar, las capacidades de los equipos. En este mismo sentido, el Reporte del Suicide Prevention Resource Center (2017)³ señala que el registro de estos datos enfrenta diversas barreras, incluso, aunque exista una infraestructura tecnológica, no es fácil compartir, agregar, ni analizar a tiempo la información. Uno de los riesgos identificados por este reporte es que los datos relacionados con el suicidio, en particular con los intentos, generalmente se recopilan de forma narrativa a través de informes de incidentes, esto hace complejo controlar posibles sesgos de registro en un contexto en el cual los datos sobre intentos de suicidio generalmente se basan en autorreportes de los profesionales. Olson (2019) señala respecto de los sesgos en el autorreporte, se encuentra en primero lugar el estigma sobre el suicidio, luego la falta de estándares y consistencia en la práctica, las que aparecen como principales razones de la sub-notificación.

Se desprende de lo anterior, que, para evitar sesgos, se recomienda la estandarización de reportes, especificidad de las herramientas de evaluación de riesgos, especialmente en el contexto de la autolesión, y una evaluación psicosocial exhaustiva (Gale et. al. 2016)

Al mismo tiempo, estos sistemas deben dejar espacio para el juicio profesional, evitando una total automatización de respuestas. El juicio profesional discrecional en los servicios sociales protectores para la niñez y adolescencia implica que los profesionales tomen decisiones basadas en su experiencia y conocimientos, dentro del marco de las leyes, políticas y procedimientos, para satisfacer mejor las necesidades individuales de cada niño, niña y adolescentes. Este criterio es crucial, especialmente en situaciones complejas o ambiguas donde los procedimientos estandarizados podrían no abordar plenamente las circunstancias específicas (Vibeke & Turney 2017).

Una opción de registro que cumple con lo que señalado anteriormente y que se encuentra basado en evidencia, son los CRM, por sus siglas en inglés de Customer Relationship Management, que en español refiere a sistema de gestión de relaciones con los clientes. Este tipo de sistema de gestión digital favorece el monitoreo y prestaciones de servicios más responsivos a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes. “El CRM en la administración pública se debe afrontar desde el objetivo de la mejora de la calidad del servicio” (Perez Gonzalez & Solana Gonzalez, 2010 p.304)

Los CRM se pueden crear a medida o utilizar y adaptar softwares ya existentes, y responden a principios esenciales de la modernización de los Estados. Favorecen un sistema único, robusto que sistematiza y analiza la información de los casos y, en consecuencia, fortalece la capacidad estatal de responder ante situaciones complejas. Las ventajas de utilizar este tipo de sistemas de gestión digital no sólo están dadas por la trazabilidad y el seguimiento de casos, sino también por las posibilidades de articulación e interconexión entre agencias. “La utilización de sistemas CRM 2.0 por los gobiernos, reporta beneficios sociales relacionados con la percepción de eficiencia y productividad, que son muy valorados tanto por

³ Centro de recursos dedicado a impulsar la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio. El SPRC está financiado por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

los ciudadanos como por las propias administraciones públicas.” (Perez Gonzalez & Solana Gonzalez (2010, p.302).

Se podría decir que los CRM aplicados a contextos de políticas y programas públicos permiten:

- Mayor trazabilidad de los casos, pues registran información del caso y su evolución y movimiento al interior del sistema de manera menos fragmentada y unificada.
- La colaboración de distintos organismos por medio de perfiles de usuarios diferenciados, favoreciendo la acción intersectorial.
- El resguardo de información no sólo en términos de confidencialidad, sino que también la información es auditable y tiene control de accesos delimitado por roles.
- Revisarse estadísticamente, dando información acerca del fenómeno que informa la toma de decisiones a distinto nivel: de programa o nacional. Permite hacer un seguimiento epidemiológico, en este caso, del fenómeno de la suicidalidad.

Utilizar un sistema de gestión basado en los CRM adaptados al sector público y sociales, implica comprender al “cliente” como titular de derechos, en este caso, niños, niñas y adolescentes y lo que se gestiona corresponde a los servicios, prestaciones, derivaciones, diagnósticos, entre otros elementos. El aspecto de coordinación o relaciones propios de estos sistemas, son justamente la coordinación de equipos interinstitucionales o interagenciales (dentro de un mismo servicio o entre instituciones). En este sentido, la literatura ha señalado que los CRM en su sentido comercial podrían ser entendidos como CiRM (Citizen Relationship Management), en donde el estado no solo almacena información para su propia gestión y la de otras agencias, sino que el propio ciudadano, tiene acceso e interactúa con el sistema (Larrosa, 2016). Lo anterior implica un potencial importantísimo especialmente en el caso de proyectos ambulatorios donde los cuidadores/as podrían formar parte de una dimensión totalmente nueva de la interacción con el sistema.

Es importante considerar que un producto como CiRM podría ayudar no sólo en un nudo crítico en la prestación actual de servicios y la relación con el inter-sector: salud, justicia, educación; sino que además podría permitir múltiples entradas de información de diversos actores incluyendo a los niños, niñas y adolescentes y sus familias o cuidadores como parte de esto. La implementación de este tipo de servicios es costosa y requiere de una estrategia de implementación y escalamiento, pero se deja evidencia de sus potencialidades para ser considerada en la planificación de largo plazo del sistema informático general del Servicio.

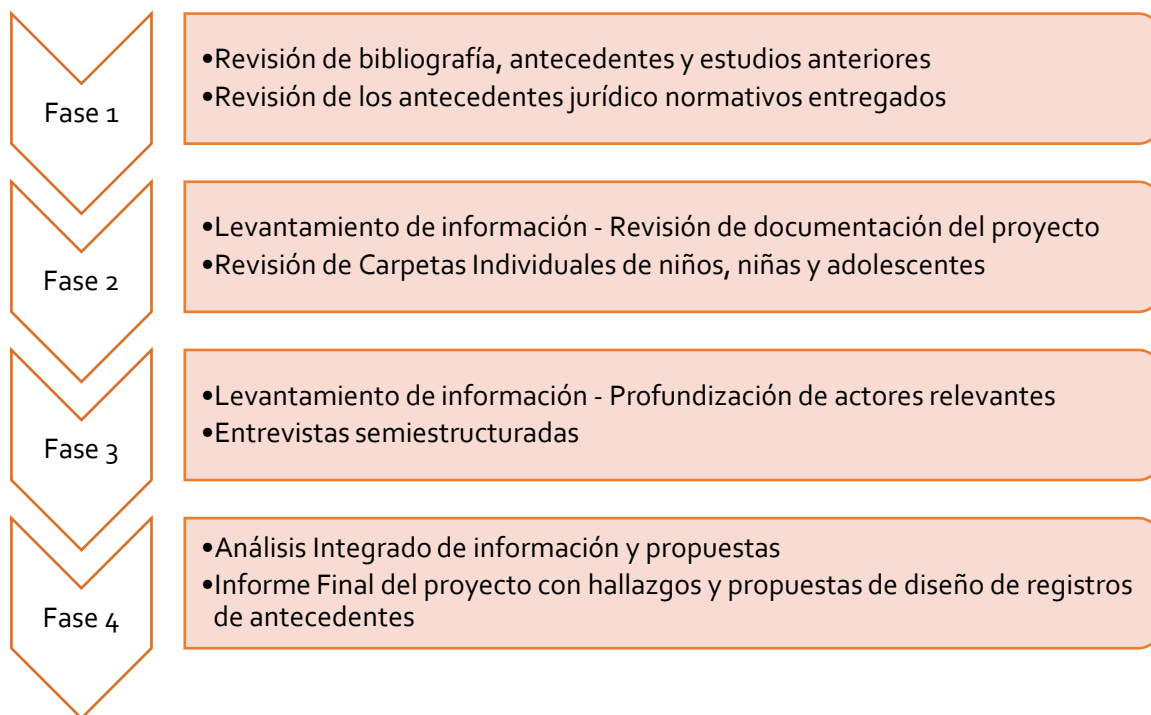
III. Metodología

En esta sección se presenta el diseño metodológico utilizado en el estudio, considerando las bases técnicas de la licitación y lo presentado en la propuesta técnica. Para dar cumplimiento a los objetivos del estudio, se contempló un análisis cualitativo a partir de distintas fuentes de información que fueron solicitados por el Servicio en sus bases de licitación:

- a. Registros de los eventos en el Sistema de Información del Servicio (SIS).
- b. Revisión de carpetas individuales de niños, niñas y adolescentes e información de trayectoria enviada por el Servicio.
- c. Entrevistas a actores claves (Proyectos, Direcciones Regionales, Dirección Nacional y especialistas).

De esta manera, este diseño metodológico sistematizó y analizó toda la información cualitativa presente en esas fuentes de información secundaria en base a un análisis de contenido. Esta investigación contempla las siguientes fases:

Figura 2: FASES DEL ESTUDIO



Fuente: Elaboración Propia

1. Método de Análisis

Para estudio se realizó un análisis de contenido, que es una técnica que busca descubrir la significación y relación de la información cualitativa recogida. Más concretamente, se trata de un método que consiste en clasificar los diversos elementos de un mensaje en categorías, con el fin de hacer aparecer de la mejor manera el sentido del discurso (Gómez, 2000).

Existen varias maneras de clasificar el análisis de contenido. Algunos autores han destacado la importancia de establecer una primera distinción entre el análisis que tiene por fin la verificación de una hipótesis y el que busca en primer lugar explorar un campo de estudios (Grawitz, 1974). Algunos tipos de análisis de contenido que se tomaron en consideración en el análisis de la información cualitativa del presente estudio son los siguientes:

- a. **El análisis de exploración de contenido:** Se trata de explorar un campo de posibilidades, de investigar las hipótesis y orientaciones en base a las variables del estudio.
- b. **El análisis de contenido directo:** Toma el sentido literal de lo que es estudiado. No se busca descubrir un eventual sentido latente de discurso; se permanece al nivel de sentido manifiesto.
- c. **El análisis de contenido indirecto:** En este caso, el investigador/a busca extraer el contenido latente que se escondería detrás del contenido manifiesto, recurrirá a una interpretación del sentido de los elementos, de su frecuencia, de su agenciamiento, de sus asociaciones, etc.

Para este estudio se consideró pertinente el tipo de análisis b, mediante el cual la información recogida fue incorporada a una matriz de operacionalización construida a partir de los criterios indicados en las dimensiones construidas en base al análisis de la revisión bibliográfica. Mediante este método se van analizando los resultados y obteniendo categorías/tipologías/ temas, que se van alimentando con la integración de la información. Cada categoría o tema, va respondiendo a las hipótesis planteadas a priori, y van adquiriendo validez a medida que la información se va saturando y reiterando. De esta manera, se busca tener resultados consistentes, que permitan llegar a conclusiones sólidas. Desde lo concreto, lo primero realizado es una reducción de datos, extrayendo aquellos que son fundamentales para dar respuesta a las necesidades de la investigación, para lo cual se clasificaron con una mirada crítica y reflexiva.

a. Dimensiones de Análisis

Para cada una de las fuentes, se diseñó una matriz de operacionalización detallada que permitiera identificar a priori dimensiones y categorías de análisis a partir de lo solicitado en las bases de licitación y de los elementos claves que surgieron en la revisión bibliográfica. A partir de dicha revisión se identificaron dos dimensiones principales asociados al: (i) “conocimiento de riesgo suicida” que integra las principales definiciones para comprender el fenómeno de riesgo suicida y (ii) “proceso de intervención” referido a cómo se actúa y se registran las acciones que se realizan para abordar el riesgo suicida.

Cada una de estas dimensiones, tiene subdimensiones que se encuentran definidas en la Matriz de operacionalización basadas en la búsqueda bibliográfica presentada en el apartado anterior.

- **Subdimensiones en la dimensión de conocimiento de riesgo suicida:**

- Factores de riesgo
- Factores protectores
- Fases del riesgo suicida
- Competencias profesionales

- **Subdimensiones en la dimensión de proceso de intervención:**

- Diagnóstico formal de riesgo suicida
- Medidas de prevención de riesgo suicida
- Planes de intervención
- Monitoreo
- Egreso
- Circuitos de Atención
- Sistemas de registro

Para cada una de estas dimensiones y sus categorías son tres variables claves para un proceso de registro:

- **Claridad:** referido a la identificación del aspecto específico en los registros o entrevistas
- **Profundidad:** referido a la comprensión y evidencia del aspecto específico
- **Suficiencia:** referido a si la información permite tomar decisiones en base al aspecto específico.

A continuación, se presenta el cuadro de operacionalización que guía el estudio:

Tabla 3: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
CONOCIMIENTOS DE RIESGO SUICIDA	FACTORES DE RIESGO condiciones sociales, comunitarias e individuales o personales que obstaculizan el logro del bienestar e incrementan las probabilidades que las personas desarrollen problemas emocionales, conductuales y de salud, gatillando un proceso suicidal Se identificarán los siguientes factores, los cuales no son excluyentes entre sí (Minsal 2013, Salvo y Melipillán; 2008; entre otros)	Factores de riesgo asociados a Salud Mental • Trastornos de Salud Mental sin diagnosticar o sin tratar • Trastornos de Salud Mental diagnosticados • Trastornos de conducta • Sentimientos de desesperanza • Autolesiones • Baja autoestima • Baja sensación de autoeficacia • Predisposiciones genéticas • Alteraciones neurobiológicas • Autopercepción en población LGBTQ+ • Consumo de sustancias	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas⁴	La información contenida en registros describe los factores de salud mental presentes. (Es comprensible, accesible, organizada, tiene lenguaje claro, no hay ambigüedad o confusión, entre otros)	La información describe la interrelación de estos factores de riesgo y sus implicancias para el desarrollo del riesgo suicida. (contiene detalles, descripciones, explicaciones, etc.)	Los relatos o registros entregan antecedentes para la toma de decisiones en función de los factores de riesgo identificados. (Evidencia de diagnósticos, decisiones, planes de acción, plan de tratamiento o intervención)
		Factores de riesgo sociales y familiares • Abuso y violencia familiar • Desestructuración familiar • Pérdida o separación significativa • Falta de apoyo familiar a personas LGBTQ+ • Estigma y discriminación en su entorno directo • Presiones académicas y sociales de su entorno • Antecedentes de intentos de suicidio o depresión en familiares • Consumo de sustancias de sus círculos cercanos	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	La información contenida en registros describe los factores de riesgo sociales y familiares presentes. (Es comprensible, accesible, organizada, tiene lenguaje claro, no hay ambigüedad o confusión, entre otros)	La información describe la interrelación de estos factores de riesgo y sus implicancias para el desarrollo del riesgo suicida. (contiene detalles, descripciones, explicaciones, etc.)	Los relatos o registros entregan antecedentes para la toma de decisiones en función de los factores de riesgo identificados. (Evidencia de diagnósticos, decisiones, planes de acción, plan de tratamiento o intervención)
		Factores de riesgo socioculturales y medioambientales: • Determinantes del contexto social en el que vive (pobreza, violencia, narcotráfico, etc.) • Daño acumulado en los sistemas protectores	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos	La información contenida en registros describe los factores socioculturales y medioambientales	La información describe la interrelación de estos factores de riesgo y sus implicancias para el	Los relatos o registros entregan antecedentes para la toma de decisiones en función de los factores

⁴ Las entrevistas corresponden a todas las definidas en el apartado metodológico, según muestreo, salvo que se señale lo contrario

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
		• Sufrir bullying o acoso escolar, cyberbullying, aislamiento social y estigma • Falta de redes de apoyo comunitarias o dificultad para el acceso a servicios • Discriminación o estigma por género, sexo o identidad sexual. • Exclusión cultural producto de migración, etnia, creencias religiosas. • Variables territorio (riesgos, cercanía o lejanía a servicios, áreas verdes y recreación, estigma) • Inseguridad y acceso a medios letales, como armas de fuego, pesticidas o medicamentos • Uso indiscriminado de pantallas y actividad online	• Entrevistas	presentes. (Es comprensible, accesible, organizada, tiene lenguaje claro, no hay ambigüedad o confusión, entre otros)	desarrollo del riesgo suicida. (contiene detalles, descripciones, explicaciones, etc.)	de riesgo identificados. (Evidencia de diagnósticos, decisiones, planes de acción, plan de tratamiento o intervención)
	FACTORES PROTECTORES: Mecanismos que amortiguan o mejoraron la reacción de un niño, niña o adolescente ante una adversidad estresante o crónica, de manera que su adaptación sea más exitosa que en el caso que los factores protectores no existieran. (Masten, 1994)	Factores protectores asociados a Salud Mental: • Buena autoestima • Autoeficacia • Capacidad de resiliencia • Trabajo de emociones • Desarrollo de acuerdo con el ciclo vital • Apertura o compromiso a tratamiento y terapia	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	La información contenida en registros describe los factores de salud mental presentes. (Es comprensible, accesible, organizada, tiene lenguaje claro, no hay ambigüedad o confusión, entre otros)	La información describe la interrelación de estos factores protectores y sus implicancias para el desarrollo del riesgo suicida. (contiene detalles, descripciones, explicaciones, etc.)	Los relatos o registros entregan antecedentes para la toma de decisiones en función de los factores protectores identificados. (Evidencia de diagnósticos, decisiones, planes de acción, plan de tratamiento o intervención)
		Factores protectores sociales y familiares: • Relaciones familiares saludables • Figuras significativas • Sentimientos de seguridad asociados a la familia, hogar, núcleos cercanos • Continuidad escolar y preocupación por el aprendizaje • Comunicación abierta de preocupaciones o situaciones que se enfrentan en el entorno familiar • Se favorecen espacios de juego, recreación y cultura.	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	La información contenida en registros describe los factores sociales y familiares presentes. (Es comprensible, accesible, organizada, tiene lenguaje claro, no hay ambigüedad o confusión, entre otros)	La información describe la interrelación de estos factores protectores y sus implicancias para el desarrollo del riesgo suicida. (contiene detalles, descripciones, explicaciones, etc.)	Los relatos o registros entregan antecedentes para la toma de decisiones en función de los factores protectores identificados. (Evidencia de diagnósticos, decisiones, planes de acción, plan de

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
						tratamiento o intervención)
		Factores socioculturales y medioambientales: • Acceso a servicios de salud y salud mental adecuados • Colegios o centros educativos se presentan como un espacio de desarrollo integral, que brinda seguridad y estimula su formación. • Barrio y entorno promueven relaciones comunitarias de apoyo, fomentan la seguridad. • Lógicas o discursos en la comunidad o a nivel de instituciones, de integración a la diferencia para grupos vulnerables • Presencia confiable de dispositivos de gobernanza: policías, centros comunitarios, bibliotecas públicas, municipalidades. • Acceso a áreas verdes y espacios de recreación	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	La información contenida en registros describe los factores protectores socioculturales y medioambientales salud mental presentes. (Es comprensible, accesible, organizada, tiene lenguaje claro, no hay ambigüedad o confusión, entre otros)	La información describe la interrelación de estos factores protectores y sus implicancias para el desarrollo del riesgo suicida. (contiene detalles, descripciones, explicaciones, etc.)	Los relatos o registros entregan antecedentes para la toma de decisiones en función de los factores protectores identificados. (Evidencia de diagnósticos, decisiones, planes de acción, plan de tratamiento o intervención)
	FASES DEL RIESGO SUICIDA Refiere a la comprensión común sobre el proceso de riesgo suicida y su manifestación concreta en acciones por parte del niño, niña o adolescente. (Gómez Chamorro, 2021)	• Fase de ideación Se considera la desesperanza como un factor central: la persona no ve salida a su dolor emocional. La ideación puede variar desde pensamientos pasivos (desear estar muerto) hasta pensamientos más activos de planificación. • Fase de planificación Se comienzan a planificar/pensar acciones para llevar a cabo el suicidio. La desesperanza y puede existir una racionalización del acto, como una forma de aliviar el sufrimiento de los demás o de sí mismos • Fase de preparación Se comienzan a tomar acciones concretas, como buscar métodos, hacer arreglos para sus asuntos personales o incluso despedirse de sus seres queridos • Fase de consumación Es la etapa final donde la persona lleva a cabo el acto suicida, con resultado o no de muerte. Se reconoce una intencionalidad de quitarse la vida.	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	La información describe la fase en la que se encuentran los casos de niños, niñas y adolescentes. (existe una sintomatología comprensible, accesible, organizada, lenguaje claro, no hay ambigüedad o confusión, entre otros)	La información presenta evidencia para sostener la fase en la que se encuentra y sus implicancias para el riesgo suicida de ese caso. Favorece un análisis de complejidad de la situación. (contiene detalles, descripciones, explicaciones, procesos de intervención, etc.)	La información favorece la toma de decisiones respecto del tratamiento del caso en función de la etapa y desarrollo de síntomas, (informes médicos, diagnósticos, evaluaciones, seguimientos completos, controles, avances en plan de tratamiento o intervención)
	COMPETENCIAS PROFESIONALES	Enfoque sensible al trauma	• Sistema de Información del Servicio (SIS)	Es posible identificar que se ha utilizado un enfoque sensible al	La información hace un tratamiento de la información detallado y	Se da cuenta de un tratamiento de la información y de la

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
		Es un modo de intervención que reconoce el impacto del trauma en las personas, promoviendo la seguridad emocional, la empatía y estrategias de intervención que eviten la revictimización. Lo anterior incluye reconocer las "tensiones potenciales que pueden haber enfrentado y aun enfrentan a partir de la experiencia pasada, comprender las complejidades que juega el papel del trauma en la vida de diferentes personas y evitar subestimar sus experiencias emocionales (Isobel, 2021)	• Carpetas de Proyectos • Entrevistas	trauma ante alguna situación de riesgo suicida. Esto porque la información es clara, objetiva y no presenta juicios de valor desde la opinión personal. Se expresa con respeto, detallando hechos concretos, de forma organizada y comprensible. Se abordan tema con lenguaje apropiado, sencillo, comprensible por el niño, niña o adolescente.	consistente a un enfoque sensible al trauma. Resguarda elementos sensibles, sin por ello, dejar de entregar la información relevante. Se da cuenta de los procedimientos utilizados para abordar el tema de forma que respetan sus derechos y se propicia no revivir traumas asociados, no revictimización. Se da cuenta de procesos de escucha activa, en donde no se vierten opiniones personales en la intervención o se invalidan los sentimientos o motivaciones. (Ej.: Se le explicó que él no debía pensar así, Se le señaló que, si bien estaba triste o apenado, esto iba a pasar)	historia de vida del niño, niña o adolescente, respetuoso y cuidadoso al momento de la toma de decisiones. La información contenida en los registros y de la manera en que ha sido incorporada considera para las decisiones el contexto, la historia de vulneración, abuso, etc. No presenta en las decisiones justificaciones desde la moral, lo correcto, lo esperado; sino más bien desde las motivaciones de la propia persona.
		Formación y capacitación Referido a dominios en enfoques comunitarios y sistémicos para la prevención del suicidio y atención informada por el trauma y su impacto en la prevención del suicidio (O'Hare, 2023)	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	Se utiliza un lenguaje técnico, fundado en conocimientos específicos. Se evitan declaraciones vagas. En el caso de las entrevistas, pueden surgir necesidades de capacitación expresadas de forma explícita. Puede también mencionarse actitudes o	Se entregan elementos relacionados a las conductas de riesgo suicida más allá de la mera categoría, es posible entender un argumento profesional y evidencia que sostiene el diagnóstico o tratamiento/ intervenciones, etc. y sus indicadores de logro.	Expresiones en los relatos que dan cuenta de que la toma de decisiones, la determinación de objetivos, se encuentran fundamentadas en conocimientos. Se activan redes pertinentes y se

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
				respuestas a intentos de suicidio o autolesiones.	En el caso de las entrevistas, se manifiestan necesidades de capacitación concretas, en temáticas específicas. Pueden aparecer también relatos de disyuntivas éticas o reflexiones respecto del abordaje del suicidio	cumple con los protocolos de acción. Pueden plantearse disyuntivas de los equipos referidas al abordaje de situaciones de alta complejidad como lo es el suicidio, el manejo de situaciones de riesgo o decisiones a propósito de disyuntivas éticas.
		ROLES Y FUNCIONES: Diferentes actores (psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, padres de acogida y personal escolar) que colaboran para identificar y prevenir la ideación suicida en población infanto-juvenil, especial atención al rol de gatekeeper (O'Hare, 2023)	Entrevistas	Se identifican o nombran roles y funciones específicos asociados a su cargo con una descripción básica. Manifiesta de manera comprensible, brechas en donde no están claros roles y funciones.	Se explican los roles y funciones específicos asociados a su cargo y las implicancias para el proceso de intervención. Manifiesta reflexiones respecto a facilitadores u obstaculizadores para el desempeño de esos roles y funciones.	Se entiende cómo sus roles o funciones habilitan para toma de decisiones. Existe una clara responsabilidad respecto de decisiones que se desprenden del cargo
PROCESO DE INTERVENCIÓN	DIAGNÓSTICO FORMAL DE RIESGO SUICIDA	Capacidad para identificar Señales de Riesgo Suicida: (Joiner, 2006) Percepción de ser una carga (Creencia de ser un peso para otros, sentimientos de causar daño a seres queridos o sociedad, puede llevar a sentimientos de vergüenza, culpa y desesperanza) Pertenencia frustrada (Sentimiento de desconexión social, falta de relaciones significativas, sensación de ser invisible o no deseado, aislamiento social profundo) Capacidad adquirida para el suicidio (Se desarrolla con el tiempo, es el resultado de exposición repetida al dolor, desensibilización al miedo)	- Sistema de Información del Servicio (SIS) - Carpetas de Proyectos - Entrevistas	Se describen señales, situaciones o acciones de manera comprensible, con lenguaje claro, fechas, actores, se encuentra organizado, etc. Es posible identificar que existe una intencionalidad de quitarse la vida sin ambigüedad.	De la información se explican algunas variables de riesgo identificadas por medio de evidencias concretas que demuestran la intencionalidad de quitarse la vida (resultados de procesos diagnósticos, parafraseo de expresiones explícitas respecto de la muerte, evalúa gravedad, entre otros) Esto se registra adecuadamente, sin	La identificación de dichas señales ha dado paso a decisiones o acciones por parte del equipo.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
		a la muerte, intentos previos o autolesiones con intención de causar la muerte) Otras señales • Asumir grandes riesgos que podrían resultar en la muerte. • Hablar o pensar en la muerte con frecuencia. • Regalar posesiones importantes. Decir adiós a amigos y familiares. (Minsal, 2013)			minimizar los riesgos y abriendo líneas de trabajo específicas.	
		• Se realiza una evaluación (positiva o negativa) del riesgo suicida, por parte de los profesionales con potestad para realizar diagnósticos de este tipo.	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos	Existe un diagnóstico acompañado de juicios profesionales identificables, que permiten hacerse una idea concreta del caso. La información está organizada, tiene un lenguaje claro, sensible al trauma, que es comprensible.	La información identifica pasos de la evaluación, test o instrumentos aplicados, profesionales que participaron, tiempo que llevó, factores considerados, familiares involucrados, entre otros.	El diagnóstico tiene un nivel de desarrollo que permite a los profesionales planificar tratamiento, acciones o medidas de prevención del suicidio.
	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGO SUICIDA	Fomentar la conexión social, abordar la percepción de ser una carga, intervenciones que ayuden a reducir la autolesión, a través de ejercitar mecanismos de afrontamiento más saludables, mejorar las habilidades de regulación emocional y abordar los antecedentes de trauma puede reducir la probabilidad de adquirir esta capacidad. Evaluar el riesgo de suicidio (Jonier, 2006)	• Carpetas de Proyectos • Entrevistas	Existen planes que incluyen acciones preventivas. La información está organizada, tiene un lenguaje claro, sensible al trauma, que es comprensible.	La información identifica necesidades de acciones preventivas específicas en casos puntuales, pasos a seguir conocidos por todo el equipo y tiempos oportunos de implementarlos.	La información permite decidir oportunidad/necesidad de implementación e indicadores de seguimiento, para la evaluación.
	PLANES DE INTERVENCIÓN	• Plan de trabajo individual para cada uno de los niños, niñas y adolescentes	• Carpetas de Proyectos	La información permite identificar objetivos de trabajo específicos para el riesgo suicida o estrategias de tratamiento.	La información respecto del plan de trabajo individual describe en detalle el plan de acción a realizar, profesionales involucrados, resultados esperados, entre otros.	La información que se registra favorece que se tomen decisiones a propósito de un caso particular o también de casos similares. Los objetivos del plan son medible y alcanzables.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
		Indicaciones de tratamiento farmacológico, médico, psiquiátrico o psicológico.	- Carpetas de Proyectos - Sistema de Información del Servicio (SIS)	Existe información que describe de manera comprensible el tratamiento farmacológico, médico o psiquiátrico o psicológico	Esta el nombre, medida, periodicidad, fechas de otros controles, entre otros	La información permite atender y dar cumplimiento a las acciones solicitadas por el tratante.
	MONITOREO Corresponde al seguimiento de la ejecución del proceso de intervención y tratamiento. Es un proceso sistemático y continuo de recopilar, analizar y utilizar información para supervisar el progreso de la intervención, con el objetivo de cumplir sus objetivos y guiar las decisiones de gestión.	Indicadores de avance respecto del riesgo suicida y resultados esperados.	- Sistema de Información del Servicio (SIS) - Carpetas de Proyectos - Entrevistas	Es posible identificar la línea temporal de acciones emprendidas, situaciones y resultados obtenidos. Se presentan de forma entendible, escritos de forma adecuada, clara, medible. Se identifican estados de adherencia al tratamiento.	La información posibilita dar cuenta del avance en el proceso de intervención entregando detalles de procedimientos, estrategias y metas. Las situaciones emergentes y permanentes del avance o retroceso en materia de riesgo suicida contienen detalles suficientes para analizar la situación. Permite vincular elementos diagnósticos (factores de riesgo o protección) a la intervención. Se dan explicaciones o posibles motivos de adherencia al tratamiento.	La información contenida permite tomar decisiones a partir de la evidencia de avances en el tratamiento, acciones emprendidas y resultados obtenidos, indicadores, de manera de mantener o modificar estrategias de tratamiento.
	EGRESO Se refiere al término de la intervención del niño, niña o adolescente	Dice relación con el proceso de cierre de la intervención, ya sea producto de: - Cumplimiento de objetivos - Cambio en la medida de protección - Mayoría de edad - No adherencia al Proyecto.	- Sistema de Información del Servicio (SIS) - Carpetas de Proyectos - Entrevistas	Se expresan de forma detallada el estado de situación al momento del cierre de la intervención, explicitando los motivos y posibles y compromisos futuros adquiridos. Esto se	Existe especificidad señalando detalles del proceso de cierre, logros alcanzados, aspectos que no se lograron, motivos del cierre, entre otros.	La información entregada permite un entendimiento adecuado del proceso y razones de cierre. Se explicitan los actores vinculados a esta decisión y posibles casos futuros.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
				expresa de forma entendible y organizada.		
		Egreso por fallecimiento se produce la muerte del niño, niña o adolescente por distintos motivos, entre ellos, el suicidio. ⁵	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	Se establece sin ambigüedad la muerte del niño, niña o adolescente. Se establece el motivo.	La información describe las razones de la muerte. En el caso del suicidio explica situación, contexto, medios utilizados, momento en que ocurre, gatillantes o antecedentes explicativos.	La información da cuenta de acciones emprendidas en función del fallecimiento.
	CIRCUITOS DE ATENCIÓN Dice relación con el flujograma de atención del riesgo suicida y	Abordaje institucional Esto tiene que ver con cómo se enfrenta la situación de riesgo suicida al interior de cada proyecto, en las direcciones regionales y la dirección nacional. Algunas variables que pueden aparecer en este punto: • Tipo de decisiones (jerárquicas, autónomas, colectivas, etc.) • Instancias de supervisión y acompañamiento • Flujos de decisiones o cadenas de mando.	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	Es posible identificar el modo de trabajo de la institución respecto a Riesgo Suicida. Se identifican estrategias de decisión colectiva, estructura organizacional, supervisión, acompañamiento, cadenas de mando, entre otros.	Se explica en detalle cómo se aborda una situación de riesgo suicida, el flujo de información y decisiones. Permite identificar todo el proceso de reporte, información y toma de decisiones al interior del proyecto, explicando en detalle la aplicación de protocolos y procedimientos.	Se valora si esta estructura es lo suficientemente adecuada para la toma de decisiones de prevención o tratamiento de riesgo suicida. Es decir, si es útil para abordar el caso de riesgo suicida.
		Procedimientos y protocolos Lineamientos institucionales de acción, obligaciones establecidas y cumplimiento a normativas vigentes	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	Se identifican la aplicación de protocolos y procedimientos institucionales.	Se da cuenta de una comprensión de los procedimientos y protocolos institucionales, habiendo consistencia entre lo solicitado en estos y las acciones registradas	Los protocolos y procedimientos favorecen el actuar de los profesionales. Podrían identificarse aquí brechas o situaciones no cubiertas por los mismos.

⁵ Si bien la muestra del estudio no presenta suicidios consumados, sí es relevante como indicador.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
				CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
		Derivaciones intersectoriales: Entendido como el proceso en que se activan redes externas que prestan un servicio específico al niño, niña o adolescente (sistemas de salud, sistema judicial, otros proyectos) Coordinaciones intersectoriales Entendido como aquellos sistemas en donde el niño, niña o adolescente interactúa (colegios, sistemas de justicia, familia, entre otros)	• Sistema de Información del Servicio (SIS) • Carpetas de Proyectos • Entrevistas	Es posible identificar actores involucrados en el proceso tanto internos como externos. Registro de colaboración institucionales Registros de resultados de las acciones de derivación intersectorial y redes de colaboración	La información presentada permite establecer un flujo de atención, para evitar sobreintervención e identificar a cada uno de los actores, sus funciones y roles dentro y fuera del proyecto.	Es posible con la información entregada hacer seguimiento de los procesos a lo largo del circuito de atención, articular modificaciones o tomar decisiones en función de los avances.
	SISTEMAS DE REGISTROS	Condiciones para el registro (facilitadores, obstaculizadores)	• Entrevistas	Se identifican facilitadores y obstaculizadores de los procesos de registros existentes	Se explican los facilitadores y obstaculizadores del sistema de registro.	Es posible tomar decisiones y aspectos de mejora con la información entregada
		Grado de estandarización (Datos demográficos básico, Regulación de la discrecionalidad para el llenado, Modelo general o común en registro de carpetas)	• Entrevistas	La información entregada utiliza categorías específicas, siguen un orden lógico y contienen información sin emitir juicios de valor	La información entregada contiene todas las características necesarias, las personas o actores que participan.	La información permite hacer cruces entre proyectos, a nivel local o nacional. Es decir, me permite comparar elementos de categorías similares fácilmente.
		Utilidad y necesidades de registro	• Entrevistas	Se valora explícitamente el registro y las distintas formas de ellos.	Explicita las brechas existentes y cómo esto afecta a la intervención	La información permite tomar decisiones en base a los registros.

Fuente: Elaboración Propia

2. Muestras y características de las Unidades de Análisis

De acuerdo con las bases de licitación para este estudio se seleccionaron 5 regiones y 3 proyectos por región para realizar entrevistas, análisis de carpetas y registros. Las regiones definidas en las bases técnicas de licitación son las siguientes:

- Arica y Parinacota
- Valparaíso
- Metropolitana
- Los Lagos
- Aysén

Para cada región la Contraparte Técnica del Servicio seleccionó 3 proyectos según su modalidad de atención, que corresponden a:

- 1 proyecto de la Línea Ambulatoria: Programa Reparación de Maltrato (PRM)
- 1 proyecto de la Línea Ambulatoria: un Programa de Prevención Focalizada (PPF) o un Programa de Acompañamiento Familiar Territorial (AFT), en el caso de regiones donde, en virtud del proceso de transformación de la oferta, no hay proyectos PPF vigentes.
- 1 proyecto del Programa de Cuidado Alternativo Residencial.

El motivo de selección de las regiones y los proyectos que fueron seleccionados previamente por la Contraparte Técnica fue por la mayor presencia de casos asociados a intentos de suicidios (y/o eventos de autolesión) a nivel nacional. De esta manera, la muestra final contempló 15 proyectos en total.

En cada proyecto visitado se realizaron entrevistas con actores clave y se llevó a cabo el proceso de digitalización y posterior revisión de carpetas de niños, niñas y adolescentes. Por otra parte, el estudio también contempló el desarrollo de entrevistas con profesionales de las Direcciones Regionales del Servicio, así como también en la Dirección Nacional.

A continuación, se presenta cada una de las muestras y sus características según las distintas fuentes de información contempladas para este estudio.

a. Muestra, caracterización y método de análisis de carpetas de niños, niñas y adolescentes.

El trabajo de análisis de carpetas establecido en las bases de licitación contempló la revisión de 60 casos de niños, niñas y adolescentes, es decir 4 carpetas por proyecto. Para seleccionar dichos casos, de las 5 regiones se seleccionaron 3 proyectos y de éstos cada proyecto en conversación con el Servicio seleccionó 4 casos que pudiesen ser pertinentes de acuerdo con la temática del estudio.

Para cada región la Contraparte Técnica del Servicio seleccionó 3 proyectos según su modalidad de atención, que corresponden a

- ✓ 1 proyecto de la Línea Ambulatoria, Programa Reparación de Maltrato (PRM)
- ✓ 1 proyecto de la Línea Ambulatoria, un Programa de Prevención Focalizada (PPF) o un Programa de Acompañamiento Familiar Territorial (AFT), en el caso de regiones donde, en virtud del proceso de transformación de la oferta, no hay proyectos PPF vigentes.
- ✓ 1 proyecto del Programa de Cuidado Alternativo Residencial.

Fue responsabilidad de cada proyecto, en conjunto con el Servicio, definir los 4 casos a incorporar al estudio para constituir el total de 60 carpetas de niños, niñas y adolescentes. Junto a esto, también se analizó para cada caso información sobre su trayectoria en el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia,

En cuanto a las características de la muestra de estos 60 casos de niños, niñas y adolescentes, es posible entregar los siguientes antecedentes generales, considerando la información de trayectoria entregada por el Servicio:

Tabla 4: CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE CARPETAS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO

CRITERIO	CANTIDAD
Casos por Región	12
Según tipo de Proyecto	Total: 60 casos
Casos de programa ambulatorio (PRM y PPF)	40 (66,7%)
Casos de proyectos de cuidado alternativo residencial (RFA, REM, RVA)	20 (33,3%)
Sexo	Total: 60 casos
Hombres	10
Mujeres	50
Discapacidad	Total: 60 casos
Deficiencia intelectual	1
Deficiencia visual	1
No Registra Discapacidad	58
Nacionalidad	Total: 60 casos
Chileno	58
Haitiano	1
Venezolana	1
Pueblo Originario	Total: 60 casos
Mapuche	1
Aymara	1
No indígena	2
Sin información	56
Cantidad de Ingresos por caso	Total: 60 casos, 325 ingresos.
1 ingreso	5
2 ingresos	15
Entre 3 y 5	17
Entre 6 y 9	16
Entre 10 y 19	5
Más de 20	2
Distribución edad según fecha de cada ingreso ⁶	Total: 325
0 a 3 años cumplidos	41
4 a 8 años cumplidos	76
9 a 13 años cumplidos	118
14 a 17 años cumplidos	94

Fuente: Elaboración propia

Para comprender mejor la situación de trayectoria, a continuación, se caracteriza la muestra según causal de ingreso y edad al momento del primer ingreso al sistema:

⁶ La unidad de análisis en esta fila corresponde a los ingresos registrados. Importante considerar que un niño puede presentar múltiples ingresos por lo que, para este caso, se optó por presentar la información relativa a la edad por registro y no por caso.

Tabla 5 : DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL MOTIVO Y EDAD AL MOMENTO DEL PRIMER INGRESO

MOTIVO DE PRIMER INGRESO	0 a 3 años	4 a 8 años	9 a 13 años	14 a 17 años	Total general
VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL	0	0	6	5	11
VULNERACIÓN DE DERECHOS EN ESTUDIO	1	3	4	3	11
INHABILIDAD DE UNO O AMBOS PADRES	4	2	0	0	6
PROTECCIÓN SEGÚN ORDEN DEL TRIBUNAL	0	0	3	3	6
VÍCTIMA DE NEGLIGENCIA GRAVE	0	1	0	2	3
VÍCTIMA DE NEGLIGENCIA LEVE	0	0	2	1	3
VÍCTIMA DE OTRAS VULNERACIONES O DELITOS CONTRA LA INDEMNIDAD SEXUAL	0	0	1	2	3
VÍCTIMA-TESTIGO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR GRAVE	0	0	1	2	3
VÍCTIMA DE MALTRATO FÍSICO GRAVE	0	0	1	1	2
VÍCTIMA DE NEGLIGENCIA MODERADA	1	0	1	0	2
VÍCTIMA DE VIOLACIÓN	0	0	1	1	2
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON PRESENCIA DE FRAGILIDAD EDUCATIVA	0	0	1	0	1
PELIGRO MATERIAL O MORAL DEL NIÑO(A) O ADOLESCENTE	1	0	0	0	1
SOLICITUD DE DIAGNOSTICO, PERITAJE Y OTROS	1	0	0	0	1
VÍCTIMA DE MALTRATO PSICOLÓGICO LEVE A MODERADO	0	0	1	0	1
VÍCTIMA DE NEGLIGENCIA	1	0	0	0	1
VÍCTIMA-TESTIGO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR LEVE	0	0	1	0	1
VÍCTIMA-TESTIGO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR MODERADA	0	0	1	0	1
OTRO (en blanco)	0	1	0	0	1
Total general	9	7	24	20	60

Fuente: Elaboración propia

b. Muestra, caracterización y método de análisis de los Registros de eventos del Sistema de Información del Servicio (SIS)

En esta sección se presenta la selección de los eventos del Sistema de Información del Servicio (SIS) extraídos para revisión por parte del Servicio. Estos consistieron en dos planillas en formato Excel, una primera referida a los “Registros de Eventos de intervención” que corresponden a hechos o situaciones particulares ocurridos a niños, niña o adolescentes y reportados por los tipos de Programas de interés durante el período entre 2023 y 2024, en las 5 regiones seleccionadas del estudio. La segunda base, complementaria, es de Activaciones por la Resolución Exenta N°154 o N°155, que corresponde al procedimiento ante hechos eventualmente constitutivos de delito en contra de niños, niñas y adolescentes, y que, dada su naturaleza, corresponden a un grupo dentro del universo de casos; por lo anterior, su información se utilizó como complemento a la Base de Registros de Evento. Respecto a la información contenida en estos registros, es importante mencionar que ésta es registrada por los mismos proyectos de protección, por lo que se debe considerar que, al ser registros autorreportados, la información también da cuenta de las limitaciones y sesgos de los propios profesionales al momento de reportar.

Para la base de datos de Registro de Eventos (SIS), el universo entregado por el Servicio consideró un filtro previo con el objetivo de contar con una cantidad abarcable de información para el análisis; correspondientes a las siguientes palabras claves de sintomatología de riesgo suicida: “suicida”, “autoles”, “asfixia”, “ahorcamiento”, “corta estadía”, “cuchillo” y “autoagres”. Dado lo anterior, el equipo consultor, tuvo acceso solamente a aquellos eventos que fueron incluidos por la Contraparte para cada niño, niña o adolescente, lo que constituye una visión parcial de los registros de intervención de esos casos. Por ello, podrían existir elementos contextuales o de procesos de intervención que no están siendo considerados para el análisis de la información. El universo de datos entregados al equipo consultor contempló 34.379 eventos registrados para un total de 13.321 niños, niñas y adolescentes atendidos en los proyectos ambulatorios y residenciales de la muestra seleccionada. Al igual que en las carpetas, no existen registros de niños, niñas o adolescentes que hayan fallecido producto de un suicidio.

El registro entregado por el Servicio contenía la siguiente información:

- Región
- Administración
- Código del proyecto
- Nombre del Proyecto
- Comuna del Proyecto
- Modelo (Colaboradores acreditados o de administración directa)
- Código de Niño
- Código del Evento
- Fecha Nacimiento
- Edad a la Fecha del Evento
- Fecha de Defunción
- Año
- Año Mes de Evento
- Fecha del Evento
- Fecha al Ingreso
- Fecha de Egreso
- Tipo Evento
- Comuna
- Causal de Ingreso
- Causal de Egreso
- Nacionalidad
- Pueblo Originario
- Discapacidad
- Descripción del Evento

Dentro de las variables anteriores, la descripción del evento corresponde a un campo abierto en el que se relata descriptivamente por los profesionales de los proyectos, una situación particular (un hecho, una entrevista, una coordinación, etc.) y que se constituye como la mayor fuente de análisis para este estudio. Es relevante señalar también que el descriptor “tipo de evento”, que es una variable de categorías cerrada, no existe en la pestaña correspondiente a los datos de AFT, pero resulta útil en aquellos casos que sí se encuentra disponible. Además, no es posible identificar género o sexo para estos registros lo que constituye una limitación importante para el análisis demográfico de los riesgos suicidas que se manifiestan de manera distinta según esta variable.

A partir del universo de registros entregado, y para poder realizar el análisis de contenido cualitativo, fue necesario conformar una muestra acotada e identificar los casos más asociados a riesgo suicida de la base de Registro de Eventos. Lo anterior porque los registros que fueron incluidos en el universo no siempre guardaban relación con temas de suicidio, a modo de ejemplo: portar un cuchillo en un establecimiento educacional, o autolesiones que corresponden más bien a problemas de ansiedad, control de impulsos o desregulaciones.

La inclusión de los casos en la muestra en ningún caso implica afirmar que los casos seleccionados tienen riesgo suicida, sino más bien, que pueden aportar información respecto del registro en la materia. Sirven, por lo tanto, de aproximación general a los registros.

Para seleccionar la muestra se realizaron los siguientes pasos en la Base de Datos de Registro de Evento:

1. Se excluyeron todos los casos que tuvieran vacío el campo: Descripción de Evento.
2. Se incluyeron todos los casos y sus respectivos eventos para las comunas seleccionadas para este estudio. Lo anterior implicó eliminar 23.900 registros de comunas distintas a las de los proyectos seleccionados para este estudio.
3. Se excluyeron 1.210 registros correspondientes a casos que contaban con un solo registro y donde este no refería a una situación vivida por el niño, niña o adolescente, un diagnóstico o entrevista. Estos casos fueron identificados utilizando la variable “Tipo

- de Evento” lo cual sólo fue posible para los eventos de proyectos PPF, PRM y de cuidado alternativo residencial.
4. Luego se procedió a revisar el contenido de los registros de todos los eventos asociados a un caso que contenía en alguno de sus registros la palabra “cuchillo” para identificar si efectivamente ese caso guardaba relación con riesgo suicida o aportaba información en esta materia. Aquellos casos en que ninguno de los registros se relacionaba con riesgo suicida (como por ejemplo portar un cuchillo, amenazar a otros con cuchillo), fueron excluidos del estudio.
 5. Se siguió el mismo procedimiento de revisión del contenido, para los casos que en alguno de sus registros contenía la palabra asfixia, ahorcamiento y corta estadía. En el caso de corta estadía, muchas veces no se señala el motivo de ésta, por lo que se incorporaron sólo aquellos casos en que se establece una relación con riesgo suicida.
 6. Luego, se agregaron todos los registros asociados a un caso que contuvieran la palabra suicidio. Lo anterior, puesto que saber para qué se utiliza la palabra se vuelve relevante para el estudio.
 7. Finalmente, de los casos que quedaban por revisar, correspondiente a autolesiones o autoagresiones, se excluyeron aquellos casos en que lo descrito no tenía intención de causar la muerte, sino más bien correspondían a eventos de autocontrol o cuadros ansiosos, por ejemplo, pellizcos, daños en las manos, golpes contra objetos o muros. En aquellos casos que solo se hacía mención a autolesión sin dar más antecedentes, estos casos sí fueron considerados.

La Tabla a continuación resume los criterios utilizados para la inclusión y exclusión de casos:

Tabla 6 PRESENTACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA LA MUESTRA DE REGISTROS DE EVENTO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
- Registros asociados a las regiones de interés del estudio. - Registros que contuvieran la palabra suicidio. - Registros que describen autoagresiones o autolesiones con intención de muerte o que no entregan antecedentes sobre intencionalidad.	- Registros con campo “descripción de evento” vacío. - Registros únicos cuya variable Tipo de Evento no refería a situaciones concretas vividas por niños, niñas o adolescentes, ni a información proveniente de un diagnóstico o entrevista. - Registros con palabras “cuchillo” “corta estadía”, “ahorcamiento”, o asfixia en los cuales ninguno tenía relación con riesgo suicida. - Registros que describen autolesiones o autolesiones que no tuviesen intención de quitarse la vida y no existieran otros antecedentes referidos a riesgo suicida.

Fuente: Elaboración propia

A partir de dichos filtros se construyó una muestra final de 7.392 registros de eventos, que corresponden a 1.974 niños, niñas y adolescentes. La Tabla a continuación resume el volumen del universo de datos entregados y de la muestra seleccionada para el análisis:

Tabla 7 COMPARACIÓN UNIVERSO ENTREGADO Y MUESTRA SELECCIONADA PARA EL ANÁLISIS DE REGISTRO DE EVENTOS

DESCRIPTOR	CANTIDAD REGISTROS	CANTIDAD DE CASOS
Universo de datos entregados	34.379	13.321
Muestra seleccionada	7.392	1.974

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presenta la distribución de eventos y casos de la muestra según tipo de administración, región y comuna, donde se observa que la mayor cantidad de los casos se concentran en la Región Metropolitana y Valparaíso, y en proyectos administrados por colaboradores acreditados del Servicio.

Tabla 8 DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y EVENTOS DE INTERVENCIÓN POR TIPO DE ADMINISTRACIÓN

REGIÓN Y COMUNA	NÚMERO DE EVENTOS			NÚMERO DE CASOS		
	ADMINISTRACIÓN DIRECTA	COLABORADORES ACREDITADOS	TOTAL	ADMINISTRACIÓN DIRECTA	COLABORADORES ACREDITADOS	TOTAL
Arica Parinacota	79	467	546	24	158	182
Arica	79	467	564	24	158	182
Valparaíso	35	2.439	2.474	10	637	647
Concón	0	382	382	0	123	123
Quilpué	21	912	933	7	225	232
Viña del Mar	14	1.145	1.159	3	289	292
Metropolitana	142	2.469	2.611	13	622	635
Buín	0	900	900	0	222	222
Macul	142	154	296	13	58	71
Puente Alto	0	1.415	1.415	0	342	342
Los Lagos	0	1.362	1.362	0	382	382
Ancud	0	324	324	0	88	88
Castro	0	256	256	0	64	64
Osorno	0	782	782	0	230	230
Aysén	77	322	399	15	113	128
Aysén	0	146	146	0	49	49
Coyhaique	77	176	253	15	64	79
TOTAL	333	7.059	7.392	62	1912	1.974

Fuente: Elaboración propia

Respecto los 1.974 casos incluidos en la muestra de registros de Eventos, la Tabla a continuación presenta las principales características de los niños, niñas y adolescentes:

Tabla 9: CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA POR CASOS

CRITERIO	SUBCRITERIO	TOTAL
Nacionalidad	Chilena	1.894
	Venezolana	25
	Boliviana	21
	Colombiana	15
	Peruana	9
	Haitiana	5
	Ecuatoriana	2
	Argentina	1
	Sin información	2
	Subtotal	1.974
Pueblos Originarios	Mapuche	141
	No indígena	51
	Aymara	31
	Atacameño	3
	Otra etnia no pueblo originario	3
	Diaguitas	2
	Quechua	2
	Sin información	1.741
	Subtotal	1.974
Discapacidad	Deficiencia intelectual	26
	Deficiencia múltiple	6
	Deficiencia psiquiátrica	4
	Deficiencia visual	4
	Deficiencia física	2
	Discapacidad del habla o lenguaje	1
	Sin información	1.931
	Subtotal	1.974
Cantidad de ingresos por niño, niña o adolescente para el período entregado (2023 – 2024)	1 sólo ingreso	1.792
	2 ingresos	174
	3 ingresos	8
	Subtotal	1.974 casos (2.164 ingresos) 2.164 ingresos

Fuente: Elaboración propia

La Tabla a continuación presenta la distribución de ingresos (o registros) según la edad registrada para cada uno y según la permanencia.

Tabla 10 DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS SEGÚN EDAD REGISTRADA Y PERMANENCIA

CRITERIO	SUBCRITERIO	TOTAL
Edad a la fecha del ingreso asociada a cada evento	0-3 años	49
	4-10 años	438
	11-14 años	1029
	15-18 años	648
	Subtotal	2.164
Tiempo en proyecto por cada ingreso al sistema (Según fecha ingreso versus egreso o al 31/12/2024)	Menos de 1 año	507
	Entre 1 y 2 años	1576
	Entre 3-4 años	59
	5 o más	22
	Subtotal	2.164

Fuente: Elaboración propia

Como información complementaria, el equipo consultor analizó la base de datos de registros de activación de las Resoluciones Exentas N°154 y N°155, las cuales contemplaban un universo de datos de 1.321 registros de activaciones realizadas desde enero del 2021 a septiembre de 2024. Se revisaron los registros correspondientes a las regiones del estudio y se seleccionaron exclusivamente aquellos casos donde la información en el campo abierto de descripción guardaba relación con riesgo suicida, identificando 122 registros de activaciones que corresponden a 32 niños, niñas y adolescentes. Es importante señalar que en muchos casos la activación no ocurre producto de un intento suicida, sino de otras situaciones que llevaron a descompensaciones graves, autolesiones o derivaciones a la red de salud mental, siendo el principal motivo de la activación otra situación.

En relación con la cantidad de registros sobre riesgo suicida, solamente existen 6 niños, niñas y adolescentes que tienen más de 3 registros de activación de Resoluciones asociados, destacando uno que tiene 24 activaciones entre los años 2023 y 2024. En cuanto al tipo de administración, de los 32 niños, niñas y adolescentes analizados, el 61,5% de los eventos ocurrieron en proyectos administrados por colaboradores acreditados y el 38,5% en proyectos de administración directa. En relación con el modelo, se observa que el 68% de los registros son en proyectos de modalidad ambulatoria y 32% en modalidad residencial.

Esta es la única base de registros que permite identificar, respecto de los 32 casos mencionados, el sexo de los niños, niñas y adolescentes siendo el 77,4% mujeres y solo 8,2% hombres (7 casos). Además, es posible señalar que en los casos analizados la distribución de edad para cada registro es la siguiente:

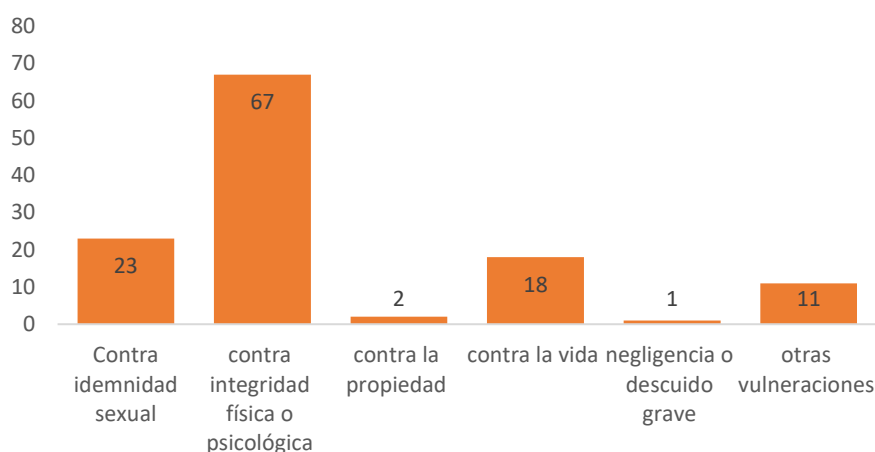
Tabla 11 DISTRIBUCIÓN DE EDAD POR CADA ACTIVACIÓN

RANGO DE EDAD	CANTIDAD DE ACTIVACIONES
0 a 3 años	2
4 a 9 años	3
10 a 14 años	51
15 a 18 años	64
Total	120

Fuente: Elaboración propia

Respecto a quienes se identifican como presuntos agresores en contra de los niños, niñas y adolescentes es de relevancia observar que, para los 122 registros se identifican como agresores a personas del círculo cercano de los niños, niñas y adolescentes. En el caso del riesgo suicida, cuando este se reporta a través de este mecanismo, se identifica como agresor al propio niño, niña o adolescente. Los tipos de delitos que se encuentran categorizados en la base de datos corresponden a:

GRÁFICO 1: TIPOS DE DELITOS POR LOS CUALES SE ACTIVA RESOLUCIÓN 154 O 155



Fuente: Elaboración propia

Como método de análisis de todos los registros de Eventos del SIS y activación de Resoluciones, se procedió a analizar el contenido incluido en el análisis integrado, según las dimensiones y subdimensiones del estudio: factores de riesgo y protectores, fases del riesgo suicida, diagnóstico formal de riesgo suicida, planes de intervención, monitoreo y seguimiento, y egreso.

c. Muestra y método de análisis de las entrevistas semiestructuradas

El diseño de este estudio consideró 78 entrevistas con actores claves en la Dirección Nacional, las Direcciones Regionales y en los proyectos, según se observa en la siguiente Tabla. En términos generales, las entrevistas a realizar se concentraron en: (i) Profesionales de la Dirección Nacional del Servicio; (ii) Profesionales de las Direcciones Regionales del Servicio; (iii) Profesionales de los proyectos de protección; y (iv) profesionales psiquiatras con experiencia de atención a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con ideación o intento suicida de grupos vulnerables. En específico la muestra de las entrevistas se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 12 DETALLE DE ENTREVISTAS PROYECTADA Y LOGRADA

UNIDAD	DETALLE	PROYECTADA	LOGRADA
Dirección Nacional	Profesional de Departamento de asistencia y transferencia técnica	2	2
	Profesional de la unidad coordinación intersectorial	1	1
	Profesional de la unidad coordinación intersectorial	1	1
	Profesional del departamento de gestión territorial	2	2
	Total Entrevistas individuales a Dirección Nacional	6	6
Dirección Regional	Jefatura de departamento de servicios y prestaciones	5	5
	Analista de salud de departamento de servicios y prestaciones	5	5
	Profesional enfermero o analista de salud y enfermero de soporte de AADD	5	4
	Analista de coordinación intersectorial	5	5
	Supervisor técnico de unidad de supervisión y fiscalización	5	5
	Total Entrevistas individuales en Dirección Regional	25	24
Profesionales de Proyectos	Educador de trato directo y/o tutor (o monitor)	15	5 ⁷
	Profesionales de la dupla psicosocial (entrevista individual o grupal)	15	18 ⁸
	Director de Proyecto	15	15
	Total Entrevistas individuales y una grupal en cada proyecto	45	38
Otro	Psiquiatra Experto	2	2
Total de Entrevistas		78	70

Fuente: Elaboración propia

⁷ El rol de Educador de Trato directo sólo está presente en los proyectos residenciales, que corresponden a 1 por región, por ello solo se hizo 1 por cada región.

⁸ Se había contemplado originalmente una entrevista grupal por dupla, pero en el caso de Aysén hubo algunas que se hicieron por separado y por ello el número aumentó.

En el caso de los profesionales de la Dirección Nacional y Dirección Regional, la selección de los y las entrevistados/as fue realizada por la contraparte técnica del Servicio a partir de sus cargos; mientras que para los proyectos fueron éstos quienes definieron los profesionales específicos a entrevistar. En ambos casos, los datos de contacto fueron provistos por la Contraparte Técnica. En el caso de los psiquiatras, se propusieron nombres entre el equipo consultor y el Servicio.

Es importante indicar que no se llevaron a cabo la totalidad de las entrevistas ya que, en el caso de los proyectos, inicialmente se habían considerado 3 entrevistas en todos ellos. Sin embargo, no en todos los proyectos se encuentra el cargo de Educador de Trato Directo, por lo que en esos casos se hizo una entrevista menos, afectando así el total previsto originalmente con el total efectivo. Lo anterior será explicado con detalle en el apartado 7. Trabajo de Campo donde se da cuenta del trabajo de campo llevado a cabo.

En cuanto a las técnicas de levantamiento de información, se utilizaron entrevistas semiestructuradas con todos los actores considerados en la muestra. Las entrevistas semiestructuradas son una técnica de recolección de información cualitativa que permite a partir de una serie de temas o variables, ir favoreciendo una conversación. Esta técnica permite recabar experiencias, opiniones y recomendaciones referidas a los distintos ámbitos a evaluar. La utilización de esta técnica permite obtener información contextualizada y comprehensiva, por medio de las respuestas y relatos de los propios entrevistados/as (Vieytes, 2004). La entrevista semiestructurada es la más convencional de las alternativas de entrevista y se caracteriza por la preparación anticipada de una pauta de preguntas abiertas pero acotadas al objeto de estudio, que orienta la conversación en la cual se abordan los tópicos centrales de su evaluación. No obstante, no es completamente estructurada, ya que, si bien existe una guía de preguntas base, éstas se pueden ir modificando y sobre todo profundizando según cómo se vaya dando la conversación. La pauta de preguntas base, debe cumplir los siguientes requisitos:

Que se cubran todos los tópicos, aunque no necesariamente en el mismo orden, para cada entrevistado/a, preservando de manera consistente el contexto conversacional de cada entrevista. Los focos de conversación estarán centrados en evaluar desde la percepción de los entrevistados, los distintos aspectos vinculados al diseño y la implementación del Proyecto.

- Transparentar de forma clara los fines del estudio para generar un ambiente de confianza, y que permita resguardar cierta distancia con la persona entrevistada.
- Establecer los canales para la dirección y delimitación de los discursos conforme a los objetivos del estudio (Sandoval, 2004), a fin de no desviar la conversación hacia temas no relevantes

Las entrevistas semiestructuradas fueron utilizadas para obtener información desde la perspectiva de actores relevantes para los objetivos del estudio, rescatando así sus experiencias, opiniones y recomendaciones referidas a los distintos ámbitos a evaluar. En efecto, recoger las opiniones y visiones de estos actores, así como sistematizar y analizar dicha información, constituyó un elemento clave para alcanzar los objetivos estipulados.

Se elaboraron pautas diferenciadas para cada actor a consultar, las que fueron construidas a partir de las dimensiones y subdimensiones incluidas en la matriz de operacionalización del estudio y fueron aprobadas por la Contraparte técnica del estudio. En Anexo 4, se pueden encontrar cada una de las pautas de entrevista diseñadas.

Para la realización de todas las entrevistas se solicitó la firma de un consentimiento informado donde se explicitaba el objetivo general del estudio, voluntariedad y confidencialidad de la información. Todas las entrevistas fueron grabadas y almacenadas como respaldo y con total confidencialidad.

3. Comité Asesor

Este estudio contempló la participación de un Comité Asesor que funcionó como una entidad autónoma que, desde su independencia y conocimiento acabado en la materia, desarrolló una discusión analítica y productiva con el equipo de investigación que fue nutriendo las distintas etapas del estudio mediante observaciones y propuestas permanentes. El trabajo con el comité asesor se planteó desde la base de una comunicación fluida, que favoreció la reflexión en torno a los principales elementos considerados en el proyecto, y que estuvo presente a lo largo de toda la consultoría, pudiendo ser consultado por el equipo en cualquier momento.

El Comité Asesor fue convocado en dos ocasiones a lo largo de la consultoría. En la primera de ellas, previo a la entrega del Informe de Avance 2, se presentaron los resultados que surgieron a partir del levantamiento de información en terreno (revisión carpetas, registros SIS y entrevistas) con el objetivo de tener una retroalimentación de parte del comité y poder profundizar en los hallazgos más relevantes.

La segunda instancia se llevó a cabo previo a la entrega del informe final y en ésta se presentaron los principales elementos asociados a la propuesta de registro y la propuesta de indicadores de monitoreo. La idea de esta segunda reunión fue conocer la opinión de los expertos respecto a los avances presentados en los temas ya señalados, de manera de incorporar los comentarios o sugerencias surgidas y robustecer dichas propuestas para incorporarlas en el informe final.

Ambas instancias de trabajo contemplaron una jornada de 3 horas cada una, y sus resultados fueron un insumo relevante para la elaboración de los informes respectivos. Como anexos al presente informe final, se entregan documentos de sistematización de los contenidos abordados en cada una de las sesiones mencionadas.

Por último, es importante indicar que uno de los miembros del Comité Asesor experto en suicidio asesoró en la construcción de los instrumentos de recolección de información, tanto la pauta para las entrevistas como la matriz de dimensiones del estudio.

4. Trabajo de Campo

Respecto al trabajo de campo realizado, éste comenzó con las primeras visitas a los proyectos a partir del día 13 de diciembre del 2024, que tuvieron como objetivo iniciar el proceso de

digitalización de las 60 carpetas seleccionadas. La revisión de carpetas concluyó el 7 de febrero 2025. Por su parte, las 67 entrevistas que se efectuaron concluyeron el miércoles 12 de marzo 2025. Respecto a las entrevistas, la gran mayoría se llevaron a cabo de manera presencial, existiendo 14 que por distintas razones debieron efectuarse a distancia, principalmente por solicitud del /la entrevistado/a.

Finalmente, hay que indicar que para agendar las entrevistas en los proyectos, direcciones regionales y dirección nacional, se utilizaron protocolos de contacto previamente aprobados por la contraparte, los que fueron aplicados eficientemente para el logro de todas las actividades comprometidas.

IV. Resultados

En este capítulo se presenta el análisis integrado de hallazgos a partir de las tres fuentes de información indicadas en la metodología, es decir, a partir de la revisión de 60 carpetas de niños, niñas y adolescentes, registros de eventos en el Sistema Informático de Información (SIS), y entrevistas a actores clave a nivel de Dirección Nacional, Direcciones Regionales, profesionales de proyectos de protección especializada (Prevención Focalizada (PPF), Reparación de Maltrato (PRM) , Residenciales) y psiquiatras especialistas. Este informe final examina los principales resultados obtenidos triangulando la información de todas estas fuentes, dado que el detalle por cada una de estas fue abordado en el informe 2 de por el equipo consultor.

El capítulo se estructura en tres grandes apartados o secciones: (i) Análisis de formatos, procesos y flujos de registros de la información; (ii) Caracterización de las historias de daño y riesgo de suicidio de niños, niñas y adolescentes en el Servicio; y (iii) Análisis y caracterización de procedimientos y acciones desplegadas dentro de los proyectos para el manejo de casos de riesgo de suicidio.

1. Análisis de formatos, procesos y flujos de registros de la información

Con el fin de poder dar cuenta de los hallazgos particulares de las historias de daños y también del abordaje institucional, se presentan primero los hallazgos asociados a las formas de registrar, sus limitaciones y alcances, de manera de poder contextualizar de mejor forma los resultados específicos de esos otros apartados. En esta sección se entrega información respecto al registro de la información, específicamente sobre qué es lo que se registra, dónde se hace y qué contexto se lleva a cabo este registro.

a. Dónde se registra la información y el contexto del registro

En este apartado se examinan las herramientas utilizadas, la funcionalidad del Sistema de Información del Servicio (en adelante, SIS) y la pertinencia de los formatos empleados para la documentación de riesgo y proceso suicidal. El foco se sitúa en las limitaciones del sistema para facilitar el monitoreo, la toma de decisiones oportunas y la generación de alertas, así como en los impactos que estas deficiencias generan en el trabajo técnico y la intervención directa.

A partir de las entrevistas realizadas se concluye que los profesionales utilizan múltiples instancias para llevar a cabo el proceso de registro de la información, entre ellas, el plan de intervención individual, reportes de equipos de intervención, supervisiones técnicas, comunicaciones con otros servicios públicos, la activación de resoluciones por vulneración de derechos, la activación de protocolos de situaciones críticas o contingentes, y la coordinación directa con el analista de salud en cada Dirección Regional.

Lo anterior, tendría elementos de ventaja y desventaja para el análisis integral de los casos. Como ventaja, se menciona a nivel regional la riqueza de información disponible cuando se analiza un caso en particular, pues contar con múltiples fuentes de información permite tener una mirada amplia del caso. Sin embargo, se señala como desventaja la complejidad y el tiempo que requiere la búsqueda de información en diferentes sistemas y fuentes, así como la posibilidad de confusión y la dificultad para la toma de decisiones a nivel regional y la investigación de los casos que esto genera.

"Es que si hablamos de riesgo suicida en particular, insisto, no hay una, yo lo puedo decir con harta claridad, no hay ningún proyecto en la región, yo creo que en el país, que tenga una pestaña específica hacia el riesgo suicida, probablemente esa intervención, en relación a esa situación, se desprenda en varias pestañas específicas del proceso de intervención, o sea, en el marco del proceso de intervención se reporten acciones ligadas a esa materia, probablemente también se reporte parte de esa información en la pestaña de salud, especialmente las coordinaciones o los informes que puedan emitir otros actores, o también se pueda, parte de esa información, recabar desde lo que dice relación con los hechos contingente de crisis como pestaña, pero no hay una pestaña específica que hable del riesgo suicida en particular." [05 DR AR]

Las principales formas de registrar son dos y corresponden a las carpetas o archivadores de los casos, por una parte, y a los registros en el SIS, por otra. En el caso particular de situaciones de riesgo, se señalan medios de comunicación u otras formas de reporte que se consideran no oficiales, y que no fueron el foco del presente estudio.

Respecto a los registros de eventos que se hacen en el SIS, a partir de las entrevistas se indica que no existe un espacio específico dentro del sistema para identificar riesgo y comportamientos suicidas, pues este en un sistema que se centra en el funcionamiento global de los proyectos, y, por tanto, la información se encuentra dispersa en diferentes secciones. Esto complejiza el trabajo de los profesionales y la toma de decisiones estratégicas a nivel de dirección nacional y direcciones regionales del Servicio. Tal como indica un profesional de una dirección regional:

"Hoy día nuestro sistema, que es el Sistema Integrado de Información, el SIS, no tiene hoy día paramétrica específica para que los proyectos consignen eso en el sistema. Y eso es complejo, porque si yo como jefa de departamento o alguna jefatura de las unidades que dependen y quieren mirar de forma inmediata, muéstreme sistema la cantidad de niños que aquí y en el ahora están con una ideación o con un intento suicida, no lo tenemos. ¿Cómo habría que hacer eso? Habría que ir proyecto por proyecto, niño por niño buscando el plan de intervención integral, que se me despliegue para que tú lo comprendas, vale, en una planilla Excel. (...) Entonces, si tú me preguntas cómo es la calidad de registro, yo creo que los proyectos registran adecuadamente en la forma que pueden registrar. Registran en base a lo que les permite la plataforma. Pero hoy día la plataforma se quedó corta, al menos para poder detectar esto. Y hay muchas formas de registrar paralelo, lo cual también nos dificulta nuestro trabajo" [09 DR AY]

De este modo, la plataforma es evaluada por las direcciones regionales como deficiente en tanto no favorece la toma de decisiones o la generación de alertas tempranas que favorezcan una intervención preventiva o un sistema de seguimiento o monitoreo de conductas de riesgo suicida.

"No, yo creo que es una muy mala plataforma. La plataforma... O sea, nosotros tenemos que tener un sistema que nos permita tomar decisiones. El SIS no te permite

tomar decisiones. O sea, el sistema del SIS es un sistema de registro por un tercero. Yo no sé qué información tiene, y tampoco es un sistema de alertas. O sea, yo sé sobre el caso, lo puedo leer y saco la conclusión de alguna alerta, pero en ningún lado sale, 'mira, riesgo psicosocial, riesgo de esto, riesgo de aquello'. No es como un diagnóstico."[19 DR RM]

"No hay un ítem específico para un monitoreo o seguimiento de riesgo suicida, pero sí se incluye dentro de hospitalizaciones y situaciones de riesgo" [16 DR MT].

También en relación con los registros correspondientes al SIS, se identifica que su pertinencia es difícil de medir producto de la falta de categorización específica para el riesgo suicida. Los entrevistados reportan que la información se clasifica según la codificación de cada interventor (intervención individual, intervención en crisis, intervención familiar, etc.), lo que dificulta la obtención de información precisa y requiere una búsqueda exhaustiva y, en consecuencia, complejizan las labores de supervisión técnica, apoyo intersectorial y análisis para el acompañamiento oportuno a los equipos de intervención directa.

Por otra parte, uno de los nudos críticos del sistema informático del Servicio (SIS) en particular es que la información se encuentra registrada por evento lo cual dificulta obtener una mirada global de cada caso. Estos mismos registros no contienen algunos criterios para identificar niveles de riesgo que podrían estar preestablecidos como, por ejemplo, los criterios que establece la Política Nacional de Prevención del Suicidio (2013) (niveles leve, moderado, grave, extremo), en este sentido la Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en la Niñez, o la Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en la Adolescencia (p. 36) constituye una fuente adecuada de diagnóstico.

Por ello, en el discurso de los actores clave entrevistados en las direcciones regionales y la dirección nacional, se desprende que el registro SIS no se considera una herramienta favorecedora de los flujos de trabajo e información al interior del Servicio, y no permite levantar alertas de manera oportuna. Lo que tiende a suceder frente a situaciones de riesgo suicida es que se generan herramientas de gestión de casos adicionales a los registros de carpeta y el SIS. Lo anterior podría implicar un exceso de solicitudes a los y las profesionales de los distintos proyectos, de registrar en distintos formatos la información relativa a los eventos, lo que puede hacer que se invierta mucho tiempo en esto en desmedro del trabajo directo con los niños, niñas o adolescentes.

De hecho, en la Dirección Nacional, en la mayoría de las entrevistas, a excepción de la realizada a la Analista Unidad Nacional Supervisión Técnica, se señaló un uso mínimo de los registros del SIS, salvo para buscar información específica de un caso. Al respecto, los y las entrevistados señalan la necesidad de un sistema que arroje reportes regulares y levante alertas sobre concentración de eventos en algún tipo de Proyecto, o en alguna región en particular. Al no existir un componente de registro específico de suicidalidad, estas alertas son imposibles de ser levantadas.

Los desafíos no sólo radican en la diversidad de fuentes, sino también en el formato y funcionalidad de los sistemas que contienen la información. El SIS —plataforma heredera del

ex Senainfo— es criticado por su baja usabilidad y falta de estandarización. En palabras de una profesional: *"El SIS no es una herramienta para la intervención, ni siquiera la carpeta, ni siquiera el plan de intervención es una herramienta para la intervención [...] es muy poco amigable y facilitador cómo se saca [la información], y es poco estandarizada"* (Asistencia Técnica). Esta evaluación coincide con la percepción de otros actores, quienes evidencian una sobrecarga de datos no sistematizados: *"Me mandan así como un correo con 80 mil documentos y yo tengo que ir así como viendo cuál es primero, cuál es después [...] uno tiene que invertir mucho tiempo ordenando información"* (DN5 AT).

En la Unidad Nacional Supervisión Técnica—que se dedica a la supervisión y fiscalización técnica, desde la producción oportuna de reportes para ser rendidos al Ministerio Público, Tribunales, Subsecretaría, entre otros—se señala que el SIS se revisa permanentemente cuando hay un evento suicida en algún Proyecto, especialmente el registro de las resoluciones exentas N°154 y N°155. No obstante, este uso no excluye la necesidad de levantar alertas y reportes regulares mencionada arriba.

En definitiva, se encuentran varios desafíos en los formatos, procesos y flujo de registro de información revisados. El uso del SIS es escaso en lo referido a la toma de decisiones para abordar eventos suicidas, porque no se registra de manera precisa, no existen categorías que clasifiquen las distintas etapas suicidas, y se carece de diagnósticos que registren su fuente. Lo mismo sucede con las carpetas revisadas, donde, además, no es posible contar con un registro ordenado y cronológico de los eventos suicidas.

En relación con la información disponible en las carpetas, y tal como se menciona respecto al SIS, a partir del análisis se observa que no existe una sección específica en ellas donde registrar información específica para el riesgo suicida. La información relacionada con este fenómeno se encuentra dispersa en diferentes secciones del proceso de intervención, entre los documentos de salud o como "hechos contingentes de crisis". La totalidad de los registros que se encuentran en las carpetas son descritos por los entrevistados como "escasos", "poco claros", "muy subjetivos" y que no dan cuenta del proceso de intervención, sosteniendo que se reportan con mayor frecuencia situaciones contingentes y no se entiende el seguimiento y la intervención del riesgo suicida como parte de un proceso de salud.

Ahora bien, se reporta por parte de los entrevistados que existe una multiplicidad de registros, además de aquellos requeridos por el SIS, que se enfocan en el reporte e historial. En efecto se observan en los proyectos métodos paralelos de registros tales como planillas, correos, grupos de mensajería de equipos, situación que dificulta la gestión asociada a cada evento. Estas medidas son reportadas también a nivel nacional. Por otro lado, se identifican otras fuentes de registro a través de las cuales se comunica información relevante entre los distintos actores del Servicio, (Dirección Nacional, Regional, Proyectos) y del intersector, la cual sirve para la toma de decisiones caso a caso (Minutas, emails, Chats de WhatsApp), sin embargo, estos registros son dispersos, se despliegan en múltiples fuentes que no están articuladas, ni dentro del mismo Servicio, ni con el intersector.

Actualmente el mejor insumo para la obtención de información específica respecto a un caso de conducta de riesgo suicida es la minuta de contingencia,

"...Y eso siempre es a través de la minuta de contingencia, que, si bien no se levanta en todos los casos, si uno la puede requerir para poder tener como esa información a la vista. Entonces en la medida que uno requiere una minuta de contingencia, podemos ver como todo el historial o todo lo que ocurrió durante ese día. Entonces son bastante específicas de decir, por ejemplo, el adolescente tanto, obviamente con iniciales, de edad tanto, tuvo una discusión con tal adolescente, lo que gatilló esta situación, se llamó a carabineros, no llegó, se intentó contactar con el SAMU, entonces nosotros ahí podemos tener como una mirada de cuál fue el nudo crítico respecto a esa situación específica. " [17 DR MT]

Esta minuta corresponde a la implementación de la Resolución Exenta 1.040 (2023), indicada en el análisis normativo de este estudio. Formalmente se denomina Reporte de Contingencia y se aplica ante hechos que afectan los derechos de niñas, niños y adolescentes en proyectos ya sea administrados directamente por el Servicio o por colaboradores acreditados. Las contingencias se refieren a conductas autolesivas, agresiones por pares, maltrato por cuidadores, violencia familiar, accidentes, y amenazas de delitos violentos, entre otros. El Reporte de Contingencia debe ser conciso y contener información clave sobre el incidente, incluyendo la región, el proyecto involucrado, y la descripción del niño, niña o adolescente afectado. Este reporte se comparte a través de un chat de WhatsApp específico y por correo electrónico con las partes pertinentes.

En síntesis, sobre el formato de registro y su contexto, se puede concluir que respecto del proceso suicidal, y específicamente sobre los intentos suicidas, se ocupan formatos de reporte asociados a las Resoluciones Exentas 154(2025)-155(2025)- 1040 (2023), 149 (2022) y que corresponden a obligaciones normativas, las que en su conjunto implican un consumo de tiempo importante de los y las profesionales, restando tiempo a la intervención directa. Adicionalmente, el uso de los registros SIS y carpetas no contemplan un dominio específico sobre el proceso suicidal, lo que limita y a la vez explica, la ausencia de un registro robusto sobre esta temática.

De manera global, en el marco del análisis integrado expuesto en el apartado, se concluye que los problemas en el registro de eventos de riesgo suicida son multifactoriales y se encuentran interconectados. Por un lado no existe un módulo que aborde el proceso suicidal, por lo que información sobre éste se encuentra disperso en eventos, lo que no siempre permite distinguir si las acciones tomadas son en relación a un mismo evento o distintos, ni tampoco identificar quién es el o la responsable de esas acciones, ni quién las registra. La imposibilidad de registrar en un módulo específico sobre estos temas genera otras formas de registro, adicionales al SIS, que pueden complementar e incluso enriquecer la información disponible, sin embargo la dispersión y multiplicidad de información implica pérdida de tiempo en su recolección y análisis. Abordar las deficiencias indicadas requerirá no solo la implementación de herramientas y protocolos estandarizados, sino también una fuerte inversión en capacitación del personal y una reestructuración de los sistemas de información para que sean más funcionales y orientados a la intervención.

b. Cómo es la información que se registra y de qué manera se registra

En base al análisis integrado de las distintas fuentes de información, se evidencia que existe dificultad en contar con un proceso adecuado de registro de riesgo suicida. Dentro de las dificultades que se observan se encuentra es su carácter narrativo y no analítico. Se observa ausencia de reflexión sobre la intencionalidad suicida, el desarrollo de las señales en el tiempo o la conexión con diagnósticos de salud mental formales basados en instrumentos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, o la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Esto limita la capacidad de los registros para servir como herramientas de gestión de casos o para la toma de decisiones.

A partir de la información analizada es posible encontrar los siguientes puntos críticos asociados a las características del registro de información sobre riesgo suicida existente:

- **Registros basados en un conjunto de antecedentes:**

Dentro de las dificultades que se observan se encuentra el carácter descriptivo del registro, relatando los eventos ocurridos y las acciones implementadas para afrontar dichos eventos (alguna crisis, una reunión familiar, y acciones como entrevistas, reuniones con el intersector, por ejemplo), pero sin la presencia de un análisis de esos eventos, ni de una evaluación de las acciones emprendidas. De esta manera, los registros tienen, en efecto, una naturaleza descriptiva y limitada, con ausencia de reflexión sobre la intencionalidad suicida, el desarrollo de las señales o síntomas en el tiempo o la conexión con diagnósticos de salud mental formales (basados en el DSM-5/CIE-10). Esto limita la capacidad de los registros para servir como herramientas de gestión de casos o para la toma de decisiones.

El carácter descriptivo de las carpetas y los registros SIS determina que la información carezca de profundidad en términos, por ejemplo, de un análisis que triángule o relacione los distintos factores de riesgo que se pueden identificar, teniendo esto un impacto directo en la suficiencia de la información contenida en las carpetas para la toma de decisiones de los equipos profesionales. De esta manera, es posible identificar información presente en las carpetas que el profesional debe concatenar o analizar a posteriori, impidiendo una comprensión más inmediata de los antecedentes claves para identificar y enfrentar una situación de riesgo suicida.

De esta manera, los registros, tanto las carpetas como los registros del SIS, se vuelven un repositorio de situaciones que están pensadas para informar a terceros o resguardar ciertos niveles de transparencia, más que como herramientas de gestión del caso. Lo anterior se hace evidente cuando se observa la dispersión de la información en las carpetas, en las que resulta difícil comprender la temporalidad y la precisión de los diagnósticos, los tratamientos y objetivos asociados, entre otros.

Por otra parte, la información que se encuentra asociada a los niños, niñas y adolescentes está principalmente referida a antecedentes de su situación previa al ingreso al programa, como son causales de ingreso o entrevistas diagnósticas las que aportan mayor cantidad de información respecto de riesgos de suicidio o factores de protección y riesgo que pueden estar presentes.

Esta información es más narrativa, e incorpora mayores elementos de detalle, mientras que el resto de la información asociada a situaciones o gestiones, dejan a interpretación de los lectores la gravedad y monitoreo del riesgo suicida.

- **Registro no estandarizado**

Un segundo elemento, evidenciado, es que la información asociada al riesgo suicida y su evolución disponible en el SIS no se encuentra parametrizada o basada en categorías estandarizadas, produciendo que lo que se registra carezca de características comunes y basadas en evidencia, sino que termina siendo un registro, discrecional, en donde es difícil identificar cuántas situaciones de riesgo suicida ha enfrentado un niño, niña o adolescente. En consecuencia, a partir de los registros es difícil determinar la historia de riesgo suicida de un niño, niña o adolescente una vez que ha ingresado al Servicio. Por otra parte, la información contenida en estos registros se estructura por eventos, en lugar de procesos, no logrando dar cuenta de la evolución del riesgo suicida en el tiempo, lo que dificulta un monitoreo epidemiológico adecuado del fenómeno en términos generales, y en particular, de la manifestación y desarrollo en cada caso.

Esto se evidencia, por ejemplo, en la escasa mención explícita del "riesgo suicida" como tal en los distintos registros (SIS y carpetas) analizados. Las señales de riesgo, como desesperanza, autolesiones o intentos previos, se describen, pero rara vez se califican explícitamente como riesgo suicida o se les asigna un nivel de intensidad. Por ejemplo, en el análisis de registros informáticos SIS, sólo 255 de 7.392 registros usan el término "riesgo suicida". Por su parte, en las carpetas, aunque se registran señales de riesgo (desesperanza, autolesiones, intentos previos), no se califican como riesgos suicidas ni se establece un nivel de riesgo, impidiendo planes de respuesta claros.

Lo anterior tiene consecuencias directas en la atención de los niños, niñas y adolescentes que presentan riesgo suicida, pues las características de la información disponible limitan la toma de decisiones al requerir una revisión caso a caso a partir de información que carece de un hilo narrativo centrado en el trayecto individual, ni cuenta con mecanismos que generen alertas o informes integrados. Esta situación refleja deficiencias estructurales, metodológicas y de capacitación, que impiden contar con un sistema de registro apropiado, junto con una forma y contenidos pertinentes para el registro.

La falta de estandarización se refleja particularmente en que no existen categorías comunes para referirse a sintomatología, más bien la información al respecto se expresa de forma libre, en un campo abierto, haciendo muy difícil poder evaluar en el tiempo su avance o retroceso y la efectividad de la intervención. Lo anterior llama la atención de manera especial para las residencias que sí cuentan con la Resolución Exenta N° 1.174 y un listado de Síntomas establecidos para el riesgo suicida, lo cual sin embargo no se evidencia de manera formal o sistemática en los distintos registros. De hecho, a nivel local, las entrevistas a estos equipos tampoco suelen hacer referencia a dicha Resolución.

De la misma manera, la falta de estandarización **impide trabajar en base a diagnósticos específicos asociados al riesgo suicida, lo cual genera una dificultad generalizada para realizar diagnósticos claros e identificar con claridad las señales y la intensidad del riesgo suicida** en niños, niñas y adolescentes atendidos por el Servicio. El máximo grado de especificidad encontrado en las carpetas corresponde a registros de pensamientos suicidas pasivos y activos, fases de planificación y acciones concretas como intentos de ahorcamiento, autolesiones y consumo excesivo de fármacos. Sin embargo, estos elementos no son necesariamente identificados como indicadores de riesgo suicida, ni vinculados a una fase específica del proceso suicidal en la que se encuentra un niño, niña o adolescente. Similarmente, los descartes de ideación suicida tampoco se sustentan en criterios formales. En las carpetas, por ejemplo, predominan evaluaciones de carácter cualitativo, sin que se evidencie el uso de instrumentos estandarizados ni de un análisis de desencadenantes específicos o de la evolución del riesgo

Por otra parte, en algunos de los registros SIS revisados se hace referencia a diagnósticos respaldados por escalas de evaluación de riesgo suicida, aunque esto es poco frecuente. Como muestra la siguiente tabla, en los registros analizados hay escasas referencias explícitas a los instrumentos estandarizados utilizados para evaluar y diagnosticar riesgo suicida:

Tabla 13 MENCIÓN DE ESCALAS DE RIESGO SUICIDA POR REGISTROS DE EVENTO

ESCALA	TOTAL DE EVENTOS	%
Suicidalidad	193	2,61%
SSI	61	0,83%
Beck	32	0,43%
Pierce	0	0,00%
Persons	0	0,00%
No menciona	7.106	96,13%
Total	7.392	100%

Fuente: Elaboración Propia

Esta distribución muestra que, del total de registros analizados en el SIS, menos del 4% de ellos estuvo acompañado de una escala de riesgo suicida. La tendencia observada es la descripción de múltiples evaluaciones que no cuentan con especificaciones sobre cómo se llegó a ellas y si se usaron o no instrumentos estandarizados. Al respecto, tanto en los casos donde no se registra esta información, como en aquellos que presentan múltiples registros de evaluaciones, se evidencia la necesidad de contar con registros con mayor nivel de especificidad, fundamentación diagnóstica y trazabilidad de los casos, que sustenten la toma de decisiones adecuadas para la intervención.

Los y las profesionales de las direcciones regionales entrevistados concuerdan en señalar que la evaluación del riesgo se maneja de forma heterogénea, agregando que sólo algunos proyectos utilizan instrumentos estandarizados, mientras que en otros queda a criterio local o del proyecto.

Por otra parte, la **identificación de las fases del proceso suicidal**, tampoco es evidente en los registros analizadas, el foco está puesto en los eventos y en algunos casos se asocian a estado de ánimo, y/o acciones deliberadamente suicidales (uso de medios letales)

En las entrevistas con distintos profesionales tampoco se identifica un reconocimiento claro de las fases del proceso suicida, salvo en el caso de los psiquiatras especialistas, lo cual es esperable. Sin embargo, este conocimiento no se traduce en los registros ni en la intervención. En los registros revisados, se observa que cualquier evento relacionado con el suicidio sea asociado a la ideación suicida, sin distinguir otras etapas del proceso. Asimismo, se tiende a utilizar los factores de riesgo como un equivalente de las fases, lo que refleja una comprensión reducida del fenómeno. Lo anterior se evidencia, por ejemplo, en la asociación directa entre autolesión y riesgo suicida, donde dicha conducta aparece como el único indicador claro de riesgo suicidal:

"Para nosotros llamar riesgo suicida, por ejemplo, algún antecedente de autolesión. Algún antecedente en familia, por ejemplo, de suicidio. Eso ya para nosotros es como el indicador. Lo otro, como le decía antes, se detecta en sesión" [46 AM AR].

A nivel central, se advierte una tendencia a que los equipos locales centren su atención en adolescentes con desregulaciones visibles, dejando en segundo plano a aquellos niños, niñas y adolescentes más silenciosos/as, cuya sintomatología puede pasar desapercibida: *"Tienden a mirar menos a aquellos, aquellas que son más silenciosos porque entonces aparentemente ellos están bien (...) pero cuando tú miras, empiezas a mirar, no estaban tan bien" [DN 5 AT].*

En el caso de los registros SIS el concepto que aparece con mayor claridad es el de ideación suicida, generalmente asociado a las palabras de autolesión, desregulación emocional entre otras. Esta categoría, que está mencionada en la literatura, se utiliza en alrededor del 30% de los registros SIS analizados, aunque de forma no consistente a la definición del concepto. En algunos casos, se habla de ideación cuando ha habido actos de consumación o se observa en los relatos características asociadas a otras fases más graves. De esta manera, la palabra ideación, se utiliza más bien, como sinónimo de "riesgo suicida" y no como una unidad de medida del nivel de riesgo basada en la literatura, lo que favorecería identificar la fase en la que se encuentra el niño, niña o adolescente.

La falta de estandarización en los registros conlleva riesgos importantes al momento de evaluar la trayectoria de cada caso en particular. El que no exista claridad respecto al dónde o qué monitorear, influye directamente en la posibilidad de hacer un seguimiento efectivo de los casos y por tanto de ofrecer respuestas oportunas y pertinentes cada situación.

- **Registros estáticos**

La forma en la que se organiza la información contenida en los registros analizados—tanto en carpetas como en el SIS— se basa en antecedentes, gestiones o eventos realizados, por lo que la información se vuelve una sumatoria de elementos que responden a un tiempo determinado, no siendo posible monitorear de forma dinámica el fenómeno del riesgo suicida.

A partir de la revisión de las carpetas, es posible indicar que la información sobre la evolución en el tiempo es escasa y no se encuentra registrada con claridad o profundidad, lo que dificulta comprender el desarrollo del riesgo y su progresión en la vida de los niños, niñas y adolescentes. En general, los registros en las carpetas no explican la evolución de las fases de riesgo o de las señales, ni detallan en qué contextos específicos ocurrieron. En este sentido, la falta de información sobre la progresión de señales o síntomas, valoraciones médicas y desarrollo del tratamiento dificulta la toma de decisiones acertadas para la intervención de los casos revisados.

Cabe señalar que la información sobre las autolesiones es también limitada y no se detalla en profundidad cómo han ocurrido, con qué frecuencia o qué factores las han desencadenado. Por lo tanto, no se profundiza en la progresión de estas etapas ni en las distintas formas de intervenir dependiendo justamente de la fase en la cual se encuentre.

De la misma manera, es difícil encontrar información respecto a si se han implementado estrategias de intervención diferenciada según cada fase del riesgo, ni si ha habido un seguimiento continuo entre episodios registrados. En varios casos, la información proporciona evidencia de que los y las niños, niñas y adolescentes involucrados/as han atravesado distintas fases de riesgo lo que indica una problemática grave y recurrente. Sin embargo, los registros en las carpetas no profundizan en el impacto emocional o en los desencadenantes de estas crisis.

Esto se traduce en que existe escasa información sobre el proceso evolutivo de cada niños, niñas o adolescente afectado por un proceso suicidal, y por lo tanto las acciones de intervención que se registran no están necesariamente alineadas a las necesidades propias del caso y su pertinencia se vuelve difícil de evaluar. También afecta la posibilidad que tienen los profesionales de los proyectos de reconstruir sus intervenciones frente a eventos de riesgo suicida en una estrategia procedimental, paso a paso, ya que cada vez se actúa de manera distinta.

Esta observación puede constituirse en un problema para adelantarse a las situaciones de mayor riesgo o complejidad. Los profesionales entrevistados en la Dirección Nacional coinciden en señalar que en los proyectos existen más bien acciones reactivas frente a un evento, por sobre una acción de prevención y atención planificada:

"Generalmente cuando nos enteramos de este tipo de situaciones hay dos líneas. La primera tiene que ver con el ámbito de las contingencias y acciones que son más reactivas [...]; y la otra tiene que ver con levantamientos que hace la dirección regional en función de casos que generan preocupación, que son más complejos en su gestión y que tienen ya antecedentes de intentos suicidas" (DN 4 GT 1).

En consonancia con lo anterior, desde la Dirección Nacional, se señala la relevancia de identificar la presencia de problemáticas de salud mental preexistentes, tales como trastornos del ánimo o síntomas de estrés postraumático, pues incrementan la vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado y la relevancia de identificarlos a tiempo cuando éstos no cuentan con antecedentes de salud mental o diagnósticos previos.

En síntesis, respecto a los formatos de registro de la información se identifica en los registros SIS y carpetas información heterogénea, relacionada a la salud mental de niños, niñas y adolescentes, con escasa justificación objetiva, relacionada a la aplicación de instrumentos evaluativos, o referencia a diagnósticos médicos, pero de la cual un lector con conocimiento sobre el proceso suicidal, podría desprender factores de riesgo asociados a la salud mental y que son corroborados en las entrevistas con profesionales, directivos y especialistas. Los principales cuadros señalados se refieren diagnósticos psiquiátricos previos, trauma complejo, autolesiones y diagnósticos como trastornos de ansiedad, episodios depresivos, despersonalización, trastornos de personalidad y bipolaridad. Adicionalmente, los especialistas relevan condiciones de apego desorganizado y reiteración traumática por el paso repetido y fallido en el Servicio.

Por último, se destaca también la necesidad de formación en proceso suicidal, identificación de las fases y las acciones pertinentes para abordar cada una de ellas, esto como condición previa a su correcto registro.

2. Caracterización de las historias de daño y riesgo de suicidio de niños, niñas y adolescentes en el Servicio

El eje de análisis de este apartado está referido a las trayectorias e historias de daños que viven niños, niñas y adolescentes en relación con el riesgo suicida en el sistema de protección, a partir del análisis de los casos, registros y entrevistas. En particular, se considera la manifestación del fenómeno del riesgo de suicidio en los niños, niñas y adolescentes, su historia y trayectoria y su relación con los factores de riesgo y protección que se evidenciaron como resultado del análisis.

Siguiendo el enfoque integral adoptado en este estudio (Salvo y Melipillán, 2008) para comprender el suicidio, se hace referencia a factores de riesgo asociados al ámbito de la salud mental, el ámbito social y familiar, y así como al entorno sociocultural y medioambiental en el cual se dibujan las trayectorias de los niños, niñas adolescentes atendidos en el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

En base al apartado anterior es posible afirmar que la información referida a las historias de los niños, niñas y adolescentes, son principalmente registros de carácter administrativo, asociados a antecedentes, causales de ingreso y situaciones que emergen en el devenir diario, pero que no tienen una mirada integrada de gestión de caso. Además, en muchos casos estos registros no están contruidos cronológicamente, por lo que es difícil entender y concatenar las distintas situaciones y hecho registrados. Lo anterior, implica que la información disponible tanto en el SIS como en las carpetas revisadas se vuelve insuficiente, muchas veces difícil de comprender o se encuentra desordenada y sin una secuencia lógica en los hechos que se documentan. Esto instala una dificultad importante para evidenciar la trayectoria de lo vivido por niños, niñas y adolescentes, pues los registros contienen información que tiende a ser descriptiva, actuando como repositorio en donde es difícil comprender el desarrollo en el tiempo y la trayectoria.

Dadas estas características de la información recabada en carpetas y registros SIS, el análisis que se presenta a continuación aborda la trayectoria e historia de daños de niños, niñas y adolescentes a partir de los factores de riesgo y protección, de manera de caracterizar los

aspectos comunes identificados. Es importante señalar, como menciona la literatura, que estos elementos no son predictores directos del riesgo suicida.

a. Factores de riesgo y protección asociados a Salud Mental

Sin duda, el fenómeno del riesgo suicida está directamente relacionado con la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. En este sentido la presencia de riesgo suicida, muchas veces se presenta asociado a una serie de otros elementos de salud mental de la propia persona que favorecen el proceso suicidal.

En las entrevistas se recoge que existe un consenso transversal respecto a la relación entre el riesgo suicida y los problemas de salud mental. Se menciona frecuentemente el trauma complejo, autolesiones y diagnósticos como trastornos de ansiedad, episodios depresivos, despersonalización, trastornos de personalidad y bipolaridad. Los profesionales entrevistados, tanto en los proyectos como en la Dirección Nacional y Direcciones Regionales del Servicio, reconocen que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes en el Servicio de Protección Especializada presentan antecedentes en esta materia, ya sea con evaluaciones previas o durante su estancia en el sistema.

Los profesionales que ejecutan la intervención directa en proyectos ambulatorios identifican una amplia gama de síntomas y conductas asociados a la salud mental en niños, niñas y adolescentes atendidos/as, entre los cuales aquellos más comunes incluyen la ansiedad, labilidad afectiva y tristeza persistente. Una de las entrevistas nos ejemplifica al respecto: *"Las más recurrentes son trastornos de la ansiedad, episodios depresivos, mucha sintomatología también de despersonalización, muchos trastornos de personalidad, también trabajar con el trauma complejo, pero más que nada es sintomatología ansiosa y episodios depresivos, y bueno, obviamente las autolesiones"*. [55 AM AY⁹]

Por su parte, los profesionales de residencias destacan la alta frecuencia de diagnósticos psiquiátricos, como por ejemplo la bipolaridad, en niños, niñas y adolescentes. Señalan que estos diagnósticos constituyen factores de riesgo suicida, tal como menciona un profesional de atención directa:

"Por lo general [los niños, niñas y adolescentes institucionalizados], presentan trauma complejo, por temas de vulneraciones, la base, todos vienen con eso. Tenemos muchos casos de temas de bipolaridad, enfocado en eso. Y también nos ha ocurrido con temas psiquiátricos" [34 RS AY].

⁹ La identificación de las citas está organizada con códigos que incluyen: Número de entrevista, identificación de proyecto e identificación de la región según corresponda. La sigla 'AM' corresponde a las entrevistas realizadas a Programas Ambulatorios, 'DR' refiere a aquellas realizadas en Direcciones Regionales, 'RS' es indicativo de entrevistas realizadas en Residencias, 'DN' corresponde a aquellas realizadas a profesionales de la Dirección Nacional, mientras que PJI corresponde a las entrevistas realizadas a Psiquiatra Infante juvenil. En el caso de las entrevistas realizadas a las Direcciones Nacionales, se especifica el cargo de los entrevistados donde, ST corresponde a Supervisión Técnica, CI Coordinación Intersectorial, TT Transferencia Técnica, GT Gestión Territorial, AT Asistencia Técnica. Los ID correspondientes de cada entrevista, se encuentra especificados en el ANEXO 6.

Y otro afirma: *"casi el 90% de nuestros niños están con trauma complejo. O sea, ya el diagnóstico psiquiátrico de base ya te da un factor de riesgo"* [26 RS AR].

Lo reportado por las Direcciones Regionales, en las entrevistas con profesionales, da cuenta de que se otorga una alta importancia a la salud mental como factor de riesgo. Se destaca además el alcance de la función administrativa y las gestiones necesarias para poder mantener, dar continuidad o iniciar tratamientos en esta materia, señalando que dichas labores permiten orientar la intervención y destrabar nudos críticos. Tal como señala un profesional del Departamento de Servicios y Prestaciones en una Dirección Regional:

"En la red proteccional tenemos ingresados más de 900 niños, niñas y adolescentes y dentro de ese universo de niños, muchos de ellos pueden presentar alguna sintomatología asociada a lo que es el espectro suicida, que va desde como una idea de muerte hasta una idea o un intento suicido" [09 DR AY].

En este sentido, existe, desde la percepción de los profesionales a nivel central regional del Servicio, una asociación directa entre factores de riesgo de salud mental y riesgo suicida. La comorbilidad de riesgo suicida con otras enfermedades o condiciones de salud mental aparece como un elemento discursivamente importante en las entrevistas realizadas, aunque ello no se refleja con igual fuerza en los registros revisados, tanto en las carpetas como en los registros del SIS. Esta discrepancia puede ser explicada, en parte, por lo señalado por el Suicide Prevention Resource Center (2017) respecto a que los datos relacionados con el suicidio, en particular con los intentos, generalmente se recopilan de forma narrativa a través de informes de incidentes, dando espacio a una discrecionalidad en la forma de presentar la información, dificultando la agregación de la información y su uso para la toma de decisiones.

En el caso de los psiquiatras, ellos incorporan a lo anteriormente mencionado, una mirada de la sintomatología individual de esta población con la construcción de un apego desorganizado e inseguro, siempre relacionado con la autopercepción de no sentirse querido, sin las experiencias de recibir refuerzos positivos:

"Tiene que ver con la construcción de un apego desorganizado, un estilo vincular que se haya desarrollado... un estilo vincular desde un apego más desorganizado o inseguro, ambivalente, la baja autoestima, sin duda, que también se entiende desde no haber sido validado o querido, reforzado en tus habilidades propias a lo largo de la vida, haber tenido quien te refuerce positivamente. Yo creo que, en el fondo, lo que quiebra a estos chicos o los lleva finalmente a querer quitarse la vida, es no haber podido desarrollar un yo propio, como siempre respecto de otro, yo creo que el yo se construye respecto de los vínculos con otro, que viene desde el estilo vincular que uno tuvo, del apego que tuvo, y en base a eso la autoestima, la sensación de autoeficacia... yo creo que era siempre lo mismo, todos los casos eran iguales en ese sentido" [PIJ].

Algunos puntos que se consideran como críticos al momento de identificar concretamente los factores de riesgo guardan relación con:

- **Causales de ingreso y victimización**

En los registros SIS analizados (registros de eventos de intervención y activaciones de Resoluciones Exentas N°154 y N°155) referidos a acciones relacionadas a suicidio, se observó que las causales de ingreso a los programas de protección de los y las niños, niñas y adolescentes, dan cuenta de mayoritariamente de situaciones de abuso, seguidas por una representación menor de otras causales como ser víctima o testigo de violencia intrafamiliar grave, medidas de protección según orden del tribunal, maltrato físico grave, y víctima de negligencia moderada. Estas causales de ingreso se corresponden también con los factores de riesgo identificados en el análisis de las carpetas, expresadas fundamentalmente como experiencias de maltrato, y que también fueron señaladas por los profesionales de los proyectos entrevistados como experiencias de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al Servicio de Protección Especializada.

Lo anterior se condice con lo señalado por Herman, J. L. (2015), y van Der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019) quienes se refieren a factores individuales psicológicos, que se generan a propósito de experiencias traumáticas, como las registradas en la vida de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al Servicio de Protección Especializada. Según la literatura revisada, estos factores aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos de salud mental, como depresión, ansiedad, trastorno de estrés post traumático (TEPT) y trastornos de personalidad límite, todos los cuales contribuyen a un mayor riesgo de suicidio.

- **Consumo Problemático de Sustancias**

A partir de las entrevistas realizadas, se identifica el consumo problemático de sustancias como un factor vinculado a factores de riesgo asociados a salud mental- En efecto, es relevado transversalmente como un factor de riesgo clave tanto por entrevistados de proyectos ambulatorios, como de residencias, en Direcciones Regionales, y también en la Dirección Nacional del Servicio. El consumo de sustancias estaría entrelazado con otros factores de riesgo como la desprotección familiar y el abandono, incrementando la probabilidad de conductas de riesgo suicida. De este modo, las Direcciones Regionales identifican la correlación entre consumo problemático de sustancias y el trauma complejo, evidenciando una comprensión holística del trauma:

"El tipo de vulneraciones que los niños han sufrido que les ha ocasionado un trauma complejo en su vida y el consumo de sustancias. Yo considero que esos dos temas son muy importantes cuando ese trauma complejo no ha sido trabajado y no ha sido reparado. Yo creo que viene en esta situación el riesgo suicida y a eso viene asociado el consumo de sustancias." [02 DR AR].

Por su parte, desde la perspectiva de las duplas psicosociales de proyectos ambulatorios, el consumo de sustancias parece estar más relacionado con conductas violentas, delincuencia y problemas de salud:

"Se observa un alto índice de consumo problemático de alcohol y otras drogas, lo que conlleva a diversas problemáticas sociales y de salud mental. El consumo de sustancias ilícitas es una problemática creciente que afecta a un número importante

de usuarios...está asociado a un mayor riesgo de violencia, delincuencia y problemas de salud". [46 AM AR]

En el caso de las residencias, los profesionales destacan el uso de sustancias como mecanismo de evasión, que se comprende de igual forma como un factor que puede incidir en conductas de riesgo suicidal:

"Muchas veces, consumen para evadir. La mayoría consume sustancias para evadir, y esto va asociado a una carga emocional. El tema de salud mental lo asociamos muchas veces al tema del consumo, pero también al tema de depresión. La depresión, porque, a la larga, es súper complicado en la relación." [40 RS RM].

Estos reportes coinciden con lo indicado por la literatura, que señala que el consumo de sustancias Puede alterar el juicio, disminuir las inhibiciones y hacer que los adolescentes sean más propensos a actuar impulsivamente durante momentos de crisis emocional (Salvo y Melipillán, 2008).

- **Pertenencia a diversidad sexo-genérica**

A partir de la evidencia constada en la literatura, es esencial considerar como factor de riesgo la identificación con una disidencia sexo-genérica, en donde la propia identidad ha generado un proceso de riesgo a nivel personal, es clave señalar, que no toda persona de la comunidad LGBTQ+ puede tener sintomatología de riesgo suicida, pero sí existe una mayor prevalencia y por lo tanto son poblaciones a las cuales tener atención.

El análisis de las fuentes de información en este punto en particular es insuficiente para poder levantar apropiadamente una mirada preventiva para estos grupos. Si bien, en los registros SIS analizados no existe un campo estandarizado que permita rápidamente hacer una relación entre casos de riesgo suicida e identidad de género u orientación sexual, fue posible encontrar en algunos relatos que refieren a niños, niñas y adolescentes que pertenecen a la población LGBTQ+. Esto pudo ser inferidas haciendo una interpretación o conclusión a posteriori de la información contenida en los campos abiertos mediante menciones a pronombres, cambios de nombre, mención a un nombre social, hablar de una relación de pareja haciendo alusión a una persona del mismo género o sexo. Respecto de este punto, la sistematización de esta variable queda a criterio de quien está registrando y por lo tanto su manifestación es heterogénea. En los registros SIS, solamente 5,6% de los 7.392 registros de caso contenían alguna palabra vinculada a la identidad de género u orientación sexual como, por ejemplo, LGBTQ+, gay, lesbiana, homosexual, transexual o pronombre.

En este sentido, es importante señalar que la identidad de género y/o la orientación sexual se vuelve un factor de riesgo relevante cuando se producen consecuencias relacionales y de aceptación de familiares, grupos de referencia, pares. Al revisar los campos que lograban identificar población LGBTQ+, destacan como gatillantes de riesgo suicida para este grupo: los quiebres amorosos, el quiebre de vínculos con familiares o amigos del entorno cercano debido a su identidad sexo genérica, y algunos elementos asociados a experimentar estigma, soledad o exclusión. Este punto cobra relevancia, ya que en la revisión de la literatura se destaca como

factor de riesgo la discriminación y el rechazo social que enfrentan las personas LGBTIQ+ en diferentes contextos (Tomicic et al. 2014 y 2020; Hughes et al. 2023).

- **Edad y sexo**

Por último, considerando que la edad y el sexo son variables que inciden en el comportamiento suicida, es de relevancia especificar que en los registros no existe una manera de relacionar y alertar mayor riesgo suicido según edad y sexo, y que en las entrevistas ninguno de los participantes señaló una referencia explícita a diferencias en las características de población que enfrenta un proceso suicidal en relación con su edad y sexo, aspectos que la literatura señala como diferenciadores en términos del impacto de los factores de riesgo. Al respecto, importa recapitular que, según Hassler et al. (2024), la ideación suicida en preadolescentes de 7 a 12 años se ve afectada por variables como la edad de ingreso al sistema de protección, el sexo, la autoidentificación racial, el historial de maltrato y la presencia de señales de salud mental. Y que, los adolescentes, según Gillies et al. (2018) y Hawton et al. (2002) presentan mayor prevalencia de autolesión deliberada, con una media de inicio a los 13 años. Por su parte Goulbourne et al. (2025) alertan sobre la mayor susceptibilidad al riesgo suicida en adolescentes mujeres, asociada a influencia de pares, consumo de sustancias, ansiedad, depresión y baja autoestima, y en el caso de varones, los factores de riesgo más relevantes son la conducta suicida en personas cercanas y baja autoestima. Ninguno de estos factores fue identificado en las fuentes estudiadas.

Finalmente, es importante señalar que los factores de protección asociados a salud mental son escasamente tratados, configurándose un desafío el poder incorporarlos a la mirada de los profesionales. En este sentido en los registros SIS la mayor presencia de factores de protección a los que se hace mención tiene que ver con el manejo de emociones y con algunos elementos relacionados a rendimiento y vinculación con el sistema escolar. No se evidencia como factores protectores tratamientos terapéuticos, farmacológicos u otros aplicados a los niños, niñas o adolescentes (si los hubiera) o la adhesión a estos, tampoco la presencia de algún profesional o la articulación establecida con los servicios de salud mental o salud en general. Esto podría tener que ver con una mirada que tiende a registrar información desde los problemas, y no desde los posibles factores de protección asociados a salud mental.

b. Factores de riesgo asociados a aspectos sociales y familiares

Respecto a los factores de riesgo asociados a aspectos sociales y familiares, a partir de la revisión de los registros SIS y de las carpetas, es posible aseverar que la variable familiar es el factor de riesgo y de protección del cual existe más información, aun cuando esta información se encuentra dispersa a lo largo de los mismos. En algunos casos, existen resúmenes de sesiones de evaluación de las relaciones familiares, o de los entornos o personas significativas, y que son de mayor utilidad para la toma de decisiones. Específicamente en los registros SIS es posible identificar, a través de algunas categorías cerradas, los casos que tienen una historia de abuso familiar. En algunos casos, es posible evidenciar también la estructura familiar y en muchos de ellos la separación que existe con algunos miembros de la familia.

Complementariamente, se distingue que existe consenso entre los distintos entrevistados respecto a que tanto la familia como el entorno social juegan un rol importante en el riesgo suicida. Todos los profesionales entrevistados destacan la importancia de considerar e identificar estos factores en su quehacer, aun cuando esto pueda volverse un desafío. Existe una mención explícita a las dinámicas familiares y las situaciones de vulnerabilidad social que pueden ser indicativos de conducta de riesgo suicida, y que no están escindidos de las consecuencias traumáticas que acarrear.

Las entrevistas realizadas nos permiten señalar como principales factores de riesgo en este ámbito: el abandono parental radical, el aislamiento social en la residencia o en contextos escolares, la falta de integración en espacios significativos y el trauma complejo. Estos factores se desarrollan con mayor detalle a continuación.

- **Aislamiento social, falta de redes de apoyo y abandono familiar:**

Respecto al aislamiento social, los entrevistados dan cuenta que las dificultades para establecer vínculos afectivos, tanto con familiares como con el entorno cercano, generan sentimientos de soledad y aislamiento en los niños, niñas y adolescentes. En este sentido, un profesional de proyecto ambulatorio de la Región Metropolitana destaca que los pensamientos suicidas tienen mucho que ver con dinámicas de vinculación afectiva que generan aislamiento en los niños niñas y adolescentes: *"Las dificultades para establecer vínculos afectivos pueden generar sentimientos de soledad y aislamiento"*. [61 AM MT].

Por otra parte, la falta de una red de apoyo es un desafío significativo para éstos/as, especialmente para niños, niñas y/o adolescentes que están en residencias, quienes en ocasiones deben trasladarse de su comuna de origen a la capital regional, situación que impacta negativamente en su posibilidad de contar con una red de apoyo. En efecto, a partir de las entrevistas realizadas en proyectos residenciales, es posible señalar que, tanto los/as profesionales de las duplas como los/as directores/as de dichos proyectos, destacan la falta de redes de apoyo, y los presentan como un desafío importante para la prevención y la intervención en suicidio. Como ejemplifica la directora de una de las residencias:

"una de las niñas que está en residencia, que es porque no tiene más red familiar que su madre, y su madre estaba inhabilitada en algún momento, pero ahora ya eso se ha ido revirtiendo, que ella también estuvo con una conducta suicida en algún momento, pero es la única red familiar que es extranjera, digamos, que eso también influye harto, porque no tenemos, con quién más trabajamos." [35 RS LL].

Por otra parte, desde la Dirección Nacional se menciona el abandono parental radical como una experiencia difícil de elaborar emocionalmente; el aislamiento social dentro de la residencia o en contextos escolares; y la falta de integración en espacios significativos:

"Cuando hay un abandono paterno así muy tajante (...) para los chiquillos también es difícil de procesar" [DN 6 GT2]. Y señalan que esto se transforma en un factor de

riesgo se suicida pues identifican que hay *"Niños que se aíslan también (...) que no están integrados ya sea en el grupo escuela o en la misma residencia"* [DN 6 GT2].

Todos estos reportes coinciden con lo señalado por la literatura respecto al impacto de la ausencia de una red de apoyo estable de familia y amigos, contribuyendo a sentimientos de inutilidad o falta de propósito, predictores fuertes de pensamientos suicidas. Así mismo, La falta de figuras adultas estables en sus vidas puede contribuir a sentimientos de soledad y desesperación (Seligman, M. E., & Walsh, B. T. 2005; Jimeno, M. V. 2016; Mitchell, M. B. 2018; Hamilton et al. 2021)

- **Trauma complejo**

Un tercer elemento para destacar dentro de los factores de riesgo en esta materia es la exposición a experiencias traumáticas dentro de la familia, tales como el abuso, el maltrato o la negligencia que ocurren en el entorno más cercano. Estas vulneraciones son reconocidas transversalmente por los entrevistados como causantes de patologización y agudización de conductas de riesgo, manifestándose en síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión.

"Las experiencias traumáticas vividas por los usuarios tienen un efecto profundo en su bienestar emocional y conductual, el trauma puede manifestarse de diversas formas, incluyendo síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión". [66 AM VL].

"Nuestros niños todos vienen vulnerados, todos han sido vulnerados una, dos, tres, muchas veces, múltiples agresores en diferentes etapas de la vida, de repente hay niños que han sido vulnerados de manera crónica, la mayor, muchas veces ocurre eso, situaciones tan graves como los incestos, entonces vienen así ese es nuestro perfil... Claro, como niños con mucho daño... Como de trauma complejo, y dentro de la definición de trauma complejo está esto, la dificultad de la autorregulación, dificultades en la identidad que te hacen como adolescente sentir que no vale mucho la pena vivir." [59 AM LL]

En efecto, la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo prevalente que afecta el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Las trayectorias vitales marcadas por el trauma y el daño acumulado, incluyendo la acumulación de dolor por múltiples vulneraciones, son percibidas por los entrevistados como un componente crítico del riesgo suicida. Esto se ve complementado con la revisión de los registros SIS, existiendo algunos que refieren a pérdidas significativas o antecedentes intergeneracionales de violencia y abuso. Es importante señalar que en algunos casos también se encontraron en los registros analizados, tanto en el SIS como en las carpetas menciones de intentos o de suicidios o muertes por suicidio al interior del círculo cercano del niño, niña o adolescente, lo que constituye un factor de riesgo de suicidio, a pesar de que, como se indicó previamente, estas situaciones no necesariamente se identifican como tal.

En definitiva, el trauma complejo es un factor de riesgo suicida y ha sido definido por la literatura como característico de los niños, niñas y adolescentes en sistemas de protección, quienes han enfrentado de manera simultánea varios de los factores de riesgo descritos

anteriormente, en lo que se ha denominado daño acumulado, lo que también genera que reporten intentos de suicidio superiores al promedio a lo largo de la vida (Trew et. al. 2020; Evans et. al. 2017; Duprey et al. 2022). Es importante señalar que la mayoría de los registros analizados, justamente indican la existencia de trauma complejo asociados al entorno familiar, y experiencias de polivictimización de los niños, niñas y adolescentes, pero se vuelve difícil identificar cómo estos se manifiestan en el tiempo, si se agregan nuevos elementos de riesgo o si algunos de estos riesgos logran ser contenidos.

Por otro lado, los factores sociales y familiares mencionados en el SIS y las carpetas se centran en la vulneración y señalan muy escasamente información asociada a posibles personas significativas, potenciales aliados al trabajo que se realizará, vínculos que pueden ayudar en los procesos. Considerando que la OMS establece la importancia de reconocer los factores protectores, siendo su registro tanto o más importante que el de los factores de riesgo, la ausencia de esta información en los registros revisados es una carencia importante de información en los registros actuales a la hora de generar información de las historias de daño.

c. Factores de riesgo asociados a aspectos socioculturales y medioambientales

Respecto a factores de riesgo asociados a aspectos socioculturales y medioambientales, existe consenso entre los entrevistados en que hay determinantes del contexto social que influyen directamente en el riesgo suicida, como son las dinámicas de vulnerabilidad, de exclusión y de estigma asociado. Asimismo, es importante evidenciar que algunos, especialmente quienes tienen cargos directivos, identifican la institucionalización y el daño acumulado de las experiencias en el sistema de protección dentro de su relato.

Se mencionan en menor medida, factores asociados a variables territoriales, las cuales se destacan más a nivel local, por ejemplo la pobreza, la falta de acceso a servicios, especialmente a salud. Llama la atención, que hay una nula mención a variables culturales de expresión de culto, etnia o incluso asociado a procesos migratorios, en general las referencias a temas culturales o sociales se remiten a la violencia de los territorios o el acceso a drogas. Tampoco se menciona el uso indiscriminado de pantallas y actividad online, que ha sido señalado por la literatura con un factor que impacta la salud mental, particularmente el uso de redes sociales u la exposición a contenido autolesivo y suicida, lo que puede provocar efecto imitación, y/o normalización de estas conductas (Marchant et al. 2021; Balt et al. 2023). Otro factor de riesgo que no es mencionado es el acceso a medios letales, que aumentan el riesgo de suicidio, particularmente cuando los adolescentes experimentan riesgo emocional (Echeburúa et. al. 2015)

Por lo mismo, el registro de estos factores en las carpetas y registros SIS analizados es mucho más heterogéneo y con menor calidad de detalle, salvo cuando se refiere explícitamente a instancias de evaluación que incorporan dichos elementos, que son registros puntuales y acotados dentro de la muestra de registros analizados.

A continuación, se abordan los factores de riesgo asociados a aspectos socioculturales y medioambientales que resultan del análisis integrado las fuentes de información revisadas.

- **Vulnerabilidad y exclusión social**

En el caso de la vulnerabilidad social, todos los actores entrevistados reconocen, de manera transversal, que los niños, niñas y adolescentes han llegado a los programas producto de una situación de vulnerabilidad. Lo anterior, no solo entendido como situación de exclusión o pobreza, sino que también por su situación de vulneración de derechos. La información levantada da cuenta de la exclusión social y falta de acceso a bienes y servicios como contextos que favorecen la fragilidad de los niños, niñas y adolescentes, haciéndolos más vulnerables al riesgo suicida, como se indica en la siguiente cita:

"La falta de acceso a recursos básicos y oportunidades limita el desarrollo integral de las personas... La exclusión social y la discriminación son factores que contribuyen a la vulnerabilidad de ciertos grupos de la población". [62 AM RM].

Al respecto, la claridad sobre el impacto de este factor -en lugar de su naturalización- es vital para los planes de intervención, ya que se ha establecido que los contextos sociales adversos provocan estrés crónico, el que puede derivar en un sentimiento de desesperación en los adolescentes, que, si no se maneja adecuadamente, puede desembocar en suicidio (Echeburúa, et. al. 2015).

- **Contacto y permanencia en los sistemas de protección**

La evidencia recogida a través de las entrevistas muestra que dichos factores se sitúan tanto a nivel individual como estructural, y se interrelacionan con las características propias del Servicio de Protección Especializada. Es decir que existe conciencia sobre la experiencia traumática que implica para los niños, niñas y adolescentes en sus trayectorias vitales, el paso por el Servicio. Al respecto, los/as entrevistados/as de la Dirección Nacional identifican múltiples factores de riesgo que afectan particularmente a esta población, y cuya acumulación puede incrementar significativamente la probabilidad de conductas autolíticas o suicidas.

En primer lugar, la experiencia de múltiples pasos por proyectos proteccionales sin resultados efectivos genera desafección y desesperanza en los niños, niñas y adolescentes: *"Ha pasado por muchos proyectos proteccionales y la conclusión que yo saco de ahí es que ninguno de esos proyectos fue capaz de darle una alternativa distinta a la residencia (...) hay una sociedad entera que lo ha vulnerado"* [DN 5 AT].

En este sentido, el paso prolongado por el sistema de protección aparece como un indicador de mayor riesgo, dado que representa no solo una acumulación de intervenciones fallidas, sino también una exposición continua a contextos muchas veces precarizados, sin vínculos significativos sostenidos.

Esto se relaciona con la información que se obtiene a partir del análisis de los registros existentes en el SIS sobre las trayectorias institucionales de los 60 niños, niñas y adolescentes considerados en la muestra para la revisión de carpetas. A partir de este análisis se observa una tendencia común en las trayectorias de estos niños, niñas y adolescentes con recorridos largos pero interrumpidos en distintos proyectos del Servicio. Es decir, se observan trayectorias donde los primeros ingresos ocurren a una corta edad, entre uno y tres años, generalmente

asociados a causales de negligencia, maltrato, falta de habilidades parentales ¹⁰. Posteriormente, estos niños, niñas y adolescentes vuelven a ingresar a proyectos de protección en la preadolescencia por otras causales, como maltrato grave, testigos de violencia intrafamiliar grave negligencia grave, y luego presentan un tercer o cuarto reingreso al Servicio en la adolescencia por abuso sexual, violación y explotación sexual.

El identificar un historial de daño de este tipo, incentiva a estudiar la hipótesis de si niños, niñas y adolescentes que sufren negligencia, maltrato o claras inhabilidades parentales en una edad y tienen un reingreso por vulneraciones similares o más graves en la preadolescencia, pueden llegar a sufrir vulneraciones de mayor gravedad en la adolescencia—particularmente de connotación sexual—conducentes a riesgo suicida. En caso de confirmarse esta hipótesis, los servicios de protección de la niñez debieran generar una alerta cuando aquellos niños, niñas que entraron en su primera infancia al Servicio, vuelven ingresar en etapas escolares, por medidas de mayor gravedad, para monitorear a esta población, aplicando chequeos de riesgo suicida permanente, y realizando acciones preventivas. Desde la perspectiva de los psiquiatras entrevistados, la trayectoria identificada en los 60 casos coincide la premisa de una reiteración traumática en el curso de vida de niños, niñas y adolescente y la falla de los servicios proteccionales como características de historia de daño que genera ideación suicida.

Siguiendo con el análisis de los 60 niños, niñas y adolescentes cuyas carpetas fueron como de la información complementaria para estos casos (registros del SIS), se aprecia que, a lo largo de las distintas etapas de su trayectoria vital estos/as, fueron derivados principalmente a los proyectos PPF, PIE, PRM y a Residencias Familiares. Los proyectos a los que ingresan por causales de mayor gravedad durante su trayectoria son los PRM y programas residenciales. En esta línea, la información disponible sobre la trayectoria de los 60 casos analizados, indica que los niños, niñas y adolescentes ingresados a proyectos PRM presentan mayor sintomatología de riesgo suicida, lo cual también es relevado en las entrevistas con psiquiatras.

A partir de lo anterior, estas vulneraciones en la vida de niños, niñas y adolescentes deben considerarse como dimensiones registrables permanentemente, más allá de la discrecionalidad de los profesionales y no solo cuando son causales de ingreso, ya que en muchas situaciones estas vulneraciones y situaciones de riesgo se producen y/o mantienen durante el proceso proteccional, y forman parte del historial de los niños, niñas y adolescentes.

Las conclusiones sobre la caracterización de las historias de daño y riesgo de suicidio de niños, niñas y adolescentes en el Servicio se ven limitadas debido a la falta de registros integrados y cronológicos, dificultando la comprensión de las trayectorias de daño, y restringiendo la identificación oportuna de riesgos y la implementación de intervenciones preventivas efectivas en el sistema de protección. No obstante estas restricciones, al integrar datos de los registros y la información levantada en las entrevistas, sumado al análisis de la literatura, se distinguen las siguientes características de la historia de daño indagada:

¹⁰ Causales de ingreso a temprana edad: Vulneración de derechos en estudio, Protección según orden del Tribunal, Víctima de negligencia leve, Víctima de negligencia moderada, Inhabilidad de uno o ambos padres; Testigo de violencia intrafamiliar moderada.

- Existe una relación estrecha entre el riesgo suicida y factores de salud mental, siendo prevalentes diagnósticos como trastornos de ansiedad, episodios depresivos, trauma complejo, autolesiones y trastornos de personalidad, que aumentan la vulnerabilidad de los niños y adolescentes atendidos en el sistema de protección.
- Los profesionales consideran que la salud mental es un elemento central en la evaluación y prevención del riesgo suicida, destacando la importancia de mantener tratamientos y evaluar continuamente las señales y diagnósticos psiquiátricos, aunque la documentación de estos aspectos en los registros oficiales no siempre refleja esta percepción.
- Las experiencias traumáticas, maltrato y victimización son factores de riesgo significativos, asociados a la entrada al sistema de protección y vinculados con mayores probabilidades de desarrollar trastornos mentales y conductas suicidas en la población atendida.
- El consumo problemático de sustancias emerge como un factor de riesgo adicional, que, junto con otros elementos de salud mental y experiencias traumáticas, contribuye a incrementar la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes frente a conductas suicidas.
- Es fundamental fortalecer la gestión y sistematización de la información, para contar con datos más precisos y completos que permitan comprender mejor las trayectorias de los niños, niñas y adolescentes y mejorar las estrategias de prevención del suicidio en este grupo vulnerable.

3. Análisis y caracterización de procedimientos y acciones desplegadas dentro de los proyectos para el manejo de casos de riesgo de suicidio.

Este apartado aborda las acciones del Servicio en los niveles de Dirección Nacional, Regional y de los proyectos de protección especializada, cuando se detecta una situación de riesgo suicida. Para ello, se analizan los circuitos de atención y abordaje institucionales, los procedimientos y protocolos desplegados, así como los canales de comunicación existentes. La finalidad es comprender cómo estos componentes interactúan y si efectivamente contribuyen a una respuesta oportuna y efectiva, identificando tanto las fortalezas como las áreas en las que se requiere mejorar.

a. Circuitos de atención y abordaje institucional

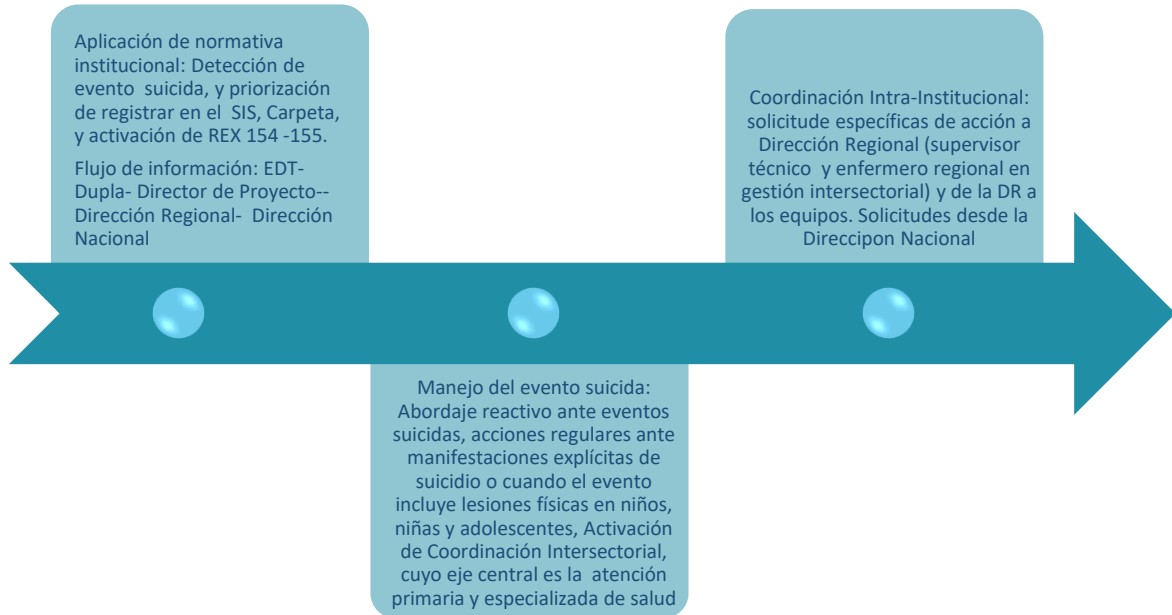
El análisis de circuitos de atención y abordaje institucional busca identificar el conjunto de normativas que se implementa, los profesionales e instituciones que intervienen en la detección, evaluación, derivación, tratamiento y seguimiento de niños, niñas y adolescentes que presentan riesgo suicida o han intentado suicidarse.

A partir del estudio de campo realizado, se observa que los circuitos de atención frente a conductas identificadas como de riesgo suicida —como ideación, planeación o intento—, presentan desafíos comunes en las regiones y proyectos estudiados, los que son de índole normativo, operativo e institucional. Se identifican acciones comunes en los programas estudiados que respondan a la activación de protocolos, manejo de eventos suicidas que

incluyen derivación a servicios de salud, e interacciones entre los distintos niveles de jerarquía del Servicio.

El siguiente flujo es el que se desprende del circuito identificado:

Figura 3: FLUJO GENERAL DE ACCIÓN ANTE EVENTOS DE INTENTO DE SUICIDIO



Este flujo distingue un circuito de acciones reconocidas por los actores entrevistados, y solo contempla acciones post evento suicida. Se compone de tres momentos que operan simultáneamente: 1) Ante el evento suicida, donde se activan protocolos específicos para cumplir con la normativa que es exigida por las autoridades del Servicio. 2) Frente a manifestaciones explícitas de deseo de morir y/o existencia de lesiones físicas en los niños, niñas y adolescentes, se opera reactivamente y se activa la red intersectorial con salud. 3) Además se produce una actuación Intra-institucional referida a solicitudes de apoyo a los niveles regionales para agilizar la coordinación intersectorial cuando es necesario, así como requerimientos específicos, según las necesidades de cada programa, junto con requerimientos desde el nivel regional y nacional hacia los proyectos.

Se deduce entonces que el circuito detectado no contempla acciones preventivas, tampoco incluye la consideración de evaluaciones previas de los niños, niñas y adolescentes, ni contempla la evaluación formal y regular del riesgo suicida en quienes han manifestado sintomatología o directamente intentos suicidas. Además, solo en algunas acciones, se reconocen roles específicos en quienes conforman los equipos. En lo que respecta a la detección del niño, niña o adolescente afectado, ésta es desplegada por quien esté presentante en el evento o crisis suicida, y los registros no siempre permiten identificar quién se hizo responsable del cuidado del/la afectada en el momento que ocurre el evento.

A continuación, se analizan los tres momentos que han sido definidos como Aplicación de la normativa institucional, Manejo del evento suicida y Coordinación Intra-institucional.

- **Aplicación de la normativa institucional**

Como se señaló en el capítulo conceptual de este informe, existen varias Resoluciones Exentas asociadas a la activación de protocolos y entrega de información a direcciones regionales, nacionales y actores del sistema judicial, ministerio público y familia del niño, niña o adolescente afectado, cuando se produce un evento suicida. En este apartado se hace referencia a los protocolos que se activan cuando hay un evento suicida y a aquellos sobre los cuales se evidencia desconocimiento, o bien simplemente se aplican discrecionalmente en los programas.

Este apartado argumenta que no existe una priorización de la activación de normativas específicamente diseñada para atender eventos suicidas, sino más bien aquella normativa diseñada para cumplir con la formalidad de informar a actores del sistema judicial, del Servicio, y Ministerio Público, lo que va en desmedro del tiempo dedicado al cuidado directo del niño, niña o adolescente afectado. Se explica este argumento a través del siguiente análisis de hallazgos.

Al producirse una contingencia suicida, junto con atender la urgencia de un evento de este tipo, el paso paralelo es la aplicación de la normativa institucional. Cuando un evento es reportado por la dupla psicosocial, la información generalmente llega a la dirección del Proyecto, que a su vez informa a la Dirección Regional.

Desde la Dirección Regional suele solicitarse información adicional, usualmente mediante oficios asociados a las Resoluciones Exentas N°154 y N°155, dependiendo de la modalidad y tipo de administración del proyecto en la que ocurrió el incidente.

Sin embargo, como se señala en el capítulo 1 del informe, “las Resoluciones Exentas N°154 y 155 solo aplican cuando existen hechos eventualmente constitutivos de delitos”. En cambio, las normativas más pertinentes en distintas fases de la atención son la Resolución Exenta N°1.174 (2023), que establece un protocolo para la prevención, detección y manejo del riesgo suicida, y la Resolución Exenta N°1040 (2023), destinada a enfrentar intentos de suicidio y gestionar contingencias en programas administrados directamente por el Servicio o colaboradores acreditados.

Además, “la aplicación de la Resolución Exenta N°154 (2022) o N°155 (2022) solo procede cuando en el intento suicida exista sospecha de intervención de terceros”. Esto evidencia una ambigüedad normativa y un uso limitado de las resoluciones más adecuadas, lo que afecta la coherencia y claridad del circuito de atención.

Se distinguen, desde el circuito que se implementa actualmente, operaciones que se activan solo frente a contingencias de intento suicida, a partir de lo cual se aplica la normativa institucional, luego se establecen las acciones a seguir, las que generalmente no quedan registradas en el SIS, ni en las carpetas, sino más bien en comunicaciones alternativas (ficha de contingencia, WhatsApp, email, otros), y posteriormente se despliega la derivación al intersector, centralmente salud, acción que se analiza más adelante.

- **Manejo de evento suicida**

El manejo de eventos suicidas incluye las acciones desplegadas en el programa y las coordinaciones intersectoriales realizadas. El análisis indica que en las residencias el flujo de atención a eventos suicidas sigue patrones similares en todas las regiones, y enfrenta obstáculos parecidos también, como la falta de seguimiento adecuado y la escasa respuesta del sistema de salud. La activación de protocolos, en muchas ocasiones, no garantiza una atención efectiva y la coordinación intersectorial sigue siendo un ámbito en el que se requiere avanzar significativamente. Los entrevistados identifican la necesidad de estandarizar los protocolos de prevención y fortalecer el monitoreo de los casos para reducir la reincidencia y mejorar la intervención temprana. En el caso de los programas ambulatorios, se distingue un circuito similar, pero su ocurrencia depende de que el evento suicida se produzca en el contexto del programa.

Sobre los actores que cumplen roles relevantes en las primeras acciones de manejo de un evento suicida se identifica al Educador/a de Trato Directo, quien generalmente es quien detecta irregularidades en la vida cotidiana de los niños, niñas y adolescentes y presencia el evento, informando a la Dupla Psicosocial. Posteriormente la Dupla Psicosocial toma decisiones sobre las acciones de cuidado necesarias e informa al director del proyecto del evento suicida.

Las acciones de cuidado se refieren a derivar a un servicio de salud si la situación de emergencia lo requiere, o a solicitar apoyo a carabineros si se necesita apoyo en la contención y control de la conducta. No se registra información específica sobre la intervención directa de los equipos con los/las afectadas.

Podría deducirse que el que las intervenciones directas con los niños, niñas y adolescentes ante un evento suicida no aparezcan en los registros, o bien tengan un grado de opacidad, ocurra producto la falta de conceptualización compartida respecto al fenómeno del suicidio y su abordaje –aspecto que fue abordada anteriormente— lo que repercute en la dificultad para delimitar responsabilidades institucionales frente a los eventos suicidas, particularmente en el contexto residencial. Esta ambigüedad puede derivar en dinámicas de responsabilización hacia los equipos directos, generando una carga emocional y operativa que limita las posibilidades de intervención efectiva.

"esa visión yo creo que pone una carga sobre los equipos residenciales que es muy grande, yo creo que en eso en eso hemos ido avanzando en tener un consenso, pero es algo que constantemente sale, el cómo responsabilizas a los equipos por, yo creo que ahí hay una diferencia enorme y desde ahí también cómo ponemos el foco en la prevención" (DN5 AT)

Sobre Circuito de atención

Por otra parte, y a partir de la información obtenida desde los registros SIS y la revisión de carpetas, resulta muy complejo entender en su conjunto el circuito de atención de un caso. En los registros SIS por ejemplo, presentan distintos tipos de actividades a propósito del mismo evento, como son entrevistas con el niño, niña o adolescente⁴, conversaciones con el tutor, cuidador o familiar del niño, niña o adolescente, entrevistas con médicos, enfermeros,

psicólogos, audiencias con abogados, curadores, jueces, fiscales, o reuniones con el liceo, colegio o escuela o miembros de esa institución. No se encontraron registros, por ejemplo, de un trabajo articulado entre instituciones al cual se pueda hacer algún tipo de seguimiento, siendo los registros respecto a circuitos de atención más bien referencias recurrentes pero aisladas y donde no hay claridad del circuito de atención propiamente tal.

Respecto a evaluaciones regulares de riesgo suicida, o la existencia de un plan de seguridad colaborativo, el asesoramiento sobre medios letales y la conexión con servicios especializados en suicidio, todas resultan acciones que no se identifican en los registros SIS o carpetas, todo lo cual son recomendaciones que hace la literatura especializada sobre el circuito de acciones para prevenir y enfrentar el riesgo suicida, ya que permite una mejora continua de la calidad, facilita la supervisión clínica y ayuda a identificar áreas de mejora en los programas de protección (U.S. Department of Health and Human Services 2024).

- **Sobre la coordinación intersectorial:**

Se detectan dos ámbitos de análisis referidos a la coordinación intersectorial: el primero referido al tipo de registro sobre la coordinación existente y el segundo sobre barreras para la derivación.

Respecto de los registros sobre coordinación intersectorial, existe escasa documentación en éstos que evidencie coordinaciones intersectoriales de carácter formal (convenios o acuerdos de colaboración firmados, por ejemplo). Si bien se da cuenta de la participación de diversas entidades, la generalidad de las carpetas no especifica la profundidad de las intervenciones ni el tipo de atención recibida por niños, niñas y adolescentes en cada una de ellas. Tampoco se encontró en los registros SIS analizados información que dé cuenta del establecimiento de roles o funciones de las distintas instituciones y actores involucrados. Por lo tanto, la revisión de carpetas y registros SIS permite evidenciar actividades de coordinación intersectorial aisladas (entrevistas, reuniones, derivaciones) sin una línea de acción conjunta ni articulación formalizada entre instituciones.

En la mayoría de los casos, por ejemplo, no se detalla si existió una intervención previa desde equipos técnicos distintos a los del proyecto, o si se aplicaron herramientas de evaluación del riesgo. Los documentos disponibles ofrecen un panorama general sobre algunas intervenciones realizadas, pero carecen de información suficiente para establecer sistemas de seguimiento y su mantención a través tiempo y/o si hay un acuerdo formal de acciones articuladas entre equipos del Servicio y los sistemas de salud, tampoco es posible detectar evaluaciones de la efectividad en la prevención de nuevos eventos suicida, ni resultan suficientes para determinar, por ejemplo, si estas articulaciones resultaron útiles.

Sobre las barreras para la derivación, en el marco de las entrevistas, se identifican dificultades en la derivación exitosa de los casos, en el flujo de articulación intersectorial —especialmente con el sector salud— lo que se constituye en un nudo crítico para realizar una adecuada gestión de los casos de riesgo. Un aspecto central en este sentido es la tendencia de los equipos de intervención a sobredimensionar casos de ideación suicida debido a débiles habilidades diagnósticas. Según lo reportado por los entrevistados:

"Se observa un alto porcentaje de derivaciones a urgencias por riesgo suicida sin que exista una acción suicida inminente, lo que sobrecarga el sistema de salud y genera tiempos de espera prolongados [01 DR AR]."

Esta situación resulta en una carga en los equipos y su correlato en actuaciones defensivas, ya que la falta de claridad en los roles y responsabilidades institucionales genera tensión y carga operativa en los equipos de atención directa lo cual da paso a la sobre-activación de protocolos, incluso en ausencia de riesgo inminente.

Los entrevistados a nivel de las Direcciones Regionales identifican que en los equipos profesionales de los proyectos existe una falta de uniformidad en los criterios para valorar el riesgo vital en casos de intento de suicidio, lo que conlleva disparidad en la activación de protocolos de prevención y de actuación ante riesgos que pudieran requerir un traslado inmediato a atención médica de urgencia. Esto genera, en algunas instituciones de la red de salud, una falta de credibilidad hacia los diagnósticos realizados por los equipos de los proyectos, existiendo además escasa devolución de información de parte de éstos a los equipos, generándose por tanto dificultades para establecer circuitos de respuesta oportuna. Estos elementos debilitan la capacidad del sistema para activar medidas de contención y seguimiento.

En esta misma línea, uno de los psiquiatras infanto-juvenil entrevistados indica como fundamental el hecho que los equipos estén bien preparados para evaluar el riesgo y, a partir de ahí, activar los protocolos que sean necesarios, cuando se evalúa que la situación realmente lo amerita:

"yo creo que lo clave es evaluar el riesgo, finalmente en suicidio, si lo tomamos como desde las autolesiones hasta el suicidio consumado como un continuo, es tan amplio espectro que tengo que tener una capacidad de evaluación de riesgo acabada porque si voy a activar un protocolo de avisarle a una jefatura, llamar por teléfono a alguien, llevar a un servicio de urgencia por cada vez que un niño me dice, mira, ayer pensé en quitarme la vida, la verdad es que no da abasto el sistema, entonces, en el fondo yo creo que tiene que haber un buen screening inicial de los factores de riesgo que tiene esa persona en ese momento, tanto de su antecedente, intentos previos, la historia previa y del estado actual de su pensamiento y de su situación de salud" (PIJ).

En definitiva, los problemas de evaluación del riesgo, producto de la ausencia de una comprensión común sobre el proceso suicidal y estrategias acordadas para su evaluación se generan disparidad de criterios para la activación de protocolos, derivaciones innecesarias y pérdida de credibilidad frente al sector salud, todo lo redundando en un trabajo intersectorial débil.

Sobre los registros de derivaciones al intersector que se realizan de manera formal por parte de los proyectos, se destacan las instituciones de la red de salud (fundamentalmente hospitales y en algunos casos CESFAM). En general, ni en las carpetas ni en los registros del SIS, existen referencias claras a procedimientos institucionales que apunten a articular la prevención, detección y manejo de riesgo suicida en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

La coordinación con atención primaria y especializada de salud es el eje central de coordinación intersectorial que refieren directores y duplas profesionales de proyectos ambulatorios, tal como se describe en la siguiente cita:

"nosotros trabajamos acá con sistema de APS considerando ciertos CESFAM, CECOSF, Posta Salud Rural (...) pensando en especialidades, tenemos un hospital de mediana complejidad que tiene tres unidades que es Poli Psiquiatría, la unidad de cuidados pediátricos que es la UCIP y también tiene la unidad de enlaces que es la encargada de visualizar cuando uno ingresa a urgencias a los niños, si efectivamente requiere de pasar a mayor complejidad y quizás tener alguna corta estadía en términos hospitalarios. Esos son los dispositivos a los cuales nosotros tenemos que señalarles lo que estamos conociendo. Esa es nuestra función y nuestra función llega hasta que trasladamos a los niños y los acompañamos, de hecho, hacemos más de lo que deberíamos, hasta la sala de enlaces, pero de ahí en adelante se pierde un poquito la noción respecto al proceso porque, uno estamos lamentablemente a disposición de lo que la unidad nos quiera proveer en términos de información, y ahí hay un nudo importante. [5o AM AY].

En el caso de los centros médicos y hospitales, la mayoría de los registros SIS están asociados a traslados de niños, niñas o adolescentes desde o hacia estos centros. El mayor vacío de información en estos registros es que no se explicita el motivo específico por el cual se activa y la indicación de si la sospecha de riesgo suicida se identifica en la etapa de planeación, preparación o consumación. Esto se observa en particular en los registros que señalan que niños, niñas o adolescentes se encuentran en un régimen de corta estadía, sin señalar el motivo o diagnóstico.

- **Coordinación inter-institucional**

La coordinación Inter-institucional se refiere a flujos de acción y responsabilidad organizados al interior del Servicio entre sus distintos niveles y unidades. La información de las carpetas revisadas generalmente refiere al trabajo realizado por los equipos profesionales de los proyectos, sin embargo, existe poca información referida al abordaje a nivel institucional del Servicio respecto de los casos de riesgo suicida y a las coordinaciones internas que se despliegan a propósito de un evento, por ejemplo, coordinaciones referidas al Director/a del Proyecto con equipos profesionales de otros proyectos o con la Dirección Regional. En los casos en que sí hay información al respecto, concierne básicamente a reuniones con el Director/a del Proyecto en los que realizan análisis de casos. Tal como se señaló en puntos anteriores, no se detalla una estrategia específica y regular que contenga coordinaciones regulares al interior del Servicio.

Por su parte, el análisis de los registros SIS da cuenta que, en el marco de acciones dirigidas a niños, niñas y adolescentes con riesgo suicida, las Direcciones Regionales y Nacionales suelen reaccionar ante situaciones críticas, muchas veces logrando exitosamente derivaciones de los casos a los servicios necesitados.

Los registros disponibles en las carpetas no permiten identificar con claridad el modo de trabajo de los proyectos respecto al riesgo suicida, en tanto no se identifican estrategias de decisión

colectiva, estructura organizacional, supervisión, acompañamiento, cadenas de mando, entre otros. En este sentido, no hay información suficientemente clara que dé cuenta de cómo se aborda una situación de riesgo suicida y cuál es el flujo de información y decisiones.

Considerando las condiciones de abordaje recién señaladas, el circuito de acción que se identificó corresponde a una secuencia de pasos básicos: Se detecta que, una vez informado un evento suicida dentro del programa, el director del Programa informa a la Dirección Regional, específicamente a los/las supervisoras. El rol de la Dirección Regional está supeditado a la solicitud de apoyos manifiestos por parte de los equipos de atención de proyectos ambulatorios o residenciales (derivación intersectorial, apoyo emocional a los equipos de los proyectos, a los usuarios de los proyectos, capacitaciones en temas de suicidio, entre otros). A su vez, la Dirección Regional, entrega información específica respecto a cómo proceder, especialmente respecto de los oficios que deben levantarse, y facilita la implementación de respuestas a las solicitudes de los equipos. Si bien, este modo de trabajo es valorado por los programas, se evidencia una falta de consistencia y constancia en el proceder, particularmente en lo que respecta al seguimiento de los casos levantados por evento suicida.

"[nuestra coordinación es] Siempre es a través de las Direcciones Regionales. Nosotros lo que hacemos es: informamos a nuestro supervisor de las situaciones que tomamos conocimiento de los niños. A veces ellos ahí nos entregan algunas orientaciones, quizás algún análisis de caso si es que es pertinente, pero eso, ya más allá no hay un mayor seguimiento (...) [el monitoreo por parte de las direcciones regionales se realiza a través de] una lista a nivel regional sobre los casos que habían presentado acciones suicidas y cómo están esos casos actualmente. Como un monitoreo de los casos, eso se mantuvo durante unos meses y ya después se dejó de hacer. Entonces, y ahí a veces uno le daba, no sé, yo lo dejaba como en amarillo, destacado que hay casos donde se continuaba la urgencia y donde necesitábamos mayor ojo con respecto y apoyo con algunos casos, pero quedaba en eso, quedaba en el envío de esa planilla, pero tampoco teníamos, y a pesar de que yo se lo subrayaba en amarillo, la urgencia, pero tampoco tenía una respuesta. Después llegaba el otro mes y otra vez había que mandar la planilla." [47 AM AR]

En este mismo sentido, un Director Regional ilustra cómo su rol es estar también a disposición de los equipos para favorecer un abordaje técnico y rápido ante situaciones de riesgo que se generan, teniendo capacidad de responder a ellas en la medida que emergen:

"El fuerte del rol de la gestión frente a las necesidades que vayan surgiendo y vayan necesitando los equipos residenciales o ambulatorios. Y ahí uno presta la ayuda correspondiente, ya sea, por darte ejemplo, apoyo en la urgencia o nudo crítico en cuanto a la hospitalización, temas en cuanto a salud mental, como más que nada eso. Ya, estar retribuyendo a los equipos, estar haciendo actualizaciones, como te decía, trabajar a la mano con las gestoras de los demás servicios." [21 DR VP]

Siempre en relación con el abordaje intra-institucional, un elemento que emerge es el temor de los equipos respecto a ser responsabilizados ante la inacción. Este actuar se atribuye a una actitud defensiva, de parte de los equipos profesionales para evitar posibles consecuencias

legales o sanciones en caso de que "algo se salga del proceso normal". En consecuencia, las Direcciones Regionales explicitan que:

"Los equipos prefieren exagerar en las acciones a tomar, a riesgo de que si hacen algo que no corresponde y ocurre alguna situación, ellos son penados. Es decir, la mayoría de los casos que llegamos, no la mayoría, unos casos como un porcentaje entre el 30 y el 40%, que lo vimos el año pasado, que llegan a urgencia, llegan por ideación suicida o llegan por un riesgo, pero no llegan por una acción suicida que podría ser clave; entonces, los jóvenes simplemente pueden decir, aquí no tengo ganas de estar, y para ellos eso es una alerta muy grande y los derivamos inmediatamente y los llevamos a urgencia, y eso es lo que hacen los equipos. ¿Por qué? Porque si algo pasa, ellos piensan, prefiero que me lo digan allá y resguardarme todo, (...) eso nos produce un problema grave, que es el colapso del sistema de salud." [01 DR AR]

A partir de las entrevistas realizadas en las distintas unidades de la Dirección Nacional, se constatan esfuerzos del Servicio por mejorar el abordaje de situaciones de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado. En este sentido, se han identificado diversas medidas institucionales orientadas a fomentar una comprensión multicausal del suicidio y la incorporación de enfoques sensibles al trauma en la intervención. Estas acciones abarcan la producción de lineamientos técnicos, la ejecución de procesos formativos y la generación de colaboraciones interinstitucionales, todas ellas orientadas a instalar una mirada más compleja y humanizada sobre el fenómeno suicida, enmarcada en las trayectorias de vida definidas por el trauma que viven muchos de los niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema.

Una de las iniciativas destacadas en este sentido es el manual de asistencia técnica, el cual promueve explícitamente una intervención sensible al trauma. Según una de las entrevistadas, dicho enfoque no se restringe a la temática del suicidio, sino que se aplica transversalmente a las distintas problemáticas que afectan a los niños, niñas y adolescentes:

"El año 2023 nosotros sacamos un manual de asistencia técnica que lo actualizamos en el 2024, que le dice a las unidades de asistencia técnica usted en el acompañamiento tiene que centrarse en estas áreas, en estas temáticas, y una de esas es que la intervención sea sensible al trauma [...] hay una base que es la experiencia traumática que ellos han vivido y que eso sí o sí tiene que ser considerado" (DN5 AT).

Esta orientación ha sido reforzada por la incorporación progresiva del enfoque informado en trauma en las nuevas orientaciones técnicas y en procesos formativos internos. Paralelamente, se destaca el próximo diseño de un currículo formativo para cuidadores terapéuticos, en línea con los nuevos modelos residenciales, que incluyen formación en trauma y otras competencias especializadas. En palabras de una analista de transferencia técnica:

"tiene que ver con las mallas de cuidadores terapéuticos [...] efectivamente es una malla tipo universidad, cierto, que dependiendo del reconocimiento de aprendizajes previos van a ser los cursos que vas a tener que tomar" (DN3 TT).

Esta especialización busca responder a la alta proporción de personal técnico en el sistema residencial, promoviendo una intervención más calificada y coherente con los principios de protección especializada.

En síntesis, este apartado “Circuitos de atención y abordaje institucional” identifica los siguientes puntos clave en lo que respecta a circuitos para abordar el riesgo suicida:

- Deficiencias en coordinación y seguimiento: Hay escaso seguimiento y débil respuesta del sistema de salud, pese a activarse protocolos. La coordinación intersectorial es débil, lo que compromete la protección efectiva de niños, niñas y adolescentes
- Falta de estandarización: Se necesita un protocolo estandarizado para prevenir y manejar el riesgo suicida, y fortalecer el monitoreo de casos. Las acciones tienden a ser reactivas (post-evento), en lugar de preventivas.
- Problemas en registros y documentación: Los registros (carpetas, SIS) muestran fragmentación y falta de claridad sobre las intervenciones, roles y seguimiento de los casos. Falta un expediente único digitalizado e interoperable entre instituciones
- Existe carga emocional e institucional sobre equipos directos: Hay una ambigüedad en responsabilidades institucionales. Muchos procedimientos se activan por miedo a sanciones, más que por una evaluación técnica del riesgo.
- Habilidades para la evaluación de riesgo suicida: Existe desigualdad en la capacidad para evaluar riesgo suicida, lo que provoca derivaciones innecesarias que saturan el sistema de salud. Se evidencia una falta de credibilidad desde el sistema de salud hacia los diagnósticos hechos por proyectos.
- Avances institucionales: La institucionalización del enfoque sensible al trauma y la tecnificación del rol de cuidadores representan oportunidades concretas de mejora, siempre que estén acompañadas de una estrategia integral, sostenida y con monitoreo efectivo.
- Necesidad urgente de mejoras estructurales: Es necesario fortalecer el registro, coordinación intersectorial y la evaluación del riesgo, para evitar que los casos sean atendidos de manera fragmentada y reactiva.

b. Procedimientos y protocolos

Como se ha señalado, la información de las carpetas y de los registros del SIS, no permite una identificación clara de procedimientos y protocolos usados para abordar los procesos suicidales, por ello las entrevistas resultaron fundamentales para profundizar en esta materia y clarificar los modos de proceder y los protocolos implementados. En esta línea, es posible constatar que existen una serie de deficiencias sistémicas en la forma en que los proyectos de protección especializada abordan el riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes. Estos problemas abarcan desde la conceptualización y el diagnóstico hasta la implementación de protocolos y el monitoreo de casos.

- **Uso de protocolos y competencias para la intervención.**

En los registros analizados no existen menciones explícitas a acciones formales para evaluar riesgo suicida, tampoco respecto de la utilización de la Resolución Exenta N°1174, que establece el estándar de manejo del riesgo suicida en el Servicio. La escasa sistematización del curso de acción en los registros no permite inferir si las intervenciones están alineadas con dicha Resolución.

Si bien en algunos proyectos se cuenta con procedimientos establecidos para responder a situaciones para prevenir el riesgo suicida, en los registros no se describe el nombre del protocolo ni de los procedimientos realizados, tampoco se señala si las acciones desplegadas fueron parte de un plan preestablecido para responder a las crisis.

En este sentido, no existe un registro sobre la aplicación de los lineamientos centralizados por el Servicio que explicitan el abordaje en casos de riesgo de suicidio. Se deduce entonces que existe desconocimiento de las orientaciones diseñadas para estos fines (por ejemplo, la Resolución Exenta N°1174) por parte de los proyectos, o bien su implementación no es reportada.

Sobre lo anterior, a partir de las entrevistas, se distingue una diferente percepción entre los niveles locales (Dirección Regional y proyectos) y el nacional. En los primeros, se da cuenta de que los protocolos parecieran ser más bien desconocidos o poco aplicados, mientras que en los segundos se tiene una visión crítica de éstos, aludiendo necesidades de actualización. En el caso particular de las entrevistas a nivel de Direcciones Regionales, llama la atención la poca referencia explícita a los procedimientos y protocolos establecidos en las normas técnicas que favorecen la detección de riesgo o evento suicida, evaluación y atención.

Son las Resoluciones Exenta N°154 ó 155 las que se aplican en las residencias y en proyectos ambulatorios, según corresponda, así como el envío de oficios a tribunales. Si bien como se mencionó anteriormente el uso de estas Resoluciones Exentas no aplican a conductas suicidas—al no ser hechos constitutivos de delito— en muchos casos los directores de residencias interpretan su uso como un deber en todos los casos en los que se presenta conducta de riesgo suicida.

"Se activa la Rex 154 ante cualquier situación que ponga en peligro al adolescente, debemos informar al tribunal y dejar constancia en la resolución. Se activa la Resolución (154) ante cualquier situación que ponga en peligro al adolescente. Esto implica notificar a los equipos externos, al tribunal de familia, al Proyecto de abogados que son los curadores del adolescente— y al Servicio. Sin embargo, la falta de coordinación es evidente. Prueba de ello es que Carabineros y la Policía de Investigaciones recién responden a denuncias que hicimos hace seis meses. Aun así, nosotros informamos todo. Hay registro de cámaras, y las duplas activan los mecanismos de seguridad. Nada se oculta. Cuando las situaciones son complicadas, se abordan con el equipo, y tratamos de brindar el mayor soporte posible. Si algún miembro del equipo se ve afectado por estas situaciones, puede acudir a la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) para recibir apoyo ante el impacto emocional que pueda haber experimentado. (...) Mover toda esta maquinaria implica más que solo enviar un informe al tribunal. Debemos trabajar en conjunto con el soporte de salud y con los organismos del Estado. También nos aseguramos de que las personas idóneas estén en los

turnos, se realice el seguimiento adecuado y se completen los formularios online de las visitas. Como residencia, debemos velar por el cumplimiento de los derechos del adolescente independientemente de si contamos o no con suficiente personal en turno, no podemos fallarles. Para muchas de ellas, somos el único apoyo que tienen.” [4o RS RM].

En el caso de los proyectos ambulatorios, en algunos casos desde las Direcciones Regionales se instruye la activación de estas Resoluciones Exentas en casos donde haya situaciones complejas de salud mental, aun cuando estas no sean constitutivas de delito:

“nosotros tenemos un protocolo que es el asociado a la resolución número 155 que nos dice que nosotros tenemos que denunciar ante situaciones constitutivas de delito, ante nuevas situaciones constitutivas de delito. Y bien podría ser el caso, como ya nos ha sucedido, donde un niño presenta riesgo suicida y haya alguna intermediación de algún tercero, que la génesis de ese riesgo sea a partir de la responsabilidad de un tercero. En ese caso nosotros levantamos la 155. Ahora, eso no ha estado desmarcado de problemas porque el Servicio nos ha estado requiriendo que levantemos [la Resolución Exenta N° 155 cada vez que vemos alguna situación un poco más compleja a nivel de salud mental. Yo me he negado porque finalmente no hay ningún apartado en la resolución exenta que lo cuadre específicamente” [5o AM AY].

Lo anterior, genera lentitud en procesos de seguimiento y monitoreo de casos, y no siempre corresponde al uso normativo previsto para dichas resoluciones, pues en varios casos éstas se utilizan como mecanismo de respaldo de equipos. Este diagnóstico, que emerge del análisis de entrevistas, es también coincidente con el que manifiestan a nivel de Dirección Nacional, donde señalan que la implementación de protocolos en situaciones de riesgo suicida enfrenta una serie de tensiones relacionadas a obstáculos estructurales, técnicos y culturales. Desde la perspectiva de los entrevistados, los mayores desafíos están vinculados a la excesiva burocratización del sistema, la limitada claridad en torno a los instrumentos normativos y las restricciones operativas que enfrentan los equipos para actuar oportunamente.

Uno de los obstáculos más mencionados tiene relación con la sobrecarga administrativa. La coexistencia de múltiples protocolos, cada uno con exigencias particulares, genera una carga documental que resta tiempo al trabajo directo con los niños, niñas y adolescentes y debilita la capacidad de respuesta frente a situaciones de riesgo.

“El servicio está lleno de protocolos para distintas cosas y cada protocolo les pide su plan, entonces, yo digo a qué hora trabajan con los niños si tienen que hacer un plan para la prevención del suicidio, un plan para la residencialidad emocionalmente segura, un plan para esto, un plan para lo otro, todo el trámite de la 154 y 155, entonces, es como tanto papeleo para algo que en el fondo pasa como por [...] líneas transversales”. (DN5 AT)

A esta carga se suma una insuficiente socialización de los protocolos existentes, en particular el protocolo de prevención del suicidio (Resolución Exenta 1174). Varios entrevistados indican que, pese a su existencia formal, dicho instrumento no ha logrado permear el quehacer cotidiano de los equipos, en parte por la falta de planificación institucional para su implementación sostenida.

"No ha tenido la suficiente socialización [...] aun cuando este protocolo ya lleva más de un año de existencia". Un gestor territorial refuerza esta idea al indicar que "no es como que hay un manejo al dedillo de lo que se trata [...]. Nos falta como tener una planificación de cómo vamos a ir trabajando todo el año en este tema". (DN2 CI)

La gestión del riesgo suicida en los proyectos de protección especializada se ve entonces obstaculizada por una combinación de deficiencias en la evaluación formal, la falta de estandarización en los procedimientos, una excesiva burocratización, el insuficiente conocimiento del personal sobre las normativas, y un monitoreo reactivo y desarticulado. Abordar estos problemas de manera integral es fundamental para mejorar la protección y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes en riesgo. La entrega de formatos y modelos comunes a utilizar para la detección del riesgo suicida; la identificación de indicadores de riesgo y protección junto a señales de alarma específicos diferenciados por edad; el uso de instrumentos estandarizados para medir el riesgo suicida son elementos reconocidos por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2013) como bases para la acción en términos de prevención y tratamiento del proceso suicidal.

La urgencia de atender estas dificultades se refuerza por lo señalado en las entrevistas con los profesionales de los proyectos, quienes indican que la gestión de procedimientos y toma de decisiones frente a eventos suicidas no está articulada con los modos de registro y la información que las carpetas y el SIS contienen. A partir de estos relatos se detecta una sensación de inseguridad respecto a qué hacer y cómo actuar al presentarse casos de riesgo suicida. Esta inseguridad está motivada, en parte, por el temor de verse responsabilizados legalmente por estas situaciones y por los efectos negativos que estas situaciones generan en la salud mental de los equipos.

Como consecuencia, en algunos proyectos donde ha habido situaciones complejas con resultado de muerte, los equipos interventores han implementado nuevos protocolos y estrategias internas como, por ejemplo, el uso regular de la Escala de Columbia, o el levantamiento de minutas de contingencia. Sin embargo, estas medidas se desarrollan de manera discrecional, actuando como protocolos internos, y no están formalizadas ni estandarizadas a nivel institucional, lo que genera una falta de uniformidad en el abordaje del riesgo suicida dentro del Servicio de Protección Especializada, especialmente en los proyectos residenciales.

En términos generales los proyectos utilizan los registros para documentar observaciones, evaluaciones de riesgo, acciones tomadas y coordinaciones con otros servicios. Como señala uno de sus profesionales,

"hay dos formas de registrar, la que es en el SIS, que es este sistema, y el registro que queda en carpeta, que es a veces más grande, porque el sistema tiene ciertos caracteres y hasta ahí termina, pero el otro registro es el que te da el insumo de información, para que el supervisor venga, tanto de la fundación, acá y lo revise, para que yo pueda agarrar una carpeta y la pueda revisar y ver qué hacer. Esa es como la forma de registro que hay, la física, que es a veces más completa, y la que se sube, entonces esas son como las dos formas de registro" [58 AM LL].

La incertidumbre frente a qué y cómo afrontar eventos suicidales, explica que exista una transversal necesidad de conocimiento sobre la temática. Desde la Dirección Nacional se reconoce la necesidad de fortalecer la comprensión de los equipos en la aplicación de protocolos de prevención por ello *"se han establecido capacitaciones para fortalecer la comprensión de los equipos en la aplicación de protocolos de prevención"* [07 DR AY].

Esto indica un esfuerzo por mejorar la preparación del personal para identificar y responder adecuadamente ante el riesgo suicida. Sin embargo, algunos educadores de trato directo expresan carencias en conocimientos formales: *"No tenemos los protocolos todavía... No sabemos actuar directamente con un niño en un caso que se esté cortando las venas o se quiera poner una soga al cuello"* [45 RS VL]. Se destaca la importancia del rol de las educadoras de trato directo como la primera línea de alerta y la necesidad de capacitarlos.

Respecto a las competencias profesionales, se revelan deficiencias significativas en el conocimiento de la aplicación de enfoques informados (especialmente el sensible al trauma) y la comprensión unificada del riesgo suicida dentro del Servicio. Se subraya una necesidad importante de capacitación específica, la internalización de marcos teóricos, la mejora de la comunicación intersectorial y la consideración de factores sistémicos como la rotación de personal, con el fin de fortalecer la capacidad de los profesionales para abordar eficazmente el riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes.

"Trabajamos mucho con trauma, y con trauma complejo, la mayoría, el común denominador de todos los niños que trabajamos tienen vulneraciones de derechos que son de forma sistemática, entonces hay mucha negligencia, y también, ¿cómo me hago cargo de todo este dolor también? Si no existen las herramientas" [54 AM AY]

Desde la mirada del nivel nacional se advierte que la incorporación del enfoque informado en trauma aún no ha sido acompañada de una reflexión explícita que vincule esta sensibilidad al trauma con el fenómeno específico del suicidio:

"La conexión entre ambos temas no ha sido explícita todavía [...] cómo se conecta la práctica informada en trauma, el enfoque informado en trauma, específicamente con la temática de suicidio, yo creo que ahí, por ejemplo, puede haber un desafío interesante de conectar" (DN2 CI).

A nivel nacional y de política interna del Servicio se reconoce que el enfoque informado en trauma ha comenzado a instalarse de manera más visible a partir de actualizaciones recientes en los marcos normativos y formativos del servicio, particularmente desde el año 2024. Una de las entrevistadas destaca que este enfoque ha sido incluido en el Manual de Asistencia Técnica como un eje transversal para el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes, lo que reconoce como una señal de avance:

"El año 2023 nosotros sacamos un manual de asistencia técnica que lo actualizamos en el 2024, que le dice a las unidades de asistencia técnica usted en el acompañamiento tiene que centrarse en estas áreas, en estas temáticas, y una de esas es que la intervención sea sensible al trauma [...] hay una base que es la experiencia traumática que ellos han vivido y que eso sí o sí tiene que ser considerado, tiene que ser abordado" [DN5 AT].

De la misma manera, se refuerza la necesidad de formación: *"Creo que todos nuestros procesos de capacitación y formación van para allá, encaminados a esa necesidad, eso nos urge"* (DN3 TT). Se señala que, si bien ha existido un esfuerzo por parte del mundo académico para introducir el concepto de trauma complejo, su aplicación práctica requiere de una planificación distinta y sostenida:

"Se ha hecho un trabajo fuerte desde la academia [...] pero llevarlo a la práctica es lo difícil, y ahí quizás requiere de un plan distinto" [DN 4 GT1].

Un profesional de supervisión técnica complementa esta mirada al señalar que el marco del trauma complejo podría ser clave para identificar señales tempranas de riesgo suicida, pero reconoce que el conocimiento al respecto aún es insuficiente: *"Nos falta conocimiento, nos falta ahondar [...] el trauma complejo [...] puede ser una arista mayor"* [DN 1 ST].

Respecto de la prevención, la mayoría de los proyectos estudiados no cuenta con un plan preventivo del suicidio. En la Dirección Nacional se carece de información respecto a qué proyectos cuentan con este plan, así como de indicadores que permitan monitorear las intervenciones implementadas para apoyar a los niños, niñas y adolescentes afectados/as por riesgo suicida. No obstante, desde la Unidad de Coordinación Intersectorial, esto se reconoce como una necesidad y se declara que está en agenda generar un monitoreo de planes de prevención, particularmente en residencias.

En síntesis, se reconoce la necesidad de revisar, actualizar y eventualmente universalizar los protocolos para abordar procesos suicidales, a su vez, existe una mirada crítica sobre la aplicación de las resoluciones, particularmente las Resoluciones Exentas 154 (2022) y 155 (2022). Adicionalmente se evidencia la ausencia de planes en los programas para prevenir y abordar el suicidio, y se señala como una necesidad.

Aparece nuevamente la necesidad de capacitar en materia de suicidio a los equipos, y articular en un registro los aspectos relacionados a los procesos suicidales de los niños, niñas y adolescentes.

c. Canales internos de comunicación

En el curso de las entrevistas en la Dirección Nacional, se evidenció la necesidad de mejorar los canales de comunicación internos en el Servicio de Protección Especializada, ya que existe información relevante que queda encapsulada en la Dirección Nacional y las Direcciones Regionales y no logra llegar a los proyectos. Al respecto se puede señalar:

- En la Unidad de Transferencia Técnica se está diseñando una capacitación de tutores terapéuticos para proyectos residenciales especialmente entrenados en la temática de suicidio, con el fin de poder identificar tempranamente comportamiento suicida en niños, niñas y adolescentes, desarrollar competencias y habilidades para abordar estas situaciones y poder reportarlas a los equipos profesionales de los proyectos. Esta capacitación estaría dirigida a las educadoras de trato directo, ya que actualmente cumplen funciones similares a las descritas, pero sin estar especializadas en aquello. Esta capacitación, podría contribuir a encarar algunos de los desafíos identificados en

el estudio de campo como, por ejemplo, la falta de procedimientos generales frente a un evento suicida, en lugar de acciones discrecionales o reactivos. Lo anterior, dotaría de seguridad a los equipos de los proyectos, dimensión resaltada por la literatura para ser exitosos en intervenciones con población que enfrenta riesgo suicida.

- Cuando los equipos de los proyectos responden preguntas sobre procedimientos y protocolos que siguen frente a eventos suicida, la mayoría de los equipos de los proyectos no menciona seguir las indicaciones de la resolución N° 1174 como un protocolo para abordar situaciones de riesgo suicida, lo que da cuenta de un bajo conocimiento de la resolución en los equipos de residencias. De acuerdo con la información entregada por Unidad de Coordinación Intersectorial de la Dirección Nacional, esta resolución está siendo actualizada por el Servicio con la ayuda del Servicio de Salud. El que los equipos de los proyectos contaran con esta mejora, al menos como borrador, podría permitir a los equipos avanzar en el cumplimiento de sus requerimientos y ajustarse después a su actualización. Esta iniciativa tampoco es conocido por los equipos.
- Los equipos han dado cuenta de la necesidad de contar con información del sector de salud, sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes que han enfrentado eventos suicidas, por ejemplo, sobre el tipo de tratamiento que se les aplica, temporalidad de este, etc. con el fin de hacer consistentes sus intervenciones con los planes de salud mental que están siendo implementados. Se ha sugerido que podrían tener acceso a alguna base de datos donde se ponga esa información en común. En la entrevista con la Unidad de Coordinación Intersectorial de la Dirección Nacional se identificó que, actualmente, el Servicio de Protección Especializada cuenta con la base de datos del Sistema Nacional de Salud, la cual fue recibida a través del Sistema Intersectorial de Salud Integral. En el mediano plazo, se prevé realizar un proceso de limpieza de los datos, y compartir con los equipos de los proyectos información relevante sobre la salud, de los y las usuarios del Servicio de Protección Especializada, que permita orientar de mejor manera la toma de decisiones. Esta información no es conocida por los equipos de los proyectos, tampoco en las Direcciones Regionales, lo que impide que puedan contribuir con información sobre los campos de información de salud que resultan relevantes de conocer para su trabajo.

En síntesis, se aprecia la urgente acción en materia de flujos de comunicación en los distintos niveles nacionales, regionales y locales del Servicio, tanto para mantener consistencia en la toma de decisiones, involucrar a a quienes implementan, factor que mitiga la disonancia ente diseño e implementación en planes y programas. Además, el conocer las incitativas que se toman a nivel central para solucionar problemas detectados a nivel local y regional, contribuye a disminuir el desgaste y desesperanza de los profesionales que operan en el día a día.

d. Monitoreo y Seguimiento

Finalmente, y respecto al monitoreo y seguimiento, existe una problemática significativa para realizar un monitoreo y seguimiento efectivo del riesgo suicida a partir de la información

disponible tanto en el SIS como en las carpetas. Esto se debe principalmente a que los registros en el SIS por lo general carecen de claridad en la secuencia de acciones, objetivos e indicadores de seguimiento, presentando información dispersa con seguimiento inconsistente, sin que se detalle la efectividad de las intervenciones. En el caso de las carpetas, la desorganización que se aprecia en éstas dificulta el seguimiento temporal.

En efecto, las acciones de monitoreo son predominantemente reactivas a los eventos suicidas, y a menudo no hay un seguimiento consistente o un monitoreo posterior al incidente. Las mesas de trabajo y reuniones pueden convertirse en espacios de diagnóstico pero que no conllevan acciones concretas, justamente por la falta de seguimiento.

"Se ven los casos, se exponen situaciones, se hacen compromisos, pero luego no hay seguimiento, lo que convierte estas mesas en espacios de diagnóstico sin acciones concretas" [26 RS AR].

Por su parte, los registros internos de los proyectos no siempre están articulados con el sistema de salud, lo que impide una visión integral y la toma de decisiones basada en datos. Adicionalmente, la falta de un lenguaje común y especializado en temas de suicidio limita la efectividad del monitoreo y la comunicación. A pesar de los esfuerzos, el monitoreo se ve afectado por debilidades en un lenguaje común y especializado en temas asociados al suicidio, como se expresa a continuación:

"No tenemos los protocolos todavía... No sabemos actuar directamente con un niño en un caso que se esté cortando las venas o se quiera poner una soga al cuello"[45 RS VL].

"Realizamos reuniones ampliadas donde convocamos al servicio, a representantes de la fundación y de salud para abordar estos casos" [35 RS LL].

Aunque algunas carpetas muestran seguimiento terapéutico, no se usan instrumentos estandarizados, se carece de evaluaciones de resultados e información sobre estrategias diferenciadas y seguimiento continuo. En este sentido es fundamental mejorar el conocimiento diagnóstico, la articulación de reportes, la creación de registros intersectoriales compartidos y el establecimiento de un circuito de acción claro ante eventos suicidas, incluyendo un registro interno de alerta.

Respecto a los planes de intervención, si bien las carpetas generalmente contienen un plan de intervención individual con objetivos específicos, existen dificultades significativas en la evaluación de estos objetivos, especialmente en su vinculación con la prevención y el manejo del riesgo suicida, particularmente por la falta de evidencia sobre el avance y seguimiento de las actividades planificadas, así como la ausencia de indicadores para medir el progreso, las modificaciones o las dificultades en la implementación.

Esto se ve complejizado cuando se producen traslados de los niños, niñas y adolescentes a otras instituciones (generalmente de salud) ya que se pierde información para dar seguimiento del plan de intervención por parte del equipo del proyecto. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, médicos, psiquiátricos o psicológicos, aunque suelen estar registrados, su

abordaje carece de profundidad en cuanto a su evolución, impacto en la intervención integral, ajustes, supervisión y la regularidad de la atención recibida por los niños, niñas y adolescentes.

Tampoco se evidencia la relación entre la evaluación del tratamiento y la actualización del diagnóstico. La falta de información detallada sobre la evolución y los resultados de los tratamientos impide determinar su suficiencia. En los registros del SIS, la situación es similar, con falta de especificación del plan de intervención individual y dificultad para comprender la estrategia global o los objetivos relacionados con el riesgo suicida. La información sobre tratamientos médicos o psicológicos es fragmentada y sin continuidad, dificultando la comprensión de su articulación con otras condiciones de salud y afectando el proceso de toma de decisiones.

En síntesis, el monitoreo es fundamental tanto para dar seguimiento a las acciones emprendidas, como para evaluar la eficacia de las intervenciones. Esta dimensión del registro debe abordarse necesariamente y ha sido reconocido en las distintas fuentes investigadas como un aspecto deficiente de los registros.

4. Síntesis del Análisis Integrado

Este análisis encuentra altos niveles de saturación en las fuentes estudiadas, lo que explica que existan puntos en común en cada uno de los apartados presentados en este capítulo. Con el fin de establecer los hallazgos claves de este análisis, se exponen a continuación las distinciones centrales del análisis que se abordan en el capítulo siguiente destinado a la propuesta de diseño de registro de historia de daño antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes.

Respecto de los formatos, procesos y flujos de registros de la información:

Existe un acuerdo transversal sobre las limitaciones del sistema SIS y las carpetas como herramienta de registro:

- Existen registros que no son analíticos, más bien tienen un carácter narrativo, disperso y no permiten una comprensión clara del riesgo suicida.
- No permite una adecuada toma de decisiones ni genera alertas.
- No cuentan con categorización específica para riesgo suicida, tampoco categorización y estandarización en el registro sobre esta materia
- Sobre el SIS se señala su baja usabilidad, escasa sistematización y dispersión de la información. Existe multiplicidad de fuentes y registros paralelos, dispersión que entorpece la gestión de casos y genera sobrecarga para los equipos.
- Se señala la ausencia de instrumentos diagnósticos consistentes (ej., escalas validadas).
- Hay consenso en que el término “riesgo suicida” es usado de manera difusa.
- Es necesario implementar protocolos estandarizados de registro, y capacitar al personal para un uso eficiente de un registro de suicidalidad.

Sobre la caracterización de las historias de daño y riesgo de suicidio de niños, niñas y adolescentes en el Servicio:

- Son prevalentes los siguientes factores de riesgo individuales:

- Polivictimización: con causales de ingreso categorizadas como abuso, causales de víctimas testigo de violencia intrafamiliar grave, maltrato físico grave, y víctima de negligencia.
- Problemas de salud mental: Existe consenso entre los entrevistados respecto a que los problemas de salud mental, como trauma complejo, depresión, trastornos de personalidad y bipolaridad, están estrechamente vinculados con el riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes. Las señales frecuentes incluyen ansiedad, tristeza persistente y autolesiones.
- La mayoría los 60 casos estudiados presentan antecedentes en salud mental, lo que incrementa su vulnerabilidad.
- La comorbilidad entre riesgo suicida y otras afecciones mentales es reconocida discursivamente por los entrevistados, aunque en los registros no siempre aparece de forma sistematizada o clara.
- La autopercepción de no sentirse querido y la construcción de un apego desorganizado o inseguro, influido por experiencias traumáticas, contribuyen al riesgo suicida, según la visión de los psiquiatras.
- El consumo problemático de sustancias es un factor de riesgo transversalmente mencionado, asociado a trauma, desprotección familiar y conductas impulsivas. El consumo de sustancias puede ser un mecanismo de evasión y aumentar la vulnerabilidad a conductas suicidas, además de estar vinculado a violencia y problemas de salud mental.
- La información en registros sobre población LGTBQ+ es limitada, pero se reconoce que eventos como quiebres en relaciones o aceptación social son gatillantes de riesgo suicida en estos grupos. Esto es consistente literatura que indica que la población LGTBQ+ presenta un mayor riesgo suicida, especialmente debido a la discriminación, rechazo social y estigma
- No se identifican en las fuentes diferencias explícitas en riesgo suicida relacionadas con edad o sexo, aunque la literatura señala que estos factores influyen significativamente en la prevalencia y características del riesgo en diferentes grupos etarios y de género.
- La historia de daño y vulnerabilidad debe considerarse como un elemento constante en el seguimiento de los niños y adolescentes, no solo en el ingreso.

Sobre Factores de riesgo sociales y familiares se identificaron:

- La familia es considerada un actor relevante en la condición de riesgo suicida, aunque la información sobre ella está dispersa en los registros y carpetas. Se identifican historias de abuso, estructura y separaciones familiares como elementos relevantes.
- Las dificultades para establecer vínculos afectivos con familiares y en entornos escolares, genera sentimientos de soledad y desesperanza en los niños, niñas y adolescentes, y se traduce en un aislamiento social.
- Falta de redes de apoyo: La ausencia de figuras adultas estables y redes familiares o sociales contribuye a la sensación de soledad y a pensamientos suicidas, especialmente en niños en residencias o sin apoyo familiar.

- Experiencias traumáticas como abuso, maltrato y negligencia en el entorno familiar son factores de riesgo prevalentes. Estas vulneraciones generan patologías como estrés postraumático, ansiedad y depresión, que aumentan el riesgo suicida.
- La violencia intrafamiliar y el daño acumulado en las trayectorias vitales son considerados componentes críticos para entender el riesgo suicida en los casos estudiados.
- Se observa que la exclusión social y la falta de acceso a recursos aumentan la fragilidad y el riesgo suicida, debido a que genera estrés crónico y sentimientos de desesperanza.

Sobre Factores culturales y medioambientales:

- Las trayectorias y perfiles de riesgo en los 60 casos analizados muestran que los niños, niñas y adolescentes que presentan mayores riesgos asociados a proyectos como PRM y Residencias, si bien no es dato representativo del total de la población estudiada, levanta una alerta para futuros estudios.
- En la misma muestra se identifica que los y las adolescentes en esos proyectos, que además tienen trayectoria de reingresos al Servicio, especialmente en casos de maltrato, negligencia y vulneraciones graves, pueden presentar mayor sintomatología de riesgo de suicidio en la adolescencia.
- La experiencia en el sistema de protección puede ser traumática y contribuir al riesgo suicida.
- La repetición de ingresos en diferentes proyectos sin resultados efectivos genera desafección y desesperanza.
- Es necesario monitorear especialmente a quienes ingresan en la infancia y vuelven en etapas escolares, para prevenir riesgos de mayor gravedad, incluyendo conductas suicidas.

Sobre procedimientos y acciones desplegadas dentro de los proyectos para el manejo de casos de riesgo de suicidio, se concluye que:

- En cuanto a la evaluación y detección de riesgo de suicidio, se detecta una falta de criterios e instrumentos formales para alcanzar niveles de estandarización y categorización comunes. Se observa escasa comprensión de las fases del suicidio entre los equipos, salvo entre los psiquiatras entrevistados, limitando registros idóneos e intervención oportunas y pertinentes.
- Se observa heterogeneidad en el abordaje, existen diferencias entre proyectos respecto a cómo se entiende, evalúa y aborda el riesgo suicida. Esto produce un impacto a nivel institucional, ya que la falta de conceptualización y criterios comunes limita la capacidad del sistema para prevenir, intervenir y generar conocimiento útil.
- Los equipos de trabajo no están suficientemente familiarizados con la normativa institucional que establece procedimientos para situaciones de riesgo suicida, lo que resalta la necesidad de un mejor entrenamiento y acceso a esta información.
- Se reconoce la necesidad de formación y herramientas, por lo que se requiere capacitación en identificación del riesgo, uso de instrumentos estandarizados y mejora en el registro y seguimiento.

- La propuesta de diseñar una capacitación especializada en la identificación y manejo de comportamientos suicidas, dirigida a educadoras que interactúan directamente con niños, niñas y adolescentes es una estrategia adecuada para la intervención en riesgo suicida.
- Se carece de un enfoque preventivo, ya que las acciones son mayoritariamente reactivas ante eventos críticos, sin planificación preventiva ni seguimiento estructurado.
- Se identifica una urgente necesidad de mejorar los canales de comunicación en el Servicio de Protección Especializada para que la información fluya adecuadamente entre direcciones regionales y proyectos.
- Sobre el trabajo intersectorial, especialmente con salud, es crucial que los equipos de proyectos tengan acceso a datos sobre tratamientos aplicados a niños y adolescentes en riesgo suicida, para alinear sus intervenciones con planes de salud mental existentes.
- Se evidencia la necesidad de monitoreo y seguimiento efectivos: el hecho de ausencia o deficiencia en el monitoreo del riesgo suicida, tanto en el sistema de información como en las carpetas de casos, genera un tipo de seguimiento reactivo sin evaluación post-evento, e impide, a la vez, la evaluación de las intervenciones.
- Se identifica la ausencia de un lenguaje especializado y común sobre el fenómeno del suicidio al interior de los actores del Servicio, así como con el intersector, particularmente con salud, lo que limita la efectividad en la comunicación y el monitoreo entre los diversos profesionales involucrados.
- La articulación de reportes y la creación de registros intersectoriales compartidos son esenciales para el desarrollo de una respuesta integral ante el riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes.

En definitiva, no existe un circuito de atención formalizado, lo que manifiesta de forma clara que es fundamental establecer protocolos claros y un circuito de acción definido para abordar eventos suicidas, así como fomentar la rendición de cuentas y la mejora continua en las intervenciones.

VI. Propuesta de Registro

En el presente capítulo se expone la propuesta referida al objetivo del estudio de “elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes”; que facilite la toma de decisiones, la prevención y el manejo de situaciones de riesgo suicida, en línea con los nuevos estándares definidos por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la niñez y la adolescencia.

Los desafíos planteados en el artículo 31 de la Ley N°21.430 —que mandata al Servicio a crear y administrar un sistema integrado de información para dar seguimiento a niños, niñas y adolescentes y a sus familias, así como monitorear las prestaciones que reciben—, plantean algunas consideraciones fundamentales para el diseño del registro propuesto, por ello esta propuesta enfatiza la necesidad de contar un sistema de registro de eventos de suicidio que se organice en torno a un expediente único y digital, y que su funcionamiento se encuentre centrado en el niño, niña o adolescente, esto es, que permita una gestión integral y actualizada de su trayectoria en el sistema de protección.

Delimitar los contenidos que debe incluir este registro representa un desafío de gran envergadura, dado que el fenómeno del suicidio en niños, niñas y adolescentes que el Servicio de Protección Especializada atiende tiene una naturaleza de mayor complejidad y multicausalidad que lo observado en la población universal, y frente al cual el sistema actual de registro de eventos (SIS) y carpetas presentan limitaciones importantes.

Hoy, el SIS, no permite una gestión de los casos, sino que más bien recopila información, la cual se complementa con la información contenida en carpetas de cada caso registrada en cada programa del Servicio, las que se caracterizan por contener reportes parcelados, como se evidenció en el análisis integrado. Uno de los principales desafíos que esta propuesta busca abordar —en coherencia con el diagnóstico realizado en etapas anteriores de este informe— es la identificación y trazabilidad de situaciones de riesgo vital asociadas a riesgo suicida, respondiendo preguntas clave como: ¿cuántas situaciones de riesgo suicida han ocurrido?, ¿qué gestiones se realizaron tras la detección del riesgo?, ¿quiénes fueron informados?, ¿qué circuitos de atención se activaron. Estas preguntas resultan difíciles de responder con el contenido y formato actual de los eventos del SIS, y suelen requerir complementar la información con antecedentes contenidos en carpetas físicas.

Junto con lo anterior, este diseño de registro busca establecer un sistema de monitoreo y diagnóstico del riesgo suicida, que genere alertas tempranas para intervenir oportunamente en los casos detectados. Esta necesidad se evidenció durante el levantamiento cualitativo del estudio, donde se observó que el abordaje del suicidio tiende a ser reactivo, centrado en eventos puntuales, más que en un enfoque preventivo e integral.

Cabe destacar que, si bien existe un esfuerzo normativo por operacionalizar las acciones vinculadas al riesgo suicida en residencias, reflejado en la Resolución Exenta N°1.174, no existe un instrumento equivalente para los programas ambulatorios. Por ello, esta propuesta recoge de manera explícita los contenidos de dicha resolución y los adapta de manera que permita registrar no solo los eventos asociados al riesgo suicida, sino también las acciones implementadas ante cada caso, extendiendo estándares y exigencias de los programas

residenciales también a los programas ambulatorios, fortaleciendo así la integralidad del enfoque institucional.

Adicionalmente, el equipo investigador sugiere avanzar hacia un sistema que permita la digitalización completa de las intervenciones, con miras a la eliminación progresiva de las carpetas físicas. Esto no implica prescindir completamente de registros impresos, sino que el sistema debiera permitir la generación de copias físicas de los antecedentes digitalizados, en caso de requerirse para visitas, fiscalizaciones u otras instancias, garantizando siempre el acceso a la información actualizada y centralizada.

Considerando lo anterior, la propuesta que se presenta a continuación se estructura en 4 ejes, los cuales debieran integrarse al Sistema de Información del Servicio (SIS), y que están orientados a la prevención, detección, manejo y seguimiento del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes bajo protección.

Las recomendaciones de formatos y registros que se realizan deberán ser incorporadas a los módulos del sistema que el Servicio estime más adecuados, de acuerdo con el diseño informático de la plataforma. Asimismo, dado que la propuesta recoge antecedentes normativos, orientaciones técnicas, planes nacionales de prevención del suicidio, todos vigentes a la fecha, los cambios en cualquiera de estos antecedentes deben considerarse para la actualización de este diseño. El esquema que se exhibe a continuación muestra el despliegue de los cuatro ejes de registro diseñados.

FIGURA 4: DIAGRAMA RESUMEN DE LOS EJES Y COMPONENTES DE LA PROPUESTA DE REGISTRO



Como se evidencia en la figura anterior cada eje contiene componentes. Cada uno de ellos en su interior propone fichas estandarizadas y sugiere indicadores clave, que incluyen el ingreso, levantamiento de alertas y evaluaciones de riesgo suicidio, planes de intervención y de seguridad individual, intentos de suicidio con o sin fallecimiento de un niño, niña o

adolescentes. Este capítulo desarrolla los cuatro ejes de la propuesta y su justificación técnica, así como los formatos e instrumentos asociados.

El eje 1, describe el Registro y Monitoreo de Señales y Evaluación del Riesgo Suicida, el cual tiene como propósito permitir la identificación temprana de señales asociadas al riesgo suicida, diagnosticar de manera estandarizada y asegurar su monitoreo continuo. Aborda una de las principales debilidades del sistema actual: la ausencia de categorización estandarizada y basada en evidencia para registrar comportamientos, sentimientos y diagnósticos asociados al riesgo suicida. Considera la evaluación de los niños, niñas y adolescentes que ya están en el Servicio, y aquellos que ingresan por primera vez a través del programa DCE.

El eje 2 se refiere al Registro de Acciones Emprendidas ante Alerta Temprana, y busca registrar con claridad todas las acciones realizadas para prevenir el suicidio de un niño, niña o adolescente que se haya identificado en riesgo de suicidio. Contiene la identificación de acciones de tipo administrativas que deben realizarse ante contingencias, que se han registrado bajo el instrumento “Registro Abordaje Institucional ante Alertas Temprana”. También contiene la posibilidad de visualizar el Plan de Intervención Individual (PII), que integra objetivos y acciones asociadas al riesgo suicida y, por último, la Estrategia de Seguridad Individual (ESI).

El Eje 3 se refiere al Registro de Intentos de Suicidio y Acciones Emprendidas con o sin resultado de muerte, éste tiene por finalidad registrar de forma clara, ordenada y trazable las situaciones que involucren un riesgo vital para el niño, niña o adolescente, así como todas las acciones que se hayan realizado en respuesta a dichas situaciones. Se deben registrar los intentos de suicidio, entendidos como actos con intencionalidad de provocar la propia muerte—distintos de otras conductas autolesivas que no tienen esta intención— a fin de mejorar la calidad del análisis, la intervención y la toma de decisiones en cada caso. Este eje propone un registro de monitoreo específico de acciones emprendidas ante intentos sin resultado de muerte y otro para intentos con resultado de muerte.

El Eje 4 corresponde al Registro de Plan Anual de Prevención de suicidio que realizan los programas. Dichos diseños de planes preventivos son elaborados al alero de la Resolución Exenta N°1.174 que aprueba el protocolo para la prevención, detección y manejo del riesgo suicida en Cuidado Alternativo Residencial, y que se propone sean utilizados también en programas ambulatorios. Si bien este eje no se relaciona a la gestión individual de casos, se optó por incorporarlo como parte de las responsabilidades que tiene el Servicio de sistematizar la información y estrategias ante riesgo suicida. La relevancia de este eje se sostiene en la necesidad de los proyectos de contar con instrumentos que permitan monitorear y levantar alertas de riesgo suicida en la población que atienden, tales como la pauta de detección y manejo del riesgo suicida, además de orientaciones para la evaluación de una Plan de Trabajo Anual, que incluya acciones en torno a la prevención, detección y manejo de riesgo suicida, entregando orientaciones de las acciones a realizar en el contexto inmediato a un intento o suicidio de niños, niñas y adolescentes.

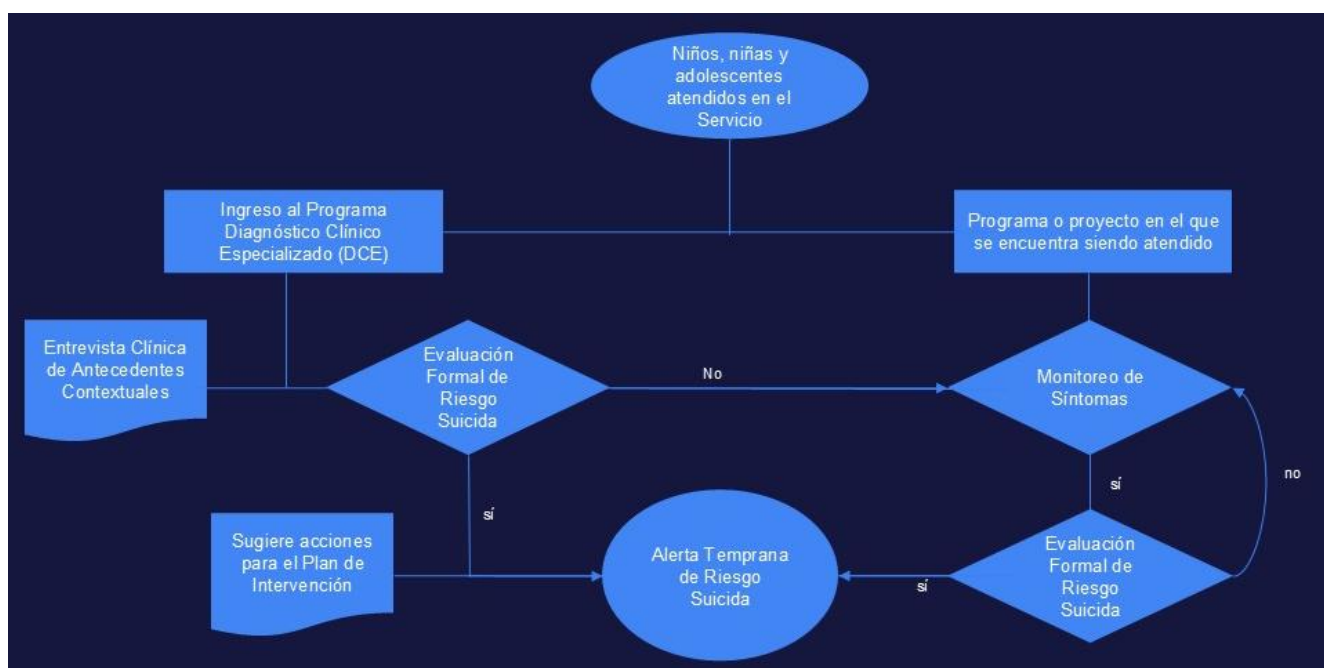
1. EJE 1: Registro de Monitoreo de Señales y Evaluación del Riesgo Suicida

Una de las medidas esenciales para poder abordar el riesgo suicida es identificar adecuadamente el riesgo. Para ello, se propone este eje que favorece la detección oportuna del riesgo suicida. Está dirigido a los niños, niñas y adolescentes que actualmente están en programas de protección especializada y a aquellos recientemente ingresados al programa DCE del Servicio. Su objetivo es poder detectar riesgo suicida tempranamente y levantar una Alerta Temprana de Riesgo Suicida.

Contiene dos componentes principales: el primero denominado Registro de Monitoreo de Señales, el cual es realizado por los propios programas y está pensado para los niños, niñas y adolescentes que ya están siendo atendidos por el Servicio. El segundo componente, se refiere a la Evaluación formal del Riesgo Suicida, que implica la aplicación de instrumentos estandarizados para la detección del riesgo.

El diagrama muestra cómo se detecta una Alerta Temprana por Riesgo Suicida, ya sea en un niño, niña adolescente que ya se encuentra atendido en un programa de protección, o bien, que recién ingresa al Servicio, a través del programa DCE. La evidencia demuestra que contar con Sistemas de Alerta Temprana basados en señales críticas mejora la capacidad de los equipos para anticipar crisis y activar intervenciones preventivas antes de que se produzcan intentos de suicidio (WHO, 2014; MINSAL, 2013).

FIGURA 5 FLUJOGRAMA DE ACCIONES PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA¹¹



a. Primer componente: Registro de Monitoreo de Señales

El monitoreo continuo de señales de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes bajo protección especializada constituye una estrategia central para la prevención oportuna y eficaz del suicidio, especialmente en contextos donde la acumulación de daño y la exposición a factores de riesgo son frecuentes. La literatura señala que el suicidio es un fenómeno dinámico y multicausal, por lo que las señales asociadas pueden fluctuar con el tiempo (Evans et al., 2017; Bjureberg et al., 2021). Ante ello, el monitoreo debe ser sensible, sistemático y cotidiano, capaz de captar señales tanto verbales como conductuales.

Este componente, establece una **"Ficha de Observación de Señales de Riesgo Suicida"**, la cual debe completarse en el sistema SIS ante cada atención que reciba, y aplicarse en relación a los niños, niñas y adolescentes que actualmente son parte de algún programa del Servicio. Su objetivo principal es generar información que permita monitorear la evolución de dichas señales y facilitar acciones preventivas oportunas por parte de los equipos interventores. Esta ficha se construyó a partir de la búsqueda bibliográfica y también la Resolución Exenta N° 1.174.

Se propone que dicha ficha sea completada directamente en el Sistema SIS, el cual debe estar configurado para que, cada vez que se ingrese un nuevo evento de intervención en el registro, la ficha se despliegue automáticamente en una ventana emergente, permitiendo al profesional consignar la sintomatología observada durante dicha instancia. Esta ficha debe ser completada

¹¹ Todos los flujogramas que se presentan en este apartado se basan en la simbología que corresponde universalmente a los flujogramas, donde el inicio y fin del proceso se muestra en óvalos. Los procesos, que no implican una decisión se representan con rectángulos, mientras que aquellos procesos que presentan caminos diferentes, según la respuesta obtenida, se representan por rombos. Finalmente, los documentos o registros específicos, se representan con la figura de un rectángulo con una onda en su borde inferior.

por cualquier persona que tenga atención directa con el niño, niña o adolescente y con acceso al SIS, como la dupla psicosocial, acompañantes terapéuticos, gestores territoriales, directores de proyecto, entre otros.

Esta es una ficha de registro de señales observadas, por ello, es importante señalar que no debe ser completada a modo de entrevista directa al niño, niña o adolescente. En cambio, debe basarse exclusivamente en la observación profesional durante la sesión o intervención. Los indicadores incluidos en la ficha son de carácter cerrado, permitiendo registrar la presencia o ausencia de señales mediante la selección de opciones predeterminadas (por ejemplo, marcando o cliqueando la casilla correspondiente). Una vez completado este registro, se habilitará un campo abierto para que, si se estima pertinente, el/la profesional pueda incorporar observaciones adicionales o entregar más antecedentes relevantes, basados en su juicio profesional.

Para permitir el seguimiento de la sintomatología en el tiempo el sistema SIS no debe sobrescribir los datos, sino acumularlos, identificando claramente la fecha en la que las señales fueron observadas. A partir del registro de señales, la dupla psicosocial, acompañantes terapéuticos, gestores territoriales o quien lidera el caso, según la modalidad del programa, podrán monitorear y tener acceso a las señales reportadas, incluyendo los reportes de otros miembros del equipo.

La existencia de esta ficha de observación de señales, inexistente hasta ahora en materia de riesgo suicida de forma operacionalizada, permitirá indicar cuándo corresponde la aplicación de una Evaluación Formal de Riesgo Suicida (segundo componente de este eje). El sistema deberá dirigir obligatoriamente a esta Evaluación de forma automática, cuando uno o más de los siguientes indicadores de la ficha hayan sido marcados:

INDICADORES QUE ACTIVAN UNA EVALUACIÓN FORMAL DE RIESGO SUICIDA
Tener deseos de morir
Tener deseos de matarse o quitarse la vida
Expresa sentimientos de angustia insoportable
Expresa sentimientos de dolor insoportable
Expresa que no existen razones para vivir
Expresa la idea de sentirse atrapado o sin salida
Se presentan actos de despedida, de regalo de posesiones, de escritura de cartas a personas
Acciones de búsqueda de formas de terminar con su vida
Autolesiones con intención suicida

Instrumento 1: Ficha de Observación de Señales de Riesgo Suicida"

Las instrucciones para completar el registro son:

"Esta es una pauta de registro de observación, debe ser lo más objetivo posible, sin especular o interpretar. Se completa presencia o ausencia para cada uno de los campos cerrados. No le debe preguntar al niño, niña o adolescente por estas preguntas, sino solo reportar si alguno de estas señales emerge de forma espontánea durante la sesión o actividad que se ha realizado."

Los niños, niñas o adolescente dicen o escriben:

INDICADOR	OPCIONES
Tener deseos de morir	☐ Sí ☐ No
Tener deseos de herirse	☐ Sí ☐ No
Tener deseos de matarse o quitarse la vida	☐ Sí ☐ No
Amenaza con la posibilidad de matarse o quitarse la vida	☐ Sí ☐ No
Expresa sentimientos de desesperanza	☐ Sí ☐ No
Expresa sentimientos de angustia insoportable	☐ Sí ☐ No
Expresa sentimientos de dolor insoportable	☐ Sí ☐ No
Expresa que no existen razones para vivir	☐ Sí ☐ No
Expresa la idea de sentirse atrapado o sin salida	☐ Sí ☐ No

Se observa:

INDICADOR	OPCIONES
Aumento en el consumo de alcohol o drogas	☐ Sí ☐ No
Cambios en el comportamiento habitual, como puede ser dormir demasiado, dormir muy poco, cambios en hábitos de alimentación, reaccionar de manera agresiva, etc.	☐ Sí ☐ No
Tener bajo ánimo, desgano o falta de energía en general.	☐ Sí ☐ No
Existe una tendencia a alejarse o aislarse de vínculos significativos.	☐ Sí ☐ No
Se presentan actos de despedida, de regalo de posesiones, de escritura de cartas para otras personas	☐ Sí ☐ No
Acciones de búsquedas de formas de terminar con su vida	☐ Sí ☐ No
Autolesiones con intención suicida (Si usted no está seguro de la intencionalidad de la autolesión proceda a preguntar directamente)	☐ Sí ☐ No
Autolesiones sin intención suicida (Si usted no está seguro de la intencionalidad de la autolesión proceda a preguntar directamente)	☐ Sí ☐ No

Luego de completar los campos cerrados debe desplegarse el siguiente cuadro:

Juicio Profesional:

Este es un campo abierto que tiene como propósito complementar la información entregada respecto a la observación de señales de riesgo suicida. Rogamos ser lo más claros posibles, solamente entregando antecedentes relevantes respecto de lo observado.

b. Segundo componente: Evaluación Formal de Riesgo Suicida para niños, niñas y adolescentes en el Servicio de Protección.

La evaluación del riesgo suicida no solo es una práctica recomendada, sino una necesidad ética y profesional ineludible frente a un fenómeno de tal gravedad, especialmente cuando se habla de menores de edad que están bajo cuidado del Estado. La especulación o el temor para preguntar directamente sobre ideación o planificación suicida no solo resultan ineficaces, sino que pueden poner en riesgo la vida de niños, niñas y adolescentes al omitir señales clave o retrasar intervenciones oportunas. La evidencia internacional ha demostrado que preguntar abiertamente sobre el suicidio no aumenta el riesgo de que una persona actúe en consecuencia; al contrario, permite que el malestar se exprese y se canalice hacia una respuesta terapéutica adecuada (WHO, 2014; Posner et al., 2011).

Por ello, se recomienda la utilización de herramientas estandarizadas que permiten identificar el nivel de riesgo y fases del proceso suicidal —desde la ideación pasiva hasta la preparación activa— de manera objetiva, trazable y basada en criterios clínicos validados. En contextos de protección especializada, donde las trayectorias de daño acumulado son frecuentes, omitir la evaluación directa del riesgo implica invisibilizar dimensiones críticas del sufrimiento psíquico. Diagnosticar de forma estandarizada y con rigor no es solo una buena práctica clínica, sino una acción concreta de cuidado, prevención y garantía de derechos.

De esta manera, se propone para este componente la implementación de una **“Evaluación Formal de Riesgo Suicida”** en el SIS. Esta herramienta busca estandarizar y sistematizar el levantamiento de información clave, favoreciendo la toma de decisiones clínicas y el monitoreo oportuno del riesgo suicida. Así, para niños, niñas y adolescentes de 10 años o más, se propone la aplicación de la Escala Columbia para Evaluación del Riesgo Suicida, que ya se encuentra indicada por el Servicio como instrumento estandarizado para la evaluación de riesgo en niños, niñas y adolescentes en Cuidado Alternativo Residencial (Resolución Exenta N° 1.174) y la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida para menores de 10 años que contempla 2 preguntas de Riesgo Suicida, que corresponden una adaptación de las escalas propuestas por Okasha, Lotaif y Sadek (1981) y Giddens y Sheehan (2014), de manera que éstas se ajusten a las capacidades cognitivas y emocionales de este grupo etario.

Ambos instrumentos tienen indicadores binarios (presencia/ausencia), de manera que cada profesional debe marcar de forma explícita el resultado. La escala es producto de preguntas realizadas directamente al niño, niña o adolescente, no es una interpretación del o la profesional.

En el caso de niños, niñas y adolescentes que ya se encuentran atendidos en algún programa de protección, la aplicación del instrumento de evaluación de riesgo suicida debe estar a cargo de la dupla psicosocial del programa correspondiente o su equivalente. La información registrada deberá incluir, de forma obligatoria, el nombre del o la profesional, la fecha de aplicación y el puntaje obtenido, para asegurar la trazabilidad del procedimiento.

En los casos en que exista una evaluación previa realizada por otra institución —como un centro de salud, establecimiento educacional u otro organismo— dentro de los seis meses anteriores, se propone evitar la duplicación de registros y la posible revictimización del niño, niña o adolescente. Para ello, el sistema SIS debe contar con un apartado específico que permita ingresar esta información.

Por otra parte, en el caso de niños, niñas y adolescentes que ingresan por primera vez al Servicio, se propone que la Evaluación Formal de Riesgo Suicida forme parte del proceso de diagnóstico del programa DCE. Específicamente se plantea que esta Evaluación se integre al diagnóstico de la dimensión de impacto biopsicosocial derivado de las experiencias de violencia y vulneración, momento en que se indaga en la afectación emocional, cognitiva y relacional que estas situaciones han provocado en las distintas áreas del desarrollo del niño, niña o adolescente.

Adicionalmente, se deberá aplicar la **Entrevista Clínica de Antecedentes Contextuales**, que permite recoger información específica sobre las condiciones de vida, historia de victimización, y otros factores de riesgo o protección presentes en el caso. La aplicación de esta Entrevista solo se propone para aquellos niños, niñas y adolescentes que ingresan por primera vez al Servicio mediante el programa DCE, considerando que la información que se recoge en ella debiera estar previamente registrada en el sistema SIS para aquellos casos que ya se encuentran siendo atendidos por el Servicio. La información de la Entrevista Clínica de Antecedentes Contextuales debe estar disponible para el profesional de los proyectos o programas a los que termine siendo derivado el niño, niña o adolescente.

En el caso de la Entrevista Clínica, ésta es una guía y no exige que se completen todos los indicadores del instrumento si los temas no emergen espontáneamente durante las entrevistas. Ésta puede ser aplicada en espacios ya contemplados en la planificación del programa, por lo que no representa una carga adicional, sino una oportunidad concreta de enriquecer el proceso diagnóstico. Permite, además, integrar de forma estructurada variables subjetivas, contextuales y clínicas fundamentales para comprender adecuadamente el riesgo suicida, evitando intervenciones genéricas o desconectadas de la realidad específica del niño, niña o adolescente evaluado.

Cuando la Evaluación Formal de Riesgo Suicida es consistente con la presencia de riesgo suicida, se produce la activación de una **Alerta Temprana**, que obliga a incorporar medidas de atención en los planes de intervención individual y la implementación de la estrategia de seguridad individual, además de reportes específicos de abordaje institucional asociados, desarrolladas en el Eje 2 de esta propuesta.

En cuanto a la visualización de la información relativa a la Evaluación Formal de Riesgo Suicida en el SIS, todos los equipos intervinientes en un caso —ya sea de uno o varios programas del Servicio— deben tener acceso a los datos registrados. Además, el sistema SIS debe permitir que nuevas aplicaciones de los instrumentos a lo largo del tiempo no sobrescriban la información previamente ingresada, de modo que sea posible reconocer la evolución del riesgo, sin generar procesos evaluativos repetitivos que puedan revictimizar al niño, niña o adolescente. Dado que el fenómeno suicida es dinámico y no estático, la posibilidad de contar con un historial longitudinal de aplicaciones resulta esencial para orientar adecuadamente las intervenciones clínicas y sociales. Esto permite no solo monitorear la cobertura de aplicación del instrumento, sino también establecer líneas base para evaluar el cumplimiento de estándares clínicos y la calidad de los procesos de intervención psicosocial en el contexto del Servicio.

En lo que respecta a la visualización de la información relativa a la Entrevista Clínica de Antecedentes Contextuales, el sistema debe estar preparado para incorporar documentación complementaria, como test de autoestima, genograma u otros insumos que brinden evidencia adicional sobre los hallazgos y que la complementen. Esta documentación cumple un doble propósito: fortalece el juicio profesional y facilita la articulación interinstitucional, asegurando la continuidad de la intervención entre los distintos programas o sectores.

El componente de Evaluación Formal de Riesgo Suicida para niños, niñas y adolescentes en su conjunto responde a una necesidad crítica: la detección precoz del riesgo suicida que faculta a intervenir tempranamente y prevenir su escalamiento. Así lo señalan diversos estudios, como el de Bjureberg et al. (2021), que destaca cómo las intervenciones oportunas logran interrumpir trayectorias de sufrimiento psicológico severo. De igual forma, investigaciones como la de Evans et al. (2017) evidencian que los niños, niñas y adolescentes que ingresan a servicios de protección especializada tienen una probabilidad significativamente mayor de intentar suicidarse, producto de una acumulación de daño previo y de condiciones estructurales que pueden intensificar su vulnerabilidad. Esta preocupación cobra especial relevancia si se considera que el momento de ingreso a sistemas residenciales u a otros dispositivos de los servicios de protección, constituye un momento crítico en términos de riesgo, como lo reconocen tanto la literatura (Goulbourne et al., 2025) como la normativa vigente (Resolución Exenta N°1.174, MINSAL 2013).

Instrumento 1: Registro de Evaluación Formal de Riesgo Suicida

Las instrucciones para completar el registro son: Antes de realizar la evaluación por medio del instrumento, le pedimos contestar las siguientes preguntas filtro:

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA
El niño, niña o adolescente cuenta con un instrumento de diagnóstico de riesgo suicida aplicado por otra entidad en los últimos 6 meses	☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, se debe desplegar y completar el siguiente cuadro:

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA
Nombre de la entidad	Campo Abierto
Nombre del Instrumento utilizado	Campo Abierto
Profesional o Institución que lo aplicó	Campo abierto
Puntaje obtenido	Puntaje obtenido/puntaje total
Nivel de Riesgo	Identifique el nivel de riesgo según la escala utilizada.
Juicio profesional: A partir de los antecedentes recabados informe la Fase del Riesgo Suicida identificado	☐ No hay riesgo o no se cuenta con información para determinar. ☐ Fase de ideación: Se considera la desesperanza como un factor central: la persona no ve salida a su dolor emocional. La ideación puede variar desde pensamientos pasivos (desear estar muerto) hasta pensamientos más activos de planificación. ☐ Fase de planificación: Se comienzan a planificar/pensar acciones para llevar a cabo el suicidio. La desesperanza y puede existir una racionalización del acto, como una forma de aliviar el sufrimiento de los demás o de sí mismos ☐ Fase de preparación: se comienzan a tomar acciones concretas, como buscar métodos, hacer arreglos para sus asuntos personales o incluso despedirse de sus seres queridos ☐ Fase de consumación: es la etapa final donde la persona lleva a cabo el acto suicida, con resultado o no de muerte. Se reconoce una intencionalidad de quitarse la vida.

Si la respuesta es **No**, se debe desplegar y completar el siguiente cuadro:

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA	SE DESPLIEGA
El niño, niña o adolescente tiene 10 o más años	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es "Sí", se despliega y completa el instrumento 2: Escala de Columbia. Si la respuesta es "No", se despliega y completa la Escala de Riesgo Suicida para menores de 10 años, que corresponde al instrumento 3.

Instrumento 2: Escala de Columbia (para niños, niñas y adolescentes mayores de 10 años).

Antes de desplegar el cuadro para completar el registro, debe incorporar las siguientes consideraciones para la aplicación. Por otro lado, debe estar la posibilidad de imprimir el documento para poder contar con la versión y registro durante la entrevista.

Las instrucciones para completar el registro son:

- *Le rogamos que tenga las siguientes consideraciones antes de aplicar el instrumento:*
- *Realizar la actividad en un lugar en donde el niño, niña y adolescente se sienta tranquilo y seguro; y se puedan dar conversaciones que garanticen la confidencialidad.*
- *Crear una atmósfera de confianza y apertura, pues aquello asegura mayor disposición a la comunicación y colaboración para la intervención*
- *Siempre mantener la calma, escuchar de forma activa, no prejuiciosa, expresar preocupación y ofrecer ayuda.*
- *Evitar a toda costa dar consejos o sermones que defienden el "valor de la vida", que provocan sentimientos de culpa o que pueden generar antagonismos o retraimiento.*
- *Siempre considerar seriamente cualquier amenaza de suicidio.*
- *Advertirle que, si está en riesgo su vida, se busca garantizar la seguridad y bienestar por lo que podrán tomarse acciones posteriores (como por ejemplo informar a otros, derivaciones a servicios, entre otros elementos.) Señalar que sólo se informará a sus cuidadores/tutores sobre la presencia de señales de alerta de riesgo suicida y la necesidad de atención de salud, manteniendo la privacidad sobre información sensible que no quiera o tenga temor de compartir con ellos.*
- *Explicar de manera general que, en caso de derivación a un centro de salud, allí se le entregará apoyo profesional, para generar estrategias que alivien su malestar.*
- *Marque en la casilla sí o no según corresponda para cada pregunta, recuerde enunciar siempre que el tiempo establecido para cada pregunta (ej.: en el último mes, en el último año, alguna vez en la vida)*

PREGUNTAS	ALTERNATIVA DE RESPUESTA	EVALUACIÓN 12
1) En el último mes, ¿Has deseado estar muerto(a) o poder dormirte y no despertar?	☐ Sí ☐ No	Sí= 1 No = 0
2) En el último mes ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte? Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo, "he pensado en suicidarme") sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan).	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es No, saltar a la pregunta 6 (no hacer las preguntas 3,4 y 5)	Sí= 1 No= 0
3) En el último mes ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo? El/la niño, niña o adolescente confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método, pues en este caso existe la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico. Incluye también respuestas del tipo: "he tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".	☐ Sí ☐ No	Sí= 1 No= 0
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el/la niño, niña o adolescente que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de ideas suicidas sin intención en respuestas como "tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".	☐ Sí ☐ No	Sí= 3 No = 0
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan? Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el/la niño, niña o adolescente tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.	☐ Sí ☐ No	Sí = 3 No = 0
6.a) ¿Alguna vez en tu vida has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida? Pregunta de conducta suicida: Ejemplos: ¿has juntado medicamentos/remedios, obtenido un arma, regalado cosas de valor, escrito un testamento o carta de suicidio?; ¿has sacado remedios del frasco o caja, pero no los has tragado, agarrado un arma pero has cambiado de idea de usarla o alguien te la ha quitado de tus manos, subido al techo pero no has saltado al	Alguna vez en la vida ☐ Sí ☐ No	Sí= 1 No = 0

¹² Estos puntajes se utilizan para el cálculo del riesgo por el sistema SIS

PREGUNTAS	ALTERNATIVA DE RESPUESTA	EVALUACIÓN 12
vacío?; ¿realmente has tomado remedios, has tratado de dispararte con una arma, te has cortado con intención suicida, has tratado de colgarte, etc.		
6.b) ¿En los últimos tres meses has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida?	En los últimos 3 meses ☐ Sí ☐ No	Sí = 3 No=0

A continuación, se le pide al profesional que complete la siguiente información:

A continuación, a modo de juicio profesional de lo observado, marque la casilla que mejor representa la fase en la que se encuentra el niño, niña o adolescente con quien se entrevistó	
Fase del Riesgo Suicida identificado	☐ No presenta riesgo ☐ Fase de ideación: Se considera la desesperanza como un factor central: la persona no ve salida a su dolor emocional. La ideación puede variar desde pensamientos pasivos (desear estar muerto) hasta pensamientos más activos de planificación. ☐ Fase de planificación: Se comienzan a planificar/pensar acciones para llevar a cabo el suicidio. La desesperanza y puede existir una racionalización del acto, como una forma de aliviar el sufrimiento de los demás o de sí mismos ☐ Fase de preparación: se comienzan a tomar acciones concretas, como buscar métodos, hacer arreglos para sus asuntos personales o incluso despedirse de sus seres queridos ☐ Fase de consumación: es la etapa final donde la persona lleva a cabo el acto suicida, con resultado o no de muerte. Se reconoce una intencionalidad de quitarse la vida.

Los resultados de la evaluación deberían aparecer automáticamente en el SIS a partir de la escala anterior, utilizando la siguiente tabla de referencia:

TABLA 14 TABLA DE PUNTAJE Y RIESGO DE RIESGO SUICIDA, ESCALA DE COLUMBIA

PUNTAJE OBTENIDO	NIVEL DE RIESGO	INDICADORES INVOLUCRADOS
0	No presenta Riesgo Suicida en este momento	Preguntas 1, 2 y 6
1 o 2	Riesgo Bajo	Preguntas 1 y 2

3 o 4	Riesgo Moderado	Preguntas 1, 2, 3 y 6 ^a .
5 o más	Riesgo Alto	Al menos una de las 4, 5 y 6b están presentes

Elaboración Propia

A partir del resultado obtenido se debe desplegar un texto describiendo las Acciones de Abordaje del Riesgo Suicida, adaptados en base a la Resolución Exenta N°1.449 correspondientes para cada nivel de riesgo:

NIVEL DE RIESGO	ACCIONES A IMPLEMENTAR
No presenta Riesgo Suicida en este momento	- Continuar con el monitoreo de señales - Aplicar la Evaluación Formal de Riesgo Suicida si en la Ficha de Observación de Señales de Riesgo Suicida presenta uno o más indicadores que activan una Evaluación Formal de Riesgo Suicida
Riesgo Bajo	- Se activa la Alerta Temprana por Riesgo de Suicidio. - Continúe con el monitoreo de señales. - Informe al equipo técnico sobre el riesgo detectado. - Identifique en el programa o con su figura significativa la atención en salud que recibe el/la niño niña o adolescente y evalúe si requiere una derivación para iniciar una atención médica, intensificar algún tratamiento actual, retomar un tratamiento anterior, etc. - Establezca coordinaciones o derivaciones con el centro de salud, SENDA u otro organismo correspondiente.
Riesgo Moderado	- Se activa la Alerta Temprana de Riesgo de Suicidio - Continúe con el monitoreo de señales. - Informar de inmediato al director/a del programa una vez finalizada la entrevista. - Identifique en el programa o con su figura significativa la atención en salud que recibe el/la niño niña o adolescente y evalúe si requiere una derivación para iniciar una atención médica, intensificar algún tratamiento actual, retomar un tratamiento anterior, etc. - El niño, niña o adolescente debe recibir una atención en salud mental dentro de los primeros siete días a partir de la entrevista. - Establezca coordinaciones o derivaciones con el centro de salud, SENDA u otro organismo correspondiente. - Incorpore objetivos de intervención asociados al riesgo suicida - Realice y complete junto al niño, niña o adolescente, la Estrategia de Seguridad Individual
Riesgo Alto	- Se activa la Alerta Temprana de Riesgo Suicidio

	- Continúe con el monitoreo de señales. - Informar de inmediato al director/a del programa una vez finalizada la entrevista. - Identifique en el programa o con su figura significativa la atención en salud que recibe el/la niño niña o adolescente y evalúe si requiere una derivación para iniciar una atención médica, intensificar algún tratamiento actual, retomar un tratamiento anterior, etc. - El niño, niña o adolescente debe recibir una atención en salud mental ese mismo día o en las primeras 24 horas posteriores a la entrevista. - Establezca coordinaciones o derivaciones con el centro de salud, SENDA u otro organismo correspondiente. - Incorpore objetivos de intervención asociados al riesgo suicida - Realice y complete junto al niño, niña o adolescente, la Estrategia de Seguridad Individual
--	---

Instrumento 3: Escala de Evaluación de Riesgo Suicida para menores de 10 años:

Antes de desplegar el cuadro para completar el sistema debe incorporar las siguientes consideraciones para la aplicación. Por otro lado, debe estar la posibilidad de imprimir el documento para poder contar con la versión y registro durante la entrevista.

Las instrucciones para completar el registro son:

- *Le rogamos que tenga las siguientes consideraciones antes de aplicar el instrumento:*
- *Realizar la actividad en un lugar en donde el niño o niña se sienta tranquilo y seguro; y se puedan dar conversaciones que garanticen la confidencialidad.*
- *Crear una atmósfera de confianza y apertura, pues aquello asegura mayor disposición a la comunicación y colaboración para la intervención*
- *Siempre mantener la calma, escuchar de forma activa, no prejuiciosa, expresar preocupación y ofrecer ayuda.*
- *Evitar a toda costa dar consejos o sermones que defienden el "valor de la vida", que provocan sentimientos de culpa o que pueden generar antagonismos o retraimiento.*
- *Siempre considerar seriamente cualquier amenaza de suicidio.*
- *Advertirle que si está en riesgo su vida, se busca garantizar la seguridad y bienestar por lo que podrán tomarse acciones posteriores (como por ejemplo informar a otros, derivaciones a servicios, entre otros elementos.) Señalar que sólo se informará a sus cuidadores/tutores sobre la presencia de señales de alerta de riesgo suicida y la necesidad de atención de salud, manteniendo la privacidad sobre información sensible que no quiera o tenga temor de compartir con ellos.*
- *Explicar de manera general, que en caso de derivación a un centro de salud, allí se le entregará apoyo profesional, para generar estrategias que alivien su malestar.*

Ítem 1: Marque en la casilla sí o no según corresponda para cada pregunta

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? ¹³	☐ Sí ☐ No
¿Has pensado alguna vez que estarías mejor muerto/a? ¹⁴	☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí” en cualquiera de las 2 preguntas, se considera que existe riesgo suicida y se activará la Alerta Temprana de Riesgo de Suicidio, mostrando la siguiente lista de acciones a realizar:

- Continúe con el monitoreo de señales.
- Informar de inmediato al director/a del programa una vez finalizada la entrevista.
- Identifique en el programa o con su figura significativa la atención en salud que recibe el/la niño niña o adolescente y evalúe si requiere una derivación para iniciar una atención médica, intensificar algún tratamiento actual, retomar un tratamiento anterior, etc.
- El niño, niña o adolescente debe recibir una atención en salud mental dentro de los primeros siete días a partir de la entrevista.
- Establezca coordinaciones o derivaciones con el centro de salud, SENDA u otro organismo correspondiente.
- Incorpore objetivos de intervención asociados al riesgo suicida
- Realice y complete junto al niño, niña o adolescente, la Estrategia de Seguridad Individual

Ítem 2: Juicio Profesional

<i>A continuación y a modo de juicio profesional de lo observado, marque la casilla que mejor representa la fase en la que se encuentra el niño, niña o adolescente con quien se entrevistó</i>	
Fase del Riesgo Suicida identificado	☐ No presenta riesgo ☐ Fase de ideación: Se considera la desesperanza como un factor central: la persona no ve salida a su dolor emocional. La ideación puede variar desde pensamientos pasivos (desear estar muerto) hasta pensamientos más activos de planificación. ☐ Fase de planificación: Se comienzan a planificar/pensar acciones para llevar a cabo el suicidio. Puede existir una racionalización del acto como una forma de aliviar el sufrimiento de los demás o de sí mismos ☐ Fase de preparación: se comienzan a tomar acciones concretas, como buscar métodos, hacer arreglos para sus

¹³ Pregunta extraída de Okasha, Lotaif, Sadek (1981)

¹⁴ Pregunta extraída de Giddens y Sheehan, (2014).

	asuntos personales o incluso despedirse de sus seres queridos ☐ Fase de consumación: es la etapa final donde la persona lleva a cabo el acto suicida, con resultado o no de muerte. Se reconoce una intencionalidad de quitarse la vida.
--	---

Instrumento 4: Entrevista Clínica de Antecedentes contextuales (Solo para niños, niñas y adolescentes que ingresan por primera vez al Servicio a través del programa DCE)

Las instrucciones para completar el registro son:

Este instrumento es una guía para identificar algunos factores de riesgo y protección asociados al riesgo suicida; no constituye una pauta de entrevista por lo que no es necesario contestar todas las preguntas o indicadores, si éstas no emergen en las entrevistas clínicas o de diagnóstico. Puede completarse a partir de entrevistas que ya están planificadas en el programa y servir para vaciar ordenadamente información relevante para el riesgo suicida que pueda emerger.

Item 1: Elementos e indicadores claves relacionados de forma directa con el riesgo suicida

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA
Alguno de tus progenitores, cuidadores o personas que viven/vivían contigo ha intentado quitarse la vida?	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, completar con los antecedentes (según lo que quiera contar, el objetivo es explorar, pero no revictimizar): Quién Vínculo de parentesco o relación con el/la niño, niña o adolescente. Hace cuánto tiempo Resultado del intento (hospitalización, acceso a servicios de salud mental, otras) Medio utilizado Descripción general del evento
Alguno de tus progenitores, cuidadores o personas que viven/vivían contigo ha muerto producto de un suicidio?	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, completar con los antecedentes (según lo que quiera contar, el objetivo es explorar, pero no revictimizar): Quién Vínculo de parentesco o relación con el/la niño, niña o adolescente. Hace cuánto tiempo Medio utilizado Descripción general del evento
Algún amigo/a cercano, compañero/a de colegio, han intentado quitarse la vida	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, completar con los antecedentes (según lo que quiera contar, el objetivo es explorar, pero no revictimizar): Quién Relación con el/la niño, niña o adolescente Hace cuánto tiempo

	Resultado del intento (hospitalización, acceso a servicios de salud mental, otras) Medio utilizado Descripción del evento
Si alguna de las respuestas anteriores fue sí, explorar con el/la niño, niña o adolescente: cómo lo hace sentir la situación o si ha tenido ideas también de querer atentar contra su propia vida o querer dejar de vivir.	Campo abierto

Item 2: Registro y preguntas asociados a factores de protección que presenta el niño, niña o adolescente en los siguientes ámbitos:

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA E INSTRUCCIONES DE LLENADO
Salud y salud mental	Campo abierto Instrucción: Describa los principales elementos protectores detectados asociados a antecedentes en el ámbito de salud física y mental que presenta el niño, niña o adolescente. Como son: buena autoestima, autoeficacia, capacidad de resiliencia, trabajo de emociones, desarrollo de acuerdo al ciclo vital, apertura y compromiso al tratamiento y terapia, entre otros.
Sociales y familiares	Campo abierto Instrucción: Describa los principales elementos protectores detectados asociados a antecedentes en el ámbito social y familiar, como son: relaciones familiares saludables, figuras significativas, sentimientos de seguridad asociados a la familia, hogar o núcleos cercanos; intercambio abierto y honesto de ideas, sentimientos y necesidades; apertura a la diferencia; continuidad escolar y preocupación por el aprendizaje; se favorecen espacios de juego, recreación y cultura, entre otros.
Socioculturales y medioambientales	Campo abierto Instrucción: Describa los principales elementos protectores detectados asociados a antecedentes en el ámbito sociocultural y medioambientales como son: acceso a servicios de salud y salud mental; colegios o centros educativos se presentan como un espacio de desarrollo integral, que brinda seguridad y estimula su formación; barrio y entorno que promueven relaciones comunitarias de apoyo y fomentan la seguridad; lógicas o discursos de integración a la diferencia para grupos vulnerable (en las relaciones vecinales, comunitarias, escolares, servicios locales, etc.); acceso a servicios de la ciudad, centros comunitarios, áreas verdes, espacios culturales como bibliotecas; barrios seguros, iluminados, limpios y con oportunidades de desarrollo, con bajas tasas de criminalidad, drogas, acceso a armas.

Item 3: Describir Antecedentes de victimización o factores de riesgo.

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA E INSTRUCCIONES DE LLENADO
Salud y salud mental	Campo abierto Instrucción: Describa los principales elementos de riesgo o victimización detectados asociados a antecedentes de salud física y mental que presenta el niño, niña o adolescente. Como son: antecedentes de salud mental de los padres o hermanos;

	historias de maltrato infantil o abuso sexual; trastornos del control de impulsos en el niño/a (que se expresa en altos niveles de disforia, agresividad y hostilidad); niños/as con baja tolerancia a la frustración (sin capacidad para aplazar la satisfacción de sus deseos, altos niveles de angustia o demanda de atención y afecto; baja autoestima; presencia de retraimiento, timidez extrema o tendencia a aislarse. Alteraciones en el comportamiento sexual como precocidad, promiscuidad, embarazos no deseados u ocultos, abortos; Enfermedades mental, especialmente trastornos del ánimo y esquizofrenia
Sociales y familiares	Campo abierto Instrucción: Describa los principales elementos de riesgo o victimización detectados asociados a antecedentes sociales y familiares del niño, niña o adolescente. Como son: clima emocional caótico en la familia; disfunción en los roles familiares; ambientes familiares violentos o abusivos; permisividad en el hogar ante ciertas conductas antisociales; acceso o presencia de consumo de drogas o armas; dificultades socioeconómicas; falta de apoyo social. También el asilamiento o exclusión por discriminación social, sexo-genérica, racial u otra en los grupos de relación cercano; variaciones en el comportamiento escolar, como deterioro del rendimiento habitual, fugas o deserción escolar, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con profesores, violencia y bullying entre compañeros, inadaptación a determinados regímenes escolares.
Socioculturales y medioambientales	Campo abierto Instrucción: Describa los principales elementos de riesgo y victimización detectados asociados a antecedentes socioculturales y medioambientales del niño, niña o adolescente. Como son: exposición a pobreza, violencia, narcotráfico; daño acumulado en los sistemas protectores; sufrir bullying o acoso escolar, cyberbullying; aislamiento social y estigma; falta de redes de apoyo comunitarias o dificultad para el acceso a servicios, especialmente de salud mental de forma oportuna; discriminación o estigma por género, sexo o identidad sexual; exclusión cultural producto de migración, etnia, creencias religiosas; inseguridad y acceso a medios letales, como armas de fuego, pesticidas o medicamento; uso indiscriminado de pantallas y actividad online.

2. EJE 2: Registro de Acciones emprendidas ante Alerta Temprana de Riesgo Suicida

Este eje está diseñado para registrar las acciones desplegadas para dar respuesta a las Alertas Tempranas identificadas en el eje 1. Contempla tres componentes: Abordaje Institucional frente a Alertas Tempranas, Plan de Intervención Individual (PII) y Estrategia de Seguridad Individual (ESI).

Este eje constituye una herramienta fundamental para asegurar la trazabilidad, transparencia y eficacia en la gestión del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes bajo protección. Este registro permite documentar de manera estructurada las acciones emprendidas por los equipos profesionales responsables del caso, garantizando que cada decisión clínica, coordinación interinstitucional o acción de cuidado esté respaldada, con fecha y medios de verificación, contribuyendo así a la rendición de cuentas y a la mejora continua de los procesos.

En la siguiente figura se observa el diagrama de flujo de este eje para cada uno de los componentes que la conforman:

Figura 6 FLUJOGRAMA EJE 2 REGISTRO DE ACCIONES EMPRENDIDAS ANTE ALERTA TEMPRANA



De esta manera el primer componente de este eje corresponde al registro de la información asociada a la gestión del caso por parte de los profesionales una vez activada la Alerta Temprana. Para ello, se despliegan los instrumentos: Registro de Abordaje Institucional frente a Alerta Temprana de niños, niñas y adolescentes en programas de protección especializada y la Ficha de Derivación. Este componente y sus instrumentos responden a los lineamientos institucionales del Servicio que lo mandatan para que el SIS se articule en base a gestión del caso, por sobre a registros por programa, y que, además es congruente con las gestiones requeridas en la Resolución Exenta N°1.174, de manejo de riesgo suicida en residencias.

Un segundo componente, corresponde al registro asociado a los Planes de Intervención Individual que son requeridos para todo niño, niña o adolescente que se encuentra en el Servicio de Protección Especializada. En este componente se plantea que este plan debería ser único para cada niño, niña o adolescente y no estar estructurado por programa, teniendo acceso a su revisión todos los profesionales y programas que correspondan. Por otro, El plan de intervención debe reflejar un entendimiento complejo y multifactorial del fenómeno suicidal, incorporando estrategias en diversas áreas y con los distintos sistemas con los que el niño, niña o adolescente se relaciona, y no circunscribir exclusivamente el fenómeno a salud mental.

Finalmente, el último componente corresponde a la Estrategia de Seguridad Individual, que contiene un plan de acción ante crisis suicida, que permite identificar señales de alerta y acciones que se pueden emprender para afrontar la situación. Para ello, se propone co-crear junto al niño, niña o adolescente el Ficha de Estrategia de Seguridad Individual que por medio de siete puntos favorecen identificar de forma concreta acciones a seguir en caso de una crisis suicida.

a. Primer componente: Registro de Abordaje Institucional frente a Alertas Tempranas

El componente de Registro de Abordaje Institucional frente a Alertas Tempranas contiene tres instrumentos. Responde a la necesidad de hacer seguimiento del caso una vez que se ha detectado riesgo suicida.

En base a la Resolución Exenta N° 1.174 y recomendaciones generales se construyó, en primera instancia, el Instrumento de **Registro de Acciones Institucionales frente Alerta Temprana**, que está construido en base a las acciones mínimas que se deben registrar una vez que se activa la alerta. El sistema debe permitir estampar la fecha e ingreso de las acciones de abordaje institucional y solicitar medios de verificación según corresponda. Es relevante señalar que podrían incorporarse más elementos a este registro en la medida en que estos se modifiquen o cambien en el futuro. Este registro es completado por la dupla psicosocial o equivalente.

El segundo instrumento, corresponde a las **Registro de Acciones de Intervención Emprendidas** en términos de intervención al interior del programa. Este se complementa, además, con el monitoreo de señales que debe desplegarse en conjunto, de manera de mantener una actitud vigilante de la evolución de las señales en el tiempo. La posibilidad de prevenir crisis suicida en esta etapa se vuelve fundamental, por ello, saber lo que se está realizando en términos de acompañamiento al niño, niña o adolescente en Alerta Temprana es clave para identificar estrategias efectivas. Es importante señalar que esto no es un evento único, sino que una estrategia de seguimiento permanente, por lo que el sistema debe permitir ingresar y completar información cada vez que sea necesario.

El tercer instrumento, refiere a la **Ficha de Derivación**, la cual se basa en la ficha que existía para derivación a servicio de salud, pero se dejó más genérica de manera que pueda servir para derivar a diversos servicios. Esta ficha debe activarse cada vez que existen derivaciones a servicios producto de situaciones de riesgo suicida o intentos. Es completada por el gestor de caso, dupla psicosocial o quien realiza la derivación. Es importante que el SIS permita visualizar otras derivaciones que puedan haber ocurrido, de manera de identificar la pertinencia de una nueva derivación. El sistema debe permitir descargar el documento en un formato PDF para ser enviado a la correspondiente organización a la que se derive.

Instrumento 1: Registro de Acciones Institucionales frente a Alerta Temprana de niños, niñas y adolescentes en programas de protección especializada.

Las instrucciones para completar el registro son:

Complete las siguientes acciones, verifique la fecha que corresponda a la acción y adjunte documentación de respaldo si existe.

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA
Informar a la madre, padre u otra figura significativa la situación de riesgo suicida y las acciones emprendidas para tratamiento y atención oportuna.	☐ Realizado ☐ No Realizado Si se realizó registrar: - Fecha de cuando se realizó - Persona contactada (nombre completo) - Relación con el niño, niña o adolescente: ☐ padre, ☐ madre, ☐ tutor legal, ☐ otro adulto significativo - Acuerdos tomados
Derivación a Atención Primaria de Salud (APS) (si el/la niño, niña o adolescentes no se encuentra actualmente en tratamiento psicológico/psiquiátrico?)	☐ Realizado ☐ No Realizado Si se realizó solicitar: - Fecha de cuando se realizó - Organismo/ Servicio al que fue derivado - Ficha de Derivación a APS - Acuerdos tomados
Estrategia de Manejo del Riesgo del Plan de Cuidado Integral (PCI) acordada con el equipo tratante de APS.	☐ Realizado ☐ No Realizado Si se realizó, solicitar: - Describa brevemente el PCI acordado, sus estrategias de restricción de medios letales, tratamiento farmacológico y controles de salud. - Adjunte documento PCI - Fecha de realización del Plan - Fecha acordada de revisión del Plan. - Acuerdos tomados

Instrumento 2: Registro de Acciones de Intervención Emprendidas frente a Alerta Temprana de niños, niñas y adolescentes en programas de protección especializada.

Las instrucciones para completar el registro son:

Esta ficha permite registrar las acciones, reuniones, sesiones que se realizan a propósito de la Alerta Temprana de Riesgo Suicida. Rogamos complete las siguientes acciones, verifique la fecha que corresponda a la acción y adjunte documentación de respaldo si existe.

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA
Registro de reuniones, sesiones u otro, con el niño, niña o adolescente	Ingresar fecha Campos abiertos Personas presentes Objetivo Estado y descripción Acuerdos Adjuntar documentación complementaria relevante
Registro de Reuniones de coordinación con los equipos intersectoriales	Ingresar fecha Campos abiertos Personas presentes Objetivo Estado de la situación Acuerdos Adjuntar documentación complementaria relevante
Registro de Reuniones de coordinación con padre, madre o figura significativa:	Ingresar fecha Campos abiertos Personas presentes Objetivo Estado de la situación Acuerdos Adjuntar documentación complementaria relevante

Instrumento 3: Ficha de Derivación

Instrucciones: Rogamos completar los datos de la ficha de derivación, asegúrese de completar todos los datos de forma correcta y al finalizar debe descargarla, firmarla y enviarla a la organización que corresponda.

Antecedentes

Fecha	
Nombre de la Residencia o programa	
Nombre y cargo profesional de referencia	
Mail y teléfono de contacto del profesional	

Antecedentes del niño, niña o adolescente

Nombre	
RUT	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Escolaridad	

Motivo por el cual se deriva (En caso de conducta suicida, indique riesgo medio o alto)

--

Acciones ya emprendidas

--

b. Segundo componente: Registro en Plan de Intervención Individual (PII)

Un elemento que emergió fuertemente como debilidad en el levantamiento de información de los registros actuales con los que cuenta el Servicio, fue la falta de acceso a la visualización de los planes de intervención individuales. Se sabe que la complejidad del fenómeno del suicidio es multicausal, asociado a las historias de daño, victimización o trauma complejo, en consecuencia, es necesario que quien interviene o presta servicios a niñas, niños o adolescentes que presentan algún tipo de riesgo suicida, acceda y comprenda sus planes de intervención individuales, sobre todo, si el niño, niña o adolescente se encuentra simultáneamente en varios programas.

De esta manera, el sistema de registro debe permitir el acceso al plan de intervención individual— con sus objetivos, indicadores de seguimiento, registro de modificaciones en el tiempo y estado de logro—a los equipos interventores de los distintos programas de protección del cual participa el niño, niña o adolescente. Se sugiere que el PII sea uno solo, independiente de que el niño, niña o adolescente participe de uno o más programas para articular la intervención de mejor manera. No se sugieren formatos específicos, pues el PII tiene sus propias orientaciones técnicas, pero sí se sugiere que puedan visualizarse los objetivos, metas e indicadores del plan en general.

En el caso de los programas residenciales, si existe un riesgo de suicidio de nivel bajo, medio o alto, la Resolución Exenta N°1.174 establece que deben incluirse en el PII objetivos asociados al abordaje del nivel de riesgo. Se sugiere que esto se implemente también para los proyectos ambulatorios, entendiendo que el acceso a servicios de salud mental y el plan de seguridad individual, serán monitoreados por el programa y ejecutados en el hogar donde viva el niño, niña o adolescente.

El fenómeno del suicidio es complejo y multifactorial, en donde las estrategias de prevención y abordaje del riesgo suicida deben integrar un enfoque holístico que no se circunscriba exclusivamente a acciones en salud mental, sino que reconociendo la interdependencia con factores de riesgo y protección que abarcan múltiples áreas como son: familia, recreación, entorno. De esta manera, el abordaje conjunto de las dimensiones antes mencionadas puede colaborar a disminuir el riesgo suicida.

Por otra parte, se sugiere agregar que para los casos que tienen una alerta temprana activa, se despliegue un cuadro que registre un juicio profesional que permita definir cómo los objetivos e indicadores del PII contribuirán a disminuir el riesgo suicida y a mejorar el bienestar general del niño, niña o adolescente. En el caso en el que el PII explícitamente señale objetivos asociados al riesgo suicida, es importante que se aluda a la razón de este objetivo y se fundamente en las evaluaciones formales establecidas en el eje 1 de la propuesta.

Instrumento 1: Formato de Juicio Profesional sobre contribución de objetivos e indicadores del PII a disminuir el riesgo suicida.

Se le solicita a continuación justificar en base al riesgo suicida, cómo este Plan de Intervención Individual, sus objetivos, actividades e indicadores contribuirán al bienestar del niño, niña o adolescente

c. Tercer componente: Estrategia de Seguridad Individual para Alertas de Suicidio

Cuando existe una Alerta Temprana de Suicidio, se deberá completar el Ficha de Estrategia de Seguridad Individual que constituye una estrategia activa de prevención. Su objetivo es contar con una versión digitalizada de la Estrategia de Seguridad Individual que la Resolución Exenta N°1.174 exige a los programas residenciales. Esta consiste en “una lista escrita priorizada de estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo desarrolladas en conjunto con el niño, la niña, adolescente o joven que se encuentra en riesgo de suicidio.” (Resolución Exenta N° 1.174). Es importante señalar que el equipo de investigación propone que esta Estrategia también sea desarrollada en proyectos ambulatorios.

La ficha que se propone es una adecuación de la que se propone en la Resolución Exenta N°1.174, que permite tener una guía para el propio niño, niña o adolescente que experimenta pensamientos suicidas para prevenir, controlar o mitigar los efectos de una crisis suicida intensa. Una crisis suicida se refiere a “un intento de suicidio o un incidente en el que una persona considera seriamente o planea intentar quitarse la vida de forma inminente” (Suicide Prevention Resource Center, s.f.).

Por otra parte, Albaum et. al. (2025) indican que los componentes clave de los planes de seguridad son: reconocer las señales de alerta o desencadenantes de crisis; determinar estrategias de afrontamiento internas y externas (aquellas que han funcionado en el pasado y/o las estrategias que cree que podrían funcionar en el futuro); identificar contactos sociales

(personas que son fuentes de apoyo en la vida de una persona: amigos, familiares, profesionales, apoyo en crisis) o entornos que puedan proporcionar distracción durante la crisis; registrar la información de contacto de profesionales, servicios y centros locales de tratamiento de emergencia; restringir el acceso a medios letales, así como identificar las razones personales para vivir o qué le han ayudado a mantenerse con vida.

Adicionalmente, estos autores advierten que la eficacia de los planes de seguridad como intervención autónoma para niños, niñas y adolescentes con ideación suicida y/o conducta relacionada con el suicidio no está totalmente comprobada. Por ello se recomienda que su diseño e implementación se realicen de manera articulada con otros actores y servicios que atienden a esta población (como salud, educación, etc.). Asimismo, señalan que la eficacia de la planificación de seguridad en esta población está mediada por la participación de los padres o la familia, particularmente considerando la aparente conexión entre el funcionamiento familiar y la conducta suicida de niños, niñas y adolescentes.

En el caso de los proyectos ambulatorios, se sugiere que se siga la recomendación de la literatura (Albaum et. al. 2025), que indican que un contacto telefónico frecuente de seguimiento con la población en riesgo, en la semana posterior al alta y la existencia de planes de seguridad de calidad (es decir, que incorporen todos los componentes clave señalados arriba) también pueden estar vinculados a mejores resultados.

Como se ha señalado, siempre que sea posible, el diseño de la Estrategia de Seguridad Individual debe contar con la participación de familiares y/o personas significativas que acompañen al niño, niña o adolescente. Integrar a estos apoyos en la construcción del plan contribuye a reforzar su seguridad, facilita su comprensión sobre la importancia de las medidas de resguardo, y permite reconocer estrategias de afrontamiento relevantes, además de fortalecer el compromiso con su proceso de recuperación.

Debe ser completado por la dupla psicosocial o equivalente pero se co-construye con el niño, niña o adolescente. Los Indicadores que deben registrarse son de carácter abierto y priorizado. Este instrumento debe ser revisado y evaluado en el caso de que se produzca un intento de riesgo suicida, como se propone para el siguiente eje de esta propuesta.

Instrumento 1: Registro de Estrategia de Seguridad Individual (ESI)

Las instrucciones para completar el registro son:

Complete el Registro de Estrategia de Seguridad de la forma más completa y fidedigna a las apreciaciones del niño, niña o adolescente. Son campos mixtos en donde hay preguntas abiertas y cerradas. Le rogamos que tenga las siguientes consideraciones antes de aplicar el instrumento:

- *Realizar la actividad en un lugar en donde el niño o niña se sienta tranquilo y seguro; y se puedan dar conversaciones que garanticen la confidencialidad.*
- *Crear una atmósfera de confianza y apertura, pues aquello asegura mayor disposición a la comunicación y colaboración para la intervención*

- *Siempre mantener la calma, escuchar de forma activa, no prejuiciosa, expresar preocupación y ofrecer ayuda.*
- *Evitar a toda costa dar consejos o sermones que defienden el "valor de la vida", que provocan sentimientos de culpa o que pueden generar antagonismos o retraimiento.*
- *Siempre considerar seriamente cualquier amenaza de suicidio.*
- *Advertirle que vamos a conversar temas directamente relacionados con intentar quitarse la vida y vamos a registrar las estrategias que a él o ella le parezcan más pertinentes para disminuir el riesgo de una crisis suicida.*
- *Puede suceder que el niño, niña o adolescente no quiera colaborar, incluso mencionar que no tiene sentido realizar una actividad como esta, por lo que es importante no forzar, sino tratar de motivar un cambio de actitud, lo que se logra sin antagonizar. Ante esto una estrategia puede ser mostrarle el cuadro con las preguntas y preguntarle si le interesa contestar alguna de ellas, y luego podemos ver si quiere completar alguna más.*
- *El objetivo de esta actividad es poder encontrar la estrategia que le resulta más útil y aplicable al propio niño, niña o adolescente, por lo que su colaboración es fundamental, no sólo para pensar en la estrategia, sino que para priorizar el orden en el que intentará seguir cada uno de los pasos.*

Cuadro que contesta el o la profesional:

INDICADOR	OPCIÓN DE RESPUESTA
Co-Diseño de Estrategia de Seguridad Individual con niño, niña o adolescente cuando hay Alerta Temprana	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es NO señale razones	Campo abierto
Participan personas significativas para el niño, niña o adolescente en el diseño de Estrategia de Seguridad Individual	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es NO señale razones	Campo abierto
Si la respuesta es SI señale quiénes	Campo abierto

Considere que esta conversación puede ser difícil, por lo tanto, el sistema antes de mostrar la información a completar deberá mostrar las siguientes consideraciones para la aplicación:

Este es un documento a completar y co-crear junto al niño, niña o adolescente en un diálogo reflexivo y colaborativo. Puedes describirle qué significa alguno de los ítems, pero idealmente no dar ejemplos porque podría inducir una estrategia que no le sea propia, a menos que sea necesario ayudar a su identificación.

INDICADOR	OPCIONES DE RESPUESTA
Reconocer las señales de alerta <i>¿Qué señales de alerta identifico cuando voy a tener una crisis suicida? ¿cómo me doy cuenta? El objetivo es hacer un listado de las señales de alertas que me permiten saber que necesito activar estrategias de este plan, cuando las identifique estando solo, en el colegio, en la residencia o lugar donde vivo, debo intentar aplicarlas.</i> <i>Ejemplos: Estar preocupado/a con la muerte al conversar, escribir o dibujar. Distanciarse de amigos y familiares. Tener comportamiento agresivo u hostil. Descuidar el aspecto personal. Escaparse del hogar. Comportamiento arriesgado. Pasar de estar alegre a estar triste repentinamente</i>	Campo que permite completar 5 señales en formato de respuesta corta y abierta. Debe registrar al menos 3 en orden de prioridad.
Reconocer las señales de alerta <i>¿Cómo pueden saber otros que necesito ayuda? ¿Qué señales de advertencia pueden ver los demás en mí que les indican que estoy en riesgo?</i> <i>Ejemplo: Cara que muestra miedo, puños cerrados, no querer hablar, aislarse</i>	Campo que permite completar 5 señales en formato de respuesta corta y abierta. Debe registrar al menos 3 en orden de prioridad.
Estrategias internas <i>¿Qué razones tengo para vivir? ¿qué cosas estoy esperando para vivir? ¿qué cosas estoy esperando para hacer?</i> <i>Hacer un listado al que puedo recurrir de las cosas que me motivan la existencia para poder leerlo en momentos de crisis puedo ayudarme a recordarme para qué vale la pena vivir, aliviando la situación de crisis.</i>	Campo que permite completar 5 razones para vivir en un formato de respuesta corta y abierta. Debe registrar al menos 2 en orden de prioridad.

<i>Ejemplo: Estar con mis amigos/as, crecer con mis hermanos/as, cuidar a mi mascota, terminar la escuela, etc.</i>	
Estrategias internas <i>¿Qué acciones puedo tomar por mi cuenta para sentirme mejor y evitar las crisis?</i> <i>Nuevamente la idea que es podamos definir actividades que puedo hacer por mí mismo/a y que me ayudan a controlar la crisis, la idea de tenerlas por escrito es que en el momento puedo mirar esta lista y tratar de hacer algunas de estas actividades</i> <i>Ejemplos: Escuchar música, respirar, hacer deporte, meditar o rezar, salir a caminar, dibujar.</i>	Campo que permite completar 5 actividades, son de respuesta corta y abierta. Debe registrar al menos 3 en orden de prioridad.
Recurrir a otros <i>¿Quiénes son fuente de apoyo en mi vida? ¿quién es alguien que usualmente me hace sentir mejor?</i> <i>Esto nos permite identificar personas que, sin necesidad de contarles de mis pensamientos suicidas, pueden ayudarme a sentirme mejor, son personas con quien puedo socializar en un ambiente tranquilo, que no incrementa mi sentimiento de crisis. Se le invita luego a priorizar a quiénes contactar primero.</i> <i>Ejemplos: amigo, primo, mamá, papá, pololo/a, abuelos, profesor/a.</i>	Campo Abierto para completar Prioridad 1 nombre y contacto, prioridad 2, nombre y contacto Prioridad 3, nombre y contacto Prioridad 4, nombre y contacto Prioridad 5, nombre y contacto.
Recurrir a otros que pueden ayudar a resolver o controlar la crisis <i>¿Quiénes me pueden ayudar cuando me encuentro en crisis?</i> <i>Si las estrategias internas de afrontamiento o los contactos sociales no alivian la crisis, debo pedir ayuda explícita a alguien de confianza, contándole que me encuentro en una crisis y que temo hacerme daño.</i>	Campo Abierto para completar Prioridad 1 nombre y contacto, prioridad 2, nombre y contacto Prioridad 3, nombre y contacto Prioridad 4, nombre y contacto Prioridad 5, nombre y contacto.
Recurrir a servicios o profesionales que pueden ayudar a resolver o controlar la crisis <i>¿Quiénes me pueden ayudar cuando me encuentro en crisis?</i> <i>Si las estrategias internas de afrontamiento o los contactos para resolver la crisis no son suficientes, puedo recurrir a profesionales o servicios. Recuerda que puedes listar también la Línea Prevención del Suicidio "No estás solo/a" Fono: *4141 y Salud Responde opción 1 (las 24 hrs. del día), Fono: 600 360 7777</i>	Campo Abierto para completar Prioridad 1 institución y contacto, prioridad 2, institución y contacto Prioridad 3, institución y contacto Prioridad 4, institución y contacto
Reducción de medio letales <i>¿Cómo puedo protegerme a mí mismo/a para no hacerme daño? ¿qué cosas debo alejar de mi alcance o entorno?</i> <i>Ejemplos: Evitar acceso a objetos afilados, que alguien administre mis medicamentos, que no haya armas cerca de mí, que no tenga acceso a alcohol y drogas.</i>	Campo que permite completar 3 letales, es de respuesta corta y abierta.

3. EJE 3: Registro de Intentos de Suicidio y Acciones Emprendidas ante Intentos de Suicidio con o sin resultado de muerte

Este eje contiene el registro de intentos de suicidio y las acciones emprendidas, tanto si se consumó o no el suicidio. Comprende tres componentes de registro: el Registro del Intento de Suicidio (con o sin resultado de muerte), el Registro de Acciones Emprendidas ante Intentos de Suicidio sin resultado de muerte y el Registro Asociado al Fallecimiento.

La relevancia de mantener registro de los intentos suicidas y de las acciones emprendidas para abordarlos, se basa en que permite contar con información sobre la conducta suicida de los niños, niñas y adolescentes de forma regular, logrando un monitoreo efectivo. Esto contribuye a superar los problemas metodológicos observados en el SIS, cuyos registros se basan en incidentes aislados (intentos de suicidio), y presentan dificultades para hacer un seguimiento a cada niño, niña o adolescente que ha presentado conductas suicidas.

Actualmente el sistema SIS registra un evento por cada acción realizada por el/la profesional. Esto significa que no es posible identificar cuántas situaciones de mayor gravedad de riesgo tiene cada caso, pues pueden existir múltiples registros asociados a la misma situación o hecho particular, pero eso no es identificable. Por ello, se propone que este diseño de registro de riesgo suicida incorpore este Eje de Registro de Intentos de Suicidio y Acciones Emprendidas con o sin resultado de muerte poniendo su foco en el seguimiento del caso de un niño, niña o adolescente, para contar con un monitoreo adecuado cuando ocurren intentos o muertes por suicidio.

El primer componente corresponde al **Registro de Intento de Suicidio**, es decir, se concentra en detallar la situación particular de intento de suicidio con intención de quitarse la vida. Para ello, se utiliza la Ficha de Registro de Intento de Suicidio. En ella se identifica además si el intento tuvo o no como resultado el fallecimiento del niño, niña o adolescente, en cuyo caso se activan según dicho resultado los componentes 2 y 3.

El segundo componente corresponde al **Registro de Acciones Emprendidas ante Intentos de Suicidio sin resultado de muerte** para lo cual se proponen tres instrumentos: El Registro de acciones institucionales ante intentos de suicidio, la Evaluación de la Estrategia de Seguridad Individual (ESI) y su reformulación de acuerdo con esta, así como la revisión del PII.

El tercer componente refiere al **Registro Asociado al Fallecimiento**, en los casos de intentos de suicidio con resultado de muerte y considera las acciones asociadas al fallecimiento, en dos líneas principales: los registros asociados al caso y los registros asociados a la posvención. Los registros asociados al caso contemplan dos instrumentos que permiten registrar lo sucedido y los antecedentes que llevaron a la defunción: el Registro de Acciones Institucionales del Caso y la autopsia Psicológica y Sociológica. Los registros asociados a la posvención contemplan la aplicación del instrumento de Registro de Acciones de Posvención, las cuales permiten mitigar efectos del suicidio en las personas cercanas al niño, niña o adolescente, como son los pares, profesionales, entre otros.

En la siguiente figura se observa el diagrama de flujo de este eje para cada uno de los componentes que la conforman:

FIGURA 7 FLUJOGRAMA EJE 3: REGISTRO SOBRE INTENTOS DE SUICIDIO CON O SIN RESULTADO DE MUERTE



a. Primer componente: Registro del Intento de Suicidio

Este componente, busca responder a uno de los principales nudos críticos identificados en el trabajo de campo, en donde era evidente la dificultad para identificar las situaciones de intento de riesgo suicida. Según lo observado en el levantamiento, existen hitos reportados como intentos de suicidio, que más bien responden a autolesiones para las cuales no se evaluaba la intencionalidad de quitarse la vida. Por otro, el registro se realizaba por medio de eventos, por lo que un hito de intento de suicidio podía estar asociados a múltiples registros de acciones, reuniones, entrevistas, etc., pero no se registraban de manera diferenciada el hito, de las acciones emprendidas a partir del intento. Lo anterior dificulta el seguimiento epidemiológico de los intentos de suicidio, es decir no es posible identificar la cantidad de crisis suicidas que el Servicio enfrenta.

El instrumento de este componente es el Registro de Intento Suicida, el cual es el encargado de identificar hechos o hitos concretos en donde se atentó o hubo una intención de quitarse la vida. Es clave que se pueda distinguir lo anterior, pues en la literatura actúan como grandes distractores las autolesiones deliberadas que no necesariamente responden al deseo de morir. De esta manera, este instrumento busca registrar aquellas situaciones de mayor riesgo vital para el niño, niña o adolescente de manera de que sea posible identificar cuándo ocurrió, cuál fue el medio utilizado, cuál fue el resultado de dicha acción.

El objetivo para este Registro es identificar, de manera sistematizada y con indicadores comunes, el repertorio de los intentos de suicidio con o sin resultado de muerte. Esto permitirá al nivel central dar trazabilidad a los intentos de suicidio de manera unificada y expedita para

cada caso, sistematizar los datos y realizar vigilancia de conducta suicida de la población atendida por el Servicio, por casos, edades, sexo, género, proyectos, distribución geográfica, etc.

El Registro debe ser completado por la dupla psicosocial o equivalente. El sistema debe permitir adjuntar documentación: por ejemplo: partes policiales, derivaciones, informes médicos, etc. Los indicadores que contempla son de carácter cerrado y abierto. A continuación, se detallan las características de la ficha.

Instrumento 1: Ficha de Registro de Intento Suicida

Las instrucciones para completar el registro son:

Complete el Registro de Intento Suicida de la forma más completa y objetiva posible. Adjunte la mayor cantidad de antecedentes que tenga de la situación. Si usted está ante una autolesión y necesita determinar si esta tiene intencionalidad de quitarse la vida, lo mejor es preguntar abiertamente al niños, niña o adolescente afectado sobre la intencionalidad del acto. Si la respuesta es positiva considere este evento como un intento de suicidio en etapa de consumación, si la respuesta es negativa, debe dejar registro en el monitoreo de señales.

ACCIÓN	COMPLETAR O MARCAR	MARCAR Y ADJUNTAR
Fecha del evento	____/____/____	
Resultado de muerte	SI	*Se aplicó el Protocolo de Resolución Exenta N°149 (2022) SI ☐ NO ☐ *Adjuntar certificado de defunción certificado de defunción
	NO	
Se aplican procedimientos asociados a la Resolución Exenta N° 1.040	SI	
	NO	
	N/A	
Medio letal utilizado	Ahorcamiento	
	Toma de medicamentos con sobredosis	
	Arma Blanca	
	Arma de Fuego	
	Otro:	
Lugar del hecho	En dependencias del Servicio	

	Fuera de las dependencias del Servicio.		
Completar Ficha de Derivación en el SIS	Adjuntar		
Establecimiento donde se realiza atención de urgencia	Campo Abierto para completar		
Profesional que realiza la atención de urgencia	Médico General		Adjuntar certificado de atención*
	Psiquiatra		
	Otro:		
Parte Policial	SI		Adjuntar*
	NO		
Informe a Tribunal	SI		Adjuntar*
	NO		
	N/A		
Descripción de la situación	Campo Abierto: indicar lo sucedido en términos de señales y situación		
Descripción del abordaje institucional de las primeras 24 horas	Campo Abierto: describir acciones del equipo una vez conocido el hecho.		
Registro de notificación a familia o persona significativa	SI ☐ NO ☐ Nombre de la persona Relación de parentesco Descripción general de la conversación Fecha en que se realiza		

b. Segundo Componente: Registro de Acciones Emprendidas ante Intentos sin resultado de muerte

Posteriormente, y teniendo el hito identificado, este componente busca poder identificar el circuito de atención por medio del Registro de Acciones Emprendidas ante Intentos de Suicidio sin resultado de muerte. Para ello, se consideran tres instrumentos claves: El Registro de Acciones Institucionales, la Evaluación de la Estrategia de Seguridad Individual y la Evaluación del Plan de Intervención Individual.

El Registro de Acciones Institucionales, registra la serie de acciones emprendidas ante un intento de suicidio, particularmente las realizadas dentro de las primeras 48 horas, al cabo de la primera semana y durante el mes, con todos los actores relevantes. Esto es: derivaciones realizadas, reuniones de coordinación sostenidas, entrevistas con familias o grupos cercanos, entrevistas con el niño, niña o adolescente, entre otros. Estas fechas son requeridas por la literatura, el Plan Nacional de Prevención del Suicidio en la Resolución Exenta N° 1.174

Cuando ocurre un intento de suicidio se debe llevar un registro detallado de las acciones emprendidas con posterioridad al evento. Esto incluye acciones de gestión del caso y acciones emprendidas con terceros para evitar el contagio del riesgo suicida a otros niños, niñas o adolescentes; familiares o profesionales y miembros del equipo.

El objetivo de este Registro es identificar de manera sistematizada y con indicadores comunes los registros de acciones emprendidas para el abordaje institucional. Lo que permite la trazabilidad de las intervenciones realizadas a propósito de un intento y favorece la toma de decisiones. Debe ser completado por la dupla psicosocial o equivalente.

El sistema debe permitir adjuntar documentación, por ejemplo: partes policiales, derivaciones, informes médicos, etc. Los indicadores de registro son de carácter cerrado y abierto. Esta no es una actividad que se llena una vez, sino que se completa cada vez que se realiza una acción asociada al intento de suicidio, por lo que un hecho puede tener múltiples acciones asociadas con distintas personas, en distintas fechas.

El segundo instrumento de registro es la **Evaluación de la Estrategia de Seguridad Individual**, ya que el intento suicida refleja que esta estrategia requiere ser revisada por el niño, niña o adolescente en conjunto con el o la profesional de intervención, así como con su familia o personas significativas, cuando esto sea posible, luego se solicita volver a completar la Estrategia de Seguridad Individual en caso de que corresponda. El tercer instrumento es la Evaluación del Plan de Intervención, en donde se solicita registrar los cambios o adecuaciones, si son necesarios, en el Plan.

Es importante señalar que esta información debe ser completada en el sistema por la dupla psicosocial, o figura equivalente. Así mismo las modificaciones no deben sobrescribir la información en el sistema, sino que debe poder identificarse los cambios.

Instrumento 1: de Registro de Acciones Institucionales ante intento Suicida con o sin resultado de muerte.

Las instrucciones para completar el registro son:

Complete el Registro de Acciones por evento Intento Suicida de la forma más completa y rigurosa posible. Adjunte los antecedentes solicitados.

ACCIÓN	COMPLETAR O MARCAR
Fecha	____/____/____
Tipo de Atención	Marque la Acción que corresponda
	Entrevista con el niño, niña o adolescente
	Entrevista con Familiar
	Entrevista con Establecimiento Educativo

	Entrevista con Médico Tratante o Servicio de Salud	
	Atención Psicológica en el programa	
	Otra señale cuál (campo abierto)	
Participantes	Campo abierto (completar)	
Derivación	SI	*Adjuntar documento de derivación
	NO	
Objetivo	Campo abierto (completar)	
Descripción	Campo abierto (completar)	
Acuerdos	Campo abierto (completar)	

Instrumento 2: Evaluación de Estrategia de Seguridad Individual

Las instrucciones para completar el registro son:

Complete la Ficha Evaluación de la Estrategia de Seguridad de la forma más completa y ajustada a las respuestas del niño, niña o adolescente ante cada pregunta. Si el intento es reciente, considerar cuándo es el mejor momento para evaluar esta estrategia, genere un entorno seguro y de confianza. Señale que el objetivo de la actividad es que cuente con la mejor estrategia posible y que no tiene el fin de encontrar culpables o de cargar de culpa esta conversación, sino que identificar nuevas oportunidades o recursos. Recomendamos tener el plan anterior para esta conversación para poder evaluar sus distintos componentes.

Ítem 1- Pregunta introductoria

En el momento de la crisis usé el plan de seguridad individual	SI (Ir al Ítem 2 del Registro)
	NO
Si la respuesta es no, el sistema debe abrir la posibilidad de preguntar por qué no.	Campo abierto para registrar razones que señala el niño, niña o adolescentes para explicar el no uso de la ESI

Ítem 2- Preguntas para evaluar el plan

PREGUNTA	CATEGORIA		
¿Qué tan útil fue identificar las señales de alerta que están en mi plan cuando tuve una crisis suicida?	Muy útil	Medianamente útil	Nada útil

¿Qué tan útiles fueron las acciones empleadas por mi cuenta para sentirme mejor y evitar las crisis?	Muy útil	Medianamente útil	Nada útil
¿Qué tan útiles fueron las estrategias internas?	Muy útil	Medianamente útil	Nada útil
¿Qué tan útiles fueron los familiares o amigos que estaban identificados en el plan cuando enfrenté la crisis?	Muy útil	Medianamente útil	Nada útil
¿Qué tan útiles fueron para ti los contactos profesionales que estaban en el plan?	Muy útil	Medianamente útil	Nada útil
¿Qué tan útil reducir el acceso a medios letales? ¿pude efectivamente hacerlo?	Muy útil	Medianamente útil	Nada útil
Campo descriptivo abierto para registrar lo que funcionó y lo que no, y razones señaladas.	Lo que funcionó		
	Lo que no funcionó		

Ante eventos medianamente útiles o nada útiles marcados en el instrumento, el sistema SIS deberá indicar o sugerir la necesidad de completar una nueva versión de la Estrategia de Seguridad Individual. Esta nueva versión no debe sobrescribir la anterior y se deberá completar digitalmente utilizando el formato establecido.

Instrumento 3 Evaluación del Plan de Intervención Individual

INDICADOR	RESPUESTA
Le solicitamos evaluar el actual plan de intervención en relación al riesgo suicida que presenta el niño, niña o adolescente. Describa cómo los objetivos actuales, acciones planificadas e indicadores pueden contribuir o no al riesgo suicida	Campo abierto
¿Se requiere modificación del actual PII?	☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, se debe desplegar una versión editable del Plan para registrar una nueva versión.

c. Tercer Componente: Registro Asociado al Fallecimiento por Suicidio

En caso en que ocurra el fallecimiento de un niño, niña o adolescente producto de un suicidio, éste debe quedar adecuadamente registrado. Para ello se debe considerar en este componente tres instrumentos de registros: Registro de Acciones Institucionales del Caso, Registros de Autopsia Psicológica y autopsia Sociológica y el Registro de las acciones de Posvención, asociadas a las acciones emprendidas con otros pares, familiares o profesionales.

En la presente consultoría, no fue posible acceder a información de casos de niños, niñas o adolescentes que hayan fallecido producto de un suicidio. Por lo que esta propuesta se justifica en base a la literatura y el Plan Nacional de Suicidio. Esto busca ser una contribución al registro de lo que sucede en el caso de del fallecimiento y poder monitorear adecuadamente las acciones.

Según los estándares establecidos en el Programa Nacional de Prevención de Suicidio (2013), se solicita la realización por parte de los equipos de salud de la autopsia psicológica, y el programa debe poder completar la información requerida. La autopsia psicológica debe quedar en el sistema, ya sea de manera adjunta como archivo o scanner o completando el formulario. Se propone que se realice en las Direcciones Regionales de manera de reconstruir y analizar el contexto social y las relaciones de una persona fallecida en situaciones de suicidio. Es de carácter primariamente interpretativo, por ello se requiere una formación pericial de quién la ejecuta

Por otro lado, el registro de las acciones de Posvención son claves, pues corresponde al conjunto de acciones que se implementan tras una muerte por suicidio, con el objetivo de acompañar a personas, familias y comunidades afectadas (Hmhay,2024). No se restringe solo a la asistencia a las personas en duelo, sino también la asistencia a las personas que tradicionalmente no se clasificarían como sobrevivientes de una pérdida y que pueden sufrir efectos negativos por la exposición al suicidio, como cuidadores, pares, entre otros. En resumen, la posvención, se refiere a una respuesta organizada tras un suicidio con el fin de mitigar los efectos negativos de la exposición al suicidio.

Por ello, es esencial poder llevar un registro de las acciones emprendidas tras el fallecimiento por suicidio de uno niño, niña o adolescente, como son trabajadores y trabajadoras del programa, acciones asociadas a pares, es decir, otros niños, niñas y adolescentes, familiares, escuela. Cada uno de ellos se registra en el SIS y se exige una periodicidad que se establece para cada uno. El sistema debería poder exigir estos registros y desplegarlos para que sean completados por el profesional a cargo del caso o por el director del programa una vez ingresado en el sistema el fallecimiento.

Instrumento 1: Registro de Acciones Institucionales del Caso

Las instrucciones para completar el registro son: *Marque solo cuando la documentación fue enviada y adjunte cuando corresponda.*

ACCIONES	DOCUMENTACIÓN	MARCAR SI FUE ENVIADO Y ADJUNTE CUANDO CORRESPONDA
Envío a Dirección Regional la siguiente documentación (Resolución Exenta N° 149 - 2022) en un plazo de 4 días desde el fallecimiento (adjuntar en el Sistema)	Oficio de ingreso al proyecto (Orden de Tribunal).	
	Certificado de Nacimiento.	
	Certificado de Defunción.	
	Copia de la Denuncia ante el Ministerio Público.	
	Oficio al Tribunal correspondiente en el que se informa del fallecimiento.	
	Copia del Informe de Diagnóstico Clínico Especializado, Informes de Seguimiento y Pericias, si es que hubiere, o la herramienta de diagnóstico vigente.	
	Copia del Plan de Intervención Individual y/o Informes de Proceso.	
	Copia de Registro de atenciones de Salud y de recetas médicas, si las hubiere.	
	Informe señalando de manera expresa si el fallecimiento se produjo dentro o fuera de las dependencias del proyecto, domicilio particular o vía pública, indicando la comuna y el lugar específico del mismo	
Activar la Resolución Exenta N°154 o N° 155 (2022) según corresponda cuando exista sospecha de la intervención o auxilio al suicidio y dejar registro en el Sistema.		

Instrumento 2: Registro de Informe de Autopsia Psicológica y Autopsia Sociológica:

Las instrucciones para completar los siguientes registros son: *Marque el cada ítem de Registro de autopsia psicológica y sociológica según presencia o ausencia. Adjunte la mayor cantidad de antecedentes que tenga de la situación*

Ítem: Autopsia Psicológica

Ítems del Informe Autopsia Psicológica	Contiene SI/NO	
Resumen de entrevistas a familiares, amigos, compañeros/as de residencia si corresponde, compañeros de escuela, profesores/a y allegados de la víctima de suicidio.	Si	NO
Entrevistar a los/las profesionales que prestaron servicios proteccionales: descripción de factores de riesgo, intervenciones realizadas, resultado de estas.	Si	NO
Registro de una serie de materiales relevantes tales como las fotografías, notas, todo lo cual contribuye a definir sentimientos de sufrimiento, aislamiento, impacto de diagnósticos de enfermedades mentales y de experiencias adversas.	Si	NO
Informe de Registro histórico de señales y diagnósticos del sistema SIS.	Si	NO
Informe de Análisis de atención, derivaciones, continuidad de tratamientos, avances en el plan de intervención individual; para identificar oportunidades en la coordinación de servicios, recursos insuficientes o estigmatización de la salud mental. Este análisis permite identificar vacíos y mejorar la respuesta de los sistemas de protección	Si	NO
Informe de Análisis de Riesgo del Entorno: considera dimensiones medioambientales, asociadas a existencia de violencia comunitaria, estigma, exclusión. Acceso a bienes y servicios: escuela, salud, transporte, recreación y cómo éstas pudieron afectar el proceso suicidal	Si	NO
Informe Adjunto		

Ítem Autopsia Sociológica

Ítems del Informe Autopsia Sociológica		Contiene SI/NO	
Información familiar actualizada al momento del suicidio: padres, hermanos, hijos, relaciones familiares.		Si	NO
Antecedentes médicos: Enfermedades, tratamientos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, consumo de drogas y alcohol.		Si	NO
Antecedentes psicológicos actualizados: Diagnósticos psiquiátricos, historial de terapia, intentos de suicidio previos.		Si	NO
Factores sociales:	Relaciones interpersonales: Calidad de las relaciones con familiares, amigos, pareja, compañeros de estudios. Dificultades en las relaciones	Si	NO
	Apoyo social: Disponibilidad de redes de apoyo social, sentimiento de pertenencia.		
	Situación residencial: Tipo de vivienda, problemas con la vivienda.		
	Acontecimientos vitales: Cambios importantes en la vida, pérdidas, duelos, traumas.		
	Aislamiento social: Sentimiento de soledad, falta de contacto social.		
Factores psicológicos:	Estado emocional: Estado de ánimo, depresión, ansiedad, irritabilidad.	Si	NO
	Pensamientos suicidas: Presencia de ideas suicidas, planes suicidas, intentos previos.	Si	NO
	Autoestima: Nivel de autoestima, autoconcepto.	Si	NO

	Sentimientos de desesperanza: Pérdida de esperanza, falta de motivación.	Si	NO
	Patrones de afrontamiento: Formas de afrontar el estrés, la adversidad.	Si	NO
Otros Factores:	Eventos recientes: Problemas recientes, conflictos, situaciones estresantes.	Si	NO
	Uso de sustancias: Consumo de alcohol y drogas, impacto en la conducta.	Si	NO
	Mensajes o notas suicidas: Existencia de mensajes, cartas o notas dejadas por la persona.	Si	NO
	Información de la escena: Detalles del lugar donde ocurrió el suicidio, hallazgos en la escena.	Si	NO
	Información de la autopsia: Resultados de la autopsia, causa de la muerte.	Si	NO
Informe Adjunto		SI	NO

Instrumento 3: Registro de las Acciones de Posvención

Las instrucciones para completar los siguientes registros son: Complete el Registro de Acciones de posvención de la forma más completa y objetiva posible. Adjunte la mayor cantidad de antecedentes que tenga de la situación.

Ítem 1- Registro de Posvención para niños, niñas y adolescentes

POSVENCION NIÑOS/ADOLESCENTES	ACTIVIDADES	SE REALIZA	FECHA	PARTICIPANTES
Implementación de dos encuentros de posvención con niños, niñas adolescentes con un intervalo semanal entre uno y otro, se sugiere que sea realizado por un grupo de salud con asistencia de referentes institucionales ¹⁵	Encuentro 1: Conversación grupal en la que se planteen preguntas, sentimientos y opiniones, y, a la vez, se brinde información que ayude a comprender mejor lo que está pasando	SI	____/____/____	
		NO	Campo abierto para indicar razones de su no ejecución	
	Campo abierto para Juicio Profesional sobre resultados y evaluación de la intervención			
	Encuentro 2 se da	SI	____/____/____	

¹⁵ Revisar "Posvención por suicidio con adolescentes" Administración de los Servicios de Salud del Estado (asse) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF Uruguay) Autoras: Dra. Susana Grunbaum Psic. Carmen Rodríguez Septiembre 2022
https://bibliotecaunicef.uy/documentos/264_Posvencion%20por%20suicidio%20con%20adolescentes_WEB.pdf

	continuidad al proceso iniciado, basado en los resultados y temas emergentes del Encuentro 1 y un cierre con acción simbólica			
		NO	Campo abierto para indicar razones de su no ejecución	
		Campo abierto para Juicio Profesional sobre resultados y evaluación de la intervención		
Seguimiento	Se realiza en los dos meses siguientes, donde se realizan actividades de seguimiento en las que se reciben consultas espontáneas de los participantes de los encuentros o de otros interesados.	SI	___/___/___	
		NO	Campo abierto para indicar razones de su no ejecución	
			Campo abierto para Juicio Profesional sobre resultados y evaluación de la intervención	

Ítem 2- Registros de Posvención para para equipos de los proyectos (desarrollado por equipos regionales)

ACCIONES DE POSVENCIÓN STAFF	SE REALIZA	FECHA	PARTICIPANTES
Reunión del staff en grupos pequeños para compartir información, pensamientos y reacciones, y para enseñar cómo las señales se	SI	___/___/___	
	NO	Campo abierto para indicar razones de su no ejecución	

consideran normales en estas circunstancias (Maas, 2014). Se repite si es necesario.	Campo abierto para Juicio Profesional sobre resultados y evaluación de la intervención
--	--

Ítem 3- Registro de Posvención para familias de los proyectos (desarrollado por equipos de proyectos)

ACCIONES DE POSVENCIÓN FAMILIAS	SE REALIZA	FECHA	PARTICIPANTES
Reunión de dupla psicosocial con familia donde se permita reconocer la muerte y expresar su preocupación y donde los miembros de la familia puedan hablar y expresar sus pensamientos y sentimientos tanto como puedan.	SI	___/___/___	
	NO	Campo abierto para indicar razones de su no ejecución	
		Campo abierto para Juicio Profesional sobre resultados y evaluación de la intervención	
Seguimiento en los siguientes 3 meses siguientes con llamadas por teléfono demostrando que se interesan por su bienestar	SI	___/___/___	
	NO	Campo abierto para indicar razones de su no ejecución	
		Campo abierto para Juicio Profesional sobre resultados y evaluación de la intervención	

4. EJE 4: Registro del Plan Anual de Prevención del Suicidio

El Estado tiene la responsabilidad de garantizar el bienestar y la protección integral de niños, niñas y adolescentes, especialmente aquellos bajo su tutela. La implementación de planes de prevención del suicidio es un imperativo ético y se alinea con las políticas de salud pública nacionales e internacionales que buscan reducir la mortalidad por esta causa. En este sentido, un plan anual de prevención del suicidio es fundamental para ofrecer una protección integral y especializada, salvaguardando la vida y promoviendo el desarrollo saludable de todos los niños, niñas y adolescentes que son atendidos por el Servicio, independientemente de la modalidad de atención que reciban, y ajustando siempre los requerimientos de estos planes a la naturaleza del servicio que cada programa ofrece.

Una planificación bien elaborada y que sea compartida con los distintos profesionales y técnicos que trabajan en los proyectos, facilita la identificación oportuna de señales de alerta temprana y factores de riesgo. Esto permite una intervención pertinente y a tiempo, crucial para prevenir que la ideación suicida se convierta en una conducta real.

El protocolo de acción que se desprende de la resolución exenta N°1174 está referido a la prevención, detección y manejo del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes, y tiene por objetivo central establecer y transferir procedimientos para la implementación de dichas acciones, buscando estandarizar las respuestas y actuaciones mediante la elaboración e implementación de estrategias coordinadas, conocidas y con foco en la prevención. La recomendación es que esta exigencia se extienda también a los programas ambulatorios. Las orientaciones específicas para Residencias cubren desde aspectos generales del cuidado residencial, como las condiciones que debe cumplir toda residencia, y los vínculos entre cuidadores y niños, niñas y adolescentes, a aspectos más particulares, como las directrices para la detección y manejo del riesgo suicida.

El eje Registro del Plan Anual de Prevención del Suicidio considera un primer componente relacionado al Plan Anual que los proyectos deben elaborar en relación con la prevención del suicidio, y un segundo componente que gira en torno a la evaluación de dicho plan.

Contar con los Planes anuales de forma digital, permitirá tener un mayor seguimiento de los procesos, no solo a nivel de proyecto, sino de manera integrada. Se sugiere además que en el futuro, el informe anual pueda incorporar estadísticas, resúmenes de sintomatología que emerjan de la información agregada de los casos particulares abordados por ese proyecto, gracias a toda la información de los ejes anteriores y que favorecerán un monitoreo epidemiológico y de las acciones emprendidas, lo que facilitará la construcción del informe de Evaluación del Plan Anual.

a. Primer componente: Plan Anual

El Plan anual de prevención e intervención en conductas suicidas debe considerar la implementación de un proceso de detección activa de niños, niñas y adolescentes en riesgo a través de la aplicación de una pauta de evaluación y manejo de riesgo suicida. Junto a lo anterior deben proyectarse acciones para detectar factores que faciliten / disminuyan conductas suicidas. La construcción de este plan anual supone una serie de acciones que deben llevarse a cabo para su correcta implementación. Dichas acciones se ven reflejadas en la siguiente ficha de cumplimiento de actividades mínimas relacionadas a la elaboración del plan anual:

Instrumento 1: Registro de cumplimiento de actividades mínimas

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	SE REALIZA	
Entregar lineamientos a equipos técnicos para el diseño y ejecución de un "Plan Anual de Prevención e intervención en conductas suicidas"	Definición del equipo de trabajo para la elaboración del plan	SI	
		NO	
	Campo Abierto para identificar responsables:		
	Elaboración del plan	SI	
		NO	
	Fecha: ____/____/____		
	Reunión ampliada con profesionales y técnicos del proyecto para la socialización del Plan	SI	
		NO	
	Campo abierto para identificar participantes:		

	Fecha: ____/____/____	
	Coordinación con referentes de salud a cargo del tema suicidio para compartir el Plan elaborado	SI NO
	Campo abierto para identificar participantes:	
	Campo abierto para identificar acuerdos:	
	Definición de indicadores para realizar seguimiento y establecer los avances del Plan	SI NO
	Campo abierto para registrar indicadores:	

Se sugiere considerar este plan anual como una guía de navegación que marque las acciones a tomar en relación con la prevención del suicidio, incluyendo acciones en torno a la prevención, detección y manejo del riesgo suicida. El instrumento debe ser elaborado con el liderazgo de la dirección del proyecto y con la participación tanto de los profesionales y técnicos que conforman los equipos de trabajo.

Instrumento 2: Registro del Plan Anual

Se propone que el registro del plan pueda tener como mínimo los siguiente puntos:

COMPONENTE DEL PLAN	CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO
Objetivos	Estos deben ser alcanzables, medibles. El sistema debe permitir escribir el objetivo y a continuación la forma de medir el logro de ese objetivo.
Acciones de detección de riesgo	El sistema debe permitir desplegar las acciones de detección de riesgo suicida y su respectivo indicador de logro. Incluir cumplimiento de aplicación del monitoreo de señales y resultados obtenidos.
Acciones de seguimiento a los casos de riesgo	El sistema debe permitir desplegar las acciones y su respectivo indicador de logro. Incluir monitoreo de todos los registros asociados al seguimiento de casos con Alerta Temprana
Acciones de mejora asociados a los intentos de suicidio (con o sin resultado de muerte).	El sistema debe permitir desplegar las acciones y su respectivo indicador de logro Incluir el monitoreo de todos los registros asociados a los intentos de suicidio.
Acciones de posvención en caso de fallecimientos recientes (en el último año)	El sistema debe permitir desplegar las acciones y su respectivo indicador de logro Incluir el monitoreo de todos los registros asociados a este componente.
Acciones de mejora del entorno, personal o estrategias de abordaje	El sistema debe permitir desplegar las acciones y su respectivo indicador de logro

b. Segundo componente: Evaluación Plan Anual

El segundo componente consiste en la evaluación del plan elaborado. Esta evaluación consiste en una revisión semestral de las actividades planificadas y el grado de cumplimiento que éstas tengan. Es a partir de los indicadores establecidos en la fase de elaboración del plan que se debe llevar a cabo este seguimiento, de manera de evidenciar avances y áreas de rezago y así implementar acciones que apunten a la mejora progresiva de la implementación de las actividades que se hayan definido.

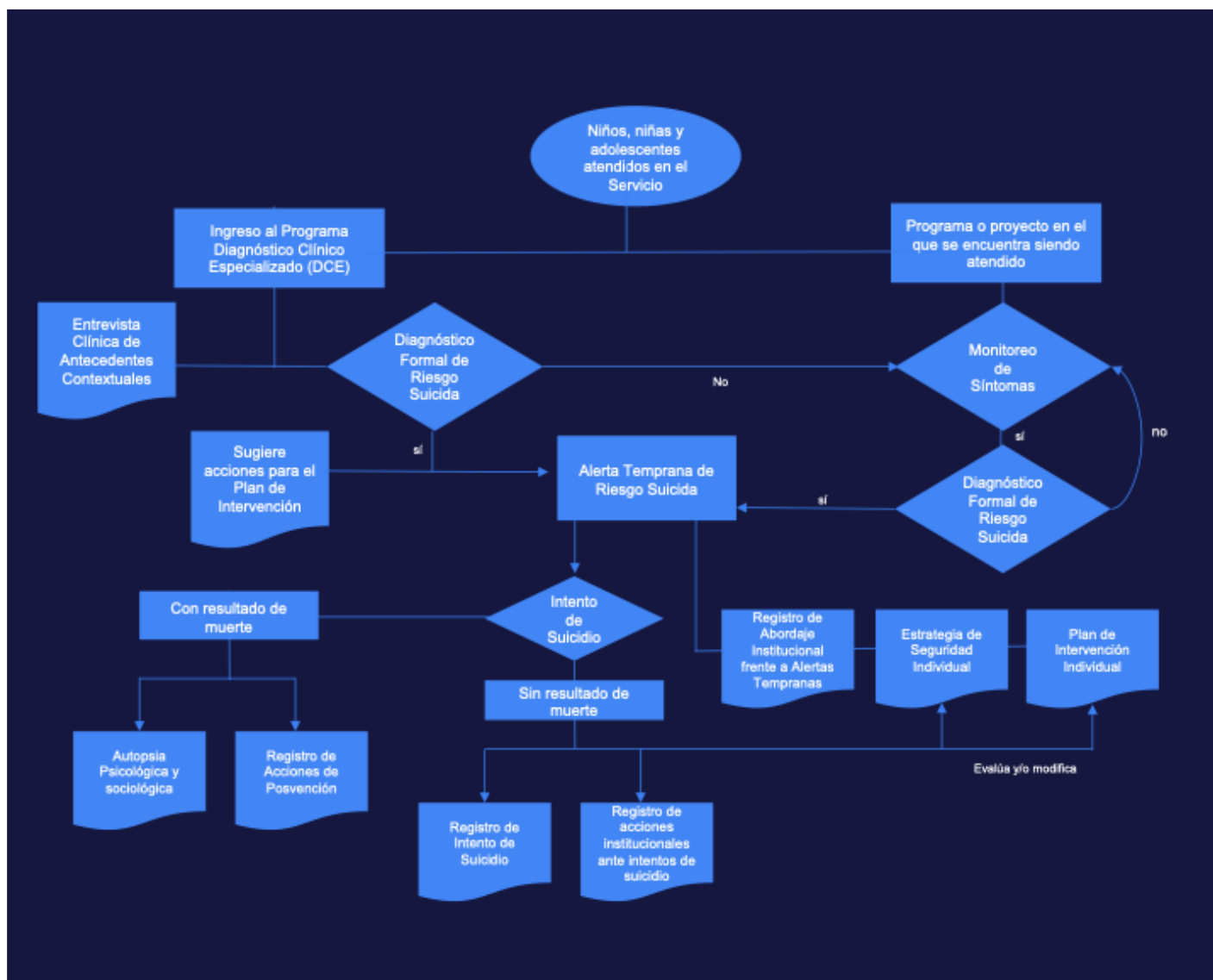
Debe ser completado por el director/a del programa, directamente en el sistema. Este registro se debería ver facilitado por la estandarización de los indicadores de esta propuesta.

INSTRUMENTO 2: Informe de Cumplimiento de Actividades Mínimas

Instrucciones: Complete el siguiente Informe de Cumplimiento de Actividades Mínimas, para cada uno de los componentes del plan le rogamos mostrar resultados tanto cualitativos como cuantitativos.

COMPONENTE DEL PLAN	DESCRIPCIÓN CUALITATIVA	INDICADOR DE LOGRO (SEGÚN LO DEFINIDO POR CADA UNO EN EL PLAN)
Objetivos		Indicador cuantitativo de logro
Acciones de detección de riesgo	Descripción de lo emprendido y lo logrado	Indicador cuantitativo de logro
Acciones de seguimiento a los casos de riesgo	Descripción de lo emprendido y lo logrado	Indicador cuantitativo de logro
Acciones de mejora asociados a los intentos de suicidio (con o sin resultado de muerte).	Descripción de lo emprendido y lo logrado	Indicador cuantitativo de logro
Acciones de posvención en caso de fallecimientos recientes (en el último año)	Descripción de lo emprendido y lo logrado	Indicador cuantitativo de logro
Acciones de mejora del entorno, personal o estrategias de abordaje	Descripción de lo emprendido y lo logrado	Indicador cuantitativo de logro
Resultado integrado: identifica brechas, oportunidades de mejora, logros alcanzados.	Juicio integrado	

A modo de Resumen la siguiente página muestra el flujo completo de los 3 Ejes de atención directa, no se presenta el Eje 4, pues este no tiene refiere a atención directa de niños, niñas o adolescentes, sino a un reporte administrativo.



VII. Conclusiones

El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes chilenos, especialmente en la adolescencia tardía (15-19 años), con un aumento significativo entre 2021 y 2022, y con incremento también en los suicidios consumados por mujeres respecto a aquellos cometidos por hombres. Por su parte, la población LGBTIQ+ presenta una mayor prevalencia de riesgo suicida en comparación con los jóvenes heterosexuales. Los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en sistemas de protección del Estado tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio que sus pares en la población general. Lo anterior, debido a la acumulación de factores de riesgo presentes en sus trayectorias vitales, entre los cuales pueden identificarse aquellos que responden a factores individuales o psicológicos (situaciones de abuso, desestructuración familiar, pérdidas significativas, experiencias de abandono), y los que son de carácter más bien socioculturales o que se relacionan con su entorno social (discriminación, falta de apoyo familiar, estigma social, bullying).

Una manera de hacer frente a esta situación tiene directa relación con la capacidad de equipos técnicos de establecer planes preventivos del suicidio, identificar a tiempo señales de alerta, sean éstas verbales o conductuales, implementar acciones de manejo del proceso suicidal oportunas y pertinentes, en concordancia con la fase suicida en que se encuentre el niño, niña o adolescente, y si ocurre un suicidio aplicar estrategias de posvención adecuadas para todos los afectados. Las normativas institucionales deben orientar todas estas acciones.

Todos estos procesos requieren ser registrados, con el fin de monitorear cada caso, teniendo a la vista el panorama completo de las acciones implementadas a través del tiempo en el circuito de atención de cada niño, niña y adolescente, así como sus resultados, para que la toma de decisiones sea informada y pueda evidenciar acciones exitosas, acciones fallidas, y de este modo insumar los modelos de intervención, así como dar cuenta del comportamiento epidemiológico del suicidio en el Servicio.

Considerando la escasa investigación internacional sobre registros y procesos de intervención en suicidio en niñas, niños y adolescentes dentro de sistemas de protección, es clave a este respecto contar con un sistema de registro sistemático y estandarizado para la planificación y evaluación de iniciativas, tanto para el de intervenciones como para la prevención y atención del suicidio en niñas, niños y adolescentes en sistemas de protección. Los sistemas de registro deben por tanto dejar de ser meros instrumentos administrativos y transformarse en herramientas dinámicas de protección y restitución de derechos.

Los hallazgos centrales de este estudio respecto a los formatos, procesos y flujos de registro de información relacionados a eventos de riesgo suicida, dan cuenta de que la forma en la cual se presenta la información, ya sea en el SIS o en las carpetas revisadas, es principalmente descriptiva y narrativa, no analítica. Esto no sólo dificulta la búsqueda de información y el análisis integral de los casos, sino que impide una evaluación profunda de la intencionalidad suicida, la evolución de las señales de riesgo o la conexión con diagnósticos de salud mental formales. Un ejemplo de lo anterior es que en solo el 4% de los registros analizados en el SIS se encontró una referencia a una escala de riesgo suicida.

Además, estos registros tienen un carácter estático y reactivo, es decir, la información contenida en ellos se organiza por eventos y no por procesos. Esto impide monitorear la

evolución del riesgo suicida en el tiempo y dificulta la implementación de estrategias de prevención y seguimiento planificadas. Asimismo, los profesionales tienden a actuar de forma reactiva ante los eventos en lugar de forma proactiva.

Por otra parte, los profesionales usan diversas instancias de registro, como carpetas de casos, planes de intervención, reportes de equipos y el SIS, además de medios no oficiales como correos y chats de mensajería. Esta multiplicidad de formas de registro genera una sobrecarga de trabajo y una gran inversión de tiempo en la recolección y el ordenamiento de la información, lo que resta tiempo a la intervención directa.

Lo anteriormente mencionado genera una importante dificultad para la toma de decisiones. En efecto, la falta de un registro específico y estandarizado hace que sea imposible generar reportes, levantar alertas tempranas o realizar un monitoreo epidemiológico adecuado del fenómeno del riesgo suicida. El SIS, por ejemplo, no es considerado una herramienta para la toma de decisiones, sino como un sistema de registro para informar a terceros.

De esta manera, se hace necesario pensar en una reestructuración de los sistemas de información, la implementación de protocolos estandarizados y una fuerte inversión en la capacitación del personal para que pueda registrar de forma adecuada el proceso suicida, sus fases y las acciones pertinentes.

Además, un sistema de registro debe contemplar la caracterización de las trayectorias que suelen tener los niños, niñas y adolescentes afectados por el fenómeno del suicidio. Al respecto, este estudio identificó que los factores de riesgo suicida de esta población están muy relacionados con problemas de salud mental, siendo los diagnósticos más prevalentes en esta población están asociados con el trauma complejo, autolesiones y trastornos como ansiedad, angustia, depresión, despersonalización y bipolaridad. De la mano con lo anterior, el consumo problemático de sustancias es un factor de riesgo clave, que se asocia con el trauma complejo y la desprotección familiar. Se ve como un mecanismo de evasión y un factor que puede alterar el juicio y aumentar la impulsividad en momentos de crisis.

Complementariamente a los factores asociados a la salud mental, se encuentran también factores sociales y familiares. En efecto, la familia y el entorno social juegan un rol crucial. El aislamiento social, la falta de redes de apoyo y el abandono parental radical son factores de riesgo importantes. La ausencia de figuras adultas estables contribuye a sentimientos de soledad y desesperación. Las experiencias traumáticas, como el abuso, el maltrato y la negligencia, también son causas de patologización y agudización de conductas de riesgo. Los registros deben informar sobre las trayectorias de daño especialmente para identificar experiencias de "reiteración traumática" y la falla del sistema para contener el riesgo.

El registro de estos factores requiere acompañarse con información sobre la presencia de tratamientos, la adhesión a ellos, o la existencia de profesionales o redes de apoyo que puedan participar en el proceso. Estos datos registrados permiten fortalecer la gestión y sistematización de la información, comprender mejor las trayectorias de los niños, niñas y adolescentes, y mejorar las estrategias de prevención del suicidio en esta población vulnerable.

En relación al registro actual de las acciones y procedimientos que el Servicio de Protección Especializada a la niñez y adolescencia para el manejo del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes, se identificó una falta de estandarización en los procedimientos. Aunque existen resoluciones como la Resolución Exenta N° 1.174 para la prevención, detección y manejo del riesgo suicida, su conocimiento y aplicación por parte de los equipos es bajo, lo que redundará en una ausencia de acciones registradas en respuesta a esta Resolución.

También, se observó un uso inadecuado de otras normativas, como las Resoluciones Exentas N° 154 y N° 155, que en realidad solo aplican cuando hay sospecha de un delito o la intervención de terceros. Esta ambigüedad normativa genera confusión y burocratización. Lo anterior se da en un contexto de un enfoque reactivo y no preventivo, lo que implica que el sistema se activa principalmente después de un intento de suicidio, sin una evaluación formal y regular del riesgo o señales previas de alerta. Las acciones se despliegan como una reacción a una contingencia, y no como parte de un plan de prevención.

Tal como se desprende de los apartados previos, es fundamental por una parte, contar con un registro cuya información no se encuentre fragmentada ni dispersa de manera de facilitar el monitoreo de los casos y, por otra, continuar con los esfuerzos en la línea de potenciar la preparación profesional de los equipos profesionales para la evaluación del riesgo suicida.

En consideración de lo anteriormente expuesto la propuesta de Diseño de Registro de historias de daño y de riesgo suicida que se expuso en este informe, recogió los hallazgos y el análisis del estudio de diversas fuentes de información: revisión bibliográfica, análisis de registros de eventos del SIS y de carpetas de niños, niñas y adolescentes, así como del levantamiento de información directa a través de entrevistas a actores claves. Por ello, atiende de manera central los puntos críticos encontradas en el estudio, tales como sistematicidad, temporalidad de registros, información sustentada en instrumentos validados, duplicación de registros, formatos y métodos para evaluar riesgo y definir de acciones a seguir, uso de resoluciones exentas, monitoreo.

Además, la propuesta se basa en el reconocimiento de la necesidad que tiene el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, de responder a los estándares establecidos por la Ley sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, en particular aquellos relacionados con la atención a la trayectoria vital de cada niño, niña y adolescente. Esto implica avanzar hacia un expediente único, y utilizar la mejor tecnología digital posible para hacer efectivo el acceso oportuno a la información, su monitoreo permanente, y facilitar un registro que oriente la toma de decisiones para una fuerza de trabajo que rota frecuentemente, y que no siempre cuenta con la formación adecuada para un registro abierto, que solo recoge información proveniente del juicio profesional.

En el marco de lo anterior, de manera paralela a la implementación de este diseño de registro, es recomendable instalar capacidades y competencias en los equipos de los proyectos para que estén en condiciones de usar un sistema de registro de eventos referidos a suicidio. Adicionalmente, es necesario que se formalice el alcance de la responsabilidad del Servicio en el abordaje del proceso suicidal, ya que tratándose de un fenómeno que involucra al intersector, particularmente a salud, el ámbito de responsabilidades no está siempre claro.

Este estudio ha permitido identificar importantes brechas y desafíos en el abordaje del riesgo suicida al interior del sistema de protección especializado en Chile, tanto en el ámbito del diagnóstico como en la respuesta institucional. Uno de los hallazgos más relevantes es la dificultad actual para generar información confiable y útil a partir del sistema de registro (SIS), lo que limita gravemente la posibilidad de hacer seguimiento a casos de riesgo suicida, conocer su evolución, y evaluar la eficacia de las intervenciones implementadas. En este sentido, la inexistencia de módulos específicos, categorías estandarizadas, y protocolos operativos comunes, impide hoy responder preguntas básicas como cuántos intentos de suicidio se han producido, cuántas muertes han ocurrido, qué medidas se han adoptado en esos casos, y qué resultados han tenido dichas acciones. En consecuencia, este estudio confirma la necesidad urgente de contar con un sistema de registro específico que permita monitorear señales, aplicar diagnósticos, seguir la evolución de los casos y registrar acciones preventivas, reactivas y de posvención.

La propuesta que se presenta busca justamente superar estas limitaciones. Se trata de un sistema estructurado en tres ejes complementarios —monitoreo de señales, registro de intentos suicidios con y sin resultado de muerte, y plan anual de prevención— que permite integrar tanto la detección temprana del riesgo como el seguimiento clínico y la articulación institucional. El diseño propuesto permite que estos elementos se incorporen al SIS o a su sistema sucesor, no como componentes aislados, sino como parte de una lógica de intervención continua que considera la trayectoria del niño, niña o adolescente en el sistema. A su vez, este registro se ha construido a partir de estándares nacionales e internacionales, y dialoga tanto con las exigencias normativas vigentes (como la Resolución Exenta N° 1.174) como con los desafíos particulares de cada modalidad de atención, ya sea residencial o ambulatoria.

Uno de los principales aportes de esta propuesta es que traslada el foco desde una lógica de intervención “reactiva” —en la que se actúa una vez ocurrido un intento de suicidio o una muerte— hacia una lógica proactiva y preventiva. El énfasis en el monitoreo permanente de señales, la aplicación de instrumentos estandarizados como la Escala de Columbia, la generación de alertas automáticas, y el seguimiento formal del riesgo, permite actuar de forma anticipada, y no solamente como respuesta frente a eventos críticos. Esto requiere, a su vez, una transformación en la cultura de registro: se propone avanzar hacia un sistema totalmente digitalizado que elimine las carpetas físicas y unifique los distintos canales de información, aliviando la carga administrativa del personal y mejorando la trazabilidad de cada caso.

El estudio también enfatiza la necesidad de extender ciertas obligaciones, actualmente aplicables sólo a Residencias, a los programas ambulatorios. Entre ellas se incluyen la implementación de estrategias de seguridad individual, la elaboración de planes de intervención con objetivos explícitos frente al riesgo suicida, y la incorporación de un Plan Anual de Prevención que oriente la acción de los equipos. La propuesta ha sido diseñada para facilitar esta expansión, adaptando los instrumentos al contexto y dinámica de cada modalidad, pero manteniendo estándares mínimos comunes para todo el sistema. De este modo, se busca generar un abordaje transversal y coherente frente a un fenómeno complejo, que afecta especialmente a niños, niñas y adolescentes que han vivido procesos de desprotección y daño.

En síntesis, la propuesta de diseño de registros de este estudio se sostiene en un completo análisis de la literatura sobre sobre suicidio en niños, niñas y adolescentes que se encuentran en protección especializada y su relación con los hallazgos y análisis de la información recogida en los registros existentes en el Servicio y en entrevistas con un amplio grupo de actores relevantes en los distintos niveles de operación del Servicio. Con esta información diseñó la propuesta de registro que este informe contiene.

La propuesta que se presenta propone un cambio sustantivo en el abordaje del riesgo suicida en el sistema de protección especializado: pasar de registros fragmentados e insuficientes a un modelo integral, digital y centrado en el bienestar del niño, niña o adolescente. Se espera que esta propuesta no sólo permita mejorar la capacidad del sistema para prevenir y actuar frente al suicidio, sino también contribuir a una cultura institucional que ponga en el centro la vida, la dignidad y los derechos de quienes han sido más vulnerados.

VIII.Recomendaciones

Este estudio identificó brechas para la implementación adecuada de la propuesta de Diseño del Sistema de Registro de historias de daño y riesgo suicida de niños, niñas y adolescentes del Servicio, en virtud de aquello se plantean las siguientes recomendaciones:

- La futura construcción del Sistema de Registro de historias de daño y riesgo suicida debe basarse en enfoque modular, que optimice la tecnología, la gobernanza de datos y la interoperabilidad, particularmente con las áreas de salud y educación. Esto supone, además, basarse en una lógica de expediente único que permita trazabilidad en la trayectoria de cada niño, niña y adolescente recibiendo atenciones del Servicio y de otras reparticiones del estado, lo que se factibiliza a través de la digitalización del registro.
- Respecto de la digitalización, se propone que ésta aborde de forma total las intervenciones, con miras a la eliminación progresiva de las carpetas físicas. Esto no implica prescindir completamente de registros impresos, sino que el sistema deberá permitir la generación de copias físicas de los antecedentes digitalizados, en caso de requerirse para visitas, fiscalizaciones u otras instancias, garantizando siempre el acceso a la información actualizada y centralizada.
- El Diseño debe considerar una revisión continua de los Ejes y Componentes del registro, así como de sus instrumentos, dada mutación permanente de la sintomatología, así como de la aparición de nuevos factores de riesgo. Junto con esto, la premisa que subyace a esta revisión continua, tal como lo señalan Horowitz et. al (2021) es que no existe un enfoque universal para la prevención del suicidio. Por ello, se requerirá siempre de una detección y registro universal del riesgo de suicidio, así como una detección y registro específico, con mejoras y adaptaciones permanentes a las necesidades específicas de las poblaciones de alto riesgo como la atendida por el Servicio.
- Los mismos autores indican que las evaluaciones de riesgo basadas en la evidencia deben convertirse en parte integral de cualquier evaluación de admisión y registro en un Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, por lo que el personal de estos servicios debe recibir capacitación en evaluación del riesgo de suicidio, planificación de seguridad y consejería de seguridad con medios letales, además de monitorear señales para seguir la evolución de los casos y registrar acciones preventivas, reactivas y de posvención.

En este sentido, el registro por sí solo no resuelve el riesgo suicida, y que tan relevante como contar con un sofisticado Sistema de Registro, es ofrecer intervenciones pertinentes, oportunas y articuladas con las intervenciones implementadas en salud, educación y otros servicios de niñez.

Al respecto, la capacidad instalada en los equipos de intervención directa para un registro de proceso suicidal, actúa como condición de base en términos de garantizar que éstos cuenten con conocimientos de riesgo suicida y proceso suicidal, para diseñar,

implementar y evaluar planes preventivos del proceso suicidal, así como para detectar tempranamente riesgo suicida.

Sumado a la capacitación es relevante considerar que muchas veces el acto de registrar, se transforma en una actividad automatizada, la cual puede llegar incluso a ser percibida como un elemento entorpecedor de la labor de los programas, al requerir una inversión importante de tiempo y recursos humanos que podrían ser destinados a la intervención.

Lo anterior es particularmente difícil de abordar, tomando en consideración la importante cantidad de instancias legales y administrativas en que los equipos se encuentran sujetos a la obligación de registro y comunicación. Los programas no solamente deben registrar para efectos de su funcionamiento interno, sino que además deben periódicamente informar tanto a los tribunales de justicia como a las autoridades administrativas del Servicio y el intersector, en relación con evaluaciones, eventos, procesos y resultados de las acciones de intervención. Esto implica una carga de trabajo importante, lo que contribuye a que, en la experiencia de muchos equipos, el registro se transforme en un obstáculo para su trabajo, y no en una acción que aporte efectivamente a la mejor planificación de las acciones de protección.

Por ello, el diseño de registro debe ser socializado para evitar resistencias de los equipos a su uso, en cuyo caso sus potenciales beneficios quedan relegados. Por lo que es muy importante la capacitación y exigencia del uso de esta plataforma como estrategia de intervención. Para ello es esencial que quienes ingresan la información vean los beneficios, para su propia gestión, el utilizar este tipo de sistemas de modo que no sean percibidos como un requerimiento que solo acarrea mayor trabajo sin beneficios para el desarrollo de sus funciones y labores.

- La responsabilidad del Servicio respecto de contar con planes de prevención del suicidio en sus proyectos, debe implementarse e, idealmente, éstos deben estar articulados con la política de prevención del suicidio del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación. Estos planes de prevención debieran orientar el registro de indicadores de riesgo que se compartan intersectorialmente, en lo referido a la población de niños, niñas y adolescentes del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

Esta articulación de las orientaciones de prevención y manejo suicida de niños, niñas y adolescentes requiere además una delimitación de responsabilidades para cada actor, y en lo que respecta al Servicio es fundamental que se formalice el alcance de su responsabilidad en el abordaje del proceso suicidal, ya que tratándose de un fenómeno que involucra al intersector, particularmente a salud, el ámbito de responsabilidades no está siempre claro.

- En esta línea, los hallazgos del estudio enfatizan la necesidad de extender ciertas obligaciones, actualmente aplicables sólo a Residencias, a los programas ambulatorios. Entre ellas se incluyen la implementación de estrategias de seguridad individual, la

elaboración de planes de intervención con objetivos explícitos frente al riesgo suicida, y la incorporación de un Plan Anual de Prevención que oriente la acción de los equipos. La propuesta ha sido diseñada para facilitar esta expansión, adaptando los instrumentos al contexto y dinámica de cada modalidad, pero manteniendo estándares mínimos comunes para todo el sistema. De este modo, se busca generar un abordaje transversal y coherente frente a un fenómeno complejo, que afecta especialmente a niños, niñas y adolescentes que han vivido procesos de desprotección y daño.

IX. Bibliografía

H.D. Anderson (2011) Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the U.S. child welfare system *J Clin Child Adolesc Psychol*, 40 (6) (2011), pp. 790-796, [10.1080/15374416.2011.614588](https://doi.org/10.1080/15374416.2011.614588)

Ayer L, Hassler G, Ohana E, Sheftall AH, Anderson NW, Griffin BA. Longitudinal trajectories of suicidal ideation among child welfare-involved 7- to 12-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024;65(11):1453-1465. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13999>

Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J., & Skouteris, H. (2019). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (Oo HC) settings. *Health & Social Care in the Community*, 27(3). <https://doi.org/10.1111/hsc.12621>

Balt, E., Mérelle, S., Robinson, J., Popma, A., Creemers, D., van den Brand, I., van Bergen, D., Rasing, S., Mulder, W., & Gilissen, R. (2023). Social media use of adolescents who died by suicide: lessons from a psychological autopsy study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00597-9>

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *JAMA*. 1975;234(11). doi:10.1001/jama.1975.03260240050026

Bilsen J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>

Bjureberg, J., Dahlin, M., Carlborg, A., Edberg, H., Haglund, A., & Runeson, B. (2021). Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screen Version: initial screening for suicide risk in a psychiatric emergency department. *Psychological medicine*, 52(16), 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000751>

Bradley, C. (2018). Revealing the inner world of traumatised children and young people: An attachment-informed model for assessing emotional needs and treatment. Jessica Kingsley Publishers.

Bustos Villarroel, A., Pereda, N., & Suárez-Soto, E. (2024). Mental health and suicidal behaviour in Chilean youth during the Covid-19 pandemic. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 52(4) 453-463. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i4.1622>

Bustos Villarroel, Alexis, & Pereda Beltrán, Noemí. (2024). Polivictimización y conducta suicida en tiempos de COVID-19 en jóvenes que participan en proyectos de la red Sename/Mejor Niñez. *Límite (Arica)*, 19, 10. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652024000100210>

Bühning, Vasily, & Inostroza, Carolina. (2022). Ideación e intento suicida en jóvenes lesbianas, gays y bisexuales de Chile: estudio comunitario online. *Revista médica de Chile*, 150(3), 324-330. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000300324>

Center for Substance Abuse Treatment. (2014). Understanding the impact of trauma. *In Trauma-informed care in behavioral health services*. Substance Abuse and Mental Health

Services Administration (US), Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK207191/> >

Chesin, M., Adler, E., & Feinberg, M. (2021). Suicidal behavior and the media. In R. Miranda & E. Jeglic (Eds.), *Handbook of Youth Suicide Prevention*. Springer Nature Switzerland (pp. 105–114). https://doi.org/10.1007/978-3-030-82465-5_7

Collins-Camargo, C., McBeath, B., & Ensign, K. (2011). Privatization and Performance-Based Contracting in Child Welfare: Recent Trends and Implications for Social Service Administrators. *Administration in Social Work*, 35(5), 494–516. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.614531>

CONASET (2020) Defunciones de jóvenes por gran grupo de causa de muerte y causas específicas Observatorio de Datos Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito Abril 2020. Recuperado de https://www.conaset.cl/wpcontent/uploads/2020/04/Causas_muerte_jóvenesDEIS2017.pdf

Donna A. Ruch, Armin Munir, Danielle L. Steelesmith, Jeffrey A. Bridge, Cynthia A. Fontanella, (2023) Characteristics and precipitating circumstances of suicide among youth involved with the U.S. child welfare system, *Children and Youth Services Review*, Volume 144, 2023, 106749, ISSN 0190-7409, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106749>

Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., & Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry research*, 287, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553> Shneidman E. Final thoughts and reflections. *The suicidal Mind*. New York: Oxford University Press; 1996; pp.157–166.

Duprey, E. B., Handley, E. D., Wyman, P. A., Ross, A. J., Cerulli, C., & Oshri, A. (2023). Child maltreatment and youth suicide risk: A developmental conceptual model and implications for suicide prevention. *Development and Psychopathology*, 35(4), 1732–1755. doi:10.1017/S0954579422000414

Echeburúa, Enrique. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

Erbaro, C., & Lewkowicz, V. (2020). Los sistemas de registro de información como instrumentos para la gestión de políticas públicas para niñas, niños y adolescentes. El caso de la Ciudad de Buenos Aires. *Ciudadanías. Revista De Políticas Sociales Urbanas*, (2). Recuperado a partir de <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/538>

Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt, and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.020>

N. Gautam, M.M. Rahman, R. Khanam (2024) Adverse childhood experiences and externalizing, internalizing, and prosocial behaviors in children and adolescents: a longitudinal study *J Affect Disord*, 363 (2024), pp. 124-133, 10.1016/j.jad.2024.07.064

Giddens, J. M., & Sheehan, D. V. (2014). Is There Value in Asking the Question "Do you think you would be better off dead?" in Assessing Suicidality? A Case Study. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(9-10), 182-190.

G. Alejandro Gómez (2012) Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 23, Issue 5, 2012, Pages 607-615, ISSN 0716-8640

G. Geulayov, D. Casey, L. Bale, *et al.* Self-harm in children 12 years and younger: characteristics and outcomes based on the Multicentre Study of Self-harm in England *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 57 (1) (2022), pp. 139-148, [10.1007/s00127-021-02133-6](https://doi.org/10.1007/s00127-021-02133-6)

Gómez Chamorro, A. (2021). La conducta suicida como proceso. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional De Filosofía*, 1(16), 119-128. <https://doi.org/10.69967/07194773.v1i16.313>

Gómez, M. (2000). Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias humanas*, 20(1), 103-113.

Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., & Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733-741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>

Gutiérrez Lobos, R. H (2023). *Estudio suicidio adolescente en Chile. ESACH 2013. Actualización estadística: Variaciones y tendencias. Enero 2013 a marzo 2023*. Fundación Educacional Convivo.

Gutiérrez, D. (2009). La Construcción de Indicadores como Problema Epistemológico. *Cinta de moebio*, (34), 16-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2009000100002>

Hamilton, J. L., Biernesser, C., Moreno, M. A., Porta, G., Hamilton, E., Johnson, K., Poling, K. D., Sakolsky, D., Brent, D. A., & Goldstein, T. G. (2021). Social media use and prospective suicidal thoughts and behaviors among adolescents at high risk for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1203-1212. <https://doi.org/10.1111/sltb.12801>

T. Heffer, T. Willoughby (2021) A person-centered examination of emotion dysregulation, sensitivity to threat, and impulsivity among children and adolescents: an ERP study
T.A. Duarte, S. Paulino, C. Almeida, H.S. Gomes, N. Santos, M. Gouveia-Pereira

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Hachette UK. [Basic Books](#)
<https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1185701>

Hughes J L, Horowitz L M, Ackerman J P, Adrian M C, Campo J V, Bridge J A et al. (2023). Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention *BMJ*. doi:10.1136/bmj-2022-070630

Isobel S. (2021). Trauma-informed qualitative research: Some methodological and practical considerations. *International journal of mental health nursing*, 30 Suppl 1, 1456–1469. <https://doi.org/10.1111/inm.12914>
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 57 (10) (2018), pp. 733-741, [10.1016/j.jaac.2018.06.018](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018)

Jiménez M., A., Duarte V., F., Vargas G., B., Riquelme B., A., & Martínez N., V. (2024). Recomendaciones para la actualización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Integrando participación territorial y evidencia. Policy Brief. *Ministerio de Salud, Universidad de San Sebastián, Universidad de Chile*. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Recomendaciones-para-la-Actualizacion-del-Programa-Nacional-de-Prevencion-del-Suicidio_v3.pdf

Jimeno Jiménez, María Verónica (2016) Experiencias traumáticas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-social y la memoria autobiográfica en adolescentes institucionalizados comparación con un grupo de control Tesis Doctoral [Departamento de Psicología](#) Universidad de Castilla-La Mancha

Katz, C. C., Gopalan, G., Wall, E., Leoni-Hughes, H., Pargiter, T., & Collins, D. (2024). Screening and assessment of suicidal behavior in transition-age youth with foster care involvement. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 41(5), 667–679. <https://doi.org/10.1007/s10560-023-00913-4>

Larrosa, Juan. (2016). Leyes de valoración de redes. *Redes de Ingeniería*. 7. 183. [10.14483/udistrital.jour.redes.2016.2.a07](https://doi.org/10.14483/udistrital.jour.redes.2016.2.a07).

Larrosa, M., Pepe, M. L., Gabay, G., Molina, C., Paradela, C., & Crocco, C. (2016). Herramientas CiRM y las nuevas TICs como soporte del Gobierno Electrónico. *Reddi: Revista Digital del Departamento de Ingeniería*

M. Olfson, M. Wall, S. Wang, et al. (2018) Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults *Pediatrics*, 141 (4) (2018), Article e20173517, [10.1542/peds.2017-3517](https://doi.org/10.1542/peds.2017-3517)

M.K. Nock, T.E. Joiner Jr., K.H. Gordon, E. Lloyd-Richardson, M.J. Prinstein Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts *Psychiatry Res*, 144 (1) (2006), pp. 65-72, [10.1016/j.psychres.2006.05.010](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010)

Marchant A, Hawton K, Burns L, Stewart A, John A (2021) Impact of Web-Based Sharing and Viewing of Self-Harm–Related Videos and Photographs on Young People: Systematic Review *J Med Internet Res* 2021;23(3):e18048 doi: [10.2196/18048](https://doi.org/10.2196/18048)

Mica Goulbourne, Farah W. Brink, Xueting Xia, Danielle L. Steelesmith, Donna Ruch, Jeffrey A. Bridge, Charmaine B. Lo, Cynthia A. Fontanella, (2025) Deliberate Self-Harm Among Youth in the Child Welfare System, JAACAP Open

Miguel Cillero y Jorge Vitar (2022) Responsabilidad penal adolescente materiales docentes 60 ©, por los textos, 2022 © Academia Judicial de Chile, Santiago de Chile academiajudicial.cl

MINSAL (2022) Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Revisado en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Programa-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-Jovenes-MINSAL-2023.pdf>

MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales: Programa Nacional de Prevención de Suicidio (Primera versión)*. Recuperado de <https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2023/04/GUIA-PREVENION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>

MINSAL(2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Norma General Administrativa N° 027*. Departamento de Salud Mental. Recuperado de <https://uchile.cl/dam/jcr:a952bo85-6686-4a7b-81e4-co15bccf18ab/programa-nacional-prevencion.pdf>

MINSAL (2022). *Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010-2019*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

MINSAL (2023). Respuesta a solicitudes de acceso a la información pública: Folios N° AO001T0019725 y AO001T0019376.

Mitchell, M.B. "No One Acknowledged My Loss and Hurt": Non-death Loss, Grief, and Trauma in Foster Care. *Child Adolesc Soc Work J* **35**, 1–9 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0502-8>

National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH). (2017). *Suicide by children and young people*. Manchester: University of Manchester. Recuperado de <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/8iQSVl.pdf>

Navarrete Betancort, E. M., Herrera Rodríguez, J., & León Pérez, P. (2019). *Los límites de la prevención del suicidio*. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214.

Nevarez Flores, A. G., Martin, A., Bartkowiak-Theron, I., Makin, J., Norris, K., Castle, D., & Neil, A. L. (2024). The impact of suicide registers and other monitoring systems on suicide prevention: A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*. 70(7):1211-1233.

Observatorio de Derechos Defensoría de la Niñez. (2022). *No hay justicia sin verdad: Avances en la tramitación de causas de fallecimientos de niños, niñas y adolescentes en la red Sename* (Informe Política Pública N°3). Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-poli%CC%81ticas-pu%CC%81blicas-N%C2%BA3.pdf>

Observatorio Para la Confianza. (2021). *Informe 2020: Situación de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes bajo protección del Estado de Chile.*

O'Connor RC, Nock, MK (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1): 73–85.

O'Connor, R. C., & Robb, K. A. (2020). Identifying suicide risk factors in children is essential for developing effective prevention interventions. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), 292–293. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30094-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30094-8)

O'Hare, K., Watkeys, O., Dean, K., Tzoumakis, S., Whitten, T., Harris, F., Laurens, K. R., Carr, V. J., & Green, M. J. (2023). Self-harm and suicidal ideation among young people is more often recorded by child protection than health services in an Australian population cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(12), 1527–1537. <https://doi.org/10.1177/00048674231179652>

Okasha, A., Lotaif, F. and Sadek, A. (1981), Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63: 409–415. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>

Olson, Robert (2019) The accuracy and reliability of suicidestatistics: Why it matters Infoexchange Article #25. <https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2021/05/Suicide-stats-article-web.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2014) *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS, 2014. 1. Intento de Suicidio. 2. Suicidio – prevención & control. 3. Ideación Suicida. 4. Programas Nacionales de Salud. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978-92-75-31850-8 (Clasificación NLM: HV 6545) © Organización Mundial de la Salud, 2014

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicide*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Fact sheets: Suicide*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Osteen, P. J., Lacasse, J. R., Woods, M. K., Greene, R., Frey, J. J., & Forsman, R. (2018). Training youth services staff to identify, assess, and intervene when working with youth at high risk for suicide. *Children and Youth Services Review*, 86, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.008>

[Daniel Pérez-González](#), Pedro Solana-González (2010) Del CRM al CRM 2.0, posibles efectos de su aplicación en la administración pública. In book: *Proceedings of the IASK International Conferences E-Activity and Leading Technologies 2010 & Intertic 2010* (pp.295-305) International Association for the Scientific Knowledge (IASK)

Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. (2015) The longitudinal course of nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015;2:2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

Rostill-Brookes, H., Larkin, M., Toms, A., & Churchman, C. (2011). A shared experience of fragmentation: Making sense of foster placement breakdown. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(1), 103–127

Rostill-Brookes, H., Larkin, M., Toms, A., & Churchman, C. (2011). A shared experience of fragmentation: Making sense of foster placement breakdown. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(1), 103–127

Rubin, A., Smith, D. M., Lawson, W. C., & Fox, K. R. (2022). Suicide and self-harm prevention and intervention in LGBTQIA+ youth: Current research and future directions. En *Youth suicide prevention and intervention: Best practices and policy implications* (pp. 115–123).

Ruch, A., Munir, A., Steelesmith, D. L., Bridge, J. A., & Fontanella, C. A. (2023). Characteristics and precipitating circumstances of suicide among youth involved with the U.S. child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 144, 106749. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106749>

Runkle, J. D., Yadav, S., Michael, K., Green, S., Weiser, J., & Sugg, M. M. (2022). Crisis response and suicidal patterns in U.S. youth before and during COVID-19: A latent class analysis. *The Journal of Adolescent Health*, 70(1), 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.003>

Russell, D. H., Trew, S., & Higgins, D. J. (2021). Vulnerable yet forgotten? A systematic review identifying the lack of evidence for effective suicide interventions for young people in contact with child protection systems. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 91(5), 647–659. <https://doi.org/10.1037/ort0000555>

Salvo G., Lilian, Florenzano U., Ramón, & Gómez Ch., Alejandro. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 149(6), 913–919. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400913>

Salvo, L., Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev. NeuroPsiquiatr* 2008: 46(2): 115-123.

Santelices, M. P., Barrera, P., Undurraga, C., Valenzuela, E., Viviani, P., Hamilton, J., & Murillo, J. (2024). Analyzing the relationship between individual and cumulative score of adverse

childhood experiences (ACEs) with self-reported mental health disorders in Chile. *Child Abuse & Neglect*, 155, 106997.

Sarmiento, M & Pérez, C & Durán, Y & Upegui, Daniel & Rodríguez, F. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes.

Scourfield, J., Fincham, B., Langer, S., & Shiner, M. (2012). Sociological autopsy: an integrated approach to the study of suicide in men. *Social science & medicine* (1982), 74(4), 466–473. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.054>

Seiler, A., Kohler, S., Ruf-Leuschner, M., & Landolt, M. A. (2016). Adverse childhood experiences, mental health, and quality of life of Chilean girls placed in foster care: An exploratory study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 180–187. <https://doi.org/10.1037/tra0000037>

Statista Research Department. (2024). Suicidio en América Latina y el Caribe: Datos estadísticos. Recuperado de <https://es.statista.com/temas/11007/suicidio-en-america-latina-y-el-caribe/#topFacts>

Suicide Prevention Resource Center. (2017). Breaking down barriers: Using youth suicide-related surveillance data from state systems. Waltham, MA: Education Development Center, Inc.

H.N. Taussig, S.B. Harpin, S.A. Maguire (2014) Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care *Child Maltreat*, 19 (1) (2014), pp. 17-26, [10.1177/1077559514525503](https://doi.org/10.1177/1077559514525503)

Thompson, R., Briggs, E., English, D. J., Dubowitz, H., Lee, L. C., Brody, K., Everson, M. D., & Hunter, W. M. (2005). Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child maltreatment*, 10(1), 26–36. <https://doi.org/10.1177/1077559504271271>

Thompson, E. C., Thomas, S. A., Burke, T. A., Nesi, J., MacPherson, H. A., Bettis, A. H., et al. (2021). Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically hospitalized adolescents pre- and post-COVID-19: A historical chart review and examination of contextual correlates. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100100. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100100>

Tomás Montero Hernanz (2025) El acogimiento familiar, la adopción y el interés superior del menor *Diario La Ley*, ISSN 1989-6913, N° 10654, 2025

Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., et al. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723–733. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>

Trew, S., Russell, D. H., & Higgins, D. (2020). Effective interventions to reduce suicidal thoughts and behaviours among children in contact with child protection and out-of-home care systems – a rapid evidence review. *Institute of Child Protection Studies*, Australian Catholic University. <https://doi.org/10.26199/5f1771a5a6b9e>

U.S. Department of Health and Human Services (HHS), National Strategy for Suicide Prevention. Washington, DC: HHS, April 2024.

Van Der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841>

Vibeke, S., & Turney, D. (2017). The role of professional judgement in social work assessment: a comparison between Norway and England. *European Journal of Social Work*, 20(1), 112-124.

Legislación y normativa

Ley N° 21.430, de 2022, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia

Ley N° 21.430, de 2022, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2022). Resolución Exenta N° 155 que aprueba procedimiento ante hechos eventualmente constitutivos de delito en contra de niños, niñas y adolescentes que se encuentran atendidos en colaboradores acreditados del Servicio. www.servicioproteccion.gob.cl.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2022). Resolución Exenta N° 154 que aprueba procedimiento ante hechos eventualmente constitutivos de delito en contra de niños, niñas y adolescentes que se encuentran atendidos en Administraciones Directas del Servicio de Protección Especializada. www.servicioproteccion.gob.cl.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). Resolución Exenta N° 1040.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). Resolución Exenta N° 1170..

Resolución Exenta No 00286/2025 Santiago. Lineamientos el Departamento de Asistencia y Transferencia Técnica, Del Servicio Nacional De Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia REX 149- 2022. Aprueba procedimiento ante el fallecimiento niños, niñas y adolescentes o jóvenes atendidos por Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y Colaboradores

Ministerio de Desarrollo Social y Familia ORD. 720. 2021 Directrices para la Promoción del Bienestar, Prevención y Abordaje Integral de Desajustes Emocionales y Conductuales asociados a salud mental en niños, niñas y adolescentes en cuidado residencial.

Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia REX 1040-2023. Protocolo de actuación frente contingencias que afectan a niños, niñas y adolescentes en Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia

SENAME REX. 3147-2018. Aprueba protocolo de almacenamiento, administración y registro de medicamentos e insumos médicos clínicos para centros residenciales.

SENAME/ Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia Orientaciones técnicas para programas residenciales

X. Anexos

a. ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estudio de análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes”

A través del presente documento, doy fe de que he sido informado/a respecto al “Estudio de análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes”, el cual fue encargado por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia a la consultora Statcom Datavoz, en conjunto con la Fundación Iberoamericana de Derechos de Infancia y Familia (CIDENI).

Estoy en conocimiento que el objetivo general de esta consultoría es proponer un registro que ayude a organizar mejor la información sobre distintas situaciones que viven los niños, niñas y adolescentes que participan en Programas Ambulatorios (como PRM y PPF) y en Programas Residenciales. Este registro servirá para entender mejor los riesgos relacionados con el suicidio y así mejorar las formas en que el Servicio los apoya y protege.

En este contexto, se me ha invitado a participar de una entrevista con una duración aproximada de 80 minutos, en la cual se abordarán distintos temas relacionados con el abordaje del objetivo descrito en el párrafo anterior, y con tareas propias del ejercicio de mi rol. Se me ha informado de que mi participación es absolutamente voluntaria y que toda información que proporcione será anónima y tratada con estricta confidencialidad por el equipo de investigación.

Finalmente, estoy al tanto de que, en caso de tener alguna duda respecto a la entrevista en particular o al estudio en general, puedo contactar a Carolina Muñoz (cmunozgu@uc.cl), quien es la Jeda de Proyecto, y/o a Bárbara Díaz (bdiaz@servicioproteccion.gob.cl), quien es la Contraparte Técnica del estudio en el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

Nombre

Firma

b. ANEXO 2 MATRIZ VACIADO CARPETAS

Instrucciones básicas

- Es importante entender que el análisis no es de cada caso, en el sentido que no interesa particularmente reconstituir la historia de cada NNA sino **EVALUAR EL TIPO DE INFORMACIÓN QUE ESTÁ PRESENTE EN LA CARPETA**.
- Desde la óptica anterior lo requerido acá tiene un **carácter más bien descriptivo y no analítico**. Esta es una fuente de información entre otras que luego servirá para el análisis triangulado.
- Lo que necesitamos entonces es que, para cada subdimensión y sus categorías, puedan indicar si en las carpetas está o no presente información relativa a los indicadores por variable (últimas 3 columnas destacadas en verde), y cómo se presenta dicha información en función de estos indicadores, es decir, si es clara, si es profunda, si es suficiente (la descripción de cada variable se presenta en esas mismas columnas en la matriz)
- Es importante que consideren que no necesariamente va a haber en las carpetas información sobre todas estas subdimensiones y categoría. El que no encuentren nada también es información relevante y debe consignarse como tal en la casilla correspondiente
- Deben completar una de estas matrices para cada una de las carpetas

Número Carpeta	
Nombre nna	
Proyecto	
Región	

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
			CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
CONOCIMIENTOS DE RIESGO SUICIDA	FACTORES DE RIESGO condiciones sociales, comunitarias e individuales o personales que obstaculizan el logro del bienestar e incrementan las probabilidades que las personas desarrollen	Factores de riesgo asociados a Salud Mental			
		Factores de riesgo sociales y familiares			

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
			CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
	problemas emocionales, conductuales y de salud, gatillando un proceso suicidal				
		Factores de riesgo socioculturales y medioambientales			
	FACTORES PROTECTORES: Mecanismos que amortiguan o mejoraron la reacción de un niño, niña o adolescente ante una adversidad estresante o crónica, de manera que su adaptación sea más exitosa que en el caso que los factores protectores no existieran. (Masten, 1994)	Factores protectores asociados a Salud Mental			
		Factores protectores sociales y familiares			
		Factores socioculturales y medioambientales			
	FASES DEL RIESGO SUICIDA Refiere a la comprensión común sobre el proceso de riesgo suicida y su manifestación concreta en acciones por parte del niño, niña o adolescente.	• Fase de ideación • Fase de planificación • Fase de preparación • Fase de consumación			
	COMPETENCIAS PROFESIONALES	Enfoque sensible al trauma			

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
			CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
		Formación y capacitación			
PROCESO DE INTERVENCIÓN	DIAGNÓSTICO FORMAL DE RIESGO SUICIDA	Capacidad para identificar señales de Riesgo Suicida			
		Evaluación (positiva o negativa) del riesgo suicida			
	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGO SUICIDA				
	PLANES DE INTERVENCIÓN	Plan de trabajo individual			
		Indicaciones de tratamiento farmacológico, médico, psiquiátrico o psicológico.			
	MONITOREO	Indicadores de avance respecto del riesgo suicida y resultados esperados.			
	EGRESO				
	CIRCUITOS DE ATENCIÓN	Abordaje institucional			
		Procedimientos y protocolos			

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍAS DE LA SUBDIMENSIÓN	INDICADORES POR VARIABLE		
			CLARIDAD	PROFUNDIDAD	SUFICIENCIA
		Derivaciones intersectoriales			
		Coordinaciones intersectoriales			

c. ANEXO 3 MATRIZ VACIADO ENTREVISTAS

Se adjunta documento en formato .xls con las planillas de vaciado utilizadas para cada uno de los actores consultados.

d. ANEXO 4 PAUTAS DE ENTREVISTA

ANEXO 4.1 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIONES REGIONALES DEL SERVICIO

JEFATURA DIVISIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES

a. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

b. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

c. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregue será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto “Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

1. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

2. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- a. Desde su rol de jefatura en la División de Servicios y Prestaciones, ¿qué impresión tiene sobre los factores de riesgo de suicidio en niñas, niños y adolescentes con historial de daño dentro del sistema proteccional en la región? ¿Qué factores de riesgo con respecto al suicidio han identificado en esta población en particular?
- b. ¿Cómo se aborda esta problemática en la región y qué tan frecuente es la sintomatología? *(Nota al entrevistador: INDAGAR SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE PROGRAMAS)*
- c. ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida por parte de su equipo? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- d. ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?
- e. ¿Qué medidas toman ustedes como servicio para promover estas miradas respecto del enfoque? ¿existe algún estándar de capacitación en la materia?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

3. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- Respecto a la información sobre riesgo y comportamiento suicida que los equipos profesionales de los proyectos registran sobre los niños, niñas y adolescentes, ¿cuál es su apreciación general sobre la manera con la que actualmente se registra dicha información?
- ¿Cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*

Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A)

HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)

- i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
 - En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
 - A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
 - Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

4. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- ¿Qué normativas y protocolos existen?, ¿son centralizadas o los colaboradores también cuentan con protocolos propios que implementan? (Nota al entrevistador: indagar si existen diferencias entre programas)
- ¿Cómo es la puesta en marcha de dichas normativas y protocolos en el contexto regional?, ¿qué elementos facilitan y obstaculizan esto? (Nota al entrevistador: INDAGAR TANTO A NIVEL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL COMO EN LOS PROYECTOS)
- Específicamente, y considerando que el Servicio no cuenta con protocolos específicos para programas ambulatorios, ¿qué opinión tiene respecto a aquellos documentos desarrollados por colaboradores acreditados para programas ambulatorios?
- Finalmente, y siempre en relación a la implementación de protocolos y normativas, ¿Qué estrategias para superar obstaculizadores o dificultades han implementado desde la Dirección Regional?, ¿qué recomendaciones podría usted entregar en este sentido?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

5. **A modo de conclusión,**

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL)

ANEXO 4.1 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIONES REGIONALES DEL SERVICIO

PROFESIONAL DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TERRITORIAL

a. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado (Anexo3) de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

b. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

c. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

"Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregue será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto “Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

1. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

2. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- ¿Cómo describiría la situación actual dentro del sistema proteccional en su región? ¿Qué factores de riesgo, con respecto al suicidio, han identificado en esta población en particular? ¿qué tan frecuente es esta sintomatología?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

3. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- Respecto a la información sobre riesgo y comportamiento suicida que los equipos profesionales de los proyectos registran sobre los niños, niñas y adolescentes, ¿cuál es su apreciación general sobre la manera con la que actualmente se registra dicha información?
- De manera más específica, pensando en el desempeño de su rol, y su vínculo con la temática, ¿cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*
 - i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
 - En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
 - A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
 - Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).
 - En relación a la toma de decisiones respecto del riesgo suicida ¿Cómo evalúan si existe el riesgo suicida?, ¿consideran en esa evaluación factores psicosociales como familiares, socio-comunitarios, proteccionales, individuales y psicológicos?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

- 4. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- ¿Cómo describiría el abordaje que se hace desde su rol en materia de riesgo de suicidio en los y las niños, niñas y adolescentes atendidos? ¿Qué desafíos enfrenta para ello?
- ¿Qué medidas implementan para reducir el riesgo suicida? ¿cómo se relaciona con los la política de protección de niños, niñas y adolescentes?
- Respecto al abordaje del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes y la oferta que existe en la región, ¿Qué necesidades de vínculos existen en el intersector? ¿cómo colaboran?
- Desde su rol, ¿qué normativas y protocolos existen en caso de eventos de riesgo de suicidio (en todas las etapas)? ¿son centralizadas o los colaboradores también cuentan con protocolos propios que implementan? (Nota al entrevistador: INDAGAR SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE PROGRAMAS)
- ¿Puede usted identificar obstaculizadores y facilitadores en la implementación de dichos protocolos? En relación a los obstaculizadores o desafíos que puedan surgir durante la implementación de los protocolos, ¿qué estrategias se ha implementado para superarlos o minimizarlos? ¿qué necesidades de apoyo requieren para implementar adecuadamente los protocolos? ? (Nota al entrevistador: INDAGAR TANTO A NIVEL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL COMO EN LOS PROYECTOS)
- Respecto a la ejecución de dichos protocolos, ¿cómo describiría el cumplimiento de los mismos, por los equipos técnicos de los proyectos? ¿en qué consisten las gestiones? ¿puede mencionar las normas técnicas o documentación que los rige?
- ¿Cuáles son las principales diferencias que usted puede identificar en la implementación de la Oferta AADD respecto de la Oferta ejecutada por Colaboradores Acreditados?
- Específicamente, y considerando que el Servicio no cuenta con protocolos específicos para programas ambulatorios, ¿qué opinión tiene respecto a aquellos documentos desarrollados por colaboradores acreditados para programas ambulatorios?
- ¿Qué opinión tiene sobre el trabajo de coordinación intersectorial que se lleva a cabo desde la Dirección Regional para el abordaje de una situación de riesgo suicida?, ¿y en los proyectos? (INDAGAR RESPECTO A LAS INSTITUCIONES CON LAS QUE SE VINCULA, CON QUÉ OBJETIVO Y CÓMO ES DICHA COORDINACIÓN -FORMAL O INFORMAL)
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la coordinación o articulación con las instituciones señaladas?, ¿Cuáles son las áreas donde se pueden implementar

mejoras que repercutan en un trabajo más articulado para el abordaje de una situación de riesgo suicida?

Nota al entrevistador:

1. PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, QUÉ SUCEDE CUANDO SURGEN ALERTAS DESDE LA SUPERVISIÓN, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO

2. SI NO APARECE ESPONTÁNEAMENTE EN LA RESPUESTA, INDAGAR RESPECTO AL MANEJO DE CASOS DE RIESGO SUICIDA Y EN EL SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS

5. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL PARA SU ROL)

ANEXO 4.1 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIONES REGIONALES DEL SERVICIO

PROFESIONAL ENFERMERO O COORDINADOR CON ESE ROL

a. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

b. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

c. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregue será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto “Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

4. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para su rol, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

5. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Cómo describiría la situación actual dentro del sistema proteccional en su región? ¿Qué factores de riesgo, con respecto al suicidio, han identificado en esta población en particular? ¿qué tan frecuente es esta sintomatología?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

3. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- Respecto a la información sobre riesgo y comportamiento suicida que los equipos profesionales de los proyectos registran sobre los niños, niñas y adolescentes, ¿cuál es su apreciación general sobre la manera con la que actualmente se registra dicha información? ¿le es útil la forma en la que se registra para la labor que usted debe realizar?
- De manera más específica, pensando en el desempeño de su rol, y su vínculo con la temática, ¿cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*

- i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
- ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).
- En relación a la toma de decisiones respecto del riesgo suicida ¿Cómo evalúan si existe el riesgo suicida?, ¿consideran en esa evaluación factores psicosociales como familiares, socio-comunitarios, proteccionales, individuales y psicológicos?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

4. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- ¿Cómo describiría el abordaje que se hace desde su rol en materia de riesgo de suicidio en los y las niños, niñas y adolescentes atendidos? ¿Qué desafíos enfrenta para ello?

- ¿Qué medidas implementan para reducir el riesgo suicida? ¿cómo se relaciona con la política de protección de niños, niñas y adolescentes?
- Respecto al abordaje del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes y la oferta que existe en la región, ¿Qué necesidades de vínculos existen en el intersector? ¿cómo colaboran?
- Desde su rol, ¿qué normativas y protocolos existen en caso de eventos de riesgo de suicidio (en todas las etapas)? ¿son centralizadas o los colaboradores también cuentan con protocolos propios que implementan? (Nota al entrevistador: INDAGAR SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE PROGRAMAS)
- ¿Puede usted identificar obstaculizadores y facilitadores en la implementación de dichos protocolos? En relación a los obstaculizadores o desafíos que puedan surgir durante la implementación de los protocolos, ¿qué estrategias se ha implementado para superarlos o minimizarlos? ¿qué necesidades de apoyo requieren para implementar adecuadamente los protocolos? (Nota al entrevistador: INDAGAR TANTO A NIVEL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL COMO EN LOS PROYECTOS)
- Respecto a la ejecución de dichos protocolos, ¿cómo describiría el cumplimiento de los mismos, por los equipos técnicos de los proyectos? ¿en qué consisten las gestiones? ¿puede mencionar las normas técnicas o documentación que los rige?
- ¿Cuáles son las principales diferencias que usted puede identificar en la implementación de la Oferta AADD respecto de la Oferta ejecutada por Colaboradores Acreditados?
- Específicamente, y considerando que el Servicio no cuenta con protocolos específicos para programas ambulatorios, ¿qué opinión tiene respecto a aquellos documentos desarrollados por colaboradores acreditados para programas ambulatorios?
- ¿Qué opinión tiene sobre el trabajo de coordinación intersectorial que se lleva a cabo desde la Dirección Regional para el abordaje de una situación de riesgo suicida?, ¿y en los proyectos? (INDAGAR RESPECTO A LAS INSTITUCIONES CON LAS QUE SE VINCULA, CON QUÉ OBJETIVO Y CÓMO ES DICHA COORDINACIÓN -FORMAL O INFORMAL)
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la coordinación o articulación con las instituciones señaladas?, ¿Cuáles son las áreas donde se pueden implementar mejoras que repercutan en un trabajo más articulado para el abordaje de una situación de riesgo suicida?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

5. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL)

ANEXO 4.1 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIONES REGIONALES DEL SERVICIO

PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SUPERVISIÓN TÉCNICA Y FISCALIZACIÓN

d. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

e. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas

en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

f. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregue será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

1. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida

- ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
- Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
- Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

2. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

3. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- ¿Cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*

- i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
 - En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
 - A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
 - Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

4. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- ¿Cómo aborda el servicio en la actualidad el riesgo de suicidio en los y las NNA atendidos? ¿qué desafíos enfrenta para ello? ¿qué ha hecho en particular su unidad para abordar esta problemática?
- En relación a la supervisión, ¿podría señalar específicamente qué y cómo se realizan?, ¿cuál es el objetivo de la supervisión que se realiza? ¿con qué periodicidad? ¿cómo se vincula con los modos de registro listados anteriormente?
- ¿Cómo describiría la relación de supervisión con los proyectos/programas?, ¿podría definir cuál es el rol de ellos con su unidad y el de ustedes para con ellos, de manera de distinguir las responsabilidades?
- ¿Es posible hacer supervisión a estrategias de intervención específica de niños, niñas y adolescentes con riesgo suicida? ¿Y a estrategias generales de prevención de riesgo suicida? ¿de qué manera se hacen? ¿Cree usted que hoy existe claridad respecto de qué hacer, a quién derivar y cómo hacer seguimiento y monitoreo de los casos de riesgo suicida que surgen?
- Desde su rol, ¿qué opinión tiene respecto a los actuales protocolos y procedimientos en caso de eventos de riesgo suicida, que los equipos técnicos de los proyectos deben ejecutar.
- Específicamente, en relación a los protocolos de las resoluciones exenta 154 y 155, ¿qué implica para su unidad? ¿cómo se han abordado esas exigencias?
- Desde su experiencia de supervisión a proyectos específicos, ¿cuáles son las principales dificultades que enfrentan para implementar estos protocolos o procedimientos?
- ¿Cuenta usted con la información necesaria para realizar una supervisión adecuada de esta temática?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, QUÉ SUCEDE CUANDO SURGEN ALERTAS DESDE LA SUPERVISIÓN, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

5. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?

- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL PARA SU ROL)

ANEXO 4.2 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIÓN NACIONAL DEL SERVICIO

PROFESIONALES DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

a. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

b. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

c. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

"Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregue será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece":

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

1. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para este rol respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

6. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Cómo describiría la situación actual dentro del sistema proteccional en su región? ¿Qué factores de riesgo, con respecto al suicidio, han identificado en esta población en particular? ¿qué tan frecuente es esta sintomatología?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

4. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- Respecto a la información sobre riesgo y comportamiento suicida que los equipos profesionales de los proyectos registran sobre los niños, niñas y adolescentes, ¿cuál es su apreciación general sobre la manera con la que actualmente se registra dicha información? ¿le es útil la forma en la que se registra para la labor que usted debe realizar?
- De manera más específica, pensando en el desempeño de su rol, y su vínculo con la temática, ¿cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*
 - i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se

registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).
- En relación a la toma de decisiones respecto del riesgo suicida ¿Cómo evalúan si existe el riesgo suicida?, ¿consideran en esa evaluación factores psicosociales como familiares, socio-comunitarios, proteccionales, individuales y psicológicos?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

6. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- En términos generales, ¿cómo describiría el trabajo de coordinación intersectorial que llevan a cabo los proyectos para el abordaje de una situación de riesgo suicida? ¿Cuáles son las áreas donde se pueden implementar mejoras que repercutan en un trabajo más articulado para el abordaje de una situación de riesgo suicida?
- ¿Con qué entidades se vincula el servicio en esta materia y de qué manera lo hace?, ¿Cuál es el objetivo de vincularse con ellas?
- Respecto a estas vinculaciones, ¿qué características tienen?, ¿cómo es la coordinación con esas instituciones a nivel central, regional y local (proyectos)?, ¿son vinculaciones formales o informales?
- ¿Qué percepción tiene respecto a las coordinaciones que se establecen con los actores de la red de salud?, ¿y con otros actores relevantes? *(Nota al entrevistador: INDAGAR TANTO A NIVEL NACIONAL, REGIONAL COMO RESPECTO DE LOS EQUIPOS PROFESIONALES DE LOS PROYECTOS)*
- ¿Cuáles son las principales fortalezas y dificultades que ha encontrado en la labor de establecer estas coordinaciones intersectoriales?, ¿qué recomendaciones de mejora podría usted realizar?
- Desde su rol en la coordinación intersectorial, ¿qué opinión tiene respecto a los actuales protocolos y procedimientos que los equipos técnicos de los proyectos deben ejecutar?, ¿Qué obstaculizadores y facilitadores puede usted identificar?
- ¿Identifica usted protocolos/normativas externas al servicio que apliquen los proyectos? En caso de ser así, ¿se articulan con los protocolos propios? *(Nota al entrevistador: INDAGAR RESPECTO A LOS ORGANISMOS ACREDITADOS)*
- ¿Qué medidas implementan para reducir el riesgo suicida? ¿cómo se relaciona con la política de protección de niños, niñas y adolescentes?
- Respecto al abordaje del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes y la oferta que existe en la región, ¿Qué necesidades de vínculos existen en el intersector? ¿cómo colaboran?
- Respecto a la ejecución de protocolos internos, ¿qué tensiones surgen en la implementación de los mismos en el trabajo intersectorial con otros organismos externos?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la coordinación o articulación intersectorial?, ¿Cuáles son las áreas donde se pueden implementar mejoras que repercutan en un trabajo más articulado para el abordaje de una situación de riesgo suicida?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

7. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL)

ANEXO 4.2 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIÓN NACIONAL DEL SERVICIO

PROFESIONAL UNIDAD DE ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA (DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA Y TRANSFERENCIA TÉCNICA)

d. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

e. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

f. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

"Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregue será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto “Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

6. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

7. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida por parte de su equipo? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- ¿Cómo describiría la situación actual dentro del sistema proteccional? ¿Qué factores de riesgo, con respecto al suicidio, han identificado en esta población en particular?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?
- ¿Qué medidas toman ustedes como servicio para promover estas miradas respecto del enfoque? ¿existe algún estándar de capacitación en la materia?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

8. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- ¿Cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*

- i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
- iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

- 9. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.
 - ¿Cómo describiría el abordaje que se hace desde su unidad, en materia de riesgo de suicidio en los y las NNA atendidos? ¿Qué desafíos enfrenta para ello?

- Desde su rol de asistencia técnica especializada, ¿cómo describiría los actuales protocolos y procedimientos en caso de eventos de riesgo de suicidio que los equipos técnicos de los proyectos deben ejecutar?
- ¿Cree usted que hoy existe claridad respecto de qué hacer, a quién derivar y cómo hacer seguimiento y monitoreo de los casos de riesgo suicida que surgen? ¿podría señalar usted ese circuito?
- ¿Puede usted identificar obstaculizadores y facilitadores en la implementación que hacen los equipos de dichos protocolos?
- ¿Cuáles son los principales facilitadores y obstaculizadores en la labor de brindar asistencia técnica en el manejo de casos de riesgo de suicidio a los equipos en los proyectos?, ¿qué recomendaciones de mejora podría usted realizar?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

10. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL)

ANEXO 4.2 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIÓN NACIONAL DEL SERVICIO

PROFESIONAL UNIDAD DE TRANSFERENCIA TÉCNICA (DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA Y TRANSFERENCIA TÉCNICA)

d. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

e. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

f. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

"Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregue será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

7. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

8. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida por parte de su equipo? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- ¿Cómo describiría la situación actual dentro del sistema proteccional? ¿Qué factores de riesgo, con respecto al suicidio, han identificado en esta población en particular?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?
- ¿Qué medidas toman ustedes como servicio para promover estas miradas respecto del enfoque? ¿existe algún estándar de capacitación en la materia?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

5. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- ¿Cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*
 - i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
 - En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
 - A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
 - Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

- 8. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- ¿Cómo describiría el abordaje que se hace desde el Servicio en materia de riesgo de suicidio en los y las NNA atendidos? ¿Qué desafíos enfrenta para ello?
- Desde su rol de asistencia técnica especializada, ¿qué opinión tiene respecto a los actuales protocolos y procedimientos en caso de eventos de riesgo de suicidio que los equipos técnicos de los proyectos deben ejecutar? ¿Puede usted identificar obstaculizadores y facilitadores en la implementación que hacen los equipos de dichos protocolos?
- ¿Cree usted que hoy existe claridad respecto de qué hacer, a quién derivar y cómo hacer seguimiento y monitoreo de los casos de riesgo suicida que surgen?
- ¿Cuáles son los principales facilitadores y obstaculizadores en la labor de brindar asistencia técnica en el manejo de casos de riesgo de suicidio a los equipos en los proyectos?, ¿qué recomendaciones de mejora podría usted realizar?
- Desde la unidad de transferencia técnica, ¿qué acciones relativas la temática de estudio, se han llevado a cabo? ¿Cuáles son las intervenciones que ustedes lideran en esta materia? ¿qué objetivos tiene?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

9. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL)

ANEXO 4.2 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIÓN NACIONAL DEL SERVICIO

PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

d. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

e. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

f. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregué será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto “Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

2. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

3. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida por parte de las instituciones con las que usted se vincula desde su área? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- Pensando en las instituciones vinculadas por medio de su área ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?
- ¿Qué medidas toman ustedes como servicio para promover estas miradas respecto del enfoque? ¿existe algún estándar de capacitación en la materia?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA Y EN ESTE CASO Y SU IMPLICANCIA EN EL TRABAJO INTERSECTORIAL, ESTAN TODOS LOS ACTORES TRABAJANDO BAJO PARÁMETROS SIMILARES)

3. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- ¿Cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*
 - i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
- iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

- 4. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.
 - ¿Cómo describiría el abordaje que se hace desde la lógica intersectorial en materia de riesgo de suicidio en los y las NNA atendidos? ¿Qué acciones relativas a la temática del estudio, se han llevado a cabo desde la unidad de coordinación intersectorial?

- ¿Cree usted que hoy existe claridad respecto de qué hacer, a quién derivar y cómo hacer seguimiento y monitoreo de los casos de riesgo suicida que surgen?
- Desde su rol en la coordinación intersectorial, qué opinión tiene respecto a los actuales protocolos y procedimientos en caso de eventos de riesgo suicida, que los equipos técnicos de los proyectos deben ejecutar. ¿Puede usted identificar obstaculizadores y facilitadores en la implementación intersectorial que hacen los equipos de dichos protocolos?
- ¿Cuáles son los principales facilitadores y obstaculizadores desde la coordinación intersectorial en el manejo de casos de riesgo de suicidio?, ¿qué recomendaciones de mejora podría usted realizar?
- ¿Con qué entidades se vincula el servicio en esta materia y de qué manera lo hace? ¿Cuál es el objetivo de vincularse con ellas? ¿qué características tienen?
- Describa cómo es la coordinación con estas instituciones a nivel central, regional y local (programas). ¿Quiénes son los encargados de realizarla? ¿Qué grado de formalidad tienen estas vinculaciones? ¿son estas vinculantes en el modo de abordar casos particulares?
- ¿Qué recomendaciones podría realizar para esta tarea intersectorial en materia de riesgo suicida?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS CON EL INTERSECTOR, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

5. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL PARA SU ROL)

ANEXO 4.2 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIÓN NACIONAL DEL SERVICIO

PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SUPERVISIÓN TÉCNICA

g. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

h. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

i. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregué será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto “Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

3. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

4. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

6. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- ¿Cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*
 - i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la

información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

7. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- ¿Cómo aborda el servicio en la actualidad el riesgo de suicidio en los y las NNA atendidos? ¿qué desafíos enfrenta para ello? ¿qué ha hecho en particular su unidad para abordar esta problemática?
- En relación a la supervisión, ¿podría señalar específicamente qué y cómo se realizan?, ¿cuál es el objetivo de la supervisión que se realiza? ¿con qué periodicidad? ¿cómo se vincula con los modos de registro listados anteriormente?
- ¿Cómo describiría la relación de supervisión con los proyectos/programas?, ¿podría definir cuál es el rol de ellos con su unidad y el de ustedes para con ellos, de manera de distinguir las responsabilidades?

- ¿Es posible hacer supervisión a estrategias de intervención específica de niños, niñas y adolescentes con riesgo suicida? ¿Y a estrategias generales de prevención de riesgo suicida? ¿de qué manera se hacen? ¿Cree usted que hoy existe claridad respecto de qué hacer, a quién derivar y cómo hacer seguimiento y monitoreo de los casos de riesgo suicida que surgen?
- Desde su rol, qué opinión tiene respecto a los actuales protocolos y procedimientos en caso de eventos de riesgo suicida, que los equipos técnicos de los proyectos deben ejecutar.
- Específicamente, en relación a los protocolos de las resoluciones exenta 154 y 155, ¿qué implica para su unidad? ¿cómo se han abordado esas exigencias?
- Desde su experiencia de supervisión a proyectos específicos, ¿cuáles son las principales dificultades que enfrentan para implementar estos protocolos o procedimientos?
- ¿Cuenta usted con la información necesaria para realizar una supervisión adecuada de esta temática?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, QUÉ SUCEDE CUANDO SURGEN ALERTAS DESDE LA SUPERVISIÓN, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO)

8. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL PARA SU ROL)

ANEXO 4.2 PAUTA DE ENTREVISTA DIRECCIÓN NACIONAL DEL SERVICIO

PROFESIONAL DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TERRITORIAL

j. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

k. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

l. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregué será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto “Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

5. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña en el Servicio y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

6. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- ¿Cómo describiría la situación actual dentro del sistema proteccional? ¿Qué factores de riesgo, con respecto al suicidio, han identificado en esta población en particular?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?
- ¿Qué medidas toman ustedes como servicio para promover estas miradas respecto del enfoque? ¿existe algún estándar de capacitación en la materia?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

7. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- ¿Cuáles son las fuentes de información que usted utiliza y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex),
- A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)*
- *Nota al entrevistador: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE DEBEN REALIZAR SÓLO RESPECTO A LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE EL O LA ENTREVISTADO(A) HAYA SEÑALADO UTILIZAR (EXPLORAR POR QUÉ ALGUNAS DE ESTAS FUENTES NO SE UTILIZAN)*
 - i. En relación a las carpetas físicas de los NNA, y pensando únicamente en el registro relacionado a los temas de riesgo suicida ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?
 - ii. En relación a los eventos registrados en el SIS, pensando únicamente en el registro asociado a la temática del estudio ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se

registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- iii. En relación al registro de los eventos asociados a las Rex 154 - 155, ¿cómo evalúa la forma, claridad, profundidad y la utilidad de la información que allí se registra?, ¿qué opinión tiene sobre la pertinencia en la forma de registrar?

- Con respecto a las distintas formas de registro de información de las cuales hemos estado conversando previamente, y pensando en los distintos programas, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar?
- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

8. Finalmente, nos gustaría cerrar analizando los **procesos de intervención y los circuitos de atención**, que correspondan a su área.

- ¿Cómo describiría el abordaje que se hace desde el Servicio en materia de riesgo de suicidio en los y las NNA atendidos? ¿Qué desafíos enfrenta para ello?
- ¿Qué acciones relativas a la temática del estudio se han llevado a cabo desde el departamento de gestión territorial?

- Desde su rol en la gestión territorial, ¿qué opinión tiene respecto a los actuales protocolos y procedimientos en caso de eventos de riesgo de suicidio que los equipos técnicos de los proyectos deben ejecutar? ¿Puede usted identificar obstaculizadores y facilitadores en la implementación que hacen los equipos de dichos protocolos?
- Específicamente, y considerando que el Servicio no cuenta con protocolos específicos para programas ambulatorios, ¿qué opinión tiene respecto a aquellos documentos desarrollados por colaboradores acreditados para programas ambulatorios?
- Respecto a la implementación territorial de la oferta de programas y líneas de acción del Servicio de Protección a nivel nacional, y acotando sus respuestas a la temática de riesgo suicida,
 - i. ¿Cuál es su percepción respecto de las competencias de los equipos de los proyectos para el abordaje de situaciones de riesgo de suicidio en NNA?
 - ii. ¿Cuál es su percepción respecto de la coordinación con los equipos de Gestión Territorial en las Direcciones Regionales para el abordaje de situaciones de riesgo de suicidio? ¿Qué elementos positivos identifica con relación al liderazgo y funciones que desempeñan estos equipos? ¿Y qué desafíos identifica en relación a lo mismo?
 - iii. ¿Qué opinión tiene sobre la detección de NNA con sintomatología por parte de la Dirección Regional? ¿y en los proyectos?
 - iv. Desde su perspectiva, ¿Cómo son los trabajos territoriales realizados con las áreas de Salud? ¿Qué elementos positivos y aspectos a mejorar identifica?
 - v. ¿Qué opinión tiene sobre la oferta disponible de profesionales psicólogos y psiquiatras? ¿Qué desafíos existen y cómo se están abordando actualmente?
- ¿Cuáles son las principales diferencias que usted puede identificar en la implementación de la Oferta AADD respecto de la Oferta ejecutada por Colaboradores Acreditados?

Nota al entrevistador:

1. PONER ATENCIÓN SOBRE TODO EN LOS FLUJOS, QUÉ SUCEDE CUANDO SURGEN ALERTAS DESDE LA SUPERVISIÓN, NECESITAMOS IDENTIFICAR CÓMO SE ARTICULAN LOS

PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE UN CASO CON RIESGO SUICIDA, DESDE EL ROL ESPECÍFICO

2. SI NO APARECE ESPONTÁNEAMENTE EN LA RESPUESTA, INDAGAR RESPECTO AL MANEJO DE CASOS DE RIESGO SUICIDA Y EN EL SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS)

6. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUE ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL PARA SU ROL)

ANEXO 4.3 PAUTA DE ENTREVISTA EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

DIRECCIÓN DE PROYECTO

g. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

h. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

i. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregué será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

11. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida
 - ¿Puede contarme qué rol desempeña y cuáles son sus principales funciones?
 - Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
 - Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

12. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- Como parte de su rol como director(a) del proyecto, ¿cuáles diría usted que son las principales características de los niños, niñas y adolescentes en su proyecto en términos de su historial de vulneraciones (historias de daño)? ¿Por qué motivos llegan acá?, ¿con qué sintomatología?
- En relación a lo anterior, ¿Cómo se vinculan esos motivos con el riesgo de conductas suicidas?, ¿cuál es el volumen de niños, niñas y adolescentes con los cuales deben trabajar el tema de riesgo suicida?
- ¿Diría usted que existe consenso en la comprensión del riesgo suicida por parte de su equipo? ¿cuáles serían esas definiciones claves con las que ustedes trabajan?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?
- ¿Ha participado usted de instancias de capacitación en la materia? ¿qué organismo proveyó la capacitación? ¿era de carácter voluntario u obligatorio? ¿a grandes rasgos, en qué consistió?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

13. Para poder generar una propuesta adecuada, nos caracterizar los **procesos de intervención y los circuitos de atención** en el caso de niños, niñas y adolescentes con conductas o riesgo suicida. Para ello,

- a. Cuando un(a) niño, niña o adolescentes en el proyecto presenta conductas de riesgo de suicidio, ¿qué procesos o acciones han desplegado para el manejo de ese riesgo?
- b. ¿Podría describir el proceso de intervención cuando se evidencia riesgo o conductas suicidas en el caso de niños, niñas y adolescentes de su proyecto? ¿cuáles son los canales de información y cadenas de mando que aplican?
- c. ¿Cuál sería la diferencia en el proceso de intervención cuando hablamos de una ideación suicida, a cuando hablamos ya de planeamiento o ejecución? ¿cuáles serían las formas de abordarlo?

- d. Pensando en el equipo del proyecto, ¿qué herramientas que posea dicho equipo destacaría usted para implementar intervenciones que apunten a trabajar con el riesgo suicida?, ¿cuán efectivas consideran que son esas intervenciones?
- e. ¿Qué medidas de prevención se realizan para esta materia en su proyecto?
- f. ¿Qué medidas de monitoreo realiza usted desde su rol para esta materia? ¿Cómo se registra?
- g. ¿Por lo general con qué tipo de profesionales externos al proyecto y representantes intersectoriales se articulan para el abordaje de los eventos o comportamientos de riesgo suicida en los y las niños, niñas y adolescentes en el proyecto?
- h. En relación a lo anterior, y desde su perspectiva ¿cómo funciona la articulación con profesionales externos y/o el intersector?, ¿qué elementos facilitan la articulación con ellos?, ¿qué obstáculos enfrentan para una adecuada articulación?, ¿cuáles cree que son las principales dificultades que presenta la actual articulación con los distintos actores identificados? (Nota al entrevistador: INDAGAR RESPECTO A INSTITUCIONES COMO SALUD, EDUCACIÓN, CARABINEROS, JUSTICIA, ENTRE OTRAS ÁREAS)
- i. Existen protocolos a que vienen dados para esta materia ¿Cómo ha sido la experiencia al momento de ponerlos en práctica?, ¿cuánto pueden aplicar estos lineamientos considerando la realidad de su proyecto? ¿Qué obstáculos hay para la aplicación?, ¿Qué posibilidades de mejora han identificado en esa práctica?
- j. [Nota al entrevistador: *SÓLO PARA PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR COLABORADORES ACREDITADOS DEL SERVICIO*] Además de los protocolos y lineamientos que entrega el Servicio en relación al riesgo de suicidio, ¿tienen protocolos que sean propios de su institución (¿colaborador acreditado?, ¿Me podría contar sobre ellos? ¿qué le parecen estos protocolos?, ¿cómo se articulan con los protocolos del Servicio?
- k. ¿Cómo es la coordinación que su programa tiene con las direcciones regionales para el abordaje de una situación de riesgo suicida?, ¿con quién se contacta, de qué manera? ¿Y con la dirección nacional?
- l. ¿Cuáles son las áreas donde la Dirección Regional y/o la Dirección Nacional pueden implementar mejoras que repercutan en un trabajo más articulado para el abordaje de una situación de riesgo suicida?, ¿en qué necesita apoyo para un mejor trabajo de esta temática?
- m.

(Nota al entrevistador: INDAGAR RESPECTO A LAS ACCIONES DESPLIEGAN COMO PROYECTO ANTE CONDUCTAS DE RIESGO DE SUICIDIO EN LOS Y LAS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES)

14. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones
- Pensando en la posibilidad de reducir el riesgo futuro de suicidalidad en estas niñas, niños y adolescentes, ¿Qué elementos o factores incorporan en el registro de estos eventos? *(Nota al entrevistador: INDAGAR RESPECTO A ASPECTOS FAMILIARES, INDIVIDUALES Y PSICOLÓGICOS, SOCIO-COMUNITARIOS Y DE POLÍTICA DE PROTECCIÓN)*
 - Ya sea en las carpetas o en el SIS, ¿me podría contar sobre cómo llevan a cabo el registro de información de los y las NNA en el proyecto? ¿Quiénes registran la información y en qué momento (ej. A diario, semanalmente, mensualmente)? ¿Qué elementos diría usted que facilitan el registro de información? ¿Qué obstáculos enfrentan para un adecuado registro de información?
 - Y respecto a la información registrada, ¿usa dicha información? ¿para qué? ¿la forma, claridad, y profundidad de la información registrada es adecuada para el abordaje del riesgo de suicidio en los y las NNA de su proyecto? ¿contribuye a la toma de decisiones, por ejemplo, para determinar acciones? ¿Se comparte con otros programas donde los y las NNA estén siendo atendidos?
 - Es usted capaz de identificar en las formas de registro, de manera rápida y oportuna, cuando hay un evento de riesgo suicida en cualquiera de sus niveles (ideación, planeación, etc.), ¿qué elementos considera usted como los más importantes de registrar? ¿En qué medida diría usted que dichos elementos efectivamente se registran?, ¿Por qué?
 - En cuanto a la manera en la cual se registra la información (incluyendo las carpetas o el sistema informático), ¿cuáles son los elementos positivos que usted destacaría?, ¿y cuáles son aquellas áreas en la cuales usted considera que se podrían mejorar?
 - Con respecto a las distintas formas de registro de información, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar? A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? *(nota al entrevistador: EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN*

DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.)

- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- Respecto de la información ¿es capaz de identificar si las acciones desarrolladas han sido realizadas por personas que cuentan con los dominios específicos en la materia? (NOTA AL ENTREVISTADOR: puede servir de ejemplo: se sabe si un descarte de ideación suicida, registrado, ha sido producto de una evaluación por los profesionales competentes que pueden realizar esos diagnósticos).

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

15. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL)

ANEXO 4.3 PAUTA DE ENTREVISTA A EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

EQUIPO DE INTERVENCIÓN – DUPLA PSICOSOCIAL Y EDT

m. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

n. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

o. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregué será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el proyecto Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

Para ello, una de las fuentes cruciales de información son las entrevistas semiestructuradas de funcionarios del servicio a distinto nivel (nacional, local y por programa); de manera de poder entender para cada uno el flujo de información y las necesidades desde sus roles. Esto permitirá desarrollar una propuesta multinivel que favorezca la toma de decisiones, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo suicida.

La información que aquí se compartirá será utilizada estrictamente para los fines establecidos por esta licitación y podrán dar paso a publicaciones académicas sin identificación de quienes han proveído la información. A su vez, copia de esta entrevista podría ser entregada a las contrapartes de la unidad de estudios que solicitó la consultoría, en caso de ser requerida.

Si está usted de acuerdo con participar le rogamos decir su nombre completo, su cargo, así como el proyecto o unidad, a modo de consentimiento formal.

16. Primero que nada, queremos detenernos en **su rol y sus funciones** en relación a la prevención y tratamiento del comportamiento suicida

- ¿Puede contarme qué rol desempeña y cuáles son sus principales funciones?
- Desde este rol, ¿cómo se relaciona con la temática del suicidio en niños, niñas y adolescentes? ¿cuál es su labor específica en relación a esta temática?
- Podría señalar ¿cuáles son las obligaciones que se desprender legalmente para esta unidad, respecto del suicidio y niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN CUÁL ES EL ÉNFASIS DE LA LABOR: ADMINISTRATIVA, DE TERRENO, DE GESTIÓN U OTRA)

17. Queremos ahora poder adentrarnos en **comprensión del proceso suicidal y los factores** relacionados a este fenómeno.

- En relación a la temática específica de riesgo y conducta suicida, ¿qué conocimientos tiene respecto de la materia? ¿diría que al interior del proyecto hay un consenso respecto de lo que se entiende por esta temática?
- Como parte de su rol, ¿cuáles diría usted que son las principales características de los niños, niñas y adolescentes en su proyecto en términos de su historial de vulneraciones (historias de daño)? ¿Por qué motivos llegan acá?, ¿con qué sintomatología?
- En relación a lo anterior, ¿Cómo se vinculan esos motivos con el riesgo de conductas suicidas?, ¿cuál es el volumen de niños, niñas y adolescentes con los cuales deben trabajar el tema de riesgo suicida?
- ¿Cree usted que existe una comprensión sensible al trauma de este fenómeno? ¿se entiende el suicidio como un proceso multicausal y de complejidad que requiere un abordaje específico?
- ¿Qué factores de riesgo individuales o psicológicos con respecto al riesgo o comportamiento suicida han identificado en niños, niñas y adolescentes?
- ¿Qué características o condiciones del contexto social y cultural podrían ser identificados como factores de riesgo en el desarrollo de conductas o riesgos suicidas en niñas, niños y adolescentes atendidos en el marco de su programa?
- ¿Qué otros factores propios de la trayectoria de daño o vulneración de derechos podrían describir como factores de riesgo en el desarrollo de conductas o riesgos suicidas en niñas, niños y adolescentes atendidos en el marco de su programa?
- ¿Ha participado usted de instancias de capacitación en la materia? ¿qué organismo proveyó la capacitación? ¿era de carácter voluntario u obligatorio? ¿a grandes rasgos, en qué consistió?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN EN SI LOGRA DARSE UNA DEFINICIÓN O VISIÓN CLARA RESPECTO DE LA TEMÁTICA)

18. Para poder generar una propuesta adecuada, nos caracterizar los **procesos de intervención y los circuitos de atención** en el caso de niños, niñas y adolescentes con conductas o riesgo suicidal. Para ello,

- a. Cuando un(a) niño, niña o adolescentes asignado a usted presenta conductas de riesgo de suicidio, ¿qué procesos o acciones ejecuta para el manejo de ese riesgo?
- b. ¿Podría describir el proceso de intervención cuando se evidencia riesgo o conductas suicidas en el caso de niños, niñas y adolescentes de su proyecto? ¿cuáles son los canales de información y cadenas de mando que aplican?
- c. ¿Cuál sería la diferencia en el proceso de intervención cuando hablamos de una ideación suicida, a cuando hablamos ya de planeamiento o ejecución? ¿cuáles serían las formas de abordarlo?
- d. ¿Qué medidas de monitoreo realiza usted desde su rol para esta materia? ¿Cómo se registra?
- e. ¿Por lo general con qué tipo de profesionales externos al proyecto y representantes intersectoriales se articula para el abordaje de los eventos o comportamientos de riesgo suicida en los y las niños, niñas y adolescentes en el proyecto?
- f. En relación a lo anterior, y desde su perspectiva ¿cómo funciona la articulación con profesionales externos y/o el intersector?, ¿qué elementos facilitan la articulación con ellos?, ¿qué obstáculos enfrentan para una adecuada articulación?, ¿cuáles cree que son las principales dificultades que presenta la actual articulación con los distintos actores identificados? (Nota al entrevistador: INDAGAR RESPECTO A INSTITUCIONES COMO SALUD, EDUCACIÓN, CARABINEROS, JUSTICIA, ENTRE OTRAS ÁREAS)
- g. Existen protocolos a que vienen dados para esta materia ¿Cómo ha sido la experiencia al momento de ponerlos en práctica?, ¿cuánto pueden aplicar estos lineamientos considerando la realidad de su proyecto? ¿Qué obstáculos hay para la aplicación?, ¿Qué posibilidades de mejora han identificado en esa práctica?
- h. [Nota al entrevistador: *SÓLO PARA PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR COLABORADORES ACREDITADOS DEL SERVICIO*] Además de los protocolos y lineamientos que entrega el Servicio en relación al riesgo de suicidio, ¿tienen protocolos que sean propios de su institución (¿colaborador acreditado?, ¿Me podría contar sobre ellos? ¿qué le parecen estos protocolos?, ¿cómo se articulan con los protocolos del Servicio?

(Nota al entrevistador: INDAGAR RESPECTO A LAS ACCIONES DESPLIEGAN COMO PROYECTO ANTE CONDUCTAS DE RIESGO DE SUICIDIO EN LOS Y LAS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES)

19. En relación a aquellos elementos que favorecen su quehacer y la **toma de decisiones** programática y **el acceso a la información** con la que usted cuenta para el desarrollo de sus funciones

- De manera más específica, y pensando en el desempeño de su rol, ¿cuáles son las fuentes de información que ustedes utilizan y con qué fin? (carpetas, registros de evento, bases rex). ¿qué utilidad tiene para el desempeño de sus funciones?
- Y respecto a la información registrada en la situación de riesgo de suicidio, ¿podría describir qué variables o elementos considera relevantes de registrar? (Nota al entrevistador: AYUDAR A QUE LA PERSONA EXPRESE LOS ELEMENTOS QUE CONSIDERA RELEVANTES, SI SEÑALA QUIEN, CUANDO, GRAVEDAD DE LA SITUACIÓN, ETAPA EN LA QUE SE ENCUENTRA, SI ES UN EVENTO RECUERRENTE O ÚNICO, SI SE INFORMA, SI SE APLICAN PRUEBAS PARAMETRIZADAS DE DIAGNÓSTICO, ETC)
- Para su rol cotidiano cómo utiliza la información registrada? ¿para qué?
- En cuanto a la manera en la cual se registra la información (incluyendo las carpetas o el sistema informático), ¿cuáles son los elementos positivos que usted destacaría?, ¿y cuáles son aquellas áreas en la cuales usted considera que se podrían mejorar?
- Con respecto a las distintas formas de registro de información, ¿cuáles son las principales similitudes que usted puede identificar en cuanto a contenido, forma u otra característica?, ¿y cuáles las principales diferencias? ¿Qué implicancias o consecuencias tienen esas similitudes o diferencias desde el punto de vista del rol que a usted le compete realizar? A su juicio, ¿cómo se articulan estas distintas fuentes de información? (nota al entrevistador: *EXPLORAR CON EL ENTREVISTADO QUÉ VENTAJAS TIENE QUE EXISTAN DIVERSAS FORMAS DE REGISTRO Y CUÁLES PODRÍAN SER LOS PROBLEMAS CON ESTA FORMA DIVERSIFICADA DE REGISTRO.*)
- En términos generales y respecto de la forma, claridad, profundidad, utilidad o pertinencia de los registros. ¿Cuáles serían los elementos a destacar positivamente por usted? ¿cuáles son aquellos en donde se podría mejorar?
- A su juicio, la información registrada específicamente sobre riesgo y comportamiento suicida, ¿Le ha permitido comprender de manera clara y completa la problemática que afecta a niños, niñas y adolescentes? ¿Por qué? En caso de no ser así, ¿qué considera usted que falta para que ello ocurra?
- ¿Cuáles a su juicio son los impedimentos más habituales al registro que usted debe realizar como parte de sus funciones?

(Nota al entrevistador: PONER ATENCIÓN Y PROFUNDIZAR EN EL USO Y CALIDAD DE LOS REGISTROS, QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ES RELEVANTE, DÓNDE EXISTEN BRECHAS)

20. A modo de conclusión,

- ¿Qué elementos surgen a partir de esta conversación que usted consideraría claves para el desarrollo de un buen sistema de registro en la materia?
- ¿Qué nudos críticos debe venir a resolver el sistema que debemos plantear como resultado de esta consultoría?

(Nota al entrevistador: ES CLAVE QUE PUEDAN LLEGAR A ESTE PUNTO, PARA A MODO RESUMEN, QUÉ ELLOS PROYECTEN ESAS MEJORAS QUE DEBERÍA CONSIDERAR LA PROPUESTA FINAL)

ANEXO 4.3 PAUTA DE ENTREVISTA A EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

PSIQUIATRAS CON EXPERIENCIA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON IDEACIÓN SUICIDA DE GRUPOS VULNERABLES

p. Indicación para el entrevistador:

La entrevista está pensada para realizarse de forma presencial y ser grabada para favorecer el análisis de la información. La duración estimada es de 1 hora y 20 minutos, dependiendo del devenir de la conversación. Debe realizarse en un lugar adecuado, en donde se permita la confidencialidad de quien participa y que se cuente con al menos el tiempo mínimo establecido asegurado.

Al iniciar la entrevista, presentarse y dar el objetivo de la presente entrevista. Señalar que esta será grabada y comenzar la grabación. Luego proceder a leer el consentimiento informado de manera que quede grabado, la otra opción es pedir la firma previo a la cita de un documento).

q. Téngase presente:

La pauta de entrevista se ha organizado en base a una entrevista de carácter cualitativo y exploratoria. Que busca indagar respecto a los roles específicos que tiene el mencionado cargo en relación al problema del suicidio en NNA que se encuentran en el sistema de protección especializada. Además, permitirá evaluar qué tipo de información debe recibir para poder cumplir sus funciones. Esto permitirá levantar información relevante para poder generar un sistema de registro que permita a distintos niveles dar cumplimiento a los roles de todos los involucrados en la prevención y tratamiento del suicidio en NNA.

En consecuencia, la entrevista tiene una guía de tópicos para la conversación, no constituye un cuestionario de preguntas abiertas cerrada, sino que permite profundizar aristas contempladas en las preguntas base para la conversación, manteniéndose así el foco de la conversación. Está indicado, principalmente para temas en donde hay un desarrollo conceptual o procedimental inacabado, en donde las percepciones y la experiencia de los involucrados puede ser clave para incorporar nuevos elementos no considerados en la literatura o experiencia existente.

r. Pauta de Entrevista

NOTA AL ENTREVISTADOR: usted ya se presentó saludó y explicó que la conversación será grabada para efectos de formalidad y análisis de los datos. Comenzar a grabar

“Para facilitar la conversación, hemos desarrollado una pauta de conversación, que nos irá guiando por las distintas dimensiones del presente estudio. Siéntase en la confianza de profundizar en cualquiera de los puntos que usted estime necesarios, toda la información que nos entregué será de utilidad.

Para efectos de formalidad, leeré a continuación el consentimiento de esta investigación, al momento de terminar le pediré que nos pueda dar su nombre, cargo y proyecto o unidad a la que usted pertenece”:

Consentimiento informado (debe ser grabado):

La presente entrevista se enmarca en el Estudio de Análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes” licitado por el Servicio Nacional de Protección Especializado de la Niñez y Adolescencia, adjudicado por las organizaciones Datavoz y Cideni. El objetivo general de esta consultoría es: “Elaborar un diseño de registros de historias de daño y de riesgo suicida, que contenga propuestas de formatos, contenidos y métodos de documentar los informes asociados a la ocurrencia de intentos de suicidio de los niños, niñas y adolescentes, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, específicamente en los Programas Ambulatorio (PRM-PPF) y Programas de Cuidado Alternativo Residencial”.

1. Como parte de su experiencia profesional, ¿cual es su trabajo vinculado a NNA en grupos vulnerables? ¿qué impresión tiene sobre los factores de riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes con historial de daño dentro del sistema proteccional en Chile?
2. ¿Qué factores de riesgo individuales o psicológicos con respecto al riesgo o comportamiento suicida ha identificado en esta población en particular?
3. ¿Qué características o condiciones del contexto social y cultural podrían ser identificados como factores de riesgo en el desarrollo de conductas o riesgos suicidas en niñas, niños y adolescentes con historial de daño?
4. ¿Qué otros factores propios de la trayectoria de daño o vulneración de derechos podría describir como factores de riesgo en el desarrollo de conductas o riesgos suicidas en niñas, niños y adolescentes?
5. ¿Qué características debiera tener un sistema de registro para estos casos en particular?, ¿Tiene conocimiento respecto a los protocolos que se utilizan en los proyectos del SPE para estos casos?
6. Respecto a los profesionales que debieran estar más directamente involucrados en el abordaje de este tipo de casos, qué características considera usted que debieran tener?
7. ¿Qué recomendaciones puede brindar para mejorar la manera en la cual se registra la información asociada a las historias de daño en niñas, niños y adolescentes que ingresan al sistema proteccional en Chile, y así mejorar el sistema de alerta temprana, prevención y abordaje de comportamientos de riesgo suicida? Abordar elementos como formas de monitoreo a los pacientes, seguimientos, tratamientos ...

e. ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO RESPONSABLE

Consentimiento Informado

"Estudio de análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes"

Por medio del presente documento, he sido informado de la realización del "Estudio de análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes", el cual fue encargado a la consultora DATAVOZ por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

El estudio tiene como objetivo proponer un registro que ayude a organizar mejor la información sobre distintas situaciones que viven los niños, niñas y adolescentes que participan en Programas Ambulatorios (como PRM y PPF) y en Programas Residenciales. Este registro servirá para entender mejor los riesgos relacionados con el suicidio y así mejorar las formas en que el Servicio los apoya y protege.

En el marco de este estudio se revisarán algunas carpetas para recoger información sobre la forma en la cual actualmente se registran las distintas situaciones que viven los niños, niñas y adolescentes en el Servicio de Protección Especializada.

Se me ha informado que una de esas carpetas a revisar corresponde al niño, niña o adolescente bajo mi cuidado. En caso de no estar de acuerdo con que dicha carpeta sea revisada, debo completar la sección inferior de este documento y devolverlo firmado al proyecto a la brevedad. Por el contrario, si estoy de acuerdo con la revisión de la carpeta, no es necesario que firme ni devuelva este documento.

Si tiene alguna consulta en cualquier etapa del estudio, puede comunicarse con Carolina Muñoz o Luis Bertoglia al correo electrónico cmunozgu@uc.cl, o l.bertoglia@datavoz.cl, respectivamente.

Complete esta sección sólo si NO autoriza la revisión de la carpeta del niño, niña o adolescente bajo su cuidado:

Yo, _____,
manifiesto que **no autorizo** la revisión de la carpeta del niño, niña o adolescente bajo mi cuidado en el marco del "*Estudio de análisis de la historia de daño y antecedentes de riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes*".

.....

FIRMA

Endedel año 2024