

Mapeo del proceso clínico de pacientes con ideación suicida activa que consultan en el centro de salud familiar "San Alberto Hurtado" en Chile

Mapping of the clinical process of patients with active suicidal ideation who consult at the primary health care facility "San Alberto Hurtado" in Chile

Constanza Gómez C¹, Constanza González G¹, Catalina Hasbún Z¹, María Jesús Santander B¹, Paulina Beca C^{2,3},
Marcela Bittner S^{2,3}, Pamela Rojas G^{2,3}

Resumen

Introducción: el suicidio es un fenómeno complejo y prevalente. En Chile, los centros de atención primaria pesquian pacientes con ideación suicida activa y los derivan a centros terciarios, pero el proceso es complejo y poco fluido.

El objetivo de este trabajo fue mapear el proceso clínico que siguen los pacientes con ideación suicida activa derivados desde el centro de salud familiar Áncora San Alberto Hurtado en Santiago, Chile. **Métodos:** se realizaron reuniones con los principales protagonistas y se recolectaron protocolos de manejo. Se graficaron los procesos clínicos según la edad del paciente, identificando nudos, brechas y quiebres. **Resultados:** los pacientes menores de 15 años son derivados al servicio de urgencia pediátrica en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, donde son evaluados por un psiquiatra infanto-juvenil, quien determina si son dados de alta para continuar seguimiento en el nivel secundario o son hospitalizados. Los pacientes mayores de 15 años son referidos al servicio de urgencia psiquiátrica del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau para ser evaluados por un psiquiatra, quien evalúa si requieren seguimiento a nivel secundario u hospitalización. En este último caso, son derivados nuevamente al Hospital Sótero del Río. Se identificaron nudos, brechas y quiebres que dificultan la atención y seguimiento de los pacientes. **Conclusión:** existen condiciones que afectan el proceso clínico de pacientes con ideación suicida activa derivados desde un centro de atención primaria, y es fundamental reparar las dificultades identificadas para ofrecer a la población una atención en salud mental eficiente.

Palabras clave: suicidio; ideación; suicida; atención; primaria.

Abstract

Introduction: suicide is a complex and prevalent phenomenon. In Chile, primary health care centers detect most cases of patients with active suicidal ideation and refer them to hospitals, however, this process is complex and not very fluid. The objective was to map the clinical process of patients with active suicidal ideation referred from a primary care center in Santiago, Chile. **Methods:** we held multiple meetings with the principal persons in charge, and collected management protocols. We mapped the clinical process according to patient age, identifying knots, breaches, and breaks. **Results:** Patients 14 years or younger attend the pediatric emergency service in Dr. Sótero del Río Welfare Complex, where they receive an assessment by a child and adolescent psychiatrist who determines whether they are hospitalized or discharged to continue to follow up at the secondary level. Patients 15 years or older attend the psychiatric emergency service in Hospital Barros Luco Trudeau, where they undergo a psychiatric evaluation which determines whether they are hospitalized or require to follow up at the outpatient setting. If, however, the patient needs to be hospitalized, he/she must return to Hospital Sótero del Río. Multiple knots, breaches, and breaks were identified, that make health care and follow up of these patients difficult. **Conclusion:** multiple determinants affect the clinical process of patients with active suicidal ideation referred from a primary health care center. The difficulties identified must be repaired in order to offer the population efficient mental health care.

Keywords: suicide; suicidal; ideation; primary; care.

Fecha de envío: 12 de octubre de 2018 - Fecha de aprobación: 22 de mayo de 2019

(1) Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Departamento de Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica de Chile.

(3) CESFAM Áncora San Alberto Hurtado, Red de Salud UC- CHRISTUS.

Autor de correspondencia: cmgonza5@uc.cl



Introducción

El último estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile, advierte que un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte en nuestro país están determinados por condiciones neuro-psiquiátricas (MINSAL, 2008). Chile muestra una tasa de suicidio de un 13,3 por cada 100000 habitantes (Echávarri *et al.*, 2015), que lo ubica decimotercero entre los 36 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con mayores tasas de suicidio. Esto refleja el desafío que supone la salud mental para nuestro sistema de salud y la importancia que debemos otorgarle.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), en su Estrategia Nacional de Salud para el 2011-2020, estableció planes para reducir las tasas de suicidio, especialmente en población adolescente, y planteó estrategias destinadas a fortalecer el trabajo intersectorial, la detección de casos de riesgo, la vigilancia epidemiológica y la mejoría en la cobertura y calidad de la atención (MINSAL, 2011). Este documento fue diseñado para contribuir a este último punto.

El suicidio se considera como un fenómeno global, estimando que corresponde a la segunda causa de muerte en el grupo etario de 10 a 24 años (OMS, 2012). En Chile, las muertes por suicidio se han mantenido estables. En los años 2007 y 2016 se contabilizaron 1926 y 1856 muertes respectivamente, de las cuales el 83% eran hombres. A nivel del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), esta causa explicó el 2,2% de las muertes en este mismo período (MINSAL, 2018).

Por cada caso de suicidio consumado existen 20 intentos de suicidio (OMS, 2012) y otros actos afines difíciles de estimar en magnitud. La literatura ha propuesto la existencia de un espectro de fenómenos, que incluyen: ideación suicida, ideación suicida activa, intento suicida y finalmente el suicidio consumado. Ideación suicida se define como la existencia de pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método (MINSAL, 2013). La ideación suicida activa incluye además, pensamientos sobre cómo llevar a cabo una acción para concretar ese plan (identificación de un método, tener un plan y/o tener la intención de actuar) (Turecki & Brent, 2016). El intento suicida, por último, se define como todo acto humano que se ejecuta con la intención de causar el término de la propia vida (OMS, 2012).

Se estima que cerca de un 83% de las personas que se suicidan ha contactado a un médico de atención primaria en salud (APS) dentro del año previo a su muerte y que cerca de un 66% lo hace dentro del último mes (OMS, 2012). Esta cifra, sumada a la magnitud del suicidio en Chile, indica la relevancia de enfrentar de manera

correcta al paciente con riesgo suicida en APS, es decir, llegar al diagnóstico, estratificar el riesgo y derivar de manera oportuna. Una de las estrategias clave para el logro de esto es contar con una red de salud eficiente y efectiva, con énfasis en la atención primaria. El mapeo de un proceso clínico que ocurra al interior de dicha red es una herramienta que permite identificar áreas de mejora para fortalecer su funcionamiento (MINSAL, 2000). Esto exige reconocer el proceso clave que se desea estudiar e identificar las principales etapas y su entidad responsable, lo que permitirá generar un diagrama básico. En esta instancia es clave la participación y opinión de los principales actores partícipes, las cuales deberán ser contrastadas y complementadas con las opiniones de otros actores secundarios, de modo de identificar faltas de fluidez del proceso. La siguiente fase es la caracterización de la cadena de valor de cada eslabón, consignando la gestión de talentos, tecnología, insumos, infraestructura y la posibilidad de incumplimiento ético de cada paso. Con esta información se construye un diagrama de flujo, donde se grafica cada uno de los pasos del proceso y donde resulta fácil distinguir deficiencias en la fluidez tales como: brechas, quiebres y nudos (Massoud *et al.*, 2002; Ayala *et al.*, 2014).

El Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado (CESFAM SAH), ubicado en la comuna de Puente Alto e inserto en el SSMSO, atiende a una población inscrita de 21906 personas. De acuerdo a datos proporcionados por la unidad de gestión de información de este centro, de las 15594 consultas médicas contabilizadas entre enero y diciembre del año 2017, un 15% correspondieron a consultas por salud mental. De éstas, en un 3,5% correspondiente a 546 consultas, se registró "ideación suicida" dentro del protocolo de atención. El flujo de pacientes con ideación suicida activa que consultan en el CESFAM SAH será descrito en detalle más adelante, sin embargo, cabe destacar que tiende a ser confuso y no se encuentra registrado en documentos oficiales.

Los pacientes del CESFAM SAH en los que se pesquisa una ideación suicida activa son derivados, según su edad, a un centro de salud terciaria: los menores de 15 años a la urgencia pediátrica del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR), mientras que los pacientes mayores de 15 años deben acudir a la urgencia psiquiátrica del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABL). Es importante destacar que los pacientes entre 15 y 18 años son evaluados como adultos en los servicios de urgencia por decreto del MINSAL, por ello deben ser derivados al CABLT como primera instancia. Esto forma parte del flujo de pacientes del SSMSO y no se encuentra estipulado de manera oficial en ningún documento, pero es de conocimiento general de la comunidad.

Durante el 2017, los profesionales del equipo de salud mental del CESFAM SAH determinaron que la derivación de pacientes con ideación suicida activa mostraba algunas dificultades. Existía poca claridad en torno a la vinculación y los roles entre el nivel primario y la red de salud, y había dudas sobre cómo se implementaban los protocolos de transferencia y contratransferencia con la red secundaria y terciaria para este tipo de pacientes.

Dada la importancia de la patología psiquiátrica en atención primaria y la poca información con la que CESFAM SAH contaba sobre la atención en el nivel terciario y el posterior seguimiento de sus pacientes con alto riesgo suicida, se propuso como objetivo de este trabajo revisar el proceso clínico que seguía un paciente de este tipo, luego de ser derivado, para identificar los nudos, brechas y quiebres que se producen en su desarrollo. Para sentar las bases del proyecto, se realizó una revisión bibliográfica orientada a caracterizar la epidemiología del suicidio en Chile, definir conceptos básicos relacionados al sistema de redes en salud, de diseño y evaluación de proyectos.

Metodología

El desarrollo de esta investigación fue llevado a cabo como parte de un proyecto Aprendizaje + Servicio realizado en el contexto de las actividades curriculares del internado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que busca ofrecer el tiempo y los conocimientos de los estudiantes para solucionar un problema de salud específico y real de la comunidad.

El proceso se inició con el levantamiento de información administrativa sobre la red actual del CESFAM SAH para pacientes con ideación suicida, la que se obtuvo a través de entrevistas con las autoridades del programa de salud mental del centro. En esta instancia se recopiló información sobre actores claves del proceso clínico estudiado tanto para el CESFAM como para el resto de la red. Se agendaron 14 entrevistas semiestructuradas con los profesionales identificados, cuyo objetivo principal era comprender el rol de cada entidad clínica dentro de este proceso, y así poder generar el diseño gráfico de un mapeo clínico donde se evidenciara el flujo de atención que sigue cada paciente.

Resultados

Se entrevistó a un total de 14 profesionales. En las entrevistas se recopiló los protocolos de manejo formales e informales de los centros de salud participantes del proceso clínico en cuestión, los que fueron diferentes según la edad de los pacientes derivados. En las figuras 1 y 2 del anexo se grafican los procesos clínicos para pacientes menores y mayores de 15 años respectivamente, mientras que en las tablas 1 y 2 se resumen las principales brechas, nudos y quiebres de cada proceso mapeado.

Proceso clínico en menores de 15 años:

Los pacientes menores de 15 años con alto riesgo suicida son derivados desde el CESFAM SAH al servicio de urgencia pediátrica del CASR, donde son recibidos por un pediatra de turno, quien evalúa el riesgo suicida y estabiliza médicamente si es necesario. El pediatra interconsulta a psiquiatría infanto-juvenil de enlace, sin embargo, este equipo está disponible para evaluación solo en horario hábil (lunes a viernes de 8:00 a 17:00 h).

Si el paciente ingresa en horario no hábil será hospitalizado en el servicio de pediatría, en espera de evaluación por psiquiatra, lo que puede demorar hasta 72 horas. Si el paciente ingresa en horario hábil será evaluado por un psiquiatra infanto-juvenil en las salas de observación del servicio de urgencia pediátrico. Si el psiquiatra estima que su riesgo suicida es bajo será dado de alta con interconsulta a la Unidad de Salud Adolescente (USA) del CASR para seguimiento ambulatorio. En cambio, si se considera que el riesgo suicida es alto y que el paciente requiere hospitalización, puede derivarlo a la unidad de corta estadía infanto-juvenil. Los cupos en esta unidad son limitados (aproximadamente 12), de modo que si no existe disponibilidad para recibirlo, el paciente será hospitalizado en el servicio de pediatría, mientras espera un eventual traslado.

Durante la hospitalización, el paciente se mantiene con tratamiento farmacológico indicado por el psiquiatra y es evaluado diariamente por el equipo. Si evoluciona favorablemente, puede ser dado de alta desde el mismo servicio de pediatría. Si requiere traslado a la unidad de corta estadía, su hospitalización puede extenderse hasta dos semanas en espera de un cupo. El paciente hospitalizado en la unidad de corta estadía recibe una evaluación diaria multidisciplinaria, que incluye psicoterapia individual, tratamiento farmacológico e intervenciones familiares. La duración de la hospitalización varía entre 1 a 4 semanas, dependiendo de la condición del paciente y del compromiso que tanto él/ella como su red de apoyo adquieran frente al tratamiento y seguimiento ambulatorio.

Una vez dado de alta, el paciente mantiene seguimiento en la USA con pediatras, psiquiatras infantiles, psicólogos y trabajadores sociales por aproximadamente 1 año. En casos seleccionados, el paciente acude además, al Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM/CEIF) de la comuna de Puente Alto. Es importante puntualizar que ambos centros no trabajan de forma articulada.

En caso de que el paciente no asista a los controles ambulatorios agendados en los centros secundarios, existen los llamados "centros de rescate", dependientes de los mismos profesionales que trabajan allí. Ellos contactan por vía telefónica a los tutores legales, permitiendo reanudar el seguimiento.

No existe un protocolo ampliamente difundido que permita la contrarreferencia de los pacientes al nivel primario una vez que

son dados de alta desde los centros secundarios, de modo que la reincorporación a APS queda a criterio y voluntad del paciente.

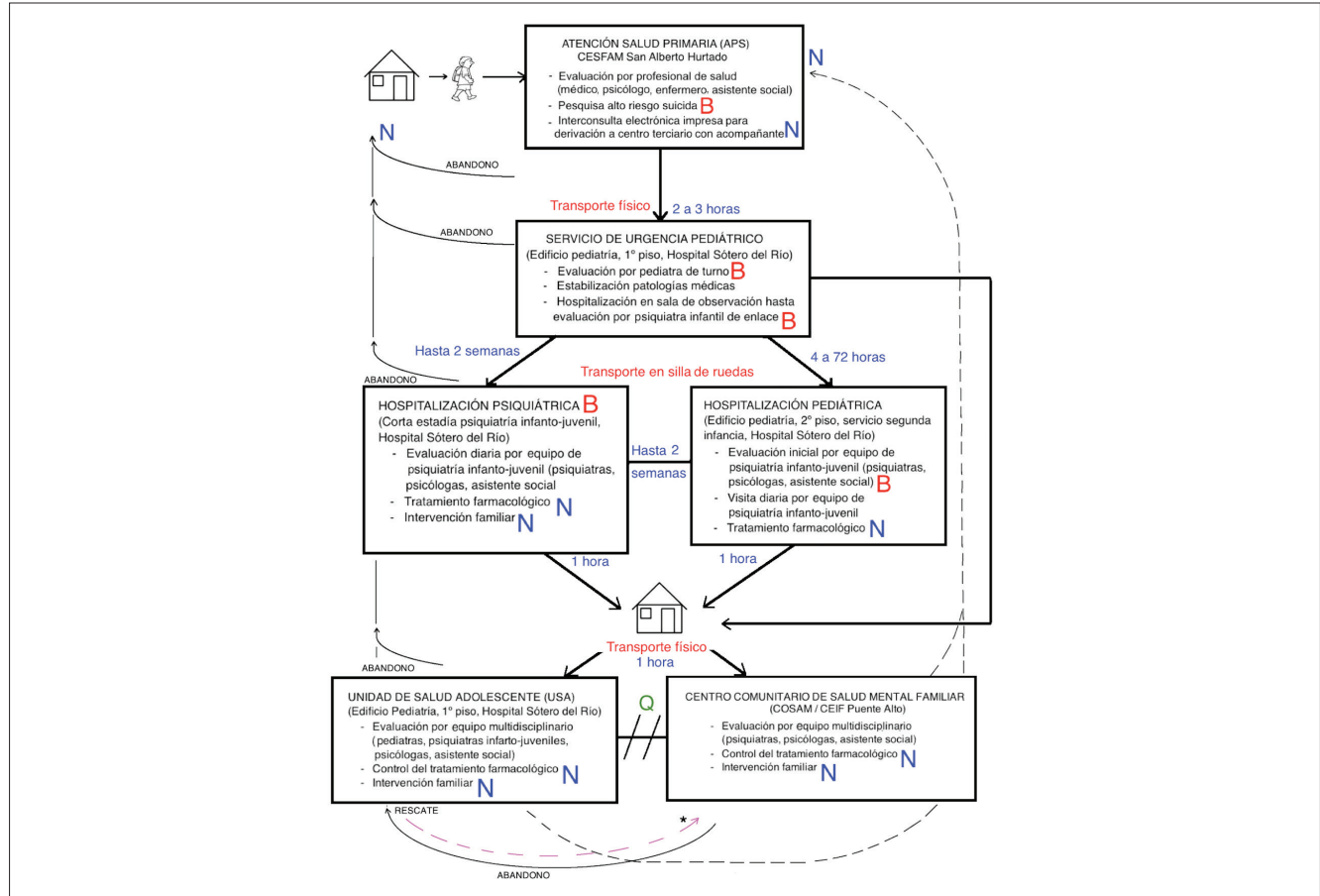


Figura 1: Mapeo del proceso clínico en menores de 15 años con alto riesgo suicida. Observaciones: **B:** brecha, **N:** nudo, **Q:** quiebre; //: Relación inestable entre servicios; Flecha continua: Abandono; Flecha punteada con asterisco (*): Rescate; Flecha punteada sin asterisco: procesos que se realizan de forma no protocolizada.

Tabla 1: Matriz de evaluación de nudos, brechas, y quiebres de proceso clínico en menores de 15 años.

Brechas	El médico/otros profesionales de salud no están capacitados para pesquisar riesgo suicida. Acceso a transporte físico limitado a los propios medios del paciente para derivación oportuna. Disponibilidad limitada de camas en unidad de corta estadía infanto-juvenil CASR. Capacidad limitada para realizar intervenciones psicosociales (intervenciones familiares, psicoterapia) en hospitalización pediátrica CASR.
Nudos	Preocupación del paciente y familia por el diagnóstico y la necesidad urgente de derivación. Demora de evaluación por psiquiatra infanto-juvenil. Interés del paciente y familia por participar en las intervenciones del equipo de salud. Adherencia al tratamiento y a controles posterior al alta (en USA del CASR o COSAM/CEIF)
Quiebres	Poca disposición a trabajo conjunto entre centros secundarios.

Proceso clínico en mayores de 15 años

El paciente del CESFAM SAH mayor de 15 años con alto riesgo suicida es derivado al CABLT, debido a que el CASR, centro terciario de referencia del CESFAM SAH, no cuenta con un servicio de urgencia psiquiátrica. El traslado de los pacientes al CABLT ocurre por sus propios medios, exceptuando los casos más graves que requieran estabilización médica previa y que son trasladados en ambulancia.

En el CABLT el paciente es evaluado por un psiquiatra de turno, quien determina según criterio clínico si está en condiciones de alta para continuar el seguimiento ambulatorio o si debe ser hospitalizado.

- El paciente que puede continuar controles de manera ambulatoria es derivado al nivel secundario, COSAM/CEIF de Puente Alto. Sólo en algunos casos el paciente es devuelto a su centro de origen en APS. En ambos casos el traslado del paciente a su hogar ocurre por sus propios medios.

- El paciente que debe ser hospitalizado se enfrenta a un desafío mayor. CABLT no cuenta con cupos designados en su unidad de corta estadía adultos para recibir a los pacientes del SSMO, por lo que éstos son derivados al servicio de urgencia adultos del CASR.

El traslado desde CABLT hacia el CASR es dependiente de los propios medios del paciente, exceptuando nuevamente los casos más graves de patologías médicas, que requieran estabilización previa y que son trasladados en ambulancia.

En el servicio de urgencia adultos del CASR, los pacientes derivados desde CABLT son evaluados por un médico general o urgenciólogo de turno quien interconsulta a un segundo psiquiatra, esta vez de la unidad de psiquiatría de enlace. Al momento de este estudio, se contaba con 2 psiquiatras encargados de las interconsultas que se realizan desde todos los servicios del hospital, equivalente a 8 horas semanales. El tiempo de espera para esta evaluación es de 12 horas en promedio; pudiendo extenderse hasta 2 semanas, período en el cual el paciente estará hospitalizado en la sala de observación del servicio de urgencias. Esta situación se traduce en que muchos de

los pacientes solicitan el alta voluntaria y retornan a sus hogares sin la evaluación necesaria por el especialista.

Luego de la evaluación por psiquiatría de enlace, la mayoría de los pacientes son dados de alta con indicación de seguimiento en el nivel secundario (COSAM/CEIF de Puente Alto) o en APS. En un porcentaje bastante acotado, cuando existe un muy alto riesgo suicida que requiere una vigilancia más estrecha del paciente, el seguimiento se realiza en el nivel terciario (servicio de psiquiatría adultos u hospital de día del CASR). Este seguimiento puede ser diario o cada dos días. En muy pocos casos el paciente llega a hospitalizarse en la unidad de corta estadía, ya que los cupos son muy escasos y suelen estar asignados a pacientes con patologías psiquiátricas descompensadas en seguimiento.

Es importante destacar la escasa vinculación entre los equipos médicos que realizan turnos en CABLT, el equipo del CASR y el CEFAM SAH. Esto dificulta la atención de los pacientes en el nivel primario o secundario, por cuanto no existen protocolos conocidos de manejo y/o derivación en caso de que requiera seguimiento.

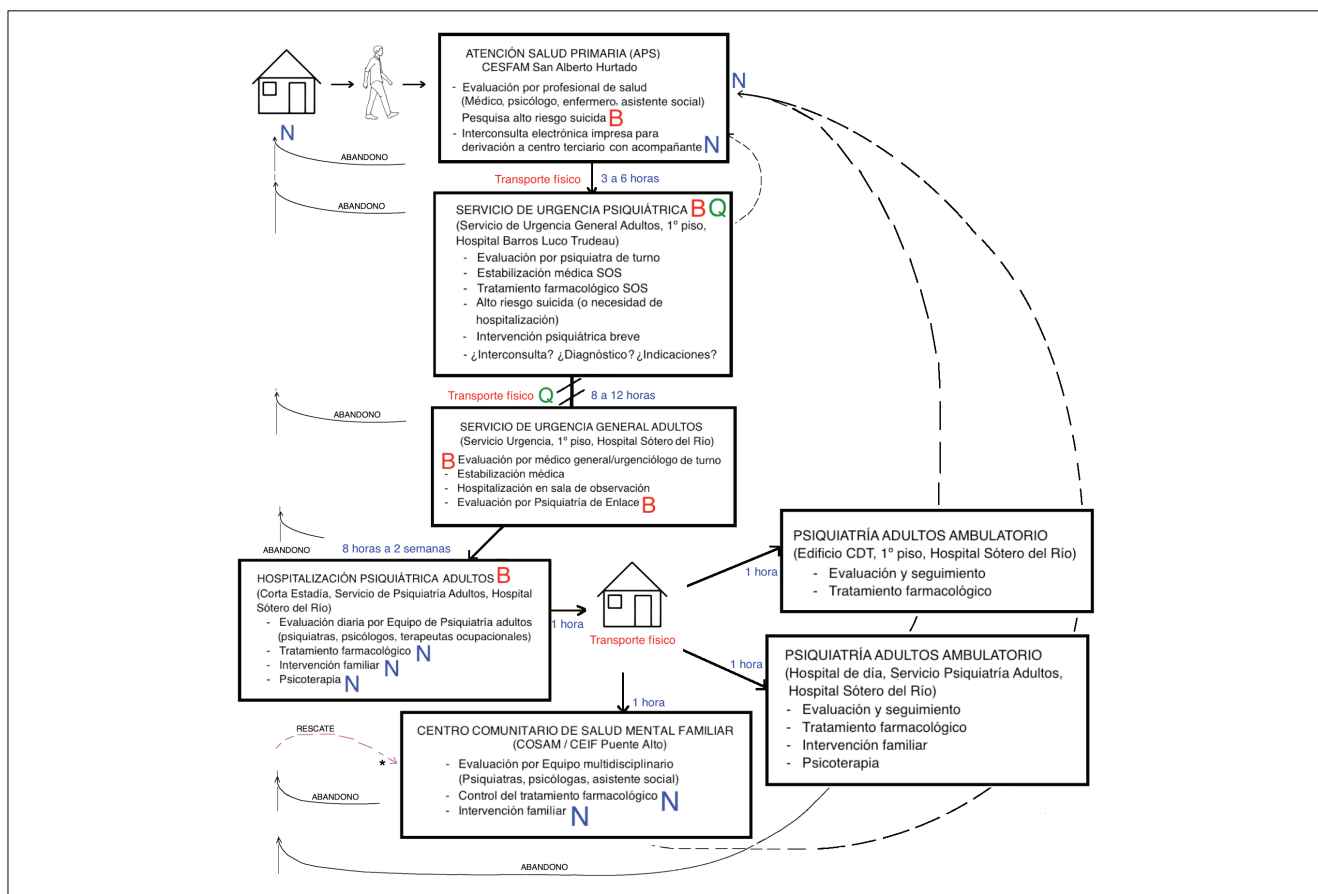


Figura 2: Mapeo del proceso clínico del paciente mayor de 15 años con alto riesgo suicida. Observaciones: **B:** brecha, **N:** nudo, **Q:** quiebre; //: Relación inestable entre servicios; Flecha continua: Abandono; Flecha punteada con asterisco (*): Rescate; Flecha punteada sin asterisco: procesos que se realizan de forma no protocolizada.

Tabla 2: Matriz de evaluación de nudos, brechas, y quiebres de proceso clínico en mayores de 15 años.

Brechas	<p>El médico/otros profesionales de salud no están capacitados para pesquisar el riesgo suicida.</p> <p>Acceso a transporte físico limitado a los propios medios del paciente para derivación oportuna.</p> <p>Falta de servicio de urgencia psiquiátrica en el CASR.</p> <p>Falta de protocolo de manejo del paciente que acude al servicio de urgencia psiquiátrica en CABLT.</p> <p>Médicos generales/urgenciólogos poco capacitados para evaluación y manejo de pacientes con ideación suicida.</p> <p>Disponibilidad limitada de camas en unidad de corta estadía adulto CASR.</p> <p>Falta de horas de psiquiatría de enlace en CASR.</p>
Nudos	<p>Preocupación del paciente y familia por el diagnóstico y la necesidad urgente de derivación.</p> <p>Demora de evaluación por psiquiatra adulto.</p> <p>Interés del paciente y familia por participar en las intervenciones del equipo de salud.</p> <p>Adherencia al tratamiento y a controles posterior al alta (CDT psiquiatría/servicios COSAM-CEIF/Hospital de día CASR)</p> <p>Interés del paciente por reincorporarse a controles en APS.</p>
Quiebres	<p>Escasa relación entre los psiquiatras de turno del CABLT, quienes no cuentan con un protocolo de contrarreferencia al SSMSO.</p> <p>Poca disposición a trabajo conjunto entre centros terciarios.</p>

Discusión

El mapeo descrito muestra la dificultad que existe para la evaluación y manejo del paciente con alto riesgo suicida derivado desde el CESFAM SAH. Este centro ha fortalecido sus procesos diagnósticos y de derivación de estos pacientes, sin embargo no existe un protocolo establecido, lo que determina que las derivaciones ocurran por criterios clínicos individuales produciendo sobre derivación y congestión de la red. En un segundo término, el hecho de que el CASR no cuente con un servicio de urgencia psiquiátrica ha forzado al CABLT a “hacerse cargo” de pacientes que por administración regional no les corresponden, llevando al paciente mayor de 15 años a un continuo vaivén de consulta y evaluaciones, dilatando su manejo a corto y largo plazo.

Los pacientes entre 15 y 18 años son evaluados por psiquiatras de adultos, sin embargo, ellos refieren la necesidad de que esta evaluación la realicen profesionales con mayores competencias en salud mental adolescente.

Otro factor por considerar es el transporte, dificultad transversal en todos los niveles de atención de salud. Es el paciente quien debe encontrar la forma de movilizarse hacia los centros de salud

a los cuales es derivado. Esto es en una limitante importante, en especial considerando la vulnerabilidad de un paciente derivado por ideación suicida.

La falta de especialistas de salud mental es manifiesta en nuestra red. Según el último informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud, el número de psiquiatras tanto de adultos como de población infanto-juvenil, registró un incremento de 4,6 a 7 por 100000 habitantes a nivel nacional entre los años 2004 y 2012 (MINSAL, 2016). Esta cifra, aunque ha mejorado, se encuentra bajo el promedio OCDE del año 2009, de 15 psiquiatras por 100000 habitantes. No se encontraron cifras para extrapolar estos datos a la población del SSMSO, sin embargo, a lo largo del estudio es evidente que la disponibilidad de evaluaciones psiquiátricas no es suficiente para cubrir las necesidades de la población.

Las urgencias psiquiátricas se dan con frecuencia en lugares donde el acceso a especialistas es escaso, como el hospital de baja complejidad, la consulta ambulatoria o el servicio de urgencias, por lo que médicos generales y de otras especialidades son a menudo los primeros en ver a un paciente con una patología de estas características (Nieto *et al.*, 2017).

El MINSAL propone como objetivo estratégico en su Plan Nacional de Salud Mental, integrar la atención de las urgencias de salud mental con la red de urgencia general a través de la definición de protocolos de categorización y priorización de los pacientes. Además, resalta la importancia de la vinculación entre la salud general y la salud mental mediante la capacitación y formación de profesionales y técnicos, tanto de atención primaria como del servicio de urgencias (MINSAL, 2017).

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio en conjunto con el Plan de Estrategia Nacional de Salud para el 2011-2020, buscan disminuir la tasa de suicidio en nuestra población. Sus propuestas se orientan a: instalación de un sistema de información y vigilancia de casos; implementación de planes regionales intersectoriales de prevención; fortalecimiento y capacitación del personal de salud; intervenciones preventivas en colegios; desarrollo de sistemas de ayuda en situaciones de crisis y trabajo con los medios de comunicación. (MINSAL, 2013). En este contexto, y basado en la información del mapeo de procesos realizado, este equipo sugiere una serie de medidas destinadas a resolver los principales problemas detectados, los que se resumen en la tabla 3. Evidentemente, parte de estas propuestas implican una inyección importante de recursos, que permitan mejorar tanto la dotación de profesionales de salud mental, como el número de camas psiquiátricas y su necesaria expansión geográfica, sin embargo, también existen propuestas complementarias, más acotadas y factibles de implementar hoy.

Tabla 3: Recomendaciones para avanzar en la resolución de los problemas pesquisados en el mapeo de procesos clínicos para los pacientes con ideación suicida activa.

	Posibilidad de optimización y soluciones
Brechas	Mantener guías clínicas actualizadas sobre evaluación, estratificación de riesgo y derivación del paciente con ideación suicida activa en APS. Considerar los contenidos sobre “prevención” y “evaluación de riesgo suicida” como temas prioritarios para las capacitaciones y educación de los equipos de salud que intervienen población adolescente Protocolizar el transporte y/o acompañamiento para pacientes que requieran ser trasladados para su evaluación psiquiátrica.
Nudos	Incorporar pesquisa de riesgo suicida en los chequeos de salud de los adolescentes, y en los controles de morbilidad en los que parezca pertinente hacerlo. Incorporar un sistema básico de gestión de casos al momento de la derivación de un paciente, que permita el seguimiento del paciente hasta el momento en que es nuevamente contratransferido a su centro de APS.
Quiebres	Creación de mesas de trabajo con la participación del nivel primario, secundario y terciario, que permita a través de la visualización de los nudos, brechas y quiebres observados, reformular flujos y protocolos establecidos, de modo de optimizar los procesos clínicos que siguen los pacientes con ideación suicida

Contribuciones y reconocimiento

Agradecemos al equipo de Medicina Familiar y todos los profesionales de la salud que fueron entrevistados y que contribuyeron con su apoyo en la generación de este manuscrito. No se requirió financiamiento para la producción de este manuscrito. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Conclusiones

Los trastornos psiquiátricos son un motivo de consulta frecuente en APS y pueden comprometer en gran medida la salud y funcionalidad de una persona y su familia. Chile tiene una de las mayores tasas de suicidio a nivel mundial y las patologías de salud mental contribuyen enormemente a la carga por enfermedad. Atender a esta situación, y lograr las metas definidas por el MINSAL para el 2020 requiere visualizar e intervenir sobre las brechas existentes tanto en la atención como en el tratamiento de las personas con este tipo de enfermedades.

En este trabajo se logró mapear el proceso clínico completo que realiza un paciente con alto riesgo suicida derivado desde un

CESFAM en Santiago. El mapeo identificó múltiples nudos, brechas y quiebres en el proceso, que dificultan la atención fluida y eficiente de un paciente de estas características; y dio pie a la realización de algunas recomendaciones destinadas a avanzar en la resolución de estos problemas, bajo el alero de los planes y programas propuestos por el MINSAL.

Como profesionales de APS nos parece clave considerar los obstáculos geo-socioeconómicos que presenta el paciente con alto riesgo suicida; son muchas las barreras que se interponen entre la expectativa y la realidad del manejo. Conocer el proceso clínico que sigue el paciente atendido y derivado es la base para poder realizar los cambios necesarios para mejorar nuestra atención de salud.

Como fortaleza de este estudio destaca que la construcción de este mapa se realizó levantando información desde los principales actores involucrados en el flujo de los pacientes. Esto nos permite ser observadores directos del funcionamiento de la red en relación a manejo del paciente con ideación suicida. Como limitación, cabe destacar que el análisis se realizó selectivamente con el grupo de pacientes perteneciente a la población que atiende el CESFAM SAH, lo que no necesariamente es extrapolable a otros centros de salud, tanto a nivel regional como nacional. Por otro lado, al ser un estudio cualitativo, con información directa desde los profesionales, no se cuenta con datos cuantitativos para objetivar las falencias detectadas, por ejemplo, el promedio de horas de espera para una atención en salud mental, el porcentaje de pacientes que mantiene control ambulatorio en el nivel secundario o terciario por ideación suicida, la tasa de hospitalización por esta causa, entre otras.

Referencias

- Ayala R, Torres M & Calvo M. (2014). Gestión del Cuidado en Enfermería. Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Echávvarri O, Maino M, Fischman R, Morales S & Barros J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Temas de la Agenda Pública* **79**, 1-16.
- Jouannet C, Salas MH & Contreras MA. (2013). Modelo de implementación de Aprendizaje Servicio (A+S) en la UC: Una experiencia que impacta positivamente en la formación profesional integral. *Calidad en la educación* **39**, 197-212.
- Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T, Knebel E & MacAulay C. (2002). Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. En *Serie de monografías de garantía de calidad*, pp 1-100. Accedido en <https://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/02/QAP.pdf> el 25 de abril de 2018.

- MINSAL. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ed. Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de Chile, pp 1-19. Accedido en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e-04001011f01239d.pdf> el 05 de abril de 2018.
- MINSAL & Pontificia Universidad Católica de Chile. (2008). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, ed. Subsecretaría de Salud Pública y Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina UC. Gobierno de Chile, pp 1-101. Accedido en <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/upload/mg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf> el 23 de marzo de 2018.
- MINSAL. (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, ed. Gobierno de Chile, pp 1-350. Accedido en <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf> el 27 de diciembre de 2018.
- MINSAL. (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio; Orientaciones para su implementación, ed. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de Chile, pp 1-72. Accedido en https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf el 28 de diciembre de 2018.
- MINSAL. (2016). Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud, ed. Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Gobierno de Chile, pp 1-71. Accedido en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf el 22 de abril de 2018.
- MINSAL. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Gobierno de Chile, pp 1-206. Accedido en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf> el 28 de marzo de 2018.
- MINSAL. (2018). Defunciones y mortalidad observada por lesiones autoinflingidas intencionalmente: período 2007-2016, ed. Unidad Estadística y Departamento de Control de Gestiones del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente, Subdirección de Redes Asistenciales. Gobierno de Chile, pp 1-23. Accedido en http://estadistica.ssmso.cl/downloads/defunciones_y_mortalidad_ssmso/Suicidios-SSM-SO-2007-2016.pdf el 26 de marzo de 2018.
- Nieto R, Iribarne C, Droguett M, Brucher R, Fuentes C & Oliva P. (2017). Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes* **28**: 914-922.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Programa de prevención del suicidio (SUPRE). Accedido en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/ el 12 marzo de 2018.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. Aprendizaje – Servicio (A+S), 10 años en la UC. Accedido en http://desarrollodocente.uc.cl/images/Aprendizaje_Servicio_UC_10a. el 20 de marzo de 2018.
- Turecki G & Brent D. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* **387**: 1227-1239.