

UNIVERSIDAD TÉCNICA NACIONAL
VICERRECTORÍA DE VIDA ESTUDIANTIL
ÁREA DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

**PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL
DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA NACIONAL**

- Protocolo de atención inmediata a miembros de la comunidad universitaria que ha presentado fantasía o ideación suicida, amenaza suicida o gesto suicida, en las instalaciones de la Universidad Técnica Nacional o en actividades académicas fuera de las instalaciones de la Institución.
- Protocolo de atención inmediata a miembros de la comunidad universitaria que ha realizado intento suicida en las instalaciones de la Universidad Técnica Nacional o en actividades académicas fuera de las instalaciones de la Institución.
- Protocolo de atención inmediata a miembros de la comunidad universitaria, en caso de suicidio consumado, en las instalaciones de la Universidad Técnica Nacional o en actividades académicas fuera de las instalaciones de la Institución.

MSc. Lilliana Rojas Torres
Coordinadora Área de Bienestar Estudiantil

I. Introducción

Para abordar el tema suicidio se debe empezar por perderle el miedo, por despojarle del aura de estigma y de tabú con el que se le envuelve, se le evade y trata de ocultar. En contraposición, abordarlo de frente y de manera directa nos argumenta y proporciona las herramientas para exponerlo a la luz, para tratarlo, comprenderlo y encauzar los esfuerzos hacia la creación de una sinergia institucional que permita actuar con certeza, eficacia y respeto.

Bajo la premisa de proteger a la persona que experimenta la crisis, como garantes de los Derechos Humanos, la universidad define de manera clara y precisa los procesos que deben activarse durante y después del episodio de riesgo a través de un protocolo de intervención que posiciona los lineamientos a seguir en la comunidad universitaria. Un actuar que va, por demás, antecedido de un despliegue preventivo que busca vigorizar las fortalezas institucionales identificadas, en una labor conjunta e interdisciplinaria, sistemática y congruente.

El tema suicidio, por tanto, convoca a toda la comunidad universitaria, en su totalidad e integralidad. Toda alarma es una alarma y como tal debe ser atendida, partiendo siempre de la premisa de no ignorar ni negar el riesgo.

Si bien el fenómeno suicidio resulta de la suma de factores condicionantes, toda acción institucional sistematizada, a favor de la salud mental y física de la comunidad estudiantil universitaria, incluye en su dinámica la promoción del bienestar y la salud, contribuyendo al fortalecimiento del locus de control interno y a un empoderamiento positivo en el actuar de su comunidad estudiantil.

Por ello, sumado a un protocolo de intervención, resulta necesario concebir una universidad posicionada como factor protector, con la claridad de su papel social como formadora de futuros profesionales, que brinda desde su ser y quehacer las condiciones y posibilidades para responder de manera integral, ofreciendo cotidianos espacios saludables que motivan e impulsan, estilos de vida saludables y por ende acciones de prevención del comportamiento suicida.

Labor que implica necesariamente la intervención de sectores diferentes y exige un enfoque multisectorial, “con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, ... el derecho, la política y los medios de comunicación” (OMS, 2012). De ahí que, un protocolo de intervención en caso de intento de suicidio o suicidio concretado en la universidad, implica un conjunto de pasos a seguir que buscan agilidad, eficiencia y sistematización, desde adentro y en conexión con expertos externos, en la intervención que se realice.

La existencia de un protocolo institucional no da por un hecho que se esté en la posibilidad de atender todas las emergencias; sin embargo, clarifica el accionar institucional en caso de que alguna fuera a acontecer.

II. Antecedentes

A nivel mundial, el suicidio está entre las 10 primeras causas de muerte en cada país, es una de las tres causas principales causas de muerte en las personas entre los 15 y 35 años. (OMS, 2017) y la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2018). Se registra que cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, lo que equivale a decir, una muerte por este motivo cada 40 segundos (OMS, s.f.), siendo así un tema de salud pública a atender.

La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que el 79% de todos los suicidios que se registran en el mundo se producen en países de ingresos bajos y medianos, y que la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes para realizar suicidio.

En cuanto a los intentos de suicidio, la Organización Mundial de la Salud (s.f.) expone que el 25% son reincidentes y el 10% se logran en un plazo de 10 años.

Por su parte, Costa Rica tiene una de las tasas de suicidio más altas de Centroamérica, solo superada por El Salvador (OPS, 2017). En nuestro país, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2017), entre 2005 y 2009 se suicidan por año, 7 de cada 100.000 costarricenses, mientras que en ese mismo lapso de tiempo en El Salvador la cifra sube a 7.74 por cada 100.000 habitantes (Vargas, M. y Espinoza, K., 2017). Para el año 2018, en nuestro país se reportan 7,2 suicidios por cada 100,000 habitantes y se confirma una tendencia de crecimiento que viene desde hace casi dos décadas (Semanao Universidad, junio 2019). Sobre esta línea, del 2016 al presente, el Colegio de Profesionales en Psicología anuncia que se viene dando una tendencia de aumento de casos de suicidios en Costa Rica y por eso no se puede seguir abordando el tema con ligereza (2019).

Del 2015 al 2016, el suicidio ocupa el tercer puesto en causas de muerte en Costa Rica en jóvenes entre los 15 y 19 años, rango de edad principalmente conformado por hombres quienes estadísticamente llegan más a concretarlo que las mujeres (OPS, 2017).

Los grupos de edad con mayor incidencia de intentos de suicidios son los que se ubican entre los 15 y 24 años de edad, con un 34,84% del total. “Los intentos aumentaron aún más entre 2017 y 2018, un 65%; pero la situación es más grave de lo que pueden reflejar las estadísticas difusas, omisas e incompletas” (Semanao Universidad, junio 2019).

Actualmente, el Guarco de Cartago es el cantón del país con la mayor tasa de suicidios consumados, éste, con una población de 43.000 personas, pasó de una tasa de 4,4 personas cada 100 mil en el 2017 (dos suicidios consumados) a 24,2 (11 suicidios consumados) en el 2018 (Semanao Universidad, junio 2019).

Aunado a ello, el Ministerio de Salud (2019) señala que para el periodo 2014-2017 se consumaron un total de 1225 suicidios, de ellos en el 2014, 284 personas acabaron con su vida, en el 2015 lo hicieron 315, en 2016, 339 y en 2017, 287.

El Ministerio de Salud (2018) reporta un promedio de 318 casos de suicidios por año, donde por cada uno hay 10 intentos fallidos (2015); en otros contextos mundiales, la OMS (2018) reporta que esta proporción se eleva hasta a 20 intentos fallidos por cada suicidio.

En los años 2010 al 2013, en nuestro país, el 85,8% de los suicidios fueron realizados por hombres (Ministerio de Salud, 2015); es decir, por cada 5,5 hombres fallece una mujer, ello debido a que los hombres utilizan métodos más violentos y letales (OPS, 2014). Sobre este punto, Oscar Valverde Cerros (2019), Presidente del Colegio de Profesionales en Psicología, explica: “eso tiene que ver mucho con la construcción de la masculinidad, la letalidad de la violencia que los hombres infringen contra sí mismos” (s.p.).

El mismo profesional continúa:

“Hay una crisis en el país que ha venido planteando como expresión más fuerte de los problemas de salud mental que tenemos, el aumento del suicidio y por eso creemos que los esfuerzos que estamos desarrollando desde todos los sectores tienen que acelerarse, profundizarse e intensificarse” (2019, s.p.).

Según el Ministerio de Salud (2014) en nuestro país del año 2010 al 2013, del total de suicidios en ambos sexos, un 51,57% tuvo lugar en la vivienda; el método más utilizado es el ahorcamiento con un 58,8%; setiembre es el mes en el que más suicidios se contabilizan, con un 9,9%; los fines de semana son los días en los que más casos ocurren, con un 47,35 %.

En Costa Rica, con la implementación del Decreto 37306-S el 22 de Octubre del 2012, los servicios de salud públicos y privados deben obligatoriamente notificar los intentos de suicidio al Ministerio de Salud, permitiendo con ello, obtener información oportuna para, según la Dra. María Esther Anchía Angulo, Viceministra de Salud del Gobierno Solís Rivera, “la Secretaría Técnica de Salud Mental diseñe las estrategias a poner en práctica para atender a esta población vulnerable” (Ministerio de Salud, 2014).

Además, a partir del año 2013, Costa Rica participa en la creación del Observatorio Centroamericano de la Conducta Suicida, misma que “permite a los países hacer un análisis de las tendencias y comportamiento de los suicidios con el fin de definir estrategias regionales en salud pública destinadas a la disminución de este evento” (OMS, 2015).

Con estos esfuerzos y participaciones, Costa Rica se convierte en uno de los pocos países en América Latina que utilizan un sistema de vigilancia para este fenómeno. No obstante, y pese a los esfuerzos nacionales por la recolección de la información, la Organización Panamericana de la Salud (2014) indica necesario reconocer que “los suicidios siempre representan una porción desconocida de las defunciones no registradas y es probable que en los países con un porcentaje mayor de muertes no registradas hubiera un mayor número de suicidios no incluidos en el cálculo de las tasas” (p.8).

La OMS (s.f.) ha establecido para sus países miembros la meta de reducir la tasa de suicidios en un 10% para el 2020; sin embargo, en Costa Rica se han elevado a un 13%, razón por la que la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud pretenderá en primera instancia estabilizar la tasa de suicidios pero no disminuirla, el señor Francisco Golcher, secretario de dicha unidad manifestó: “Hay que ir por partes, primero hay que conocer el fenómeno como tal y tener claro cuáles son los determinantes del comportamiento suicida para definir políticas y planes hacia los factores de riesgo” (citado por Semanario Universidad, junio 2019).

El tema suicidio encierra a nivel nacional e incluso global importantes retos a asumir que perfilan y determinan los esfuerzos por reconocerlo como un problema de salud pública donde la mirada analítica debe aún más expandirse a lo ancho y profundo del mismo.

III. Marco de Referencia

Para Vargas y Espinoza (2017) el suicidio “es la muerte producida por uno mismo, con la intención precisa de poner fin a la propia vida. Es una forma relativamente frecuente de muerte sobre todo en ciertos grupos sociales, edades y países” (s.p.).

Diversos autores coinciden en que el suicidio es la respuesta que la persona logra encontrar a la situación tensa o angustiada que está viviendo o experimentando. Referente a la persona que muere por suicidio (González, 2018) expone “el grado de sufrimiento que tiene que soportar antes de terminar con su vida es difícilmente comprensible para quienes no hemos vivido esa experiencia”. La psicóloga Katia Quirós, representante nacional de la Red Mundial de Suicidólogos por su parte, explica que las personas que valoran el suicidio como alternativa no precisamente quieren acabar con sus vidas sino con la situación que atraviesan (citada por Ugarte, 2016).

En esta misma línea, el doctor Javier Contreras, psiquiatra de la Oficina de Bienestar y Salud (OBS) de la Universidad de Costa Rica e investigador en psiquiatría genética del Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular (CIBCM-UCR) expone:

Un suicidio ocurre cuando las demandas del entorno, es decir de la sociedad, de lo que la sociedad espera de uno, supera las posibilidades o los recursos psicológicos que uno tiene. Por tanto, la persona lo que busca es acabar con el dolor que tiene, sea una enfermedad, una preocupación, una depresión u otras (citado por Burgos, 2019).

Un aspecto que en frecuentes ocasiones ha impedido una eficaz y oportuna intervención son los mitos que rodean al tema suicidio, mismos que son constructos sociales adoptados y desde ahí, actuados. “Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor

erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas”. (2005, p.5)

Los mitos cumplen un papel que impiden un eficaz trabajo en la prevención de esta causa de muerte. Éstos, sostienen creencias infundadas que impiden detectar signos que perfectamente pueden alertar para intervenir de manera oportuna. Los mitos incluso invitan a la inercia terapéutica.

Es un hecho que la conducta suicida, según los expertos, se puede predecir y por tanto también prevenir y una de sus formas es prestar atención, no banalizar conductas que se observan y abordar el caso, pero para lograrlo es imprescindible “acabar con los mitos e ideas erróneas sobre el mismo para facilitar la desestigmatización y culpabilización de la conducta suicida y, con ello, facilitar que las personas con ideaciones suicidas pidan ayuda” (González, 2018); reafirma el autor “La experiencia nos permite afirmar con rotundidad que la conducta suicida se puede prevenir” (2018).

Entre los mitos que, alrededor del tema del comportamiento suicida existen, están:

Mito: La persona quiere suicidarse.

Realidad: Quien se suicida no quiere morir, mucho menos matarse. Quiere dejar de sufrir y no ve esperanza de hacerlo, por eso ve la muerte como única salida. Hay que ayudarlo para que salga de esa ‘visión de túnel’. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.

Mito: Si la persona se quiere suicidar ya lo hubiera hecho, no falla en el intento.

Realidad: “Éste es un criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en aquellos que no están capacitados para abordarlos” (2005, p.387). La persona se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de vivir y de morir (como respuesta a no sufrir más).

Mito: Si la persona se quiere suicidar no lo cuenta, lo hace.

Realidad: El contarle o manifestarlo en cualquiera de sus formas es una llamada de auxilio. La mayoría de las personas que consuman el suicidio hablan de sus intenciones antes de realizarlo.

Mito: La persona no quiere ayuda, por lo que cualquier demostración de apoyo o cercanía la va a rechazar.

Realidad: En un ambiente de calma y seguridad, abordar directamente el tema con la persona le hace sentir acompañada e incluso puede desestimar cualquier ideación suicida que tuviera.

Mito: El confidente debe guardar el secreto.

Realidad: Se debe actuar de inmediato en cualquier caso en los que peligre la vida.

Mito: Es un intento de llamar la atención.

Realidad: Es la manifestación de la desesperación y el dolor que siente la persona.

Mito: Ocurre sin previo aviso, la persona que quiere acabar con su vida no avisa.

Realidad: Por lo general las personas dan señales a los familiares, amigos o conocidos de su entorno, por ejemplo: la expresión de frases relacionadas con el tema de muerte, regalar objetos afectivamente significativos, entre otros.

Mito: Es hereditario.

Realidad: No hay explicación genética para ello.

Mito: Es más común en jóvenes homosexuales.

Realidad: Ha habido casos asociados a la ansiedad y depresión que pueda provocar la discriminación social que vive esta población, no porque sea una condición o característica de su orientación sexual.

Mito: Luego de una mejoría, no hay riesgo.

Realidad: Se ha comprobado que una mejoría súbita resulta aparente, dado que por lo general, es un estado de calma que se alcanza luego de decidir intentarlo de nuevo. Los expertos recomiendan al menos 6 meses de seguimiento.

Mito: Quien lo intenta, son los que están locos.

Realidad: Puede haber personas que lo intentan o realizan con un diagnóstico de trastorno mental o depresivo; sin embargo, muchas están sumidas en una situación de profundo dolor o angustia que buscan acabar.

Mito: Es mejor evitar hablar del tema para que la persona no tome ideas o tome más fuerza su ideación suicida.

Realidad: Se ha demostrado que hablar de frente y de manera clara disminuye las probabilidades de concretar el hecho.

Mito: Existe un perfil del suicida.

Realidad: No existe un patrón que determine la conducta suicida, dada la pluricausalidad de situaciones que pueden desencadenar en una acción suicida, por ejemplo: la persona puede pasar desapercibida en su intención al no externar un solo signo de angustia o depresión.

Mito: Los intentos no son repetidos.

Realidad: Uno o más intentos de suicidio pueden anteceder a un suicidio consumado. Según explica el presidente de Salud Mental España, Nel A. González Zapico (2018), otra creencia errónea es que “las personas que se suicidan son egoístas (o valientes), cuando la realidad es que la conducta suicida no está vinculada con estas cualidades, sino con un altísimo grado de sufrimiento de la persona” (s.p.).

Mito: Quien haya intentado suicidarse alguna vez, nunca dejará de serlo.

Realidad: El mayor riesgo de suicidio suele ser de corto plazo y específico según si la situación que le pueda detonar persiste. Si bien los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes. Quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida.

Mito: Intentar ayudar a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello, sólo guiándose por el sentido común, es perjudicial y se pierde tiempo para su abordaje adecuado.

Realidad: Este criterio intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio. Cualquier persona interesada en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención. Asumiendo una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

Mito: los que intentan suicidarse y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás.

Realidad: Este mito infunde temor a quien se pueda acercar a ayudar. “El homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, pues el suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos del sujeto se vierten contra sí mismo”. (2005, p.390)

Vargas y Espinoza (2017) hacen referencia a los múltiples factores de riesgo que lleva al suicidio, están los de tipo social como pobreza, desempleo, drogadicción y rupturas de relaciones; psicológicos como depresión, duelo, dolores y enfermedades crónicas; por experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento. Según la OMS, (2018) se potencializa el riesgo de cometer suicidio si además, se pertenece a grupos socialmente discriminados como lo son los refugiados y migrantes, las comunidades indígenas, las personas con orientación sexual diversa y las personas privadas de libertad.

El Ministerio de Salud (citado por Ugarte, 2016) por su parte, expone las cinco poblaciones que a su criterio son las de mayor riesgo de cometer suicidio, a saber: “las personas con depresión o trastorno depresivo, toda persona que haya intentado hacerse daño anteriormente, las personas que lo han comentado, los sobrevivientes de suicidio y cualquier persona con enfermedad mental en descompensación” (s.p.). De ahí que, el suicidio, continúa la autora (2016), “No es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio... el 90% de los suicidios están relacionados a enfermedades mentales...hay un trastorno mental de fondo, diagnosticado o no” (s.p.).

En este sentido, la OMS (s.f.) manifiesta que las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, abuso de sustancias, violencia, sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio. “El alcoholismo (tanto el abuso del alcohol como la

dependencia del mismo) es un diagnóstico frecuente en aquellos que han cometido suicidio, particularmente jóvenes. Existen explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la correlación entre suicidio y alcoholismo" (OMS, 2000, s.p.).

Castillo y Maroto (2017) aportan, "el suicidio no se puede explicar a partir de una única variable, ni se pueden generalizar sus causas a todos los diferentes casos, pues cada uno responderá a la conjunción de distintos factores" (p.450). Contreras por su parte expone que, "el 85% de las personas que cometen suicidio tienen depresión y es sobre esa gente sobre la que hay que trabajar y tratar de prevenirlo" (citado por Burgos, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2018) agrega una causa más a las ya indicadas, "el intento de suicidio no consumado, mismo reconocido como el factor individual de riesgo más importante" (s.p.). Máxime en fechas cercanas a uno o más intentos, con los condicionantes aún exacerbados y a un escaso o nulo seguimiento profesional.

Contreras (citado por Burgos, 2019) considera que es falsa la premisa de que el suicidio ocurre sin advertencia, en muchos casos incluso las personas cercanas quedan con la duda de por qué ocurrió. Precisamente, continúa el experto, a partir de este punto los sobrevivientes, es decir, sus familiares y amistades, "sufren doblemente por la pérdida del ser querido y por las conclusiones erróneas que sacan"(s.p.).

Es así como al suicidio se le entiende como un trastorno multidimensional, es decir, como el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociológicos y ambientales, con el agravante de que la persona se siente imposibilitada para tomar el control de ellas y visualice una solución a su situación que no sea el atentar contra su vida. Muchos suicidios, se desencadenan en momentos de crisis, por impulso, en donde la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, para tomar decisiones, están sensiblemente minadas. Secades (2014) al respecto apunta "El suicidio no es producto de un evento aislado,... Es un cúmulo de situaciones que presionan a la persona, acompañadas de su fragilidad como individuo" (p. 452).

Shneidman (1961) citado por Fundarevi (2010, p.7) señala que para darse realmente un acto suicida deben existir al menos tres aspectos importantes: la intención, la voluntad y la conciencia. Chávez, Cortés, Hermosillo y Medina (citados por MEP, 2018) mencionan acerca del suicidio que éste no es un acto aislado u ocurrente, sino más bien el resultado final de un proceso, "un continuo que consta de cinco etapas: ideación, amenaza suicida, gesto suicida, tentativa o intento suicida y el suicidio como tal" (p. 18).

En el Protocolo de Atención a la Población Estudiantil que Presenta Intención Suicida del Ministerio de Educación Pública (2018) cita al igual que estos autores, las mismas etapas del suicidio, con idénticos nombres salvo por la última, que le denominan suicidio consumado. Explicando de cada una lo siguiente:

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

Cada etapa aumenta la posibilidad de concretar el acto suicida, entre más temprano sea el estadio en el que se interviene mejor pronóstico en la respuesta de la persona, lo que significa, además, es que las acciones a desplegar dependen de en cuál de ellas se encuentra la persona.

La persona puede estar sumida en una profunda desesperanza y dolor y no tener intenciones de acabar con su vida, como sí puede tener la intención de suicidarse pero no haber llegado a idear un plan, o incluso llegar al extremo de tener la intención y estructurar un plan para llevarlo a cabo.

En cada intento suicida hay un desgaste emocional en la persona y en sus más allegados. “Cada intento suicida puede tener consecuencias psicológicas y físicas graves en la persona, y en caso de ser exitoso, ocasionarle la muerte... Si una persona ha intentado suicidarse, en caso de no haber sido tratada, es probable que lo repita usando un método más letal” (Voz pro salud mental, 2016)

Para las cuatro primeras etapas la recomendación siempre es la atención profesional, la referencia a la clínica de la localidad para una atención no menor a seis meses. De ahí el énfasis de los diversos autores de prestar atención a las conductas que vislumbran posibles intenciones suicidas, con un abordaje serio y respetuoso, sin caer en alarmismos ineficientes y peligrosos que provocan en muchas ocasiones una total falta de respeto hacia la persona incluida la revictimización.

Es posible evitar que una persona se suicide, si se le da el tratamiento adecuado. Hablar de ello e incitarla a expresar sus emociones puede servir para reducir sus intenciones, y junto a ello, la referencia a los expertos es primordial.

IV. Conducta suicida en el ámbito universitario.

Referirse al tema suicidio en el ámbito universitario remite necesariamente a retomar la definición de los dos grupos etarios que conforman la comunidad estudiantil y desde ahí encuadrar el quehacer en caso de algún tipo de emergencia de esta naturaleza; en este sentido, la Ley General de la Persona Joven (Ley 8261, 2002) establece que por adolescente se entenderá a “la persona mayor de doce años y menor de dieciocho años de edad, y personas jóvenes “son las personas con edades comprendidas entre los doce y treinta y cinco años”. Precisamente, a esta población la OMS (2017) la ubica dentro del rango de edad que presenta la mayor vulnerabilidad para realizar suicidio.

Castillo y Maroto (2017) aportan que el suicidio tiene un efecto dominó en las sociedades, las comunidades, los amigos y las familias que han perdido a un ser querido de esta forma. Es sin duda un grave problema de salud pública, mismo que incluso puede ser aprendido por otras personas como una factible respuesta a las dificultades que resultan agobiantes. “Según la OMS la información sobre el suicidio se debe manejar con mucho cuidado y no es que no se hable del suicidio, no, hay que hablarlo, pero no se debe publicitar” destacó Contreras (citado por Burgos, 2018). De ahí entonces una de las premisas básicas para toda la comunidad universitaria sobre manejar el tema suicidio con suma cautela y discreción, ética y profesionalismo.

Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y sus efectos son duraderos para los allegados de la persona que cometió el suicidio. El impacto psicológico y social para la familia y la sociedad es incalculable, Castillo y Maroto (2017) lo mencionan “En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos a otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas” (p. 447). Argumento de la OMS (2018) para reconocer que el suicidio es una prioridad de salud pública.

En el espacio universitario, toda la comunidad se vería afectada, principalmente los denominados sobrevivientes, es decir, los más allegados afectivamente a la persona, si se tratase de un estudiante, serían sus docentes y compañeros; “entre más pequeña la comunidad más es el impacto en los datos de cada muerte y mayor la afectación emocional de cada uno de los vecinos, familiares y amigos que se preguntan como pudieron haberlo prevenido” (Semanao Universidad, junio 2019). A ellos se suman el resto de la comunidad universitaria, la familia, los amigos, el barrio, el país.

Sobre la prevención del suicidio, los expertos señalan que existen intervenciones eficaces. Ante todo y en un plano personal, la detección y el tratamiento temprano de la depresión y de los trastornos por consumo de alcohol; además, el seguimiento oportuno a quienes han tratado de suicidarse y el apoyo psicosocial en las comunidades.

Es así como las actividades de prevención del suicidio inician con la promoción de los factores protectores, mismos que a nivel macro, “exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos los de salud, educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación” (OMS, 2018).

Las acciones de atención y seguimiento, por su parte, deben contemplar “la valoración de forma integral de las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles de asistencia” (Ministerio de Salud, 2017).

En su primer informe mundial sobre el suicidio, denominado “Prevención del suicidio: un imperativo global”, la OMS (2014) procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio, los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. “Un esfuerzo acompañado también de alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública” (s.p.).

De acuerdo a Castillo y Maroto (2017) “un eje fundamental de la prevención del suicidio a nivel comunitario, desde un enfoque psicosocial, consiste en reconocer tanto los factores de riesgo, como los factores protectores presentes en una localidad en particular” (p. 451). Lo que evidencia, una vez más, que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores. El Semanario Universidad (junio, 2019) cita a Laura Chacón Echeverría, psicóloga fundadora de Casitas de Escucha, al exponer “Cada comunidad tiene que estudiarse en su contexto para entender los múltiples factores que impulsan el suicidio”, lo que nuevamente refuerza el señalamiento de que existen indicadores del suicidio, que dependiendo de la conjunción de éstos determinan el contexto como agente protector porque están siendo atendidos desde un nivel preventivo o al contrario, son de riesgo porque no se identifican ni se trabaja en ellos.

Tanto los factores de riesgo como los factores protectores pueden ser individuales, familiares y sociales, es decir, condicionantes que protegen, resguardan, “atan” a las personas a sus vidas, a sus proyectos y seres queridos; o todo lo contrario, no lo hacen. Importantes factores protectores se pueden encontrar en el seno del hogar, Blandón (2015) lo explica “La buena relación entre padre y madre, los estilos adecuados de crianza parental y las relaciones convencionales entre padres e hijos evitan el pensamiento suicida de los adolescentes” (p.1130).

En este mismo sentido, los estudios de Meschke, Bartholomae y Zentall (2002, citados por Pérez et al, 2013) han expuesto que “el apoyo, el control y la supervisión parental se constituyen en elementos importantes que funcionan como factores protectores o de riesgo

para el desarrollo de comportamiento problemático en adolescentes, incluyendo el suicidio” (Blandón, 2015, p. 1130).

En contextos sociales más amplios, como la universidad, pueden existir factores protectores claramente identificados. Como lo afirman Carmona et al., (2013) “La universidad, como contexto de interacción, cuenta con importantes fuentes de protección frente a los comportamientos suicidas, por las redes de apoyo que allí encuentra el estudiante, el proyecto de futuro que constituye estudiar una carrera profesional y la riqueza de significaciones que despiertan el interés” (p. 16). En la universidad los estudiantes encuentran múltiples posibilidades para construir redes afectivas con sus pares; estas relaciones se convierten en redes de apoyo que funcionan como “sostenes vinculares ante las tendencias autodestructivas” (Carmona y Carmona, 2014, p. 34).

La universidad como institución orientada a la formación integral de sus estudiantes y claramente posicionada como factor protector, buscará crear, desarrollar y fortalecer su labor proporcionándole a la comunidad estudiantil variedad de espacios para su expresión, identificación y “enlace” afectivo con la institución; favorecerá de igual forma condiciones para la atención, apoyo y contención emocional, desde un accionar amplio e interconectado, que involucre una mirada amplia e integral.

Desde su papel, la educación:

“cumple cuando se constituye en uno de los espacios fundamentales para la formación personal, social, ética y ciudadana de individuos y grupos. Tiene un papel crítico en la formación del capital humano y cultural durante el desarrollo y es un campo importante para la elaboración de la identidad y del sentido de vida” Donas (2001).

Los centros educativos, autodeterminados como espacios protectores y potenciadores de la salud integral de su comunidad estudiantil, dirigirán esfuerzos y recursos en la prevención de conductas de riesgo de sus integrantes; enfocándose en reconocer y trabajar los sentimientos de tristeza, soledad, ira, dolor y desesperanza, manteniendo una actitud atenta a los síntomas de depresión y a la expresa manifestación de deseos de morir. Sobre este punto es importante reconocer que los factores de protección son todas aquellas condiciones, situaciones o elementos, en nuestro caso institucionales, que se le proporcionan a la comunidad estudiantil para prevenir una situación de riesgo y favorecer la salud mental (Ministerio de Salud, 2017).

Explican Maroto y Castillo (citadas por Semanario Universidad, 2019) que las razones por las que se comete suicidio, “tienen que ver con desempleo, la violencia intrafamiliar, el trato entre vecinos, los espacios de recreación y muchos otros factores...que debilitan los lazos de la comunidad” (s.p.). De ahí que, en el ámbito educativo resulta fundamental la promoción permanente de factores protectores y de prevención del riesgo, “así como un proceso unificado y coordinado de referencia para la atención de estudiantes en

condiciones de vulnerabilidad por lesiones autoinfligidas, ideación suicida o tentativa de suicidio” (Ministerio de Salud, 2017, p.6)

Todas las actividades que, a favor de la salud integral, la universidad organice e impulse con la intervención profesional de funcionarios capacitados, son acciones acertadas en la prevención del suicidio, mismas que giren alrededor de la expresión, la integración, el reconocimiento y la reflexión, con temáticas que van desde el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales hasta fortalecer el locus de control interno, la incorporación de respuestas más sanas y entretejiendo importantes redes de apoyo.

Esfuerzos preventivos que se suman a los provenientes de otras instituciones, premisa que la OMS (2018) refuerza “ningún enfoque individual por separado puede tener efecto en una cuestión tan compleja como el suicidio” (s.p.). Es decir, así como la universidad reconoce, incluye y ejecuta en su quehacer este tipo de eventos, así otras instituciones deben construir para aportar lo suyo.

El Dr. Allan Rímola Rivas, Jefe de la Secretaría Técnica de Salud Mental en el año 2015 expuso: “Las estrategias, de manera general, abarcan varias medidas de promoción y prevención como: la vigilancia, promover los factores protectores, la restricción de los medios utilizables para autoeliminarse; además de las directrices para los medios de difusión; la reducción del estigma y la concientización del público; así como la capacitación de personal de salud y educadores” (Ministerio de Salud, 2015).

Para el abordaje del tema sobre intentos de suicidios, la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud (2015) propone tres clases de estrategias para contrarrestar los factores de riesgo, saber:

1. La prevención “universal”, dirigida a toda una población, procuran aumentar el acceso a la atención de la salud, promueve la salud mental, atiende la reducción del consumo nocivo de alcohol, limita el acceso a los medios utilizables para suicidarse y promueve una información responsable sobre el tema.
2. Estrategias de prevención “selectivas” que se dirigen a grupos vulnerables, como por ejemplo hacia quienes se tengan identificados porque han padecido traumas o abusos, se han visto afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante “guardianes” que ayudan a las personas vulnerables y servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.
3. Estrategias “indicadas”, dirigidas a personas vulnerables específicas “mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias” (Ministerio de Salud, 2015).

Sin embargo, pese a esfuerzos como los expuestos, expone la Organización Mundial de la Salud (2018) que a nivel mundial, la prevención del suicidio es aún una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada, debido básicamente a la falta de concientización sobre la importancia de este fenómeno, la falta de políticas y al tabú que impide hablar abiertamente de ello. De hecho, “en la actualidad, unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y solo 38 países han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio” (OMS, 2018).

Respondiendo a la solicitud expresa de la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud, la UTN se une a la labor de fortalecerse así misma en la prevención y atención del comportamiento suicida, capacitando funcionarios, encauzando esfuerzos para fomentar espacios saludables de atención, contención y guía, de escucha y solución, y sumándose a los esfuerzos país para abordar esta temática de salud pública con responsabilidad, ética y compromiso.

PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

Como labor entrelazada y en sincronía con otras instituciones de la sociedad, la Universidad Técnica Nacional presenta su protocolo de intervención para el abordaje integral de la conducta suicida en la comunidad universitaria, bajo el concepto de una sinergia que entrelaza esfuerzos y en la que una eficaz participación de la comunidad educativa resulta medular.

Las acciones descritas buscan perfilar una intervención sistemática y respetuosa, reconociendo el tipo de atención para emergencias de esta naturaleza, incluidas las estelas que perduran aún pasado el episodio y que requieren igualmente atención para la víctima y los denominados sobrevivientes.

Se ha considerado la creación de tres protocolos que describen el accionar de las personas participantes en la atención de la emergencia del comportamiento suicida, según sea el tipo de ésta, a saber:

- Protocolo de atención inmediata a miembros de la comunidad universitaria que ha presentado fantasía o ideación suicida, amenaza suicida o gesto suicida, en las instalaciones de la Universidad Técnica Nacional o en actividades académicas fuera de la Institución.
- Protocolo de atención inmediata a miembros de la comunidad universitaria que ha realizado intento suicida en las instalaciones de la Universidad Técnica Nacional o en actividades académicas fuera de las instalaciones de la Institución.
- Protocolo de atención inmediata a miembros de la comunidad universitaria en caso de suicidio consumado en las instalaciones de la Universidad Técnica Nacional o en actividades académicas fuera de la Institución.

Para estos efectos, las Subáreas de Bienestar Estudiantil en cada sede asumen la atención de la población estudiantil, mientras que a la población administrativa y docente es atendida por la Dirección de Gestión del Desarrollo Humano.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA A MIEMBROS DE LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA QUE HA PRESENTADO FANTASÍA O IDEACIÓN SUICIDA,
AMENAZA SUICIDA O GESTO SUICIDA EN LAS INSTALACIONES DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA NACIONAL O EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS
FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LA INSTITUCIÓN.**

Cualquier miembro de la comunidad universitaria puede abordar a una persona ante una crisis de fantasía o ideación suicida, amenaza suicida o gesto suicida, siempre con respeto, interés genuino y con la claridad de referirle al profesional correspondiente de la Institución.

Las siguientes son las señales más frecuentes que pueden estar indicando que la persona está atravesando una crisis suicida:

- llanto inconsolable
- tendencia al aislamiento
- desesperanza
- súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos
- consumo excesivo de alcohol o drogas
- amenazas suicidas
- deseos de morir
- realización de notas de despedidas

Salvo las tres últimas conductas, las mencionadas son señales que igualmente podrán ser manifestadas por personas sin ideación o amenaza suicida, lo que implica necesariamente un abordaje siempre cauteloso que conlleve una referencia a la profesional del Subárea de Bienestar Estudiantil (SABE) en caso de que se tratase de un miembro de la población estudiantil, o a la Dirección de Gestión de Desarrollo Humano (DGDH), si se tratase de una persona funcionaria.

Lo que no excluye considerar también que habrá personas que no emiten señales claramente visibles, al menos en los espacios universitarios, relegando sus expresiones de sufrimiento al ámbito del hogar, al círculo cercano de amistades e incluso sólo para sí mismo.

A. Persona que observa este tipo de manifestaciones:

- Prestar atención y ayuda.
- Mantener la calma.

- Manifestarle que está allí para escucharla.
- Proporcionar una escucha respetuosa a las expresiones manifestadas.
- Si la persona ha sido entrenada, aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos a la persona que presenta la crisis de fantasía o ideación suicida, amenaza suicida o gesto suicida:
 - Abrir un espacio de escucha empática. Utilizar un lenguaje apropiado, con tono tranquilo y palabras que ayuden a bajar los niveles de desesperación de la persona.
 - Con serenidad transmitir un interés genuino por ayudar.
 - Proporcionarle un lugar seguro y tranquilo.
 - Escuchar, permitir que la persona se exprese.
 - Brindar contención y apoyo.
 - Validar sus sentimientos sin juzgar. No utilizar juicios de valor.
 - No dar sermones. No culpabilizar.
 - No hablarle de religión ni de otras creencias personales.
 - No subestimar los problemas que pueda la persona exponer en esos momentos con frases como “eso no es para tanto”, “eso no es nada”, “hay gente pasando por situaciones más difíciles que la suya”, “sea agradecido con lo que tiene”.
- Si se cree que la persona corre un peligro inmediato, no la deje sola.
- En caso de tratarse de una persona estudiante animarla a pedir ayuda al SABE.
- En caso de tratarse de una persona funcionaria animarla a pedir ayuda a la DGDH.
- Solicitar directamente apoyo profesional para la persona que está manifestando fantasía o ideación suicida, amenaza suicida o gesto suicida al SABE, al médico (si lo hubiera) o a la DGDH, según se trate de una persona funcionaria.
- Una vez que está siendo atendida la persona por algún funcionario experto de la institución, sea médico, profesional del SABE o de la DGDH, guarde distancia.

- No es preciso que posteriormente le esté consultando acerca de cómo sigue.
- Recibir atención de forma inmediata por parte de la SABE o de la DGDH, según corresponda.
- Bajo ninguna circunstancia debe divulgar información que la persona le haya confiado a ningún miembro de la comunidad educativa (personal o estudiantes) o externos (curiosos, prensa, familiares, amigos, otros).

B. Subárea de Bienestar Estudiantil o Dirección de Gestión del Desarrollo Humano:

- En cuanto se le localice, presentarse de manera inmediata al lugar donde se encuentra la persona que está viviendo la fantasía o ideación suicida, amenaza suicida o gesto suicida,
- Hágase acompañar de otra persona profesional capacitada. Una atiende a la persona que está viviendo la crisis, la otra atiende a la persona que atendió en un inicio a la persona en crisis y reportó la emergencia.
- Cada una por su lado, proporciona un lugar tranquilo y seguro para hablar con la persona que en ese momento atiende.
- La persona profesional que atiende a la persona que presenta la crisis de fantasía o ideación suicida, amenaza suicida o gesto suicida, aplica los Primeros Auxilios Psicológicos:
 - Abrir un espacio de escucha empática. Utilizar un lenguaje apropiado, con tono tranquilo y palabras que ayuden a bajar los niveles de desesperación de la persona.
 - Con serenidad transmitir un interés genuino por ayudar.
 - Proporcionarle un lugar seguro y tranquilo.
 - Manifestar que se le quiere ayudar.
 - Escuchar, permitir que la persona se exprese.
 - Brindar contención y apoyo.
 - Validar sus sentimientos sin juzgar. No utilizar juicios de valor.

- No dar sermones. No culpabilizar.
- No hablarle de religión ni de otras creencias personales.
- No subestimar los problemas que pueda la persona exponer en esos momentos con frases como “eso no es para tanto”, “eso no es nada”, “hay gente pasando por situaciones más difíciles que la suya”, “sea agradecido con lo que tiene”.
- Siempre debe preguntar si ha pensado en el suicidio.
- Investigar con quien vive y sobre la dinámica familiar.
- Aplicar alguna de las Escalas Nemotécnica de Riesgo Suicida:
 - P.A.L.I. (Pensamiento de Muerte y Plan, Aislamiento, Letalidad, Intentos previos).
 - Modelo C.A.S.A. (Cambios Repentinos, Amenazas Verbales y No Verbales, Sentimientos, Acciones o Conductas) (M.E.P., 2018).
- A partir de los resultados que arrojen las Escalas Nemotécnicas de Riesgo Suicida, definir si se realiza una solicitud de traslado a una clínica u hospital o a consulta externa de Salud Mental.
- Brindar seguimiento por mínimo seis meses a partir de la detección del caso.
- Abrir expediente de atención a la persona estudiante o funcionaria.
- Documentar cada sesión que la persona del SABE o la DGDH, según corresponda, desarrolle con la persona que requiere atención.
- Si fuera preciso referir a la persona, estudiante o funcionario, al centro médico, la persona profesional del SABE o de la la DGDH debe:
 - Mantener comunicación periódica con la clínica que atiende a la persona y acatar las recomendaciones dirigidas a la institución.
 - Solicitarle a la persona que está siendo atendida los comprobantes de asistencia a los diversos servicios de salud, ya sea pública o privada, y anexarlos al expediente.

- Documentar cada contacto que la persona profesional del SABE o de la DGDH, según corresponda, establezca con la clínica de salud que atiende a la persona referida.
- En toda acción debe imperar el profesionalismo y la confidencialidad. Evitar revictimizar a la víctima.
- En caso de que la persona profesional del SABE o DGDH lo considere necesario, la persona que atendió en un inicio a la persona en crisis, será referida a consulta externa de la Caja Costarricense del Seguro Social.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA QUE HA REALIZADO INTENTO SUICIDA EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA NACIONAL O EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LA INSTITUCIÓN

Cualquier miembro de la comunidad universitaria puede abordar a una persona ante un intento suicida, siempre con respeto y con la claridad de referirle a la persona profesional correspondiente de la Institución.

A. Persona que atiende la emergencia:

- Atender la situación en el momento de manera inmediata y prioritaria.
- Llamar al 911 y solicitar una ambulancia. Seguir las instrucciones que le indique esta entidad.
- En la medida de lo posible acompañarse por otra persona. Una que apoye a la persona que ha realizado intento de suicidio y la otra para que se encargue de la logística (llamadas telefónicas, contactar a personal capacitado de la Universidad).
- No dejar sola a la persona.
- Contactar a la persona profesional de la Unidad de Salud Ocupacional de la sede y al médico (si lo hubiera), con la intención de que se apersonen y brinden los primeros auxilios. En caso de que alguno o ambos están fuera de la institución, seguir las instrucciones que indican telefónicamente.
- Contactar a la persona profesional del SABE para que se apersonen. En caso de que está fuera de la institución, seguir las instrucciones que brinda telefónicamente.
- Si la persona que realizó intento de suicidio está herida, no se debe acostar, levantar, sacudir o golpear. Tampoco permitir que otros lo hagan, estas tareas deben ser realizadas sólo por profesionales de la Unidad de Salud Ocupacional, médicos, paramédicos o personal de la Cruz Roja.
- Si ha sido capacitado, aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos a la persona que ha intentado suicidarse:
 - Utilizar un lenguaje apropiado, con tono tranquilo y palabras que ayuden a bajar los niveles de desesperación de la persona.

- Con serenidad transmitir un interés genuino por ayudar.
- Proporcionarle un lugar seguro y tranquilo.
- Permanecer con la persona, no dejarla sola hasta que llegue la ambulancia.
- Manifestar que se le quiere ayudar.
- Escuchar, permitir que la persona se exprese.
- Brindar contención y apoyo.
- Validar sus sentimientos sin juzgar. No utilizar juicios de valor.
- No dar sermones. No culpabilizar.
- No hablarle de religión ni de otras creencias personales.
- No subestimar los problemas que pueda la persona exponer en esos momentos con frases como “eso no es para tanto”, “eso no es nada”, “hay gente pasando por situaciones más difíciles que la suya”, “sea agradecido con lo que tiene”.
- Recibir de inmediato Primeros Auxilios Psicológicos por parte de la SABE, la Brigada de Atención Emocional o la DGDH, según corresponda.

B. Subárea de Bienestar Estudiantil o Dirección General de Desarrollo Humano.

Si la persona Encargada del SABE o de la DGDH está en el lugar donde la persona estudiante ha intentado cometer suicidio o si se apersona porque se le contactó, le corresponde:

- Procurar hacerse acompañar de otro profesional. Uno atiende a la persona que ha realizado intento de suicidio y la otra atiende a quien le ha atendido y dio el aviso de la emergencia.

Quien atiende a la persona que ha hecho intento de suicidio le corresponde:

- Retomar el proceso en el momento en que llega y verificar qué acciones se han realizado y cuáles faltan por hacer.
- Aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos a la persona que ha intentado suicidarse:

- Abrir un espacio de escucha empática. Utilizar un lenguaje apropiado, con tono tranquilo y palabras que ayuden a bajar los niveles de desesperación de la persona.
 - Con serenidad transmitir un interés genuino por ayudar.
 - Proporcionarle un lugar seguro y tranquilo.
 - Permanecer con la persona, no dejarla sola hasta que llegue la ambulancia.
 - Manifestar que se le quiere ayudar.
 - Escuchar, permitir que la persona se exprese.
 - Brindar contención y apoyo.
 - Validar sus sentimientos sin juzgar. No utilizar juicios de valor.
 - No dar sermones. No culpabilizar.
 - No hablarle de religión ni de otras creencias personales.
 - No subestimar los problemas que pueda la persona exponer en esos momentos con frases como “eso no es para tanto”, “eso no es nada”, “hay gente pasando por situaciones más difíciles que la suya”, “sea agradecido con lo que tiene”.
- Hacerle ver la importancia de ser atendido por un especialista.
 - Proporcionar soporte y posibles soluciones a sus problemas.
 - Acompañar a la persona hasta que llegue personal de la Cruz Roja.
 - Solicitar al Decano, en su ausencia o imposibilidad de localizarlo la SABE se comunica directamente con el personal de Seguridad para solicitarle:
 - Facilitar la entrada de la ambulancia de la Cruz Roja a la institución.
 - Mantener a las personas curiosas alejadas del lugar.
 - Evitar que alguna persona funcionaria de la institución, incluido el Decano mismo brinde declaraciones a la prensa.

- Si la persona estudiante es menor de edad se debe contactar a algún familiar. “En caso de que se trate de una persona menor de edad se debe comunicar al hogar (padre, madre o encargado/a), considerando que el mismo hogar no sea un factor de riesgo para la persona estudiante; de ser así, se debe notificar al PANI” (MEP, 2017).

Al contactar telefónicamente a la familia:

- Presentarse como funcionario de la institución.
 - Exponer con serenidad lo que ha ocurrido, sin entrar en detalles que pueden alterar aún más a la persona que ha atendido la llamada.
 - Indicar la ubicación donde está la persona e indicar que la ambulancia está en camino.
 - Solicitar que se hagan presentes para que le acompañen en la ambulancia o en el hospital.
- Si ningún familiar puede o quiere apersonarse al lugar, se debe contactar al Patronato Nacional de la Infancia (PANI). “Si no se presentan las personas a cargo de la persona menor de edad, se debe denunciar negligencia ante al Patronato Nacional de la Infancia (al llamar al 911 se activa la comunicación al PANI)” (MEP, 2018).
 - El PANI activará su propio protocolo.
 - Ningún funcionario o estudiante de la UTN debe acompañar al menor de edad en la ambulancia.
 - No se puede transportar a la persona en vehículos de la universidad ni en transporte público o privado.
 - Por llegar la ambulancia de la Cruz Roja ellos activan su propio protocolo tanto en la atención que brindan en el sitio como en el traslado de persona.
 - Si la persona es mayor de edad, la notificación a la familia, queda a criterio de la persona, considerando y respetando su mayoría de edad.

Al contactar telefónicamente a la familia:

- Presentarse como funcionario de la institución.

- Exponer con serenidad lo que ha ocurrido, sin entrar en detalles que pueden alterar aún más a la persona que ha atendido la llamada.
 - Indicar la ubicación donde está la persona e indicar que la ambulancia está en camino.
 - Solicitar que se hagan presentes para que le acompañen en la ambulancia o en el hospital.
- En caso de que la persona se torne agresiva y acercarse a ella es un evidente peligro, se contacta a la Fuerza Pública mediante el 911.
 - La Fuerza Pública activa su propio protocolo.
 - Bajo ninguna circunstancia se debe divulgar algún tipo de información sobre lo acontecido a los miembros de la comunidad educativa (personal o estudiantes) o externos (curiosos, prensa, familiares, amigos, otros).
 - Completar y entregar en la sede del Ministerio de Salud más cercana a la institución la boleta de notificación de intención suicida en un plazo máximo de 15 días después de ocurrida la emergencia. Esta boleta es de notificación obligatoria según Decreto 40556-S.

C. Seguimiento por parte del Subárea de Bienestar Estudiantil o de la Dirección de Gestión del Desarrollo Humano a la persona, estudiante o funcionaria, que ha realizado intento de suicidio:

- La SABE o la DGDH, según corresponda, brindan seguimiento periódico a partir del momento que retorne a clases o al puesto laboral, durante 6 meses posterior al evento.
- Abrir expediente de atención a la persona estudiante o funcionaria, sea la SABE o la DGDH, según corresponda.
- En caso de no estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica externa, referir a la persona al centro médico o servicio de urgencias más cercano. “el intento de suicidio es una condición que requiere la atención inmediata y obligatoria de los servicios de salud del país” (MEP, 2018).
- Mantener comunicación periódica con la clínica que atiende a la persona y acatar las recomendaciones dirigidas a la institución.

- Documentar cada sesión que la persona funcionaria realice con la persona que realizó intento de suicidio y cada contacto con la clínica de salud que le atiende.
- Solicitar a la persona estudiante o funcionaria los comprobantes de asistencia a los diversos servicios de salud, ya sea pública o privada, y anexarlos al expediente.
- En caso de que sea una persona funcionaria la que es atendida, debe acudir a las citas médicas por el tiempo que los especialistas indiquen y presentar comprobantes de asistencia a la cita médica a la DGDH. Para lo cual se otorga permiso con goce de salario.
- Mantener enterado al Decano, Director Ejecutivo y a la Director de DGDH, según corresponda, acerca de la evolución de la persona, sin detalles y sin faltar a la ética profesional. Solicitar su apoyo en lo que corresponda.
- En toda acción debe imperar el profesionalismo y la confidencialidad. Evitar revictimizar a la víctima.

D. Apoyo institucional:

- Mantener la calma.
- Por ningún motivo se debe dar cabida a la revictimización:
 - Ser sumamente prudente en la información que se maneja acerca de la persona estudiante. No hacer comentarios con nadie.
 - No involucrar a personal trabajador o estudiantado que no tiene ninguna relación con la efectiva atención que la institución deba brindar.
 - No utilizar el incidente para limitar la carrera profesional de la persona funcionaria.

Como recomendación es conveniente que la Institución se afilie a una empresa de ambulancias que brindan servicio privado para el traslado de estas personas.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA A MIEMBROS DE LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA, EN CASO DE SUICIDIO CONSUMADO,
EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA NACIONAL
O EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS FUERA DE LAS INSTALACIONES
DE LA INSTITUCIÓN.**

A. Persona que atiende la emergencia:

- Atender de manera inmediata la situación.
- Mantener la calma.
- Llamar al 911 y reportar el suicidio. Seguir las instrucciones que brinden.
- Llamar a la persona profesional de la SABE o a la DGDH de la sede, según corresponda.
- Esperar a que llegue la persona profesional de la SABE o de la DGDH.
- Recibir de inmediato Primeros Auxilios Psicológicos por parte de la SABE, la Brigada de Atención Emocional o la DGDH.

B. Decano o la profesional de la SABE ante la imposibilidad de localizarle:

- Girar las siguientes instrucciones a los funcionarios de Seguridad de la institución:
 - Autorizar el ingreso de los funcionarios de la Fuerza Pública y del Organismo de Investigación Judicial (OIJ).
 - Colaborar en que se conserve intacta la escena.
 - Solicitar a las personas estudiantes o funcionarias presentes que se retiren de la escena.
- El Decano valora la suspensión de las lecciones.
- Delegar a la SABE la atención de los sobrevivientes (compañeros de estudio) y a la DGDH (docentes de la carrera u otros funcionarios relacionados con el caso).

C. Subárea de Bienestar Estudiantil o Dirección de Gestión del Desarrollo Humano, según corresponda:

- Llamar a algún personal de la Brigada de Atención Emocional para presentarse a la escena juntos.
- Comunicar al Rector de la situación, en su ausencia, a quien esté sustituyéndolo.
- Comunicar al Decano de la sede de la situación, en su ausencia, al Decano Suplente.
- Comunicarse con la familia de la persona fallecida y notificar la situación ocurrida:
 - Presentarse como funcionario de la institución.
 - Exponer con serenidad lo que ha ocurrido, sin entrar en detalles que pueden alterar aún más a la persona que ha atendido la llamada.
 - Indicar la ubicación donde está la persona e indicar que las autoridades correspondientes están a cargo de la situación.
 - Deberán acudir a la Medicatura Forense, en San Joaquín de Flores, Heredia.
- Brindar apoyo emocional a los sobrevivientes; a compañeros y docentes de la carrera en el caso de que se trate de un estudiante, a los compañeros cercanos de trabajo en caso de que se trate un funcionario.
- Brindar apoyo emocional inmediato a la persona que encontró el cuerpo y dio aviso a las autoridades.
- La SABE refiere a los estudiantes, compañeros de carrera de la persona fallecida, que se detecten como más afectados a la Clínica de la Caja Costarricense del Seguro Social o a los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).
- La DGDH refiere a las personas funcionarias que se detecten como más afectadas, a la Clínica de la Caja Costarricense del Seguro Social o a los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).
- Brindarse apoyo y contención entre las mismas profesionales del SABE, de la Brigada de Atención y de la DGDH u otro personal capacitado.
- Recomendar atención especializada externa a la institución a los miembros de la comunidad universitaria que indiquen sentirse afectados.

- En caso de que la UTN no pueda brindar la contención necesaria a los sobrevivientes, recurrir a la Brigada de Atención Psicosocial de la Universidad de Costa Rica.

D. Rector, quien le sustituya en su ausencia o a quien éste designe:

- Única persona autorizada para brindar información oficial, bajo los principios de ética y discreción al Organismo de Investigación Judicial (OIJ).
- Ante consultas de la prensa responderá: “No se brindará información por ser un caso en investigación”.

E. Apoyo institucional:

- Por ningún motivo se debe dar cabida a la revictimización:
 - Ser sumamente prudente en la información que se maneja acerca de la persona que cometió suicidio. No hacer comentarios con nadie.
 - No involucrar al personal trabajador o estudiantado que no tiene ninguna relación con la efectiva atención que la institución deba brindar.
 - Evitar dar declaraciones a la prensa. Referir al solicitante al vocero oficial, el señor Rector de la Universidad.

Los comentarios acerca de lo ocurrido siempre estarán fuera de lugar. Un inadecuado manejo de la información puede provocar que otras personas asuman el suicidio como una o la única opción de respuesta a la crisis que puedan estar viviendo. Y generar lo que algunos expertos denominan “efecto dominó”.

Además, siempre se debe tomar en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento psicológico.

Referencias Bibliográficas:

Burgos, N. (2018). Mitos sobre el suicidio dificultan su abordaje. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Recuperado de:

<https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/02/12/mitos-sobre-el-suicidio-dificultan-su-abordaje.html>

Castillo, C. y Maroto, A. (2017). El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica. San José. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aec/v43/2215-4175-aec-43-447.pdf>

Delfino, D. (2018). OIJ advierte sobre elevado número de suicidios en Costa Rica. Revista digital Delfino. San José, Costa Rica. Recuperado de:

<https://delfino.cr/2018/09/oij-advierte-sobre-elevado-numero-de-suicidios-en-costa-rica/>

González, A. (2014). Costa Rica tiene la segunda tasa de suicidio más alta de Centroamérica. La Nación. San José, Costa Rica. Recuperado de:

<https://www.nacion.com/ciencia/costa-rica-tiene-la-segunda-tasa-de-suicidio-mas-alta-en-centroamerica/YKERCCCEYPJFENDWRIRRGMW3ALA/story/>

González, P. (2018). Prevención del suicidio, tercera causa de muerte entre los más jóvenes. EFE: Salud. Madrid, España.

Recuperado de: <https://www.efesalud.com/suicidio-muerte-jovenes-habla/>

Ley 8261 General de la Persona Joven. (2002). Costa Rica. Recuperado de:

[https://cpj.go.cr/archivos/100Ley%20General%20de%20la%20Persona%20Joven%20y%20sus%20reformas%20\(2\).pdf](https://cpj.go.cr/archivos/100Ley%20General%20de%20la%20Persona%20Joven%20y%20sus%20reformas%20(2).pdf)

Meschke, L., Bartholomae, S. & Zentall, S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: Promotion healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*. Minneapolis, Estados Unidos.

Ministerio de Salud. (2014). Costa Rica vigila los intentos de suicidio por primera vez desde el 2013. San José, Costa Rica. Recuperado de:

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2014/698-costa-rica-vigila-los-intentos-de-suicidio-por-primera-vez-desde-el-2013>

Ministerio de Educación Pública. (2018). Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinflingidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio. Dirección de Vida Estudiantil. San José, Costa Rica. Recuperado de:

Recuperado de:

<https://www.mep.go.cr/sites/default/files/protocolo-prevencion-suicidio.pdf>

Mora, A. (2019). Informe de Salud revela aumento de intentos de suicidio en la población más joven. Revista digital Delfino. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://delfino.cr/2019/04/informe-de-salud-revela-aumento-de-intentos-de-suicidio-en-la-poblacion-mas-joven/>

Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del Suicidio: Instrumento para Médicos Generalistas. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, Suiza. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevención del Suicidio (SUPRE). Salud Mental. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). Preguntas y respuestas sobre el suicidio. Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/24/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Suicidio: Datos y Cifras. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Situación actual de la salud mental en Costa Rica. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=214-situacion-actual-de-salud-mental-en-costa-rica&Itemid=222

Organización Panamericana de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional de las Américas. Washington D.C. Estados Unidos. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=403F749072CCF098A024C52839DDC0C1?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud (2014). Informe regional Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington D.C. Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Pérez, A., Uribe, J., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J. y Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. Revista Psicología desde el Caribe. Volumen 30, Número 3. Barranquilla, Colombia. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4444/6945>

Pérez, S. (2005) Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. En: Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No. 3. Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634305.pdf>

Red Pro Salud Mental (2016.). Suicidio. México. Recuperado de: <http://www.vozprosaludmental.org.mx/index.php/94-boletin-suicidio>

Semanario Universidad, 5-11 de junio 2019, Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <https://semanariouniversidad.com/especiales/suicidios-aumentan-en-costarica/>

Ugarte, J. (2016). 5 Poblaciones de riesgo ante el suicidio...¿Las reconoce?. CRHoy. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.crhoy.com/nacionales/5-poblaciones-de-riesgo-ante-el-suicidio-las-reconoce/>

Vargas, M. y Espinoza, K. (2017). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 y 2016. Medicina Legal de Costa Rica. Volumen 3, número 1. Asociación Costarricense de Medicina Forense. Heredia, Costa Rica. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100035