



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE AUTOLESIÓN DE LOS ESTUDIANTE 2025





Colegios del Arzobispado de la Santísima Concepción

Educar, Evangeliza y Servir

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE AUTOLESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA

I. INTRODUCCIÓN:

El presente documento es adjunto y parte integrante del Manual de Convivencia Escolar de los alumnos y alumnas del establecimiento

Los colegios del Arzobispado de la Santísima Concepción reconocen la necesidad de abordar, y asumir de forma responsable las diferentes dificultades emocionales que pueden experimentar los estudiantes.

De esta forma, cobra urgencia materializar el presente Protocolo, considerando que en los últimos años se han develado mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes en la sociedad que incurrir en conductas de autolesión poniendo en riesgo su integridad física y psíquica.

II. DEFINICIÓN DE AUTOLESIÓN¹:

Una conducta autolesiva se define como **“Toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte.”**

La ideación y los actos que tienen intención suicida están excluidos de esta definición.

Que este acto sea deliberado hace referencia a que no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. En general no existe intención de morir, sin embargo, en la práctica clínica se encuentra que puede haber cierta ambivalencia al respecto.

Las autoagresiones más comúnmente observadas son los cortes y magulladuras en las extremidades y abdomen, producidos con objetos corto punzantes, también escoriarse la piel hasta sangrar, quemarse o introducirse objetos subdérmicos. Debe destacarse que lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Se describe que las mujeres muestran

¹ Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico, *Revista Chilena de Neurocirugía*, vol N° 51, Santiago, año 2013, PP. 39.

preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades.

III. CLASIFICACIÓN DE LAS FORMAS DE AUTOLESIÓN²:

3.1 Conductas autolesivas mayores:

Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta. Alrededor del 75% ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia, de los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico. También pueden aparecer en trastornos anímicos graves, intoxicaciones, encefalitis, y trastornos de personalidad severos.

3.2 Conductas autolesivas estereotipadas:

Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.

3.3 Conductas autolesivas compulsivas:

Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos.

3.4 Conductas autolesivas impulsivas:

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia. Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las autoagresiones impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonia, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma

² Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico, *Revista Chilena de Neurocirugía*, vol N° 51, Santiago, año 2013, PP. 40 y ss.

recurrente. En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión.

En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo.

IV. CÓMO DETECTAR UNA AUTOLESIÓN:

Los signos y síntomas de las autolesiones autoinfligidas son a veces ausentes o fáciles de perder. Brazos, manos antebrazos opuestos a la mano dominante son las zonas comunes de lesión y con frecuencia llevan a los signos reveladores de la historia de la autolesión. Sin embargo, la evidencia de actos de autolesión puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Otros síntomas incluyen:

- Vestimenta inadecuada para la temporada (uso constante de mangas largas o pantalones en climas cálidos)
- Uso constante de bandas de muñeca, falta de voluntad para participar en eventos/actividades que requieran una menor cobertura del cuerpo (como clases de gimnasia)
- Vendajes frecuentes, parafernalia extraña /inexplicable (por ejemplo hojas de afeitar u otros objetos que pueden ser utilizados para cortar o golpear)
- Elevados signos de depresión o ansiedad
- Quemaduras inexplicables, cortes cicatrices u otros grupos de marcas similares en la piel

V. MITOS ACERCA DE LA AUTOLESIÓN:

1. La herida no está tan mal, por lo tanto no el problema no es serio: no se puede juzgar la seriedad del trastorno emocional de una persona por la severidad de un corte causado a sí mismo, ni el problema.
2. Los que se autoagreden solo tratan de manipular a otras personas (padres, amigos, novios) algunos utilizan la autoagresión para llamar la atención, pero la mayoría no. Si se cree que alguien se autolesiona para llamar la atención, trata de enfocarte en que es lo que ellos quieren y asistirlos para conseguir ayuda.
3. Solamente las mujeres adolescentes se autolesionan: el perfil epidemiológico es extenso (ambiente, sexo, edad) no puede decirse que solamente un a clase de personas se autolesionan.
4. El autolesionarse es un intento de suicidio equivocado: las personas que se autolesionan no están intentando suicidarse. Ellos están usando la autolesión como un modo de tratar las emociones difíciles y aplastantes, tengan o no conocimiento de ello. Su intención no es morir, aunque esto pueda suceder.
5. No hay nada que puedas hacer para ayudar a alguien que se autolesiona: las personas que se autolesionan necesitan ayuda profesional pero también el cariño y la comprensión de la gente que las rodea. Es necesaria la empatía, escuchar sin enjuiciar, tener información y sentido común.

VI. PROTOCOLO PROPIAMENTE TAL:

5.1 Detección de la situación:

Si un apoderado se entera o sospecha que su pupilo se autolesiona, deberá informarlo al Encargado de Convivencia Escolar.

Si quien se entera o sospecha es un miembro de la comunidad educativa distinto del apoderado, deberá informar al Encargado de Convivencia Escolar, inmediatamente dentro del plazo de 24 horas.

Independientemente de la persona, es fundamental que la primera respuesta a la autolesión sea emocionalmente tranquila, amable, y no crítica. También es importante que los primeros en responder sean honestos con el estudiante, informándoles que por Protocolo y para su bienestar se requiere compartir la información con su apoderado.

5.2 Persona encargada de llevar a cabo el Protocolo:

La persona encargada de llevar a cabo el Protocolo será el Encargado de Convivencia Escolar o la persona que el designe por escrito; o quien designe Rectoría una vez detectada la situación.

1. Informar lo ocurrido al apoderado: Si quien detecta la situación es una persona distinta del apoderado, la persona encargada informará de inmediato al apoderado del estudiante. Para tal efecto deberá citarlo a entrevista al Establecimiento dentro de un plazo de 24 horas desde la detección de la situación para un día y hora determinado. La citación se realizará mediante vía telefónica y/o agenda escolar y/o correo electrónico; en defecto de las anteriores la citación deberá efectuarse por carta certificada.
2. Los apoderados deben ser informados acerca de la conducta de autolesión de su pupilo; y, de la posterior intervención del Equipo Psicosocial del Establecimiento.
Si el apoderado manifiesta indiferencia, poco interés a lo informado, o un comportamiento renuente, puede ser visto como una persona con actuar negligente a las necesidades de su pupilo, debiendo el Establecimiento informar al Tribunal de Familia competente por posible vulneración de derechos, conforme al Protocolo de Denuncia de Delitos.
3. Derivar a constatar lesiones si procediere.
4. Derivar al estudiante al Equipo Psicosocial del Establecimiento, con el objeto de brindarle apoyo interno en esta índole, y/o solicitar apoyo a profesional externo si lo requiriese.

5.3 Intervención del Equipo Psicosocial del Establecimiento:

El Equipo Psicosocial deberá:

1. Recabar información de los tipos de métodos utilizados, detonantes, propósitos psicológicos, búsqueda de ayuda y apoyo, historia pasada y actual de ideación y/o comportamientos de autolesión o suicidas. Esto siempre resguardando el interés superior del niño, niña y adolescente sin recurrir a su revictimización.

2. Hacer partícipes a los padres de la intervención, ya sea mediante la participación directa de éstos en entrevistas con el estudiante; y mediante la entrega de información acerca de la evaluación de su pupilo en entrevista en la que no participe el estudiante; en especial cuando la dinámica entre los padres e hijos puede estar contribuyendo a la conducta.
3. En base a los antecedentes recopilados elaborar un Plan de Acompañamiento Individual cuyo formato se encuentra disponible en la sección "Convivencia Escolar": "Protocolos" de las páginas web de los Establecimientos.
4. Derivación a especialista externo para evaluación. diagnóstico y tratamiento si así se requiere.
5. En todos los casos, hay que notificar a la Seremi de salud de la región a través del envío por medio de correo de la ficha de notificación de riesgo suicida correspondiente para que el Programa de Prevención en suicidio realice el seguimiento correspondiente.