

DIRECCIÓN DE ASUNTOS  
ESTUDIANTILES  
SUBDEPARTAMENTO DE  
SALUD ESTUDIANTIL

PROCEDIMIENTO INTERNO  
DEL CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
EN SALUD MENTAL

CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



Modificado por :  
Giselle Camiruaga  
Enfermera

Revisado por:  
Carmen Gloria Goñi  
Directora Técnica.

Aprobado por:  
Rafael Ureta  
Subdepartamento Salud Estudiantil

Fecha:  
Mayo 2019

Fecha:  
Mayo 2019

Fecha:  
Mayo 2019

El Centro de Salud Estudiantil cubre necesidades de atención primaria y preventiva en forma ambulatoria, según Resolución N° 004706 de 2009. Alineadas según MINISTERIO DE SALUD.

Por lo tanto, resulta necesario delimitar la demanda de urgencias en Salud Mental. Es así, que se definirán como “Urgencias en Salud Mental”, en las siguientes circunstancias:

1.- Cuando presente sintomatología clínica severa, que pueda poner en riesgo su propia vida o la de otros, como ejemplo (episodios o estado de ansiedad aguda, crisis de angustia, comportamiento o ideación auto y/o heteroagresivos como cortes, etc.)

2.- Cuando se encuentre involucrado, como víctima en alguna situación constitutiva de delito y presente lesiones recientes (sospecha de maltrato, agresiones sexuales, violencia intrafamiliar (VIF), etc.)

En los casos que el traslado del estudiante descompensado no sea posible, personal del CSE concurrirá al lugar para realizar una evaluación In Situ, determinando si se trasladará al Centro para ser atendido, o se derivará al servicio de urgencia correspondiente. Algunas de las situaciones clínicas que requieren la evaluación en el lugar por parte del equipo de salud son las siguientes:

- Descompensaciones o cuadros relacionados a Salud Mental.
- Pérdida parcial o total del estado de estado de consciencia.
- Cuadros que cursen con agitación motora (crisis convulsiva).
- Otras relacionadas.

En estos casos, es importante que Directores, Secretarios académicos, profesores, departamentos y/o compañeros, se comuniquen con el Centro de Salud a través de vía telefónica, a los siguientes contactos:

- Sala de Enfermería CSE campus Macul, teléfono 223229315;
- Recepción CSE campus Macul, teléfono 223229316;
- Box de Enfermería campus Joaquín Cabezas, teléfono 223229503.

Si la comunicación telefónica no es posible, algún estudiante y/o profesor deberá dirigirse a las dependencias del Centro Estudiantil o box de Enfermería e informar de lo sucedido.

En los casos cuya situación amerite el traslado a un servicio de urgencia, se determinará si procede derivarlo a los siguientes centros:

- (SAPU), Urgencias de Ñuñoa, ubicado en Los Jardines N° 1082-952, Ñuñoa.
- (URGENCIA), Hospital Salvador, ubicado en calle Rancagua N° 750, Providencia.
- (URGENCIA SALUD MENTAL), Psiquiátrica del Hospital José Horwitz, ubicado en Av. La Paz N° 841, Recoleta.

**DIRECCIÓN DE ASUNTOS  
ESTUDIANTILES  
SUBDEPARTAMENTO DE  
SALUD ESTUDIANTIL**

**PROCEDIMIENTO INTERNO  
DEL CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
EN SALUD MENTAL**

**CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

Si el estudiante es considerado Urgencia en Salud Mental, será atendido de inmediato por Enfermería, donde se procederá a realizar la primera contención. Posteriormente, la atención será realizada por el profesional médico psiquiatra, psicólogo o médico general, de acuerdo a disponibilidad y orden de prelación.

El médico psiquiatra, psicólogo o médico general, realizará la evaluación inicial e indicará medidas de tratamiento, entre las cuales pueden encontrarse interconsultas, derivación y/o traslado a servicio de urgencia psiquiátrica, contactar a familiares, receta para tratamiento farmacológico, etc. Luego de la atención, el profesional deberá informar al equipo de Enfermería las indicaciones y/o procedimientos a seguir para que éstos las lleven a cabo.

En caso de que el paciente no quiera seguir indicaciones por profesional a cargo, se le hará firmar a él, ella o acompañante un documento donde se explicita el rechazo de la indicación o derivación.

Los profesionales y técnicos del Centro de Salud Estudiantil no acompañarán al estudiante fuera de las dependencias de la Universidad; de ser necesario, se contactará a un familiar para que lo acompañe al centro asistencial. Si el estudiante no cuenta con familiares, se contactará a la asistente social de la carrera para ubicar a otros cercanos al usuario, a modo de red de apoyo. Si no es posible se dará aviso a las autoridades de la carrera que cursa el estudiante para informar y acompañarlo. Así mismo, ante una situación constitutiva de delito flagrante u otra que lo amerite, se dará aviso a Carabineros para que efectúe el procedimiento correspondiente.

DIRECCIÓN DE ASUNTOS  
ESTUDIANTILES  
SUBDEPARTAMENTO DE  
SALUD ESTUDIANTIL

PROCEDIMIENTO INTERNO  
DEL CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
EN SALUD MENTAL

CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Considerando que nuestro Centro de Salud Estudiantil no cuenta con recursos económicos para costear la atención de Urgencia, el alumno que no tenga previsión médica deberá ser derivado a:

**Centro de Salud Familiar Salvador Bustos** (Servicio de Urgencia con atención las 24 horas.), ubicado en Los Jardines 1082-952, Fono: 2-3793036.

En los casos en los cuales el paciente tenga cobertura de Isapre o Fonasa, puede ser derivado a:

**Urgencia Psiquiátrica del Hospital José Horwitz** (Servicio de Urgencia con atención las 24 hrs.), ubicado en Av. La Paz 841, Recoleta, Fono 2-225758895.

DIRECCIÓN DE ASUNTOS  
ESTUDIANTILES  
SUBDEPARTAMENTO DE  
SALUD ESTUDIANTIL

PROCEDIMIENTO INTERNO  
DEL CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
EN SALUD MENTAL

CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
SUBDEPARTAMENTO DE SALUD ESTUDIANTIL.  
FORMULARIO RECHAZO DE ATENCIÓN Y/O DERIVACIÓN EN SALUD MENTAL

Santiago.....de..... 20.....

Hora.....

Yo.....Rut.....

Estudiante de la carrera de....., semestre.....

He sido informado acerca de mi estado de salud, del posible diagnóstico de mi enfermedad, de las alternativas del tratamiento y de los riesgos que se puedan presentar. En forma oportuna y comprensible.

Y, en mi derecho de otorgar o denegar mi voluntad para someterme a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a mi atención, rechazo la siguiente indicación:

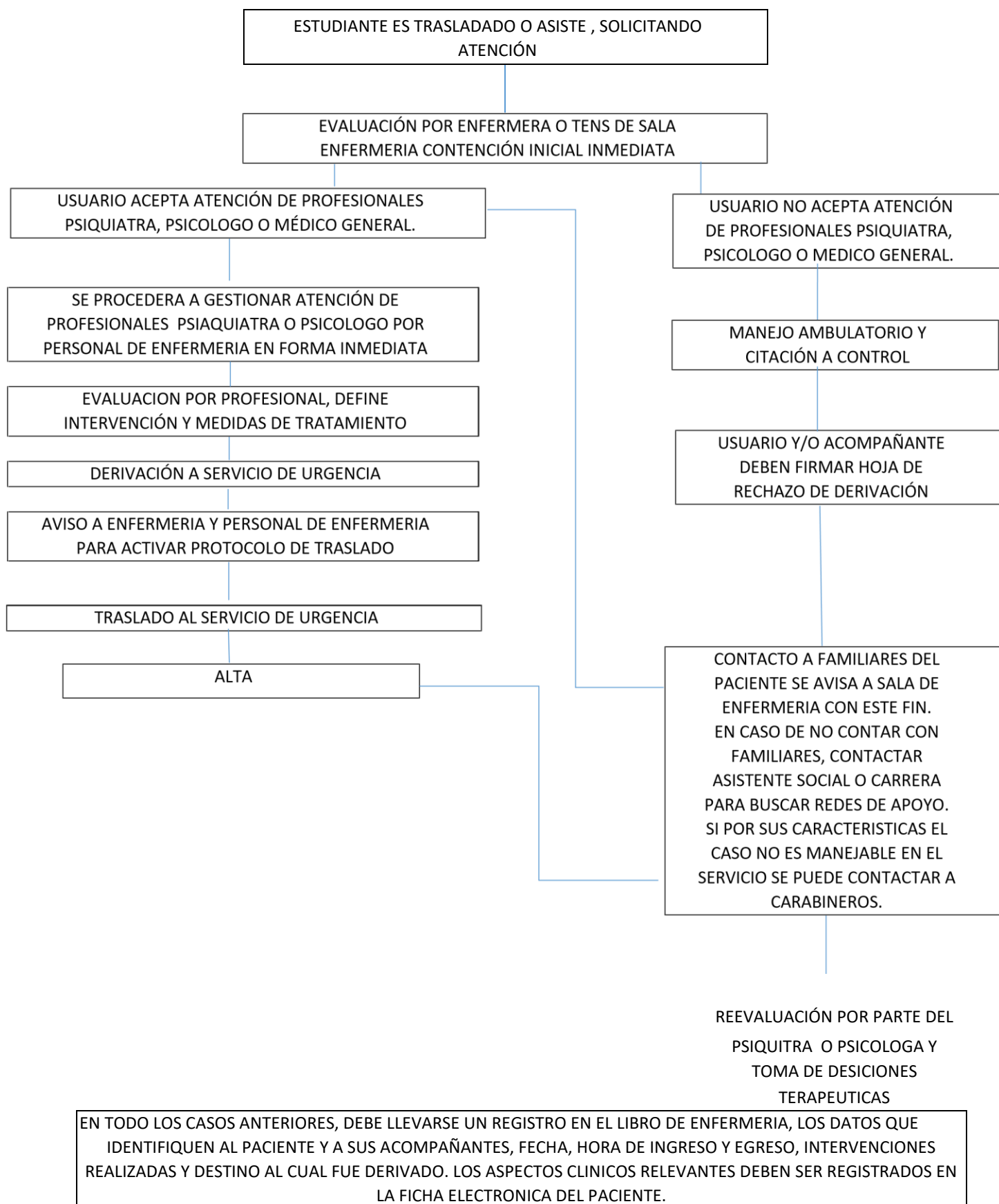
.....

Contacto Telefónico celular o fijo.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ESTUDIANTE

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN**



**DIRECCIÓN DE ASUNTOS  
ESTUDIANTILES  
SUBDEPARTAMENTO DE  
SALUD ESTUDIANTIL**

**PROCEDIMIENTO INTERNO  
DEL CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
EN SALUD MENTAL**

**CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL  
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**