

Subsecretaría de Salud Pública  
Departamento de Epidemiología

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
Consideraciones al llenado de la ficha LAIN  
Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente  
ENERO 2023

# BORRADOR

Ministerio de Salud. Consideraciones al llenado de la ficha LAIN, Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente.  
Santiago, MINSAL 2023.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de  
diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Enero 2023.

## ÍNDICE

1. ANTECEDENTES .....	4
2. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	5
3. CONSIDERACIONES AL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.....	8
4. EJEMPLOS PRÁCTICOS DE TIPOS DE CASOS .....	9

BORRADOR

## 1. ANTECEDENTES

Durante el año 2023 se realizarán distintos pilotos para la estandarización de las vigilancias regionales de intentos de suicidio y/o lesiones autoinfligidas intencionalmente. Las regiones de Valparaíso, Maule y Araucanía comenzarán a operar con la misma definición de caso, notificando en el sistema Epivigila/MIDAS, para la incorporación paulatina de regiones adicionales, con el fin de evaluar la pertinencia del modelo de vigilancia propuesto, así como realizar los ajustes necesarios que permitan la especificidad de cada territorio mantenerse en la vigilancia.

Este manual está basado en el “Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones” de la OMS 2016. La mayoría de los casos y ejemplos presentados corresponden a dicho documento.

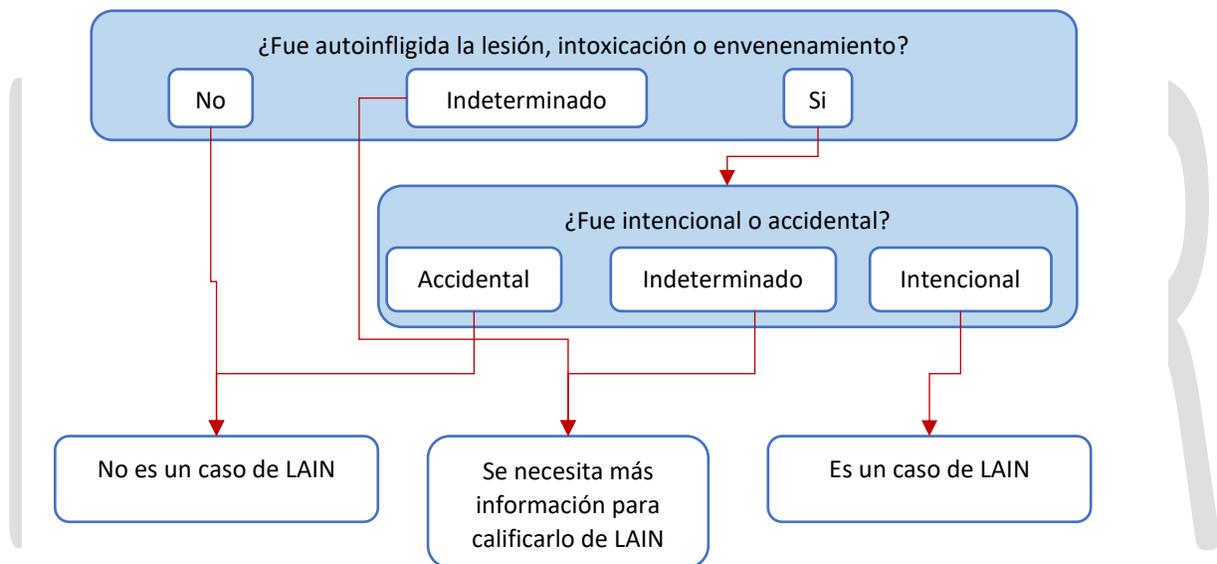
BORRADOR

## 2. DEFINICIONES OPERATIVAS

Una LAIN se define como un acto no habitual con resultado no mortal que una persona, esperando morir o exponiéndose al riesgo de morir o de infligirse daños corporales, ha iniciado y ejecutado con la finalidad de propiciar cambios deseados (1).

En este sentido, la definición de una LAIN responde a dos variables específicas; (a) Si a lesión o la intoxicación fue autoinfligida, es decir, no fue externa ni provocado por un tercero, y (b) fue intencional, es decir, no responde a una situación accidental.

Figura N° 1: Toma de decisiones sobre la definición de LAIN



A estas dos preguntas, la definición de caso incorpora una tercera pregunta que permite agregar especificidad al sistema de vigilancia, que se relaciona con la intención de morir del paciente que se presenta en los servicios de urgencia. La intención de morir se puede evaluar con ayuda de la administración de escalas, aunque sin depender exclusivamente de ellas, por ejemplo: Escala de Beck para la ideación suicida (2), inventario de razones para vivir(3), escala de probabilidades de suicidio(4), escala de Columbia de clasificación de la gravedad de la ideación suicida(5). Sin embargo, por tratarse de una vigilancia de eventos y no de diagnósticos, la aplicación de escalas no es requisito para evaluar la intencionalidad suicida. En este sentido, cualquier *profesional de la salud* del equipo tratante puede evaluar la intencionalidad con las siguientes (y no exhaustivas) preguntas:

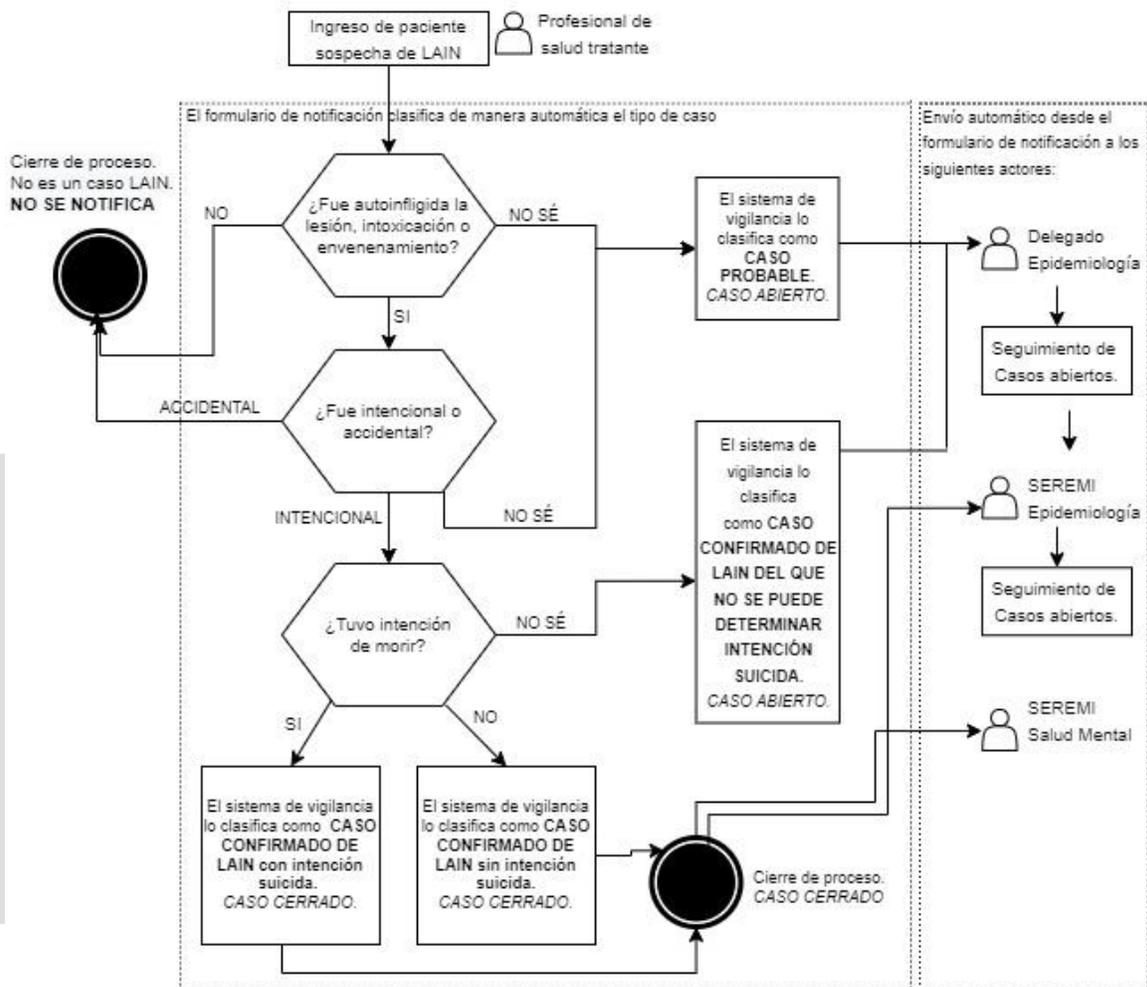
- ¿Dejó la persona una nota de suicidio?
- ¿Ejecutó el acto en soledad?
- ¿Requirió el método utilizado planificación o esfuerzo?
- ¿Tomó precauciones para evitar ser descubierto?

- ¿Sin la intervención de otro, habría el método elegido causado la muerte?
- ¿Expresa la persona el deseo de morir?
- ¿Se niega la persona a cooperar con el tratamiento?

Estas tres preguntas en la ficha de notificación obligatoria que permiten clasificar los casos de la siguiente manera:

- **Caso sospechoso de LAIN:** Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, de las cuales no es posible determinar el locus de la conducta de auto daño (iniciada por el individuo o externa). Se excluyen lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación que se sabe fueron accidentales o fueron producidas por terceros.
- **Caso confirmado de LAIN:** Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas de manera intencional, con o sin intencionalidad de morir. Los casos confirmados de LAIN, a su vez, se pueden clasificar en:
  - **Caso confirmado de LAIN con intención suicida:** Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas de manera intencional, en que hay evidencia sugerente de intención de muerte. Esto implica alguna de las siguientes situaciones (pueden darse de manera individual o conjunta, listado no exhaustivo):
    - Tener una nota de suicidio o carta de despedida.
    - Planificar anteriormente el método.
    - Tomar precauciones para no ser descubierto.
    - Expresión del deseo de morir.
  - **Caso confirmado de LAIN sin intención suicida:** Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas de manera intencional, en que hay evidencia sugerente de ausencia de intención de muerte.
  - **Caso confirmado de LAIN del que no se puede determinar intención suicida:** Persona con lesiones autoinfligidas, envenenamiento o intoxicación, cometidas de manera intencional, en que no hay evidencia disponible, o hay evidencia contradictoria, sobre la intención de muerte.
- **Caso probable de LAIN:** es aquel caso sospechoso que no cumple con los criterios de confirmación, sin embargo, los datos obtenidos por personal de salud a cargo de la notificación no permiten descartarlo o hay evidencia contradictoria sobre la intencionalidad de la lesión autoinfligida.
- **Caso descartado de LAIN:** es el caso sospechoso que no cumple con los criterios de confirmación y los antecedentes demuestran que no corresponde a una lesión autoinfligida intencionalmente.

Figura N° 2: Flujograma vigilancia LAIN



Dependiendo de las respuestas otorgadas a estas tres preguntas, el sistema también clasifica el caso automáticamente según su estado de situación como:

- ❖ Casos cerrados: Son aquellos casos en donde se puede clasificar claramente el caso como “caso descartado”, “confirmado de LAIN con intención suicida”, o “confirmado de LAIN sin intención suicida”. Es decir, cuando en las tres preguntas definidas, NO se contesta “no sabe/no responde”.
- ❖ Casos abiertos: Son aquellos casos clasificados como “caso probable”, o “caso confirmado de LAIN del que no se puede determinar intención suicida”. Esto sucede cuando en alguna de las tres preguntas de definición, se responde “no sabe/no responde”. En estos casos es factible y deseable, realizar seguimiento para profundizar el conocimiento de dicho caso, para poder cambiar su clasificación a una de caso cerrado.

### 3. CONSIDERACIONES AL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

- ✓ En el caso de discapacidad intelectual profunda y la persona no tiene conciencia de cometer una autoagresión, no se debe notificar pues no corresponde a una autoagresión intencional. Esto sólo se aplica para pacientes con discapacidad intelectual grave, pues los pacientes con discapacidad intelectual más leve pueden cometer actos de autoagresión.
- ✓ Frente a casos de impulsividad (actuaciones inmediatas, sin reflexión cuidadosa y sin planificación) tales como actuaciones imprudentes tras el consumo de bebidas alcohólicas o drogas ilícitas, o tras una lucha o vuelco emocional, o durante un período de manía o hiper excitación asociado con enfermedades mentales, se debe considerar como caso probable. La asociación entre la impulsividad, la agresión y la propensión al suicidio está documentada pero todavía se le entiende poco (17, pág. 40). Por consiguiente, ante un acto impulsivo que no pueda clasificarse fácilmente como accidental, se debe considerar como probable.
- ✓ Frente a casos de incongruencia entre relato y clínica: En casos en que el reporte del paciente indique que la lesión es de origen externo, pero esto se contrapone con la impresión clínica del equipo tratante, el caso se clasificará como probable. Para esto, el médico o equipo tratante al completar el formulario, debe escoger la opción 'no sé' ante el ítem del origen de la lesión. Asimismo, cuando el reporte del paciente indique que la lesión autoinfligida fue accidental, pero esto se contrapone con la impresión clínica del equipo tratante, el caso también se clasificará como probable. Para esto, el médico o equipo tratante al completar el formulario, debe escoger la opción 'no sé' ante el ítem de la intencionalidad de la lesión autoinfligida. Esta decisión se acoge para que el sistema de vigilancia de lesiones autoinfligidas intencionalmente sea más sensible que específico.
- ✓ Las personas que ingresan al servicio de urgencia ya fallecidas no se ingresan al sistema de notificación.

#### 4. EJEMPLOS PRÁCTICOS DE TIPOS DE CASOS

(Para más ejemplos, remitirse a “Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones”).

##### A) Situaciones que no se notifican (no son casos sospechosos)

SITUACIÓN	JUSTIFICACIÓN
Paciente que llega con un corte de arma blanca producto de una pelea callejera.	Dado el contexto de pelea callejera, la lesión fue provocada por un tercero, por lo que no califica de autolesión.
Persona que tomó una medicación habitual dos veces por accidente.	Si bien en este ejemplo, la persona si se provocó el envenenamiento o intoxicación pues fue él/ella misma la que ingirió el medicamento, fue accidental y no con la intención de provocarse daño.
Coma inducido por alcohol como resultado de una ingesta excesiva por una persona que se encontraba participando en una fiesta	Es importante en estas situaciones indagar respecto al carácter de accidental de la intoxicación. En este sentido, la información que pueda proporcionar los acompañantes es vital.
Paciente con un corte en la mano producto de una mala manipulación preparando alimentos.	Si bien la lesión fue autoinfligida, ésta no tuvo por intención hacerse daño y refiere a un accidente doméstico.
Paciente menor de edad con un traumatismo de cuello y laceración de una pierna. El adulto responsable que acompaña dice que lo encontró colgando de la cinta de la persiana con la ventana rota. Explica que le había pedido limpiar las ventanas. El paciente reporta que se resbaló.	Si la impresión clínica mediante el examen físico es consistente con el relato proporcionado por el paciente y/o sus acompañantes, este caso es accidental, a pesar de haber sido auto provocado.
Paciente con trastorno del espectro autista con traumatismo encefalocraneano. El cuidador	Al igual que el ejemplo anterior, es de vital importancia hacer un juicio profesional considerando la

<p>reporta que tiene la costumbre de golpearse la cabeza. Paciente no es comunicativo ni mantiene contacto visual.</p>	<p>evidencia clínica y el relato del paciente para definir o no la intención de hacerse daño. También puede ser necesario obtener información del tutor(a) y/o acompañante.</p>
<p>Medicación tomada para provocar un aborto y poner fin a un embarazo.</p>	<p>La ingesta de medicamentos realizada por el paciente con el fin de provocar un aborto no cumple con el criterio de la intención de hacerse daño personalmente y, por tanto, no se cataloga como caso de autolesión infligida intencionalmente.</p>

**B) Casos Probables**

Los casos Probables son calificados por el sistema automáticamente, al responder alguna de las primeras dos preguntas de definición de caso como “no sé”.

SITUACIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>Paciente inconsciente que llega con un corte de arma blanca de la cual no se puede establecer el autor de la lesión.</p>	<p>Si el paciente no puede relatar el hecho y no existen terceros que confirmen o descarten el origen autoprovocado de la lesión, el caso debe ingresarse al sistema.</p>
<p>Sobredosis de alcohol, drogas ilícitas o medicamentos que no se puede determinar intención. Consumidor habitual con antecedentes previos de salud mental.</p>	<p>Dado los antecedentes previos del paciente, no es posible determinar fehacientemente el carácter accidental de la ingesta, a pesar de ser un consumidor habitual.</p>
<p>Paciente con una lesión en la mano derecha con sospecha de fractura en dedos índice, pulgar y medio. Dice haber golpeado la pared después de una pelea con su novia. Debido al nivel de impulsividad, y de no contar con mayor información, no se puede establecer la intencionalidad del acto.</p>	<p>Siguiendo las indicaciones del capítulo anterior, la impulsividad de una autoagresión no puede ser catalogada a priori como accidental, a menos que haya consistencia entre el relato del paciente y la apreciación clínica.</p>



<p>Paciente que llega a la urgencia después de haber sido rescatado del río con hipotermia. Especifica que había ido a nadar y no entrega más información.</p>	<p>Frente a pacientes que no entregan mayor información respecto a la naturaleza de sus lesiones ni a las condiciones en las que se produjeron, el caso debe ingresarse al sistema de notificación. No es posible determinar la intencionalidad del acto, por lo que debería catalogarse como caso probable.</p>
--	--

C) Casos Confirmados

Los casos sospechosos son calificados por el sistema automáticamente, al responder las primeras dos preguntas de definición de caso como "sí".

SITUACIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>Paciente con cortes superficiales en las piernas provocados para liberar los niveles de angustia que siente.</p>	<p>Nótese como es un caso confirmado de autoagresión intencionada a pesar de no tener suficiente información para establecer la intención suicida del mismo.</p>
<p>Paciente que consume cualquier sustancia química producto de una pelea con su suegra. Reporta haber estado enojada y querer darle una lección. En recuperación se muestra contenta y relajada.</p>	<p>Pacientes que se auto agreden intencionalmente sin intencionalidad suicida también son casos confirmados.</p>
<p>Paciente que ingiere un bajo número de paracetamol. Su madre la lleva a la urgencia y reporta haber encontrado una carta de despedida.</p>	<p>La letalidad del medio empleado no define la intencionalidad suicida. Este caso es un caso confirmado con intención suicida.</p>
<p>Una niña de 17 años de edad presenta dolor abdominal, dolor en el hombro izquierdo y tórax, dificultad para respirar y náuseas. Empezó a vomitar y se desmayó en la casa. Su madre le miró el estómago y observó un extenso hematoma. Informa que la hija reconoció haberse dado puñetazos en el estómago. Su comportamiento es asustadizo. Parece muy ansiosa. Repite "lo lamento".</p>	<p>Propinarse puñetazos es una forma de autoagresión. Aunque la paciente expresa remordimiento, su comportamiento se descubrió debido a las repercusiones de la lesión y no a una revelación o un pedido de ayuda de la paciente.</p>

D) Casos Descartados

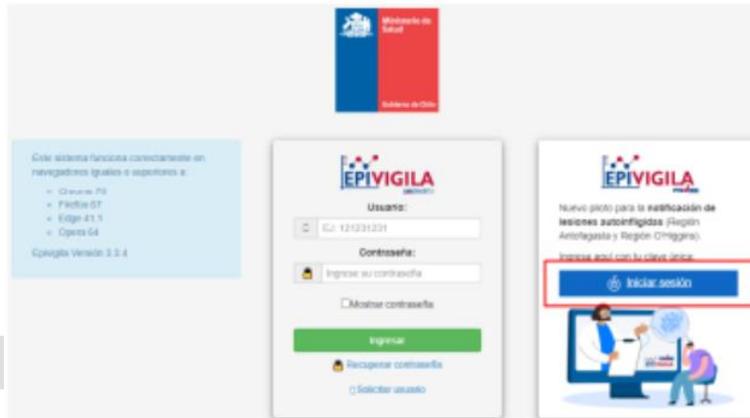
Para que un caso sea descartado, debe ser ingresado al sistema y el mismo sistema lo clasifica como “caso probable”. Es sólo mediante una investigación epidemiológica o una recopilación mayor de antecedentes post atención de urgencia, que los casos pueden ser descartados. En este sentido, son los delegados de epidemiología de los establecimientos de urgencia o bien, los encargados de epidemiología o salud mental de las SEREMIs los habilitados para descartar casos.

SITUACIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>Un hombre de 48 años de edad llega en ambulancia con una herida de bala en la mejilla izquierda y el pómulo. Sangra profusamente. No hay nadie más involucrado. Dice que no puede recordar lo que sucedió. Debe haber estado limpiando su arma de fuego.</p>	<p>Este caso ingresa como caso probable, pues se puede confirmar la naturaleza de la autolesión, no así si fue intencional o accidental.</p> <p>Una vez estabilizado el paciente, se debe indagar en la intencionalidad de daño. En el caso que familiares puedan confirmar que, por ejemplo, es un portador frecuente de armas de fuego y que no ha presentado episodios depresivos o de cambios de humor, o bien el mismo paciente recuerde la circunstancia del evento y lo califique como accidental, el caso en el sistema se descarta.</p>

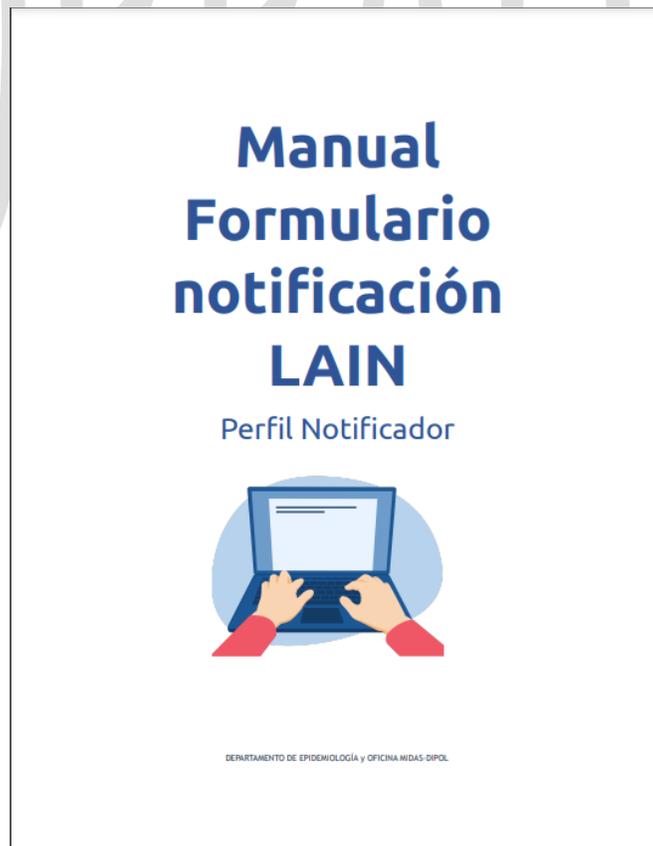
## 5. VARIABLES CONSIDERADAS

La notificación obligatoria de los casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente se realiza de manera inmediata mediante el sistema EPIVIGILA/MIDAS.

Al ingresar al sistema, la ficha de notificación se despliega de la siguiente manera:



Para mayor información acerca de su llenado, referirse al manual correspondiente:



## BIBLIOGRAFÍA

1. Salud OMdl. Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washington 2016. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49120/9789275320082\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49120/9789275320082_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
2. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(2):343-52.
3. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(2):276-86.
4. Cull JG GW. Suicide Probability Scale. Los Angeles (CA: Western Psychological Services; 1992.
5. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011;168(12):1266-77.

