



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO FRENTE A LA CONDUCTA SUICIDA E IDEACIÓN

Reglamento Interno y de Convivencia Escolar (RICE) | Lineamientos MINDUC y MINSAL

Versión	Octubre de 2026
Responsable de coordinación	Dirección y convivencia educativa
Aplicación	Todos los ciclos y niveles del colegio
Fecha de revisión	Enero de 2027

1. Propósito y alcance institucional

El presente protocolo tiene como objetivo establecer lineamientos claros, estandarizados, éticos y procedimentales para la prevención, detección temprana, primera acogida, derivación oportuna y seguimiento de situaciones de ideación, planificación, intento o conducta suicida que afecten a las y los estudiantes de The Southland School. En coherencia con nuestro Proyecto Educativo Institucional (PEI), el Reglamento Interno y de Convivencia Escolar (RICE), los marcos técnicos dictados por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Ministerio de Educación (MINEDUC). The Southland School considera que cualquier manifestación que apunte a atentar contra la propia vida constituye una prioridad humana, pedagógica y de salud pública de carácter grave e inminente, requiriendo un abordaje profesional, empático, confidencial e inmediato.

Su alcance abarca a la totalidad de las y los estudiantes matriculados en los ciclos Infant (Pre-Kínder a 2° Básico), Junior (3° a 6° Básico) y Senior (7° Básico a IV° Medio), extendiéndose a todas las actividades pedagógicas, extraprogramáticas, deportivas y comunitarias que se desarrollen dentro o fuera de las dependencias del establecimiento.

2. Principios fundamentales de actuación

- **Interés superior de la niñez y adolescencia:** Toda actuación institucional priorizará el resguardo de la vida, la salud mental, la integridad física y el bienestar emocional del estudiante sobre cualquier otra consideración administrativa o disciplinaria.
- **Escucha activa, empática y sin juicio de valor:** La primera acogida debe realizarse desde un enfoque de contención y validación emocional. Se prohíbe categóricamente enjuiciar, minimizar, ridiculizar, cuestionar o calificar el relato del estudiante como una 'llamada de atención' o 'exageración'.
- **Confidencialidad y manejo discreto:** La información vinculada a la salud mental e ideación suicida del estudiante se manejará bajo estricta reserva profesional. Solo accederán a ella los adultos del equipo directivo, psicorientación y apoderados necesarios para la protección del estudiante, evitando de forma absoluta la exposición pública o el debate masivo. Sin perjuicio de lo anterior, el equipo directivo notificará al equipo docente la presente labilidad emocional en el estudiante a modo de alerta para futuras señales que puedan identificar los profesores en el estudiante.
- **No revictimización e higiene del relato:** Se velará porque el estudiante no deba repetir de manera reiterada su vivencia ante distintos funcionarios. Tras la primera acogida, el caso es derivado de forma directa al profesional de la psicología/orientación encargado.
- **Corresponsabilidad y alianza con la familia:** Se reconoce a la familia o cuidadores principales como los primeros garantes de la seguridad y acompañamiento del estudiante. Se mantendrá una comunicación directa, continua y transparente el mismo día de detectada la alerta.
- **Prevención del efecto Werther (posvención responsable):** Las intervenciones grupales o con pares se abordarán desde la promoción general de la salud mental y la ayuda mutua, evitando dar detalles específicos sobre métodos, notas, lugares o circunstancias individuales para prevenir conductas de imitación.

3. Marco normativo y referencias técnicas

El presente protocolo se sustenta en la normativa nacional vigente y en los estándares internacionales de salud pública y educación:

- ✓ Ley N.º 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (2022).
- ✓ Ley N.º 20.536 sobre Violencia Escolar y Ley N.º 21.809 de Convivencia, Buen Trato y Bienestar (2026).
- ✓ Programa Nacional de Prevención del Suicidio y Recomendaciones para Establecimientos Educativos (MINSAL, 2019/2023).
- ✓ Orientaciones Técnicas para la Gestión de la Salud Mental e Intervención en Crisis en Comunidades Escolares (MINEDUC).
- ✓ Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Arts. 6, 19 y 24 - Derecho a la Vida, Integridad y Salud).
- ✓ Reglamento Interno y de Convivencia Escolar (RICE) y Proyecto Educativo Institucional (PEI) de The Southland School.

4. Delimitación de conceptos y espectro de suicidalidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Chile, el suicidio se define como el acto deliberado de quitarse la vida. Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro de comportamientos (suicidalidad) que van desde pensamientos difusos hasta actos consumados. Para efectos de la intervención escolar en The Southland School, se distinguen las siguientes categorías:

- a) Ideación suicida:** Pensamientos pasivos o activos acerca del deseo de terminar con la propia vida, fantasías sobre la muerte o expresiones sobre el poco valor de la existencia. Puede presentarse con o sin planificación y con o sin método específico.
- b) Planificación suicida:** Fase estructurada en la cual la persona elabora o concreta un plan específico para quitarse la vida. Implica definir un método, identificar los instrumentos necesarios, determinar el lugar y el momento para ejecutarlo.
- c) Intento suicida:** Conducta intencional orientada a causarse la muerte que no alcanza la consumación del acto, independientemente del grado de letalidad médica o de la presencia previa de amenazas verbales o gestos suicidas.
- d) Conductas autolesivas no suicidas (CANS):** Acciones deliberadas de daño al propio cuerpo (ej. cortes o escoriaciones en la piel) sin intención letal primaria, utilizadas como **estrategia de regulación emocional**. Aunque no constituyen ideación suicida directa, representan un factor de riesgo relevante que activa la contención del Departamento de Formación. Para más información respecto a las conductas autolesivas, su carácter regulatorio y la comprensión de estas como una pedida de auxilio, revisar anexo al final del presente documento.

5. Factores de Riesgo, Indicadores de Alerta y Factores Protectores

La conducta suicida es multicausal y resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, familiares y socioambientales. Todo el personal docente, assistants y profesionales del colegio deben mantenerse atentos a los principales indicadores de alerta:

DIMENSIÓN Y ÁMBITO	INDICADORES CLAVE Y FACTORES ASOCIADOS
Indicadores de alerta inmediata (Conductuales y verbales)	• Manifestación explícita de desesperanza, vacío o falta de sentido de vida. • Desinterés repentino por actividades escolares o recreativas previamente disfrutadas. • Verbalizaciones directas o indirectas: 'no quiero despertar', 'estarán mejor sin mí', 'quisiera desaparecer'. • Comportamiento impulsivo, irritable, cambios drásticos de humor o retraimiento social extremo. • Regalar pertenencias valiosas, despedidas inusuales o cartas/notas de disculpa o cierre. • Búsqueda activa de información en internet o redes sociales sobre métodos para autodañarse. • Presencia de marcas, cortes o hematomas no explicados en extremidades o torso.
Factores de riesgo individuales y familiares	• Trastornos de salud mental (ansiedad severa, depresión, consumo problemático de alcohol/sustancias). • Intentos suicidas previos o conductas autolesivas reiteradas. • Vivencia reciente de eventos estresantes graves (quiebres afectivos, duelos, quiebre familiar o bullying). • Antecedentes de trastornos mentales o intentos de suicidio en el grupo familiar o pares significativos. • Exposición a situaciones de vulneración de derechos, violencia intrafamiliar o abuso.
Factores protectores institucionales y comunitarios	• Redes de apoyo sólidas dentro del colegio (vínculo con Profesor Jefe, Heads, Assistants o pares). • Capacidad de expresar emociones y solicitar ayuda oportuna ante dificultades. • Cohesión familiar, clima de afecto, apoyo parental activo y comunicación abierta. • Participación en actividades deportivas, artísticas o comunitarias que fortalezcan la

	pertenencia. • Acceso fluido a atención médica y acompañamiento psiquiátrico/psicológico profesional.
--	--

6. Procedimientos Operativos Paso a Paso según Escenario

Frente a la detección o reporte de cualquier conducta asociada al espectro suicida, la comunidad escolar activará inmediatamente las acciones estandarizadas según el escenario operativo específico:

Escenario A: Estudiante revela o manifiesta ideación/planificación por primera vez a un adulto del colegio

Paso A.1 - Primera acogida y contención inicial: Quien recibe el relato (Docente, DF, Assistant, Head) mantendrá la calma, agradecerá la confianza depositada y escuchará con empatía sin enjuiciar, exaltarse ni emitir comentarios que minimicen la situación. Le explicará con calidez que, para cuidar su vida y brindarle protección, es necesario compartir la información con el equipo de convivencia y sus apoderados, garantizando un manejo cuidadoso y reservado.

Paso A.2 - Reporte interno inmediato y custodia: El adulto que acogió al estudiante notifica de forma directa a la/el Psicóloga/o del Departamento de Formación y Orientación (DF) y a la Head de Ciclo correspondiente. Bajo ningún concepto se dejará al estudiante solo o desatendido en ningún momento.

Paso A.3 - Exploración profesional por Psicología/DF: La/el psicóloga/o del establecimiento realiza la entrevista de acogida especializada para explorar la presencia de ideación, planificación o antecedentes previos, identificando factores de riesgo e indagando en redes de apoyo. Se genera un compromiso verbal y escrito de autocuidado con el estudiante.

Paso A.4 - Comunicación obligatoria a apoderados el mismo día: Se cita a los padres, madres o apoderados con carácter de **urgencia presencial el mismo día** de la alerta:

- **En caso de ideación suicida:** Se informa la situación, la gravedad del caso y la exigencia imperativa de derivación inmediata a atención psicológica o psiquiátrica externa. Se ofrece emitir un informe escolar para el profesional tratante.
- **En caso de planificación o intento suicida previo:** Se cita al apoderado para el retiro inmediato del estudiante.

Paso A.5 - Plan de Seguimiento y Acompañamiento: La/el psicóloga/o del colegio mantendrá contacto directo con la familia y, previa autorización, con los especialistas externos tratantes para coordinar apoyos, ajustes pedagógicos en el aula e informaciones reservadas hacia los docentes jefes y de asignatura.

Escenario B: Se detecta alerta e ideación en un estudiante que ya se encuentra en tratamiento psiquiátrico/psicológico

1. Contención y notificación interna: El funcionario aplica la acogida respetuosa sin exigir reiteración del relato y deriva inmediatamente al Departamento de Formación (DF).

2. Evaluación de alerta por psicología: La/el psicóloga/o conversa con el estudiante para evaluar el estado emocional actual y verificar si el especialista tratante está en conocimiento de la reactivación de la ideación.

3. Citación a apoderados y enlace con especialista: Se cita a la familia el mismo día. Se les solicita tomar contacto urgente con el médico/psicoterapeuta tratante. Con la autorización formal del apoderado, el equipo del DF establece comunicación directa con el especialista externo para ajustar el plan de resguardo escolar.

4. Seguimiento y acompañamiento escolar: DF monitorea la evolución del estudiante en el colegio, resguardando el cumplimiento de las indicaciones médicas y la contención socioemocional.

Escenario C: Reporte o alerta efectuada por otros estudiantes (compañeros/pares)

1. Entrevista de contención a los estudiantes informantes: El profesional del DF o Head acoge individualmente a los compañeros que entregan la alerta. Se les agradece profundamente la confianza y la responsabilidad de pedir ayuda a los adultos.

2. Liberación de carga de responsabilidad: Se deja expresamente claro a los pares que ellos bajo ninguna circunstancia son responsables de la vida o decisiones de su compañero/a, y que la situación pasará a ser abordada exclusivamente por profesionales y adultos responsables.

3. Resguardo de la confidencialidad y manejo individual: Se solicita a los informantes manejar la información con máxima reserva, evitando divulgar rumores o generar un clima de alarma en el curso.

4. Abordaje directo con el estudiante señalado: Si el caso ya estaba siendo abordado, se refuerza la contención. Si no estaba en conocimiento del colegio, DF inicia la entrevista de exploración con el estudiante señalado y convoca a los apoderados siguiendo los pasos del Escenario A.

Escenario D: Falsa alarma o descarte formal tras la exploración

1. Entrevista de verificación por Psicología/DF: Ante un rumor o reporte no verificado, el profesional del equipo de convivencia/DF mantiene una conversación privada con el estudiante para explorar la alerta. Si el estudiante niega categóricamente la ideación y no se observan indicadores clínicos ni de riesgo, se refuerza la disponibilidad de apoyo del colegio y se notifica igualmente a los apoderados.

2. Comunicación preventiva a la familia: A pesar del descarte, se toma contacto telefónico o presencial con los apoderados el mismo día para informar sobre la recepción de la alerta y la conversación mantenida. Se fundamenta esta acción en el principio de máxima protección y prevención del estudiante.

3. Cierre de alerta en registro confidencial: Se deja constancia objetiva de las gestiones en el expediente protegido del DF.

Escenario E: Intento de suicidio ocurrido dentro o fuera del establecimiento y proceso de reincorporación

1. Emergencia inmediata dentro del colegio: Ante un intento de suicidio en las dependencias del colegio, la prioridad absoluta es la preservación de la vida y atención médica inmediata:

- Acompañamiento físico ininterrumpido por TENS y profesional del DF.
- Activación inmediata de ambulancia de urgencia (Clínica Universidad de los Andes u Hospital/SAMU 131).
- Aviso urgente a los apoderados para que se apersonen en el centro de salud o en el establecimiento.
- Despeje y aislamiento del sector por assistants y heads para resguardar la intimidad del estudiante y evitar el pánico colectivo.

2. Intento suicida ocurrido fuera del colegio (Hogar u otro espacio): Al tomar conocimiento de un intento ocurrido fuera de la jornada escolar, la Dirección y el DF toman contacto con la familia para expresar apoyo institucional, ponernos a disposición y solicitar antecedentes del estado de salud del estudiante. Se incorpora a lista de seguimiento por parte de equipo de convivencia/DF.

3. Condición de reincorporación escolar con alta médica: Para asegurar que el retorno al aula no ponga en riesgo la salud mental del estudiante, la reincorporación exigirá:

- Reunión con especialista tratante para evaluar estado actual del estudiante y creación de plan de reintegración.
- Elaboración de sugerencias escritas por el tratante para el manejo en el aula (flexibilidad, adecuaciones y alertas).
- Reunión de coordinación previa entre los apoderados, el DF y la Head de Ciclo para formalizar el plan de reingreso y apoyos pedagógicos.

7. Matriz de roles y responsabilidades institucionales

Toda la comunidad educativa de The Southland School participa activamente en la cadena de prevención y resguardo:

ESTAMENTO / CARGO	RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES EN EL PROTOCOLO
Dirección / Head of School	• Garantizar los recursos humanos y técnicos para la aplicación del protocolo. • Supervisar el cumplimiento del debido proceso y la confidencialidad de los expedientes. • Representar legal e institucionalmente al colegio ante la red de salud, Mineduc o Tribunales si corresponde.
Departamento de Formación y Orientación (DF) / Psicología	• Liderar las entrevistas de acogida, exploración clínica inicial y contención de estudiantes. • Entrevistar a las familias el mismo día de la alerta e indicar las derivaciones externas necesarias. • Mantener el enlace técnico con especialistas externos tratantes (psiquiatras, psicólogos). • Monitorear de forma continua el estado emocional del estudiante tras su reincorporación.
Heads de Ciclo (Infant, Junior, Senior)	• Coordinar las acciones inmediatas de resguardo y custodia del estudiante tras la alerta. • Gestionar las medidas de flexibilidad pedagógica y adaptaciones evaluativas sugeridas por el tratante.

	• Articular la comunicación con los docentes jefes y de asignatura bajo estricta reserva.
Equipo Docente y Profesores Jefes	• Mantener una actitud atenta ante indicadores conductuales o emocionales de alerta en sus estudiantes. • Brindar primera acogida empática sin juzgar y derivar de inmediato al DF/equipo de convivencia sin dejar solo al estudiante. • Aplicar en el aula las adecuaciones pedagógicas y de contención acordadas con el DF.
Assistants de Ciclo y Personal de Apoyo	• Reportar de forma inmediata a la Head o DF cualquier comentario, nota, conducta o marca observada durante recesos o pasillos. • Colaborar en el resguardo físico y privacidad del estudiante durante situaciones de contención.

8. Posvención, cuidado comunitario y prevención del efecto Werther (imitativo)

Frente a situaciones de alto impacto o intentos suicidas, la estrategia de posvención busca contener la afectación emocional de la comunidad escolar y prevenir el efecto imitación o contagio:

- **Prohibición de abordaje grupal dramático o morbosos:** Se prohíbe terminantemente realizar asambleas grupales o charlas de curso para discutir los pormenores, notas, métodos o especulaciones de un caso individual.
- **Acompañamiento a pares cercanos:** El DF/equipo de convivencia identificará a los compañeros más cercanos o afectados para brindarles espacios individuales de desahogo y contención emocional, reforzando la red de apoyo.
- **Cuidado y contención del equipo docente:** La Dirección y el DF/equipo de convivencia propiciarán espacios de contención técnica para los profesores e inspectores involucrados en la contención del caso, resguardando su salud ocupacional y emocional.
- **Comunicación general responsable a apoderados (si fuese necesario):** Si la información sobre un caso crítico trascendiera masivamente a la comunidad, la Dirección enviará un comunicado oficial conciso, llamando a la calma, asegurando que los adultos y profesionales están abordando la situación y recordando los canales institucionales de apoyo.

9. Registro confidencial, monitoreo y canales de emergencia nacional

Todas las actuaciones, actas de entrevista, compromisos de autocuidado y certificados médicos de reincorporación se custodiarán en una carpeta confidencial de acceso exclusivo para el Departamento de Formación y Dirección. Se prohíbe el registro de detalles clínicos o descriptivos sensibles en la plataforma digital general de acceso masivo (Kimche), limitándose en esta última a una nota genérica de 'Entrevista con Apoderado / DF' para resguardar la privacidad del NNA.

CANALES OFICIALES DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE URGENCIA 24/7

- Línea de Prevención del Suicidio (MINSAL): *4141 (Gratuito, confidencial, atención 24/7 por especialistas).
- Fono Salud Responde (MINSAL): 600 360 7777.
- Fono Infancia (Fundación Integra): 800 200 818 (Orientación psicológica gratuita).
- Emergencias Médicas / SAMU: 131.
- Convenio Institucional de Urgencia: Clínica Universidad de los Andes (Av. Plaza 2501, Las Condes).

ANEXO TÉCNICO Y CLÍNICO

COMPRENSIÓN FENOMENOLÓGICA DE LAS AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA

Marco orientador para la Comunidad Educativa:

El presente anexo técnico proporciona un marco conceptual y clínico riguroso para comprender las Conductas Autolesivas No Suicidas (CANS) en adolescentes. Su propósito es erradicar prejuicios invalidantes —tales como la simplificación del dolor bajo el concepto de 'manipulación' o 'búsqueda de atención'— y dotar a la comunidad educativa conceptos para abordar las situaciones de autolesión desde una perspectiva de contención empática, evaluación objetiva y resguardo integral del estudiante.

1. Incapacidad comunicativa, desregulación emocional y pedido de auxilio

- **La conducta autolesiva como expresión y pedido de auxilio:** En el ámbito de la psicología del desarrollo y la salud mental infanto-juvenil, las conductas autolesivas no suicidas (CANS) en adolescentes deben ser comprendidas no como actos superficiales de manipulación o búsqueda de protagonismo, sino como manifestaciones externas de un sufrimiento psíquico intenso que sobrepasa la capacidad de regulación emocional y de expresión verbal del estudiante.
- **Desarrollo neurobiológico e incapacidad comunicativa:** Durante la adolescencia, el desarrollo del córtex prefrontal —área cerebral responsable de la planificación, el control de impulsos y la regulación afectiva— se encuentra aún en proceso de maduración. Frente a vivencias abrumadoras de angustia, desesperanza, acoso escolar, disfunción o violencia intrafamiliar, el adolescente puede experimentar una 'parálisis o incapacidad comunicativa' para traducir su dolor interno en palabras.
- **La lesión física como pedido de auxilio legítimo:** En este contexto de colapso verbal, la lesión física actúa como un mecanismo de descarga o externalización concreta de una angustia intolerable, constituyendo un llamado de atención legítimo y un pedido de auxilio hacia el entorno adulto. Minimizar o estigmatizar estas conductas bajo el juicio despectivo de que 'solo busca llamar la atención' constituye un grave error de apreciación clínica y pedagógica que incrementa el aislamiento, la vergüenza y el riesgo de escalada en la severidad del daño. Toda manifestación autolesiva refleja una falla en las redes de contención para ofrecer un canal de escucha oportuno, obligando a la institución a responder con

contención empática, validación emocional y derivación profesional inmediata, evitando cualquier medida de carácter punitivo o disciplinario.

2. Reconexión sensorial, anhedonia y ruptura del vacío emocional ('Sentir Algo')

- **El fenómeno del vacío emocional y la anhedonia:** En el estudio de las conductas autolesivas en la adolescencia, una de las funciones psicológicas más relevantes —junto con la descarga de angustia— es la ruptura de estados profundos de despersonalización, disociación o entumecimiento emocional (emotional numbness). Frente a episodios de depresión severa, trauma o estrés crónico, algunos adolescentes experimentan una sensación abrumadora de 'vacío interno' o desconexión con su propio cuerpo y entorno, sintiéndose 'anestesiados' o incapaces de experimentar emociones.
- **El dolor físico como anclaje a la realidad (Grounding):** En este estado de parálisis afectiva, la autolesión es utilizada paradójicamente como un mecanismo de anclaje a la realidad (grounding). La provocación deliberada de dolor físico genera una descarga sensorial e intensificación fisiológica inmediata (liberación de endorfinas y adrenaline) que interrumpe la disociación, permitiendo al estudiante 'volver a sentir algo', aunque sea a través del dolor corporal.
- **Implicación educativa y diagnóstica:** Comprender este comportamiento desde su función reguladora evita etiquetarlo como una provocación y permite abordar la causa subyacente: la presencia de un sufrimiento psíquico tan denso que ha neutralizado temporalmente la capacidad del adolescente para procesar y sentir sus emociones de manera saludable. El rol del adulto educador consiste en validar el malestar sin alarmismo e intervenir para restituir los canales de apoyo profesional.

3. Estrategias sustitutivas e irrupción sensorial de bajo riesgo para la reconexión somática:

Frente a la necesidad fisiológica e inminente de salir de un estado de despersonalización, disociación o "anestesia emocional" sin recurrir a la lesión física, la evidencia clínica —encabezada por el modelo de Terapia Dialéctica Conductual (DBT)— propone el uso de estímulos sensoriales intensos no nocivos (Habilidades TIPP y Grounding). Estas herramientas buscan gatillar una respuesta neurofisiológica de choque somático de bajo riesgo que interrumpe la desconexión cerebral y devuelve al adolescente la sensación de "estar presente en su cuerpo" de forma segura:

- **Estímulos térmicos controlados:** Sostener cubos de hielo firmemente en las manos, aplicar una compresa helada en el rostro o la nuca, o sumergir la cara en agua fría durante unos segundos. Esto activa el reflejo vagal (reflejo de buceo), reduciendo de inmediato la frecuencia cardíaca y reorientando la atención sensorial.
- **Estimulación gustativa y olfativa de alta intensidad:** Morder un trozo de limón, probar caramelos extremadamente ácidos o picantes, o inhalar aromas penetrantes (como aceites esenciales de menta o eucalipto).
- **Impacto propioceptivo y muscular seguro:** Realizar ejercicio físico breve e intenso (saltar, correr en el lugar, presionar fuertemente una pelota antiestrés) o hacer uso de bandas elásticas en las muñecas con una tracción suave sobre la piel.
- **Técnica de reorientación sensorial** (Regla 5-4-3-2-1): Guiar al estudiante a identificar en voz alta 5 elementos que pueda ver, 4 que pueda tocar, 3 que pueda escuchar, 2 que pueda oler y 1 que pueda probar.

Si bien estas estrategias no reemplazan el proceso terapéutico de fondo, cumplen un rol decisivo en la gestión de la crisis en el espacio escolar, permitiendo al estudiante canalizar la urgencia fisiológica sin infligirse daño físico y abriendo una ventana de receptividad para la contención adulta y el diálogo.

4. El ciclo neurobiológico y psicológico de la autolesión: Del alivio temporal a la trampa de la culpabilidad

- **Dinámica del alivio neuroquímico inmediato:** La conducta autolesiva tiende a consolidarse como un patrón repetitivo debido a la dinámica neurobiológica y psicológica del 'alivio inmediato'. Frente a un estado de angustia intolerable, el dolor físico gatilla la liberación cerebral de endorfinas y encefalinas (analgésicos naturales del cuerpo), lo que genera una rápida disminución de la tensión fisiológica y emocional. Este efecto genera un reforzamiento negativo automático: el cerebro aprende que la autolesión es un método altamente eficaz para apagar temporalmente el dolor psíquico.

- **La trampa de la culpabilidad y el ocultamiento:** Sin embargo, este alivio es sumamente breve y abre paso a un segundo momento marcado por la culpa, la vergüenza, el miedo al rechazo social y la necesidad de ocultamiento (uso de ropa holgada en épocas de calor, uso constante de muñequeras o aislamiento voluntario). La acumulación de esta culpa no resuelta e incrementada por la estigmatización ambiental aumenta el malestar emocional de fondo, reiniciando el ciclo frente a un nuevo detonante o factor estresante.

- **Abordaje Institucional de la Repetición:** Comprender este circuito permite al equipo educador entender por qué no basta con exigirle al estudiante que 'prometa no volver a hacerlo', sino que se requiere un abordaje terapéutico especializado que reemplace el mecanismo de alivio dañino por estrategias saludables de autorregulación emocional y resolución de conflictos.

4. Dimensión social, contagio de pares (Werther), mimetismo y exposición digital

- **Sensibilidad Social e Identidad de Grupo:** En la etapa adolescente, la búsqueda de pertenencia, la identidad de grupo y la sensibilidad al entorno social juegan un rol determinante. Las conductas autolesivas pueden adquirir una dimensión interpersonal cuando se propagan dentro de un grupo de pares (contagio social) o mediante la interacción en comunidades virtuales y redes sociales, donde el dolor compartido es respaldado o validado informalmente.

- **Diferenciación de Motivaciones Interpersonales:** Es crucial diferenciar la autolesión con motivación de mimetismo o búsqueda de afiliación social de aquella asociada a crisis depresivas severas o vivencias traumáticas. No obstante, ambas formas requieren una respuesta institucional rigurosa. El equipo de Convivencia Escolar debe evaluar el mapa de relaciones del estudiante para prevenir dinámicas de propagación en el aula.

- **Prevención del Sensacionalismo y Resguardo de la Privacidad:** La intervención del colegio debe evitar la dramatización, la difusión morbosa o la romantización del acto entre compañeros, resguardando en todo momento la privacidad del estudiante afectado y realizando intervenciones grupales enfocadas en el autocuidado, los límites corporales, la empatía y la solicitud oportuna de ayuda a adultos de confianza.

5. Postura pedagógica y adulta esperable

- **Impacto de la respuesta adulta:** La respuesta del adulto frente a la detección o revelación de una autolesión determina en gran medida el éxito de la intervención posterior. Reacciones viscerales como el pánico, la confrontación, el enojo o la recriminación ('¿por qué te haces esto si lo tienes todo?') intensifican la vergüenza del estudiante y cierran definitivamente los canales de comunicación.
- **Invalidación vs. Contención empática:** Por el contrario, la indiferencia o la minimización ('es una moda pasajera para llamar la atención') invalidan la vivencia del estudiante y aumentan el riesgo de conductas de mayor gravedad o intento suicida. La postura institucional de The Southland School se basa en la contención validante: una actitud serena, empática y firme que diferencia claramente entre la emoción (que es válida y comprensible) y la conducta dañina (que debe ser protegida y encauzada).
- **Límites del rol educativo y derivación:** El rol del educador o docente no consiste en realizar terapia ni en investigar los detalles morbosos del acto, sino en ofrecer un espacio seguro de escucha, contener afectivamente, resguardar la salud física del estudiante y activar de forma expedita la red de apoyo interna (Departamento de Formación) y la posterior notificación responsable a la familia a cargo de dicho departamento.

Anexo - Referencias Bibliográficas y Fuentes Científicas Consultadas

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). Guilford Press. (Modelo biosocial de desregulación emocional y vulnerabilidad).
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2019). Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Santiago: Gobierno de Chile.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. En M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). American Psychological Association (APA).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2021). Prevención del suicidio y lesiones autoinfligidas en adolescentes y jóvenes: Orientaciones para el entorno escolar y comunitario. Washington, D.C.: OPS.