

SALUD MENTAL

PROGRAMA DE DESARROLLO DE SALUD MENTAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: PRODESAM

(Rev GPU 2017; 13; 2: 179-192)

Kurt Kirsten¹, Julia Acuña², Gabriela Huepe³, Marcela Fuenzalida⁴

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia a nivel mundial y contribuyen de manera importante a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Pese a lo indudable que resulta el impacto de los problemas de salud mental (SM) en la población, los recursos destinados a su abordaje a menudo son insuficientes, están distribuidos de manera desigual y son utilizados ineficazmente (OPS, 2009). A partir de la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), diferentes estrategias han intentado abordar los desafíos que lo anterior significa. En ella se identifica a la atención primaria en salud (APS) como núcleo principal del sistema sanitario, reconociendo su rol clave en mejorar los problemas de salud a nivel global, tanto físicos como mentales. Tradicionalmente, el rol que cumple la APS en la estructura de cuidados de SM ha sido entendido mediante el modelo de "Ruta del Cuidado Psiquiátrico" propuesto por Goldberg y Huxley (1980. En Goldberg, 1995). En este, el curso a través de los cuidados de SM implica el paso por cinco niveles y cuatro filtros que separan a la comunidad (Nivel 1) de la atención psiquiátrica hospitalaria (Nivel 5). Además, destaca la importancia de la

APS (Niveles 2 y 3) como puerta de entrada al sistema de salud y como punto clave por sus capacidades de detectar precozmente los trastornos de SM (Filtro 2) y de derivar adecuadamente los casos complejos (Filtro 3).

El año 2009 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reconocido cinco áreas estratégicas con el propósito de lograr una respuesta integrada del sector de salud y otros sectores afines, que contribuyan a una mejor SM de la población de las Américas. De las áreas estratégicas señaladas destacan: 1) La prestación de servicios de SM centrados en la APS, y 2) El fortalecimiento de recursos humanos. La primera hace énfasis en prestaciones de SM continuas, descentralizadas y con acento en APS. La segunda resalta la importancia de un recurso humano entrenado debidamente; por lo tanto la formación de capacidades de SM de los trabajadores de APS es fundamental para el mejoramiento de los servicios que se entregan. Para ello sería necesario que la formación de especialistas tuviera mayor énfasis en servicios ambulatorios de SM, incluyendo la APS, tal como ha sido sugerido en nuestro país (Sepúlveda, Gómez, Florenzano y Minoletti, 2003; Montoya e Ipinza, 2009). De este modo, los residentes de psiquiatría estarán mejor capacitados para manejar casos complejos

¹ Residente FOREAPS de psiquiatría adultos, CESFAM Padre Hurtado / Hospital del Salvador, Universidad de Chile. kkirstent@gmail.com

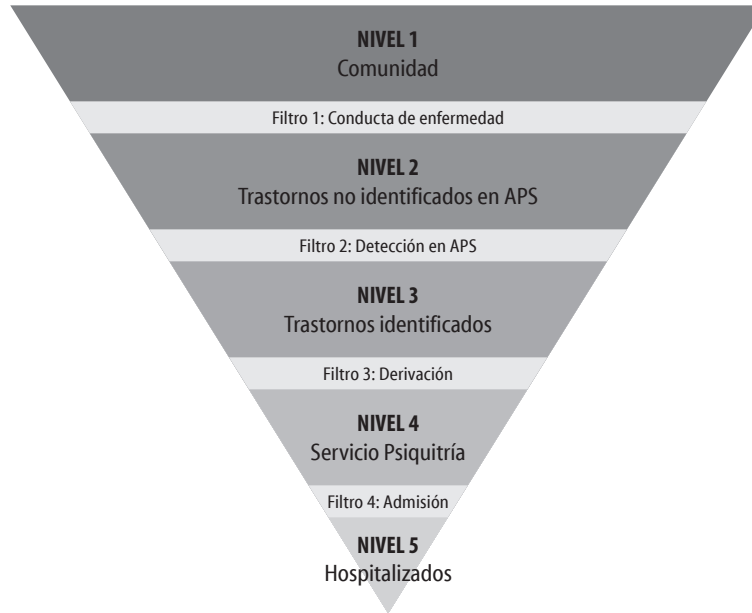
² Tutora Psiquiatría Programa FOREAPS MINSAL SSM Oriente. Dpto. Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³ Académica Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁴ Residente FOREAPS de psiquiatría adultos, CESFAM Padre Hurtado /Hospital del Salvador, Universidad de Chile.

Figura 1

MODELO DE GOLDBERG Y HUXLEY “RUTA DEL CUIDADO PSIQUIÁTRICO”



Fuente: Elaboración propia con base en Goldberg y Huxley, 1980 (en Goldberg, 1995).

de la especialidad y al mismo tiempo, podrán ser activos en la capacitación, supervisión y apoyo continuo de los equipos de APS para atender los problemas de SM.

En Chile la integración de la SM a APS ha sido un proceso paulatino iniciado en los años 1990, destacándose como hito en el año 2000 el surgimiento del Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSAL, 2000) y en 2015 la propuesta del Programa de Salud Mental Integral en la APS (MINSAL, 2015). Estos esfuerzos han significado el acopio progresivo de recursos humanos al sistema sanitario, sin embargo es necesario generar mecanismos de articulación y apoyo entre profesionales de las atenciones secundaria y primaria, para entregar servicios integrados y continuos (OPS, 2009; Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012; MINSAL 2015).

En la literatura es posible identificar diferentes estrategias de articulación o modelos de cooperación entre APS y especialistas de SM enfocados en mejorar la calidad de los servicios. Bower y Gilbody (2005), en una meta-revisión, describen cuatro modelos: capacitación

a profesionales, consultoría-enlace, cuidado colaborativo⁵ y sustitución-derivación⁶.

El modelo de cuidado colaborativo está asociado a mejores resultados de los tratamientos de los trastornos depresivos y ansiosos en comparación con los cuidados habituales (Archer, Bower, Gilbody, Lovell,

⁵ Se define al modelo de atención o cuidados colaborativos como un grupo heterogéneo de formas complejas de colaboración entre APS y especialistas de SM que implican distintas intervenciones simultáneas, comunes a los modelos de capacitación y consultoría-enlace, y otras propias de otros modelos que consideran cambios en la organización de los servicios asistenciales, educación a pacientes, apoyo en la toma de decisiones clínicas, designación de gestores de casos clínicos, incentivos a la participación de profesionales, etc.

⁶ En este modelo, la responsabilidad en el manejo de los casos es traspasada al especialista. Habitualmente existe un acoplamiento y co-localización de profesionales especialistas de SM dentro de equipos de APS.

Richards, Gask, Dickens y Coventry, 2012); por su parte, la utilidad del uso aislado de guías clínicas y estrategias educacionales ha sido puesta en duda (Gilbody, Whitty, Grimshaw y Thomas, 2003). También se plantea que involucrar especialistas a la APS solo mejoraría los resultados en salud en la medida que formaran parte de intervenciones multifactoriales, similar al modelo colaborativo (Gruen, Weeramanthri, Knight y Bailie, 2004). Asimismo, una revisión sistemática conducida en nuestro país, señala que intervenciones multicomponentes o complejas serían más eficaces que programas de entrenamiento aislados y que su aplicación en nuestra región estaría justificada en la medida que sean consideradas las realidades locales (Vöhringer, Castro, Martínez, Tala, Medina y Rojas, 2016).

De esta forma, la evidencia cada vez más clara apunta a que una reorganización de la estructura de los cuidados en SM, como la introducción de modelos de cuidados colaborativos en APS, sería más efectiva que las tradicionales intervenciones de entrenamiento de competencias.

En línea con lo anterior, en 2007 por acuerdo entre el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Universidad de Chile se inició un Programa de Formación de Especialistas para la APS (FOREAPS). El programa se desarrolla durante seis años, alternando la formación en los departamentos universitarios situados en los hospitales base de los servicios participantes, con rotaciones de trabajo asistencial y de salud pública en los distintos CESFAM asignados (Montoya e Ipinza, 2009).

El Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado (CESFAM PAH) de Macul, dispuso de dos residentes FOREAPS de psiquiatría de adultos del programa con rotación alternada anual –desde abril de 2011 hasta marzo de 2017– quienes desarrollaron funciones asistenciales de la especialidad y actividades de gestión. En este contexto, desde el año 2011 los residentes de psiquiatría junto a la docente supervisora asignada iniciaron la realización de un Programa de Desarrollo de SM (PRODESAM) cuyo propósito fue contribuir a mejorar la SM de la población asignada al CESFAM a través de distintas acciones que incluyeran aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria. Los objetivos de este programa fueron: mejorar la calidad de los tratamientos de SM, mejorar la resolutivez de las atenciones otorgadas y fortalecer las iniciativas de promoción de salud.

La presente publicación del PRODESAM busca difundir el trabajo realizado, al mismo tiempo que realzar el rol de la APS en los cuidados de salud y las acciones que puedan contribuir a mejorar la SM desde ese nivel. Se espera que el PRODESAM sea un aporte al desarrollo

de intervenciones de SM para la APS, en la medida que pueda servir de estímulo y modelo de iniciativas semejantes que se adapten a las particularidades locales.

PRESENTACIÓN DEL PRODESAM

El PRODESAM es el resultado de la sistematización de las intervenciones propuestas a partir de la identificación de necesidades locales prioritarias de SM en el CESFAM PAH e implementadas por los residentes FOREAPS durante el curso de su estadía de seis años. Como fase inicial de trabajo, se realizó un diagnóstico de la situación local durante la etapa de inserción de los residentes a los equipos de salud, que arrojó al menos dos resultados relevantes: la alta inasistencia de los pacientes a las horas de ingreso al programa de SM (Muñoz, Parrini, Kirsten, Fuenzalida, Acuña y Roizblatt, 2013) y los patrones de prescripción de psicofármacos por parte de los MG (Fuenzalida y Acuña, 2013).

La implementación de este programa fue un proceso dinámico en el cual permanentemente se readecuó contenidos, objetivos, actividades y estrategias, de acuerdo con la factibilidad de las diferentes iniciativas y la efectiva realización de las mismas. En el proceso de sistematización se agregaron indicadores y medios de verificación para ayudar a dar seguimiento a las actividades, evaluar el logro de los objetivos e ir implementando medidas correctivas o cambios que previsiblemente favorecieran un mejor resultado. La presente publicación del PRODESAM, posible de replicar adecuándose a las realidades locales, constituye el término de este proceso y coincide con la finalización de la rotación de los residentes por el CESFAM PAH.

Con el propósito de contribuir a mejorar la SM de la población asignada al CESFAM a través de acciones de prevención y tratamiento, el PRODESAM se organiza a través de cuatro objetivos específicos:

1. Mejorar la calidad del tratamiento a personas que se atienden por trastornos de SM en el CESFAM.
2. Mejorar la resolutivez de la atención de SM en el CESFAM.
3. Fortalecer las iniciativas de promoción de la SM en la comunidad.
4. Evaluar las estrategias implementadas por el Programa.

Para una adecuada implementación del PRODESAM en otras realidades y de acuerdo con la experiencia de la cual surge, recomendamos resguardar las siguientes condiciones:

1. Contar con un profesional que asuma labores de coordinación y gestión del PRODESAM al interior del CESFAM. En nuestra experiencia esta labor fue desempeñada por los EEF de psiquiatría, pero pudiera ser asumida por el jefe de equipo de SM o subdirectores médicos.
2. Contar con el compromiso de los directivos del CESFAM para otorgar las condiciones técnico-administrativas necesarias para su implementación.

Finalmente, consideramos que resulta facilitador que PRODESAM se implemente en un CESFAM, por tratarse de centros que trabajan con base en modelos de atención integral con enfoque familiar y comunitario, todo lo cual favorece las estrategias consideradas en el Programa y fortalece la adecuada participación de los equipos y el compromiso de estos con sus comunidades.

DESARROLLO DEL PRODESAM

Propósito

Mejorar la SM de la población asignada al CESFAM (Centro de Salud Familiar) a través de acciones de prevención y tratamiento.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Mejorar la calidad del tratamiento de las personas que se atienden por trastornos de SM en el CESFAM

Estrategias

1.1 Capacitación continua en SM a equipos de salud

Se refiere al conjunto de actividades de capacitación en temas relativos a la SM en APS y dirigidas al equipo médico del CESFAM.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Capacitación teórica	Clases expositivas teóricas: Realizadas mensualmente por el médico consultor durante la consultoría psiquiátrica de adultos y por médico residente de psiquiatría en reuniones de médicos. Los temas son calendarizados anualmente de acuerdo con las necesidades detectadas. La actividad está abierta a la participación de otros profesionales interesados.
----------------------	--

Capacitación teórica	Capacitación en guías clínicas: Se estima necesario disponer de guías clínicas breves que sirvan como referencia básica a los profesionales médicos del CESFAM en el manejo clínico de patologías prevalentes de SM en APS ⁷ .
	Evaluaciones teóricas: Esta actividad contempla el diseño y aplicación de evaluaciones breves para cada sesión de clases expositivas. Al término del ciclo de capacitación se propone una evaluación final.
Capacitación práctica	Presentación y discusión de casos clínicos: Actividad a cargo del residente de psiquiatría orientada a que MGs presenten casos de SM nuevos o que representen dificultades clínicas diagnósticas o de tratamiento. Se desarrolla semanalmente en reuniones de sector y de médicos.
	Asesorías individuales: Actividad calendarizada anualmente, considera una hora mensual de atención clínica conjunta del MG y el residente de psiquiatría; en ella, el MG selecciona casos que le ofrecen dificultades para ser analizados ofreciendo, de este modo, oportunidad para el aprendizaje clínico práctico-experiencial, personalizado.
	Evaluación del programa de capacitación por parte de los participantes: Al término del ciclo de capacitación, cada participante deberá responder una pauta de entrevista semiestructurada donde se evalúan las diferentes actividades del programa de capacitación

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Guías clínicas (GC) elaboradas, adaptadas y aprobadas por dirección clínico-administrativa; los temas mínimos propuestos son: <ul style="list-style-type: none"> a) Trastornos del sueño y uso racional de benzodiazepinas (BDZ) b) Depresión mayor. c) Trastornos ansiosos d) Trastornos somatomorfos - Al menos 70% de los MG capacitados en el uso de GC - Al menos 80% MG asistentes a clases teóricas 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías archivadas en carpeta de inducción - Listas de asistencia a capacitaciones sobre GC - Listas de asistencia a clases teóricas - Registro de los casos nuevos y de seguimiento presentados por MG en las diferentes actividades - Pruebas corregidas - Pautas de evaluación respondidas

⁷ El programa dispone de algunas guías básicas ya elaboradas y que quedan disponibles para su adaptación y uso en otras realidades.

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 2 casos presentados por MG en reuniones de médicos, de sector o consultorías - Al menos 2 casos clínicos de seguimiento anual por MG presentados en reuniones de médicos, de sector o consultorías - 80% de MG cumple con una hora mensual destinada a asesorías individuales 	

1.2 Psicoeducación a pacientes y familias

La estrategia se refiere al conjunto de actividades psicoeducativas realizadas por los profesionales del CES-FAM a los pacientes y/o a su grupo familiar.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Psicoeducación grupal	<p>Sesiones grupales de psicoeducación para pacientes: Sesiones en torno a ejes temáticos. La actividad ofrece en forma secuencial diferentes talleres según calendarización. La planificación, diseño e implementación de estas actividades psicoeducativas estará a cargo de la unidad de SM. Se debe asignar responsabilidades y establecer cronograma para su ejecución.</p> <p><i>Talleres y contenidos de psicoeducación propuestos</i></p> <p>Se sugiere un ciclo de talleres independientes de 4 sesiones cada uno. Además, se puede incluir actividades prácticas, como por ejemplo relajación.</p> <p>1. Taller general de SM (para pacientes y familiares)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepto de enfermedad mental y prejuicios asociados. - Mitos y realidades en torno al uso de psicofármacos. - Depresión y duelo. - Alcohol y drogas. <p>2. Taller ansiedad y trastornos somatomorfos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepto de estrés y su manejo. - Sesiones de relajación. - Ciclo vital y sus crisis evolutivas. - Somatización: colon irritable, cefalea tensional, lumbago. <p>3. Taller para padres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepto de familia y ciclo vital familiar. - Demandas específicas en las diferentes etapas del ciclo vital familiar.
-----------------------	---

Psicoeducación grupal	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades parentales de crianza en diferentes etapas. - Adolescencia normal; habilidades parentales para adolescentes y jóvenes. <p>4. Taller psicosocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considera la formación de grupos de autoayuda con pacientes con poca red de apoyo o con habilidades y/o recursos personales deficitarios; se sugiere ingresar a este luego de haber participado en talleres 1 y 2; el grupo debe contar con un facilitador, por ej. Trabajador social, para organizar y estructurarlo como grupo de autoayuda.
Psicoeducación individual	<p>Consejería a pacientes: Se refiere a sesiones de atención destinadas a consejería individual por los profesionales en temas específicos. Ej.: relaciones de pareja, sexualidad, crianza, duelo, etc.</p>

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - 75% de talleres diseñados según cronograma - 75% de talleres realizados de acuerdo con calendarización. - Promedio de asistencia por sesión de psicoeducación grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento digital con sesiones diseñadas. - Listas de asistencia.

1.3 Psicoterapia grupal para pacientes con trastornos depresivos

ACTIVIDADES A REALIZAR

Se trata de una intervención psicosocial de mediana complejidad destinada a pacientes que presentan un trastorno depresivo moderado o severo. Podrán acceder todos los pacientes cuando el equipo tratante estime adecuada la incorporación al mismo. Se podrá complementar con psicoterapia individual cuando el caso lo requiera de acuerdo con indicación del equipo tratante. La psicoterapia será desarrollada de acuerdo con experiencia y formación de los profesionales de SM disponibles, de preferencia por psicólogo.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Talleres diseñados según cronograma. - Talleres realizados de acuerdo con calendarización 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento digital con sesiones diseñadas. - Listas de asistencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Mejorar la resolutivez en la atención de la SM en el CESFAM

En el contexto de la APS, se entenderá resolutivez como la capacidad del establecimiento de dar respuesta oportuna a los problemas de SM atingentes a este nivel de atención.

Estrategias

2.1 Sensibilización

La estrategia de sensibilización se refiere al conjunto de acciones orientadas a fomentar la participación activa e involucramiento de los distintos profesionales de salud en la respuesta a los problemas de SM de la población.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Sensibilización de directivos del equipo de salud	Reuniones con jefaturas administrativas y CTA: Reuniones periódicas con el fin de fomentar la participación e involucramiento de las autoridades locales en la SM y la búsqueda de acuerdos administrativos en las actividades planificadas. Se estiman al menos 3 reuniones anuales:
	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión 1: Al inicio del ciclo de rotación del residente de psiquiatría (o planificación anual del CESFAM). Se buscará llegar a acuerdos respecto a objetivos para el año y requerimientos administrativos. - Reunión 2: Durante el ciclo de rotación (o planificación anual del CESFAM). Revisión del estado de avance de los aspectos acordados y actualización de acuerdos. - Reunión 3: Evaluación global de lo realizado en el ciclo
	Supervisar el cumplimiento de los acuerdos administrativos: La actividad se refiere al resguardo de las horas de los médicos de cada sector destinadas a la participación en actividades de SM. Por ejemplo: Bloqueo de agenda para consultoría psiquiátrica. La supervisión de los acuerdos está a cargo de los responsables del programa y será coordinada con los jefes de sector o subdirector médico del CESFAM según corresponda.

Sensibilización de los equipos	Diseñar e implementar sesiones de trabajo grupal para promover el trabajo en equipo en SM: Se busca motivar el interés y participación de todo el equipo de salud del CESFAM en la atención de pacientes con problemas de SM que presentan dificultades especiales, tales como: desborde emocional, agitación psicomotora, suicidalidad, temas de alcohol y drogas, entre otros. Se diseñarán sesiones de acuerdo con las necesidades de la realidad local.
--------------------------------	---

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 3 reuniones anuales de sensibilización y coordinación con dirección técnico-administrativa. - 80% de las horas destinadas a actividades de SM fueron efectivamente bloqueadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro interno de coordinador del programa. - Registro interno del profesional a cargo de la supervisión.
<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones de trabajo grupal en SM diseñadas de acuerdo con cronograma - Sesiones de trabajo grupal en SM implementadas de acuerdo con cronograma - Sesiones de trabajo grupal en SM implementadas de acuerdo con cronograma 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento digital con actividades diseñadas - Listas de asistencia a sesiones de trabajo grupal

2.2 Optimización de recursos

Considera medidas administrativas que resguarden la mejor utilización de los recursos humanos disponibles junto a una eficiente organización de servicios. Se considera, entre otros, una modalidad nueva de ingreso al programa de SM, para reducir la pérdida de horas por ausencia de los pacientes a la primera consulta; se trata de realizar una sesión de ingreso en modalidad grupal a través de una sesión psicoeducativa estructurada⁸.

⁸ La experiencia de esta modalidad como nueva forma de ingreso al programa de SM fue inicialmente implementada el año 2011 (Muñoz, Parrini, Hernández, Roizblatt y Dinamarca), en el CESFAM Cardenal Silva Henríquez de Peñalolén, y luego presentada durante las Primeras Jornadas de Investigación Dr. Hugo Behm Rosas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Sesión única grupal de ingreso a SM: Es requisito para el ingreso al programa de SM de los pacientes nuevos. La actividad está a cargo del médico residente de psiquiatría y un psicólogo.
Jornadas de trabajo para revisar funciones y flujograma: Se definirán las funciones que desempeñará cada profesional considerando áreas de competencia y habilidades específicas para atender las necesidades de SM. Idealmente considerará MG, psicólogos, trabajadores sociales, matronas, enfermeras y residente de psiquiatría si está disponible. Las atenciones de SM se ordenarán en un flujograma de acuerdo con niveles de complejidad partiendo por el grupo de ingreso. Participarán en estas actividades el profesional encargado del programa de SM, representantes del equipo de psicología, representante de asistentes sociales del CESFAM y médico residente de psiquiatría.
Reunión con directivos para aprobación de funciones y flujograma: Participarán en esta actividad el profesional encargado del programa de SM, representantes del equipo de psicología, representante de asistentes sociales del CESFAM y médico residente de psiquiatría.
Sesiones de difusión de acuerdos de funciones y flujograma: Durante reuniones de sector se divulgará a los equipos clínicos los acuerdos tomados respecto a las funciones y flujograma definidos y aprobados. Se recogerán eventuales necesidades de capacitación de los diferentes profesionales.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - 4 sesiones mensuales de ingreso grupal. - Al menos 2 jornadas anuales de trabajo para revisión de funciones de profesionales y flujogramas de atenciones en SM. - Documento con funciones y flujogramas definidos y aprobados por la dirección. - Al menos 60% de los equipos participan en sesión de difusión de funciones y flujogramas durante reuniones de sector. - Disminución del porcentaje promedio de inasistencia mensual de pacientes a horas de ingreso de SM individual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro interno de profesionales a cargo de sesiones mensuales de ingreso grupal. - Listas de asistencia a jornadas de trabajo. - Documento digital con funciones y flujograma aprobados. - Listas de asistencia a sesiones de difusión.

2.3 Mejoramiento de gestión de la red

Se refiere a las acciones desde la APS, destinadas a contribuir en la eficiencia y mejoramiento de coordinación de los diferentes niveles de la red pública de atención en SM (Centros comunitarios de SM (COSAM), policlínicos de psiquiatría y servicio de urgencia psiquiátrica del hospital base).

ACTIVIDADES A REALIZAR

Reuniones de supervisión del proceso de interconsultas: Sesiones de trabajo trimestrales para la revisión del proceso de interconsultas; contempla desde su solicitud hasta la atención del paciente en unidad receptora. En estas participan el administrativo encargado de interconsultas, jefatura del equipo de SM y médico residente de psiquiatría.
Vigilar el tiempo de espera para la primera atención de SM: Observación y registro del tiempo de espera promedio de los consultantes desde la solicitud de hora de SM hasta la sesión grupal de ingreso al programa.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 3 reuniones anuales de supervisión del proceso de interconsulta. - 100% de asistencia de los convocados a las reuniones de supervisión de proceso de interconsulta. - Disminución del porcentaje de rechazo de interconsultas solicitadas al año de iniciado el programa. - Disminución del número de días promedio transcurridos desde la derivación hasta la atención por la unidad receptora al año de iniciado el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Listas de asistencia a reuniones de supervisión. - Registro interno del profesional a cargo de reuniones de supervisión. - Registro interno de profesionales a cargo de sesiones grupales de ingreso.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Fortalecer las iniciativas de promoción de SM en la comunidad

Se entenderá como promoción a las iniciativas dirigidas a preservar al individuo sano y mejorar la calidad de vida de la población, proporcionando a esta los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se consideran actividades desarrolladas en el CESFAM y fuera de él.

Estrategias

3.1 Comunicación social en promoción en SM

Se refiere a acciones que sensibilicen y promuevan cambios de comportamientos a través de la entrega de información general de SM, en relación con estilos de vida, relaciones interpersonales y ambientes, dirigidos a la población atendida en el CESFAM y de la comunidad cercana.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Recopilar, adaptar y diseñar materiales gráficos y audiovisuales de prevención y promoción de SM.
Disponer materiales gráficos y audiovisuales de prevención y promoción de SM en salas de espera: Paneles informativos, videos rotativos, trípticos y folletos informativos en torno a diferentes temáticas serán puestos a disposición de la población consultante o exhibidos mediante circuito de televisión.
Reuniones de trabajo para definir actividades de celebración del "día mundial de la salud mental" (10 de octubre) y otras actividades en la comunidad de acuerdo con la realidad local y necesidades detectadas.
Implementar actividades definidas para el "Día mundial de salud mental" y otras a desarrollar en la comunidad; por ejemplo, ferias de salud, charlas en clubes deportivos, escuelas, etc.

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> Al menos 2 temas de prevención y promoción de SM abordados por año en salas de espera. Material educativo de SM disponible y distribuido (en al menos 3 temas). Material audiovisual de SM disponible (al menos 3 temas). Al menos una actividad comunitaria de promoción de SM realizada al año. Aumento en hrs. profesionales utilizadas semestralmente en actividades de difusión al año de iniciado el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro interno de profesionales a cargo de disponer materiales de prevención y promoción de la salud. Listas de asistencia a reuniones de trabajo Registro interno de profesional a cargo de reuniones. Registro interno de profesional coordinador de celebración del "día de la salud mental" y otras actividades comunitarias.
Indicadores de resultado	
<ul style="list-style-type: none"> Tiempo promedio mensual de material audiovisual exhibido. Número promedio mensual de folletos entregados por tema en sala de espera. Número de horas profesionales utilizadas en actividades de difusión (Día mundial y actividades comunitarias) 	

Indicadores de resultado
<ul style="list-style-type: none"> Número de profesionales involucrados en actividades de difusión (Día mundial de la salud mental y actividades comunitarias). Número de actividades diseñadas para celebración del día mundial de SM.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Evaluar estrategias implementadas por el programa

Busca conocer el nivel de calidad de las estrategias desarrolladas y de su impacto en términos de satisfacción de algunos de los actores involucrados.

Estrategias

4.1 Evaluación de satisfacción

Busca estimar el nivel de calidad del programa a través de la evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores que hayan participado de las estrategias desarrolladas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Satisfacción usuaria	Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción usuaria.
	Aplicación del instrumento adaptado a los dos y seis meses de ingresados al programa de SM. (Para instrumento tipo, ver Anexo 1)
Satisfacción de los prestadores	Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción de los directivos.
	Adaptar un instrumento para la evaluación de la satisfacción de profesionales y técnicos.
	Aplicación de los instrumentos adaptados. (Para instrumento tipo, ver Anexo 2)

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> Al menos un 30% de los usuarios en control en salud completan pauta de evaluación de satisfacción usuaria semestralmente. Al menos un 50% de pacientes que completan pauta de satisfacción usuaria valoran positivamente las atenciones recibidas (Muy satisfactorio / satisfactorio). 	<ul style="list-style-type: none"> Pautas de satisfacción usuaria completadas

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Directivos con evaluaciones realizadas al término de cada año. - Al menos un 60% de los profesionales y técnicos involucrados en actividades de SM con evaluación realizada. - Al menos un 50% de los profesionales y técnicos que completan pautas de evaluación de satisfacción valoran positivamente el programa (Muy satisfactorio / satisfactorio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pautas de satisfacción directiva completadas - Pautas de satisfacción profesionales y técnicos completadas

4.2 Evaluación de gestión de red

Se entenderá como indicador de calidad en la medida que se refiera a la atención del paciente como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado, de manera que acceda al nivel de atención adecuado según sus necesidades.

ACTIVIDAD A REALIZAR

Analizar estadísticas del proceso de interconsultas.
--

INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD

Indicadores de logro	Medios de verificación
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del % de interconsultas rechazadas (aumento del índice de pertinencia). - Número de interconsultas solicitadas por médicos por total de atenciones de SM (% de variación en derivaciones). 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento con estadísticas del CESFAM

COMENTARIOS

En términos generales, el PRODESAM establece sus objetivos en torno a cuatro áreas: *Calidad, Resolutividad, Promoción y Evaluación*, las cuales fueron definidas de manera paulatina a partir de la experiencia de los residentes en el CESFAM. Las distintas acciones implementadas fueron construidas de manera flexible según los recursos disponibles y las necesidades detectadas en la práctica.

Los objetivos propuestos por el PRODESAM se alinean con los del Programa de SM para la APS del MIN-SAL (2015), aunque en este último existe una mayor

presencia de acciones de prevención y promoción. Lo anterior puede ser atribuible a las habituales distancias entre políticas públicas y necesidades locales contingentes, que ordenan las prácticas clínicas de acuerdo con los recursos disponibles, como fue el caso de la elaboración del PRODESAM.

SOBRE ALGUNAS DE SUS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

A continuación se revisarán algunos puntos de relevancia relacionados con las distintas estrategias y actividades contempladas en el PRODESAM. En cada apartado se busca señalar en general los fundamentos y observaciones prácticas que llevaron a definir cada una de ellas.

Capacitación continua en SM a equipos de salud

La presencia cotidiana del residente de psiquiatría en el CESFAM y su interacción habitual con los MGs permitió que el especialista en formación fuera un recurso de apoyo accesible y contingente para la toma de decisiones clínicas. Esto fue en directo beneficio de modos de aprendizajes personalizados, tal como ocurre en las asesorías individuales ("Atención de pacientes en duplas") basadas en aprendizajes prácticos e *in situ* (Hodge, Inch, y Silver, 2001).

Estimamos que todo lo anterior permite el desarrollo de un sentido de trabajo colaborativo, estrecha vínculos entre clínicos y refuerza positivamente las otras instancias formativas de carácter grupal, como consultorías y reuniones de médicos, además de fortalecer el trabajo en red. En relación con el aprendizaje de los equipos, el PRODESAM contempla el uso de guías clínicas breves que se ajusten a aspectos locales, las cuales deberían ser conocidas por todos los MGs desde su inducción al CESFAM. Estas guías buscan entregar nociones clínicas fundamentales y orientar el uso de psicofármacos y otras estrategias terapéuticas. Esto sería de especial utilidad para aquellos médicos que recién estén incorporándose al centro, particularmente para MGs provenientes de países donde los problemas de salud mental no son tan prevalentes (Huepe, Cárcamo, Acuña, Botto, Jiménez, 2015; Acuña, Rdz-Navarro, Huepe, Botto, Cárcamo, Jiménez, 2016.) A pesar de la poca efectividad de las guías clínicas como estrategia única de educación de los MGs (Gilbody *et al.*, 2003), consideramos que ocupan un lugar como herramienta facilitadora del aprendizaje práctico junto al resto de las actividades de educación continua contenidas en el Programa.

Psicoeducación a pacientes y familiares

Con el objetivo de mejorar la calidad del tratamiento a los pacientes y familiares, el Programa considera relevante potenciar la integralidad de las intervenciones mediante acciones que reconozcan tanto los aspectos psicobiológicos como psicosociales de los tratamientos en SM. Fue una constatación de la práctica, durante la permanencia en el CESFAM, cómo intervenciones clínicas centradas en lo individual y lo farmacológico terminaban por desplazar, en ocasiones, a intervenciones más amplias de carácter psicosocial. El PRODESAM busca fortalecer intervenciones grupales orientadas hacia los cuadros clínicos más prevalentes, además de favorecer de este modo el mejor uso de los recursos. La estrategia incluye una propuesta de temas de psicoeducación grupal y sesiones de consejería individuales. Interesa destacar de manera especial las intervenciones grupales para pacientes con trastornos depresivos, las cuales no siempre se encuentran disponibles tal como se recomienda en las guías clínicas (MINSAL, 2013). Además, el PRODESAM considera necesario que la planificación de intervenciones psicoeducativas se ajuste a las necesidades específicas de grupos vulnerables propios de cada realidad local, ya sea por condiciones sociales o del ciclo vital, como por ejemplo: adultos mayores, cuidadores, padres de adolescentes, entre otros.

Sensibilización a directivos y equipos de salud

Con el objetivo de mejorar la resolutivez de las atenciones de SM en el CESFAM, el Programa considera la sensibilización en SM de los directivos y de los equipos de salud. Como ya fue mencionado, durante el desarrollo del PRODESAM, la sensibilización de los directivos y la existencia de relaciones de cooperación fue condición fundamental para el buen desarrollo del Programa en la medida que permitió establecer los acuerdos administrativos pertinentes y aseguró su posterior cumplimiento. Respecto a la sensibilización de los equipos, se evidencia en la práctica cotidiana que los profesionales de salud tienden a centralizar en el equipo de psicología cualquier condición de los pacientes que, aunque sea ligeramente, se asocie a SM. Se busca revertir esta tendencia a través de la sensibilización de los equipos, que refuerce la integralidad de las atenciones en SM y en las cuales se involucren los distintos profesionales de acuerdo con sus competencias.

Optimización de recursos

La estrategia tiene como objetivo mejorar la resolutivez de las atenciones en SM y considera medidas

administrativas que resguardan la mejor utilización de los recursos humanos disponibles junto a una eficiente organización de los servicios. Destaca, dentro de sus actividades, el ingreso al programa de SM mediante una sesión grupal psicoeducativa, basada en la experiencia de buenas prácticas en APS publicada por Muñoz *et al.* (2011) en nuestro medio. La adaptación de esta estrategia de ingreso, realizada por los residentes del CESFAM PAH, demostró ser efectiva en disminuir la cantidad de horas de ingreso perdidas por inasistencia de pacientes (Muñoz *et al.*, 2013), lo cual se estima útil para mejorar la oportunidad de las atenciones. Esta modalidad grupal de ingreso contiene además aspectos psicoeducativos generales en SM que son de importancia para aquellos pacientes que por primera vez serán atendidos en el CESFAM.

La estrategia considera, además, acciones para la revisión de funciones y flujos que implica la definición de objetivos y plazos terapéuticos para las intervenciones entregadas por los profesionales del CESFAM, lo cual tiene como resultado agregado un mejor uso de la red. En nuestra experiencia, en el CESFAM existen pocos espacios para racionalizar las labores que normalmente desempeñan los profesionales de SM, quienes con frecuencia no revisan ni definen sus roles, ni tampoco priorizan cuáles intervenciones pudieran responder mejor a las demandas asistenciales prevalentes y características de la APS.

Gestión de red

Con la intención de mejorar la resolutivez, el Programa establece mecanismos de supervisión, los cuales, velando por una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención, permitan una oportuna detección de problemas en los procesos de interconsulta y capacidad de respuesta ante ellos. Como resultado no esperado, en la elaboración del PRODESAM, el conocimiento adquirido del funcionamiento de la red por los residentes durante su rotación por diferentes servicios clínicos cumplió una función de articulación de la red de SM, favoreciendo la coordinación formal e informal con los equipos de especialidad.

Iniciativas de promoción en la comunidad

La OPS (2009) reconoce, dentro de sus áreas estratégicas para el periodo 2010-2019, la importancia de intervenciones de promoción y prevención. En nuestro país el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000) define estas acciones como prioridad programática, lo cual es ratificado el año 2015 en el

Programa de SM Integral en la APS, donde se señala que los equipos de salud deben realizar actividades de promoción de salud mental positiva a lo largo de todo el ciclo vital, de acuerdo con la realidad local (MINSAL, 2015). En este sentido, el PRODESAM establece entre sus objetivos fortalecer iniciativas de promoción de la SM a través de actividades de comunicación social como material gráfico, audiovisual y la participación en espacios comunitarios como la celebración del "Día de la salud mental".

No obstante la reconocida importancia del tema, hubo numerosas dificultades a la hora de llevar a la práctica acciones en esta línea, lo cual se tradujo en que estas actividades, aunque posibles, resultaron muy limitadas en los años de implementación del PRODESAM. Durante el desarrollo del Programa se evidenció cómo las intervenciones de prevención en SM terminaron por ser reducidas y desplazadas por otras prioridades contingentes, habitualmente atenciones clínicas producto de la presión asistencial; esto terminó concentrando recursos y esfuerzos en desmedro de acciones de promoción y prevención. A su vez, la falta de adiestramiento de los profesionales involucrados (incluidos los residentes de psiquiatría) en el desarrollo de estas tareas, debido entre otras razones, a una escasa presencia en los programas de formación de especialistas, refuerza este desbalance.

Pese a los sesgos propios de la perspectiva desde la cual fue elaborado el PRODESAM, destacamos entre sus atributos el haber sido concebido a partir de la experiencia clínica y por lo tanto no haber tenido como intención primaria el transformarse necesariamente en un programa amplio y abarcador a la manera planteada por iniciativas ministeriales, como el Programa de SM para APS mencionado más arriba.

Finalmente, al reflexionar acerca de cuáles actividades preventivas competen al CESFAM, se debe tener en cuenta que durante los últimos años distintos programas transversales como el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, Más Adultos Mayores Autovalentes, Habilidades para la Vida, Vida Sana y los del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), se han asumido como los pilares preventivos y promocionales en sus comunidades.

Evaluación de las estrategias del Programa

En la implementación de estrategias nuevas en una organización de servicios es importante conocer la opinión que respecto de ellas tienen los usuarios internos y externos. Para ello el PRODESAM estableció

mecanismos sencillos de medición de satisfacción que informen al respecto. La propuesta incorpora evaluaciones en los procedimientos habituales correspondientes del CESFAM para evaluar satisfacción usuaria. Respecto de los equipos de salud, es necesario investigar la satisfacción asociada a diferentes actividades implementadas. En nuestra experiencia, la evaluación de satisfacción asociada por ejemplo a las actividades de capacitaciones teóricas o prácticas, resultó de fácil implementación y en general fue bien recibida por los equipos⁹. Se sugiere que cuando en algún CESFAM exista evaluación de la satisfacción de los usuarios, estos elementos puedan ser incorporados allí.

REFLEXIONES FINALES

El PRODESAM pretende ser un aporte al fortalecimiento de la SM en APS. Destacamos el rol del programa FO-REAPS en la medida en que permitió la permanencia en el tiempo de especialistas en formación, dotando a las APS de recursos que de otra manera difícilmente estarían disponibles. En vista del PRODESAM, estimamos que contar con 12 horas de especialistas en APS permite un proceso virtuoso en SM, que favorece el trabajo cooperativo entre equipos de salud especialistas y no especialistas.

También, destacamos la condición necesaria de sensibilización y compromiso de los directivos para la puesta en marcha de procesos semejantes a PRODESAM. De ese modo se asegura el tiempo requerido para las diferentes actividades planificadas, como también su adecuado resguardo.

Algunas evaluaciones parciales al PRODESAM han mostrado resultados alentadores respecto de la satisfacción de los profesionales y de la estrategia de capacitación continua en SM a los equipos, todo lo cual se encuentra en vías de publicación. Dada la importancia de un programa de esta naturaleza y considerando su complejidad, resulta recomendable disponer de una evaluación de impacto en posteriores intervenciones, o bien como trabajo específico de investigación científica.

En lo que concierne a las actividades de promoción y prevención, por el momento no quedan suficientemente delineadas en este PRODESAM, lo cual también debiera ser un aspecto a considerar en posteriores desarrollos.

A nivel de gestión en red, y más allá de los alcances generales del PRODESAM, resulta aconsejable disponer

⁹ Trabajos de los autores en vías de publicación.

de mayor presencia de especialistas *in situ*, por ejemplo desde los COSAM comunales o mediante convenios con programas de especialidad universitarios. Para ello sería necesario analizar el funcionamiento de la red y realizar las gestiones que permitan destinar horas efectivas de especialistas para el trabajo colaborativo y de carácter docente asistencial como el propuesto.

Igualmente consideramos importante enfatizar que las universidades debieran dar mayor énfasis a los servicios de atención ambulatoria y comunitaria en SM en sus programas de formación de especialistas.

Finalmente, esperamos que PRODESAM permita la elaboración e implementación de futuras iniciativas, que, enriquecidas, prioricen intervenciones enraizadas en las realidades locales, lo cual sin lugar a dudas reportará mayor satisfacción y mejores servicios a usuarios de APS, como también más bienestar en los equipos de salud.

REFERENCIAS

1. Acuña J, Rdz-Navarro K, Huepe G, Botto A, Cárcamo M, Jiménez JP (2016). Habilidades clínicas para el manejo de trastornos depresivos en médicos generales en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 144(1), 47-54. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000100007>
2. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10:CD006525. doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2
3. Bower P, Gilbody S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330(7495), 839-842. doi: 10.1136/bmj.330.7495.839
4. Fuenzalida M, Acuña J (2013). Análisis de la prescripción de benzodiazepinas en un Centro de Salud Familiar de Atención Primaria. Presentación en II Jornadas de investigación "Dr. Benjamín Viel Vicuña", Programa de Especialistas Básicos en la Atención Primaria Urbana. Quinta Normal. Santiago de Chile. Universidad de Chile
5. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23), 3145-3151. doi:10.1001/jama.289.23.3145
6. Goldberg D (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 182-190. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036174>
7. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS (2004). Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD003798. doi: 10.1002/14651858.CD003798.pub2
8. Hodge B, Inch C, Silver I (2001). Improving the psychiatric knowledge, skills and attitudes of primary care physicians, 1950 – 2000: A review. *Am J Psychiatry*; 158:1579-1586
9. Huepe G, Cárcamo M, Acuña J, Botto A, Jiménez JP (2015). Impacto de una capacitación en trastornos depresivos para médicos generales de atención primaria en salud: Resultados cualitativos. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 795-800. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600013>
10. Muñoz P, Parrini J, Kirsten K, Fuenzalida M, Acuña J, Roizblatt R (2013). Optimización de recursos en atención primaria: impacto de nueva estrategia de ingreso para consultantes de salud mental en Centro de Salud Familiar de Santiago. Experiencia CESFAM Padre Hurtado. Presentación en II Jornadas de investigación "Dr. Benjamín Viel Vicuña", Programa de Especialistas Básicos en la Atención Primaria Urbana. Quinta Normal. Santiago de Chile. Universidad de Chile
11. Muñoz P, Parrini V, Hernández V, Roizblatt A, Dinamarca F (2011). Taller de ingreso para pacientes en salud mental: Optimizando el recurso médico en atención primaria (APS). Libro de resúmenes: Primeras jornadas de investigación Dr. Hugo Behm Rosas. Chile. MINSAL
12. Ministerio de Salud (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile: MINSAL
13. Ministerio de Salud (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile: MINSAL
14. Ministerio de Salud (2015). Programa de salud mental integral en la atención primaria. Subsecretaría de redes asistenciales, Santiago de Chile: MINSAL
15. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447
16. Montoya C, Ipinza M (2009). Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud. *Cuad Méd Soc*, 49 (1): 16-2
17. Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS: OMS
18. Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS
19. Sepúlveda R, Gómez A, Florenzano R, Minoletti A (2003). Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría. Santiago de Chile: MINSAL
20. Vöhringer PA, Castro A, Martínez P, Tala A, Medina S, Rojas G (2016). Healthcare team training programs aimed at improving depression management in primary care: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 200:142-147. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.029

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO TIPO PARA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS¹⁰

1. En los últimos 6 meses, ¿en cuáles actividades del programa de salud mental ha participado usted?

Actividades:	SÍ	NO
a. Sesión grupal de ingreso al programa.		
b. Sesiones individuales de salud mental con médico . (En caso de haber participado ponga el número de sesiones aprox.)		
c. Sesiones individuales de salud mental con psicóloga/o . (En caso de haber participado ponga el número de sesiones aprox.)		
d. Talleres grupales de salud mental.		

2. Según su experiencia en los últimos 6 meses, complete cada uno de los ítems

Ítem	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. En general, el apoyo del equipo de salud mental fue satisfactorio y adecuado para solucionar mis problemas.				
b. El apoyo de los médicos fue satisfactorio y adecuado para solucionar mis problemas.				
c. El apoyo de las/los psicólogas/os fue satisfactorio y adecuado para solucionar mis problemas.				
d. La ayuda entregada por el equipo de salud mental fue oportuna.				

¹⁰ El instrumento solo tiene valor como modelo referencial aproximado.

Anexo 2INSTRUMENTO TIPO PARA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PRESTADORES¹¹

De los elementos del programa, califique en escala de 0 a 10 cada uno de ellos, según considere haya sido el aporte para usted, desde nulo (0) a muy importante (10)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Clases expositivas.											
Entrevistas clínicas a pacientes en consultorías											
Discusión de casos clínicos en consultorías.											
Consultas semanales en reuniones médicas o de sector											
Atenciones en duplas con residente de psiquiatría.											
Consultas espontáneas en CESFAM a residente de psiquiatría.											
Consultas espontáneas vía correo electrónico/teléfono a residente de psiquiatría.											

¹¹ El instrumento solo tiene valor como modelo referencial aproximado.