

## Recomendaciones para la Prevención del Suicidio en contexto COVID- 19 dirigidas a Equipos de Atención de la Red Asistencial

Existe evidencia de que las muertes por suicidio aumentaron en los EE. UU durante la pandemia de influenza 1918–1919 y entre las personas mayores en Hong Kong durante la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) de 2003, así como también luego de crisis económicas tal como la del año 2008. Los efectos sobre la salud mental de la pandemia por Coronavirus podrían ser profundos y es probable que el suicidio se convierta en una preocupación más apremiante a medida que la pandemia se extiende y tiene efectos a largo plazo en la población general, la economía y los grupos vulnerables. Prevenir el suicidio, por lo tanto, necesita una consideración urgente<sup>1</sup>.

Lo efectos adversos de la pandemia en personas con enfermedades mentales, y en la salud mental de la población en general, pueden verse exacerbados por el miedo, el autoaislamiento y el distanciamiento físico, así como también por la incertidumbre, falta de información inicial o sobreexposición a esta. Las personas con enfermedades de salud mental pueden experimentar un empeoramiento de los síntomas y otras pueden desarrollar nuevos problemas de salud mental, especialmente depresión, ansiedad y estrés postraumático (todos asociados con un mayor riesgo de suicidio). Especial preocupación requieren aquellos con altos niveles de exposición a enfermedades causadas por COVID-19, como los trabajadores de atención de salud de primera línea y aquellos que desarrollan la enfermedad, y la situación de estigma y discriminación en la que se ven involucrados<sup>2</sup>.

La clave para prevenir esta posible alza es una respuesta multisectorial y de amplio alcance que reconozca cómo la pandemia podría aumentar aquellos riesgos asociados al comportamiento suicida, e implemente acciones en base a enfoques efectivos de prevención del suicidio, dirigidas a mejorar la salud mental y reducir el riesgo de suicidio en toda la población y también sobre riesgos de carácter ambiental/es (medidas de prevención universales), dirigidas a personas con mayor riesgo (selectivas),



<sup>1</sup> David Gunnell, Louis Appleby, Ella Arensman, Keith Hawton, Ann John, Nav Kapur, and others *The Lancet Psychiatry*. Published: April 21, 2020

<sup>2</sup> Wolfram Kawohl, Carlos Nordt. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 7, No. 5, p389–390. Published: May, 2020.

como también a personas en situación de crisis suicida (medidas de prevención indicada)<sup>3</sup>, de acuerdo a la figura.

La siguiente propuesta se enmarca en el Plan Salud Mental COVID-19 del Ministerio de Salud y el documento Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante COVID-19 (Minsal, 2020), y tiene como propósito brindar una serie de recomendaciones orientadas a la prevención del suicidio en el contexto de atención de la Red de APS y Especialidad de Salud Mental Abierta y Cerrada. Las recomendaciones entregadas tienen como objetivo<sup>4</sup>:

1. Favorecer la implementación de procedimientos de prevención del suicidio en los equipos de atención, considerando la continuidad de cuidados.
2. Monitorear la adecuada implementación de los procedimientos asociados a la prevención del suicidio en contexto COVID-19, incluyendo la continuidad de cuidados.
3. Evaluar la implementación por parte de los equipos de atención de los procedimientos asociados a la prevención del suicidio en contexto COVID-19, incorporando eventuales modificaciones que mejoren el sistema.

---

<sup>3</sup> David Gunnell, Louis Appleby, Ella Arensman, Keith Hawton, Ann John, Nav Kapur, and others *The Lancet Psychiatry*. Published: April 21, 2020

<sup>4</sup> Para la elaboración de estas recomendaciones se contó con la revisión de encargados de salud mental de los Servicios de Salud.

## Identificación del riesgo suicida y continuidad de cuidados de personas en la Red Asistencial

Las siguientes directrices pueden ser desarrolladas en atención remota como presencial. Las acciones de identificación y detección del nivel de riesgo pueden ocurrir **en cualquier contacto que la persona tenga con la Red Asistencial**, como son controles de salud integral, controles de morbilidad, en la urgencia u hospitalización, ya sea por salud mental u otro problema de salud.

Una consideración fundamental durante todo el proceso es mantener la confidencialidad y respeto por el otro, en un marco de derechos.

### IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

- Monitorear en cada atención del usuario/a su estado de ánimo y explorar presencia de señales de alerta de riesgo de suicidio. **Ver anexo 1 Monitoreo rutinario.**
- Si en las diferentes instancias se pesquizan señales de alerta, inicie la conversación manteniendo un contexto de privacidad, respetando la confidencialidad, exceptuando aquellos casos en los que exista riesgo vital o de terceros ; promover una escucha activa realizando preguntas abiertas, sin desestimar los relatos, ni transmitir posturas morales, sosteniendo un acompañamiento permanente.
- Preguntar específicamente acerca de cómo la persona se ha visto afectada por la pandemia, considerando los factores de estrés emocional, social y financiero.
- Evaluar la acumulación de los factores de riesgo o presencia de factores gatillantes de la conducta suicida (como el aislamiento social, los cambios en la dinámica familiar, duelos, pérdida de empleo y estrés financiero, las preocupaciones sobre la salud personal y la salud de los seres queridos, aumento de síntomas asociados a depresión, ansiedad, interrupción del sueño y las rutinas personales, y la pérdida de los sistemas de apoyo).

### DETECCIÓN NIVEL DE RIESGO

- Ante la presencia de alguna señal de alerta como por ejemplo deseo y búsqueda de formas para herirse, matarse o amenazar con ello, desesperanza, sentirse atrapado, suicidio de algún familiar o amigo, etc<sup>5</sup>; evaluar severidad de riesgo de suicidio a través de instrumentos de evaluación como Escala Columbia de Severidad Suicida (C-SSRS). Siempre registrar los resultados. *Ver anexo 2 Escala Columbia de Severidad Suicida (C-SSRS) y protocolo de respuesta y toma de decisiones.*
- Ante riesgo medio o alto en Escala Columbia de Severidad Suicida (Anexo n°2), procurar una visita domiciliaria u hora presencial lo antes posible dentro de las 24 hrs. posteriores. Realizar derivación o enlace si es necesario para esta acción. *Ver*

---

<sup>5</sup> Para mayor información revistar Guía de Prevención del Suicidio en Tiempos de COVID-19, pág. 4.

*anexo 2 Escala Columbia de Severidad Suicida (C-SSRS) y protocolo de respuesta toma de decisiones.*

- Ante la detección de riesgo inminente de suicidio, gestionar de manera inmediata su traslado a un servicio de urgencia y conectar con familiar o red de apoyo. El profesional deberá informar a la persona que la volverá a llamar los próximos días para conocer su estado de salud general e informar a un familiar o persona significativa. La persona también debe estar en conocimiento del contacto que se realizará con el familiar o persona significativa.

### **FORMULACIÓN DE RIESGOS Y PLAN DE SEGURIDAD<sup>6</sup>**

- Posterior a la detección de riesgo, se deberá realizar una evaluación en profundidad y formulación de riesgos (ver anexo 3) y luego elaborar Plan de Seguridad (ver anexo 4). Esto puede ser realizado por quien pesquisa el riesgo en caso de tener las competencias o derivar a profesional de salud mental como indica anexo 2.
- Asegurar en todo momento una red activa y eficiente de cuidados y acompañamiento, identificando personas significativas o familiares responsables, registrando sus datos de contacto (al menos teléfono y mail).
- Centrarse en la colaboración, la empatía y la esperanza con la persona usuaria, comprendiendo la ambivalencia en el deseo de éste de morir para aliviar el dolor intolerable.
- Comprometer a cada persona en riesgo de suicidio y su familiar o persona significativa, para la construcción conjunta de un Plan de Seguridad colaborativo y consensuado respecto a las acciones a desarrollar (*Ver anexo 4*).
- Al revisar los planes de seguridad colaborativos, se debe evaluar la presencia de medios letales, ya que las personas se quedan en casa y pueden tener un acceso más frecuente. Incorporar a la familia o persona significativa en esta revisión.
- Utilizar estrategias para contactar a la persona usuaria y revisar periódicamente el Plan de Seguridad, el que debe ser consistente con el Plan de Cuidados Integrales, sabiendo que será necesario realizar ajustes en función de requisitos actuales de distanciamiento físico y disponibilidad limitada de algunas actividades de distracción.
- Coordinar con la red de salud mental e intersector la atención del usuario y su familia cuando corresponda, mediante un proceso de derivación asistida (Anexo 5); asegurando la continuidad de la atención y de la información entre equipos.

### **INGRESO A SALUD MENTAL PARA EL ABORDAJE DEL RIESGO SUICIDA**

- El equipo tratante deberá elaborar o actualizar, junto con la persona usuaria su Plan de Seguridad (Anexo 4) en congruencia con el Plan de Cuidados Integrales (Anexo 6)

---

<sup>6</sup> Igualmente, posterior a esta acción se debe realizar derivación para dar continuidad a la intervención y establecer el Plan de Cuidados Integrales.

- Tratar los pensamientos y comportamientos suicidas utilizando tratamientos basados en evidencia, los cuáles pueden ser adaptados a la teleatención.
- Tratar las patologías de base, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica de MINSAL y a la evidencia disponible<sup>7</sup>.
- Aumentar los contactos de seguimiento con el usuario, familiar y/o persona significativa, especialmente para aquellos que han egresado recientemente de la atención hospitalaria y de urgencias, vinculándose con APS o Centro de Salud mental Comunitario a modo de reforzar la continuidad del tratamiento en caso que no esté siendo atendida regularmente.
- Establecer contacto regular con mayor frecuencia (diario, semanal, etc.) durante los dos primeros meses, continuando el seguimiento mientras persista el riesgo de autolesión o suicidio y reduciéndolo (cada dos o cuatro semanas) a medida que la persona mejore durante un lapso de dos años. Si se detectó una situación concreta determinante (acontecimiento vital estresante) o que tuvo que ver con conducta suicida (gatillante), realizar el seguimiento hasta que dicho suceso se pueda procesar de manera saludable, sin continuidad de consecuencias de autolesión.
- Al ingresar a tratamiento en APS, se debe articular y optimizar la oferta existente en el CESFAM (por ejemplo, acompañamiento y seguimiento por parte del equipo a través de los Programas de Acompañamiento Psicosocial o SENAME según sea el caso).

#### **TRANSICIÓN DE LAS PERSONAS A TRAVÉS DE LA RED DE ATENCIÓN**

- Asegure la continuidad de cuidados entre los distintos niveles de atención (desde APS a Especialidad y viceversa), de modo que el usuario no quede en ningún momento sin un equipo tratante para el seguimiento y acompañamiento. Cada referencia y contra referencia implica un alto riesgo para estos pacientes.
- En APS, el contacto para la referencia y contrareferencia o derivación asistida, según corresponda, debiese ser realizado por el integrante del equipo que tenga mayor vínculo.
- Identificar dónde recae la responsabilidad del seguimiento y los contactos de apoyo, y asegúrese de que la trayectoria de las personas por la red de salud sea rastreada y monitoreada de cerca durante la transición de la atención hospitalaria, del servicio de urgencia o ambulatoria.
- Posterior al alta de urgencia y hospitalización, realizar el primer contacto dentro de las 24 horas posteriores y hacer un segundo contacto dentro de los 7 días posteriores al alta. En caso de existir un equipo tratante vinculado, la responsabilidad de este contacto deberá ser definido por el Servicio de Salud, de acuerdo con la articulación de la red local y recursos disponibles.
- La realización de contra referencia desde especialidad a APS deberá ser asistida, con la información suficiente y necesaria para dar continuidad a los cuidados. La

---

<sup>7</sup> Para mayor información consultar en: <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/>

responsabilidad del seguimiento recae en el equipo de origen, hasta tener la certeza de que el equipo de destino, concreta la atención del usuario.

- Identificar y establecer canales de acceso expeditos y disponibles en la red del territorio del Servicio de Salud, para la atención y contacto con el equipo tratante, en caso de que la persona usuaria lo requiera.
- Desarrollar nuevas estrategias, o modificar las existentes, para el seguimiento después de una cita de atención perdida, ya sea presencial o remota, de acuerdo a los protocolos locales.
- Realizar seguimiento permanente por equipo tratante.
- El equipo tratante deberá elaborar un plan de monitoreo y rescate en caso de riesgo.
- El integrante definido por el equipo tratante o quien tenga el mayor vínculo, generará las instancias necesarias de articulación y monitoreo del Plan de Seguridad, coordinando las acciones que permitan reforzar el Plan de Cuidados Integrales en el momento de tránsito entre los distintos niveles de atención.
- Revisar regularmente el estatus del usuario en su trayectoria por la red de salud y documentar las decisiones sobre el proceso de atención que tome. Esta acción debe ser implementada por equipo tratante.

#### **MEJORAR LAS ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS A TRAVÉS DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD**

- El equipo tratante deberá monitorear la fidelidad del circuito de detección, evaluación y las transiciones de atención (incluida la planificación colaborativa de seguridad, los medios letales y los contactos de cuidado).
- El equipo tratante deberá evaluar la participación de los usuarios en la elaboración y evaluación periódica del plan de cuidado integral y plan de seguridad, favoreciendo el acompañamiento y seguimiento a través de la utilización de teleatención u otras instancias de contacto con la persona (controles de salud, visitas domiciliarias, etc).
- Evaluar de forma permanente en conjunto con el usuario y si familiar o persona significativa el Plan de Cuidados Integrales establecido y reformular, de ser necesario.

## Anexo 1

### MONITOREO DE RUTINA

El siguiente apartado orienta a los equipos de salud para la explorar sobre posible presencia de comportamiento suicida en diferentes instancias, a través de preguntas iniciales sobre el estado de ánimo y la identificación de posibles señales de alerta suicida.

<p><b>1. Preguntas sobre el estado de ánimo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se mantiene su ánimo?</li> <li>• ¿Ha tenido alguna preocupación especial últimamente? ¿Algún evento estresante?</li> <li>• ¿Con quien de las personas importantes de su vida ha podido comunicarse?</li> <li>• ¿Cómo ha organizado su rutina diaria?</li> <li>• ¿Ha podido dormir y alimentarse regularmente? ¿Cómo lo ha hecho?</li> <li>• ¿Ha mantenido actividades de su interés?</li> </ul>
<p><b>2. Identificación señales de alerta suicida</b></p>	<p>La persona habla o escribe sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo de morir, herirse o matarse, o amenaza con hacerlo.</li> <li>• Sentimientos de desesperanza o de no tener razones para vivir.</li> <li>• Sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor que no puede soportar.</li> <li>• Ser una carga para otros (amigos, familia, etc.) o el responsable de todo lo malo que sucede.</li> </ul> <p>Reporta o se observan sentimientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperanza</li> <li>• Bajo ánimo y energía</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Pérdida de interés.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Humillación / vergüenza</li> <li>• Agitación / Ira.</li> </ul> <p>Presenta antecedentes de comportamiento suicida: ideación e intentos previos, presenta consumo de alcohol y drogas.</p>

**En caso de señales de alerta en el estado de ánimo como de comportamiento suicida, no dude en preguntar directamente sobre pensamientos suicidas.**

## Anexo 2

### COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS) 8

Instrumento de fácil administración (5 min. Aprox), que permite la evaluación de severidad suicida en contextos comunitarios (laborales, escolares, familiares) y equipos de salud. Sólo incluye lo esencial que se debe preguntar acerca de suicidalidad de acuerdo a la evidencia. Para ser completada es posible utilizar información de otras fuentes como registros escritos, familiares, pareja, etc.

Formule las preguntas 1 y 2	Último mes	
	SÍ	NO
<b>1) ¿Has deseado estar muerto(a) o poder dormirte y no despertar?</b> La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerta o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormida y no despertar.		
<b>2) ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?</b> Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida (por ejemplo, "He pensado en suicidarme"), sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan).		
<b>Si la respuesta es "SÍ" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6</b> <b>Si la respuesta es "NO" continúe a la pregunta 6</b>		
<b>3) ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo?</b> La persona confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método, pues en este caso existe la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico. Incluye también respuestas del tipo: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente...y nunca lo haría".		
<b>4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</b> Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y la persona refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de ideas suicidas sin intención en respuestas como "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
<b>5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan?</b> Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y la persona tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.		
<b>Siempre realice la pregunta 6</b>		
<b>6) ¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida?</b> Pregunta de conducta suicida: Ejemplos: ¿Has juntado medicamentos/remedios, obtenido un arma, regalado cosas de valor, escrito un testamento o carta de suicidio?, ¿has sacado remedios del frasco o caja, pero no las has tragado, agarrado un arma pero has cambiado de idea de usarla o alguien te la ha quitado de tus manos, subido al techo pero no has saltado al vacío?; o ¿realmente has tomado remedios, has tratado de dispararte con una arma, te has cortado con intención suicida, has tratado de colgarte, etc.?. <b>Si la respuesta es "SI": ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?</b>	<b>Alguna vez en la vida</b>	
	<b>En los últimos 3 meses</b>	

<sup>8</sup> Pauta elaborada en base a COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS). Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez 2017.



## PROTOCOLO DE RESPUESTA Y TOMA DE DECISIONES

Sí al ítem 1 o 2	Derivar a atención de salud mental para evaluación y formulación de riesgos.
Sí al ítem 3 e ítem 6 Más allá de 3 meses	Realice visita domiciliaria u hora presencial lo antes posible. Realice derivación o enlace a la APS para realizar evaluación integral en salud mental por equipo de sector si es necesario para esta acción. Considere medidas de precaución para el riesgo suicida.
Sí al ítem 4, 5 y 6 tres meses o menos	Realice visita domiciliaria u hora presencial dentro de 24 hrs. posteriores. Realice derivación o enlace a la APS para realizar evaluación integral en salud mental por equipo de sector. En el caso que el riesgo es severo y extremo (ideación suicida frecuente, intensa, duradera y con plan definido; con síntomas severos; autocontrol deteriorado de la persona; Desesperanza Severa; medio protector ausente o inseguro) derivar a Servicio de Urgencia más cercano. Aplique medidas de precaución para el riesgo suicida.

### FORMULACIÓN DE RIESGO SUICIDA

**En los métodos de formulación de riesgos contextuales más nuevos, el propósito principal es la planificación.** De acuerdo con esto, el proyecto internacional Zero Suicidio<sup>9</sup> propone un modelo basado en investigaciones de prevención y avances en la evaluación de la violencia. Esta propuesta, presentada en el diagrama, muestra la forma de organizar una formulación de riesgos, con el objetivo de desarrollar un plan integral de cuidados para cada persona en relación a su entorno clínico, comunitario y la propia historia del individuo a lo largo del tiempo. **El juicio clínico sobre el riesgo, combinado con la formulación completa, puede ayudar con la toma de decisiones sobre qué intervención o tratamiento necesita la persona.**

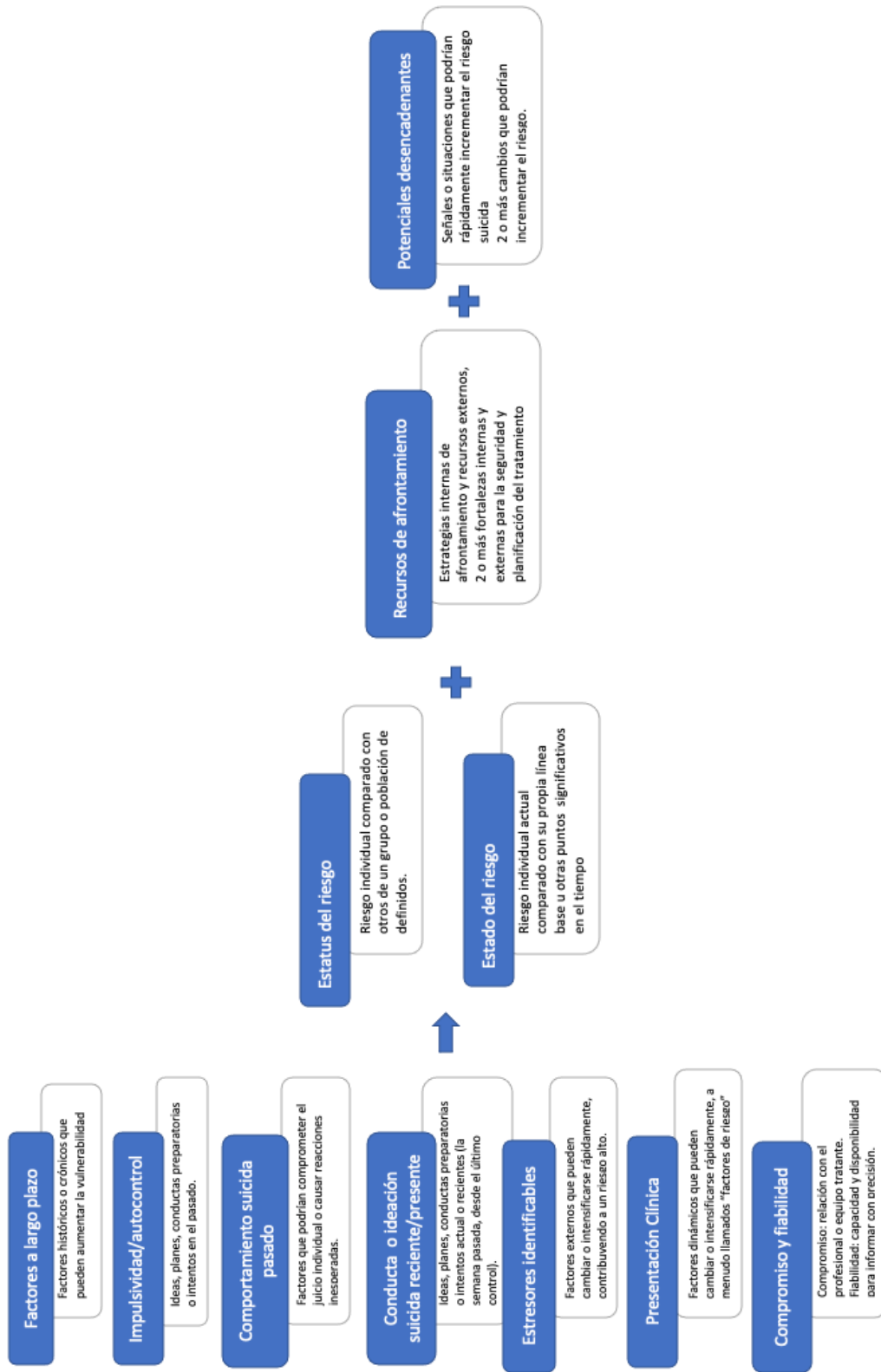
La columna a la izquierda en el diagrama muestra la información clave necesaria para respaldar una formulación de riesgos. El estatus del riesgo, el estado de riesgo, los recursos de afrontamiento y los posibles factores desencadenantes comprenden la "formulación del riesgo" en este modelo.

Una formulación de riesgos bien documentada puede demostrar que las decisiones clínicas fueron acertadas y ayudar a la comunicación con la persona usuaria, con otros profesionales y personas importantes en la vida de la persona. Un registro claro también ayuda a mostrar los fundamentos de su formulación, las discusiones con la persona usuaria sobre esta y las decisiones de tratamiento. A medida que se disponga de nueva información y cambien las circunstancias, la evaluación del riesgo también debe reconsiderarse y posiblemente modificarse.

---

<sup>9</sup> <http://zerosuicide.edc.org/toolkit/identify#quicktabs-identify=2>

## FORMULACIÓN DE RIESGO SUICIDA



## Anexo 4

### PLAN DE SEGURIDAD<sup>10</sup>

<b>Nombre</b>		<b>Fecha</b>	
---------------	--	--------------	--

<b>Correo Electrónico</b>		<b>Teléfono</b>	
---------------------------	--	-----------------	--

#### PASO 1: RECONOCER SEÑALES DE ALERTA

*¿Cómo voy a saber cuándo usar este plan de seguridad?  
¿Cuáles son mis señales de alerta?*

<b>Este plan será utilizado cuando:</b>
1.
2.
3.

#### PASO 2: UTILIZAR ESTRATEGIAS INTERNAS

*¿Qué es lo primero que puedo intentar por mí mismo/misma en caso de una crisis?  
¿Cómo me puedo distraer?*

<b>Lo primero que voy a intentar será:</b>
1.
2.
3.

#### PASO 3: RECURRIR A CONTACTOS SOCIALES

*¿Quién es alguien que usualmente me hace sentir bien, me distrae, me sube el ánimo, me cuenta cosas interesantes? No es necesario contarle sobre los pensamientos suicidas.*

<b>Personas que me distraen/suben el ánimo:</b>	
1.	<b>Fono:</b>
2.	<b>Fono:</b>
3.	<b>Fono:</b>

#### PASO 4: FAMILIARES O AMIGOS QUE PUEDEN AYUDAR A RESOLVER LA CRISIS

*¿Quién de mis familiares o amigos me puede ayudar a sobrellevar la crisis?*

<b>Personas que me pueden ayudar a superar la crisis:</b>	
1.	<b>Fono:</b>
2.	<b>Fono:</b>
3.	<b>Fono:</b>

#### PASO 5: CONTACTAR AYUDA ESPECIALIZADA

*¿A quién debo contactar en caso de que las estrategias anteriores fallen y aún tenga pensamientos suicidas?*

<b>Contactos de emergencia:</b>	
1.	<b>Fono:</b>
2.	<b>Fono:</b>
3. <i>Salud Responde opción 1 (las 24 hrs. del día)</i>	<b>Fono: 600 360 7777</b>

#### PASO 6: REDUCCIÓN DE MEDIOS

<sup>10</sup> El Plan de Seguridad deberá ser consistente con los objetivos establecidos en el Plan de Cuidados Integrales.

***¿Cómo puedo protegerme de hacerme daño? ¿Qué cosas debo alejar de mi alcance?***

**Lo que podemos hacer para limitar el acceso a medios es:**

1.

2.

3.

## Anexo 5

### Pauta de Cotejo para Supervisar Cumplimiento de Derivación Asistida<sup>11</sup>

Nombre Persona derivada	
Nombre del equipo que realiza derivación y persona que la realiza	
Nombre del equipo que recepciona derivación y persona que la realiza	
Fecha de aplicación pauta de cotejo	

Aspectos evaluados	SI	NO
Equipo derivador informa a persona, familia y/o red de apoyo sobre proceso de derivación asistida y queda registro en ficha clínica.		
El informe de derivación incluye identificación de la persona: nombre, Rut, edad, dirección, teléfono, centro de APS, identificación de la red de apoyo.		
El informe de derivación incluye diagnóstico integral, resultados de las intervenciones realizadas, plan de continuidad del cuidado y la atención, para el nodo o punto de atención al cual es referida la persona.		
Se realiza una vinculación y coordinación formal y efectiva con el nodo o punto de atención, al cual se deriva por medio de contacto telefónico, correos electrónicos y presenciales para presentar antecedentes.		
Se realizan reuniones entre equipos, para asegurar la continuidad de cuidados y atención de la persona referida.		
Los espacios de intercambio de información son formales y de mutuo acuerdo respecto a fechas y horario.		
Se desarrollan estrategias de intervención conjunta, que faciliten una continuidad de cuidados, considerando todos aquellos aspectos bio-médicos, sociales, familiares, y conductuales-afectivos de la persona usuaria.		
Equipo que recibirá a la persona referida informa sobre hora de ingreso e información sobre acceso a nodo o punto de atención y documentación requerida al equipo derivador.		
Equipo que recibirá a la persona referida informa sobre hora de ingreso e información sobre acceso a nodo o punto de atención a persona, familia y/o red apoyo.		
Se realiza acompañamiento progresivo a las personas que lo requieran.		
Se cumplen criterios de egreso definidos y conocidos por la red.		
Se cumplen criterios de ingreso definidos y conocidos por la red.		
Entre ambos equipos coordinan el seguimiento de la persona para asegurar la continuidad de su cuidado y atención en el sistema de red integrado.		
En caso de no estar asegurada la continuidad de la atención en el otro nodo o punto de atención, se realizan acciones en el tiempo estimado para que no se produzca una discontinuidad, debiendo quedar establecido en la ficha clínica.		

<sup>11</sup> MINSAL, 2018. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02\\_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental\\_digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf)

## Anexo 6

### Plan de Cuidados Integrales (PCI)<sup>12</sup>



#### g. Plan de Cuidados Integrales (PCI)

A nivel de microgestión o gestión clínica, resulta fundamental para dar respuesta de forma eficiente y eficaz a los problemas y las enfermedades mentales de las personas usuarias de la red, la elaboración de su respectivo Plan de Cuidados Integrales (PCI).

Este es un instrumento que explicita un diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, elaborado en base al motivo de consulta y a la evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la persona, familia, red de apoyo.

En la elaboración del PCI debe tenerse en cuenta el conjunto de los riesgos y problemas de salud de las personas y los factores que influyen en estos. Conocido son los altos niveles de comorbilidad entre enfermedades de salud mental y enfermedades "físicas", el impacto que unas y otras tienen respecto al curso y pronóstico mutuo, así como la baja tasa de detección y de intervención efectiva en estas comorbilidades por parte de los equipos de salud [147].

Un elemento cardinal para la elaboración, evaluación y redefinición periódica del PCI, que tenga la Recuperación como su objetivo substantivo, es el acuerdo entre la voluntad de la persona usuaria y el equipo tratante.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes es indispensable considerar su voluntad o asentimiento de acuerdo a su etapa de desarrollo, su proceso de autonomía progresiva, sus intereses y motivaciones, incorporando la opinión o autorización de sus padres o adultos responsables de su cuidado, según corresponda.

En este Plan deben identificarse y registrarse tanto objetivos terapéuticos, viables y medibles, como actividades y estrategias definidas para los ámbitos individual, familiar y sociocomunitario. Del mismo modo, se debe considerar una programación de actividades, que incluya metas y plazos a cumplir.

Aunque la construcción conjunta y consensuada de los objetivos supone un acuerdo con la persona usuaria (y su familia y grupo de apoyo), el conocimiento de estos objetivos y la participación en sus logros es una necesidad que debe traducirse en una formulación explícita de estos acuerdos, expresado en un contrato terapéutico y, cuando corresponda, según la ley 20.584, en un consentimiento informado.

El Plan constituye una integralidad plena de sentido, basada en las necesidades de las personas y un accionar transdisciplinario, de ningún modo es la sumatoria de perspectivas de distintos profesionales, a la que la persona usuaria y su familia adhiere formalmente. Prácticas de esta naturaleza desvirtúan drásticamente los principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y constituyen finalmente barreras para el logro de la Recuperación y la inclusión sociocomunitaria.

El Plan no solo requiere la participación de todos los miembros del equipo tratante en su formulación, sino que debe ser el instrumento que efectivamente guíe y articule sinérgicamente sus contribuciones, no reduciéndose a una formalidad irrelevante en la realidad operativa.

Deben asignarse responsabilidades claras y precisas respecto al rol de cada uno de los miembros del equipo en relación a los objetivos terapéuticos y las actividades definidas. Sin perjuicio de lo anterior, debe definirse de entre ellos a uno/a para cumplir la función de gestor/a terapéutico/a.

---

<sup>12</sup> MINSAL, 2018. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02\\_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental\\_digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf)

El/la gestor/a terapéutico/a es responsable de la coordinación de las acciones y el cumplimiento de los plazos establecidos en el Plan, además de interlocutor/a principal con la persona usuaria y su familia respecto la elaboración y evaluación conjunta del Plan de Cuidados Integrales (en adelante e indistintamente PCI) y del *Plan de egreso y apoyo post egreso*.

El Plan de egreso y apoyo post egreso es un componente relevante del PCI y busca asegurar la mantención de los logros terapéuticos y la adherencia de la persona usuaria al proceso de atención después que ha terminado su atención en alguno de los puntos o nodos de la red. Incluye la Derivación Asistida<sup>18</sup> y otras acciones que aseguren la continuidad de cuidados.

Se debe evaluar la ejecución del PCI de manera periódica y los resultados a corto, mediano y largo plazo. Este proceso implicará con toda probabilidad ajustes y modificaciones, fundadas en la experiencia concreta de atención y cuidados de cada persona usuaria y de los cambios que los mismos resultados obtenidos introducen en el contexto.

Debe, además, estar registrado íntegramente en la ficha clínica de la persona, tanto el Plan de Cuidados Integrales, como cada una de las acciones realizadas.

Recapitulando, el PCI debe incluir al menos, la especificación de:

- Objetivos terapéuticos.
- Estrategias de intervención y actividades a realizar.
- Asignación de responsabilidades, incluidas las del gestor/a terapéutico/a.
- Plazos estimados.
- Mecanismos y criterios de monitoreo del plan.

Este Modelo de Gestión sustituye el concepto de Plan de Tratamiento Integral (PTI) y Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI) por el de Plan de Cuidados Integrales (PCI). Esta opción técnica releva el concepto de "cuidados" por sobre el de "tratamiento", ya que el PCI aporta una visión amplia del proceso de atención y cuidado que apunta a la Recuperación y la inclusión sociocomunitaria.



## Referencias:

- Wolfram Kawohl, Carlos Nordt. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 7, No. 5, p389–390. Published: May, 2020.
- David Gunnell, Louis Appleby, Ella Arensman, Keith Hawton, Ann John, Nav Kapur, and others *The Lancet Psychiatry*. Published: April 21, 2020
- Zero Suicide (2020). Zero Suicide Implementation During the COVID-19 Response  
- Disponible en:  
<http://zerosuicide.edc.org/sites/default/files/Zero%20Suicide%20Implementation%20During%20the%20COVID-19%20Response.pdf>
- Ministerio de Salud (2020). Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante covid-19.
- Ministerio de Salud (2020). Recomendaciones Para el Cuidado del Personal durante COVID-19.
- Ministerio de Salud (2018). Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud.  
- [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02\\_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental\\_digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020). Covid-19 Recomendaciones para equipos de salud en relación a situaciones de suicidio y autolesiones en adolescentes y jóvenes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio.  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001953cnt-20200512-recomendaciones-suicidio-autolesiones-jovenes-aislamiento.pdf>
- Moutier, C. (2020). Suicide Prevention in the COVID-19 Era: Transforming Threat Into Opportunity. *JAMA psychiatry*.