



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN

FACULTAD ECONOMIA Y NEGOCIOS

MAGISTER EN GESTION ESTRATEGICA EN SALUD

SEDE RANCAGUA

TRABAJO DE GRADO

MAGISTER EN GESTION ESTRATEGICA DE SALUD

TEMA: Plan de seguimiento a usuarios inasistentes a controles del
Programa de Salud Mental en Cefam Mostazal.

Alumnos:

Carolina Barría Poveda

Camila Pino Cea

Poliana Reyes Zúñiga

Mario Prieto Guzmán

Profesor guía: Mónica Rassé

Rancagua – Chile
2018

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Agradecimientos

Alcalde Municipalidad Mostazal Sergio Medel Acosta

Director Departamento Salud Mostazal

Director CESFAM Mostazal Claudia Real Rissetti

Encargado Programa Salud Mental Pablo Moreno Muñoz

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	9
1.1. Formulación del Problema.....	10
1.2. Justificación e importancia de la investigación.....	13
1.3. Delimitaciones	14
1.4. Cobertura temporal.....	15
1.5. Hipótesis.....	15
1.6. Variables.....	15
1.7. Objetivos	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	17
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	25
3.1 Tipo de investigación (Enfoque)	26
3.2 Diseño de la investigación.....	26
3.3 Técnicas de recolección de datos e instrumentos	26
3.4 Criterios Éticos	27
3.5 Técnicas de análisis	27
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	29
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS.....	55

Resumen

Las políticas dirigidas a la prevención de salud mental son escasas y se encuentran deficientemente coordinadas tanto en el inter como en extra sistema, siendo de esta manera un factor que facilita la vulnerabilidad de padecer algún tipo de trastorno a nivel mental. Asimismo, y en consecuencia a lo explicitado, existe un porcentaje significativo de personas con trastornos mentales que se encuentran con baja adherencia a controles periódicos en su centro de salud, creando de esta manera desventajas en acceso oportuno a tratamiento y mantención del mismo, por lo que se hace indispensable contar con un plan de seguimiento que promueva la salud mental de las personas y sus familias. A su vez, desarrollar estrategias para el cuidado integral de la persona por medio de la articulación de la red de apoyo social que impida el aislamiento ante situaciones adversas, y la mantención a controles periódicos en su centro de salud.

Palabras claves: prevención, tratamiento, salud mental, adherencia, seguimiento, estrategias, mantención.

Abstract

The policies aimed at the prevention of mental health are scarce and are poorly coordinated both in the inter and extra system, being in this way a factor that facilitates the vulnerability of suffering some type of mental disorder. Likewise, and as a consequence of what has been explained, there is a significant percentage of people with mental disorders who find themselves with low adherence to periodic controls at their health center, thus creating disadvantages in timely access to treatment and maintenance, so that it is essential to have a follow-up plan that promotes the mental health of people and their families. At the same time, develop strategies for the integral care of the person through the articulation of the social support network that prevents isolation in adverse situations, and the maintenance of periodic controls in their health center.

Keywords: prevention, treatment, mental health, adherence, monitoring, strategies, maintenance.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo proponer un flujograma de seguimiento de los usuarios inasistentes a controles del Programa Salud Mental del Cesfam Mostazal, con la finalidad de evitar la descompensación de sus patologías. Para llevar a cabo el siguiente estudio, se contará con una evaluación cualitativa, con un análisis cuantitativo de los datos, mediante la realización de rescate telefónico y/o visita domiciliaria integral, esto con la finalidad de visualizar aquellas condiciones que favorecen el abandono de los controles, y que constituyen factores de riesgo de descompensación de sus patologías de base.

Se basa en el estudio de la tasa de deserción a nivel nacional de pacientes con trastornos de salud mental, la baja de adherencia a controles tanto médicos como terapéuticos, esto debido a que a nivel nacional los trastornos mentales constituyen la principal fuente de carga de enfermedades. Asimismo, se deben considerar los factores de riesgo que subyacen a las diversas enfermedades para ambos sexos y en los diversos grupos etarios a través de todo el ciclo vital.

En lo que respecta a la metodología a utilizar, el análisis de material empírico emanado desde el Plan de Salud Mental, particularmente la Reforma en Salud, se analizarán los datos que allí se encuentran para realizar una evaluación cualitativa a personas con falta de adherencia, realizando de esta manera una observación sistemática del material recogido, para posteriormente crear lineamientos que apoyen la realización de un flujograma de seguimiento acorde a la realidad actual de la comuna.

De acuerdo a lo anterior, el capítulo I presenta los antecedentes del problema, en el capítulo II se identifica el marco teórico de la investigación, en el capítulo III la metodología empleada para su realización, en el capítulo IV los

resultados obtenidos y para finalizar el capítulo V se realizará la discusión final con sus respectivas conclusiones.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del Problema

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, Chile se sitúa entre los países que presentan mayor carga de morbilidad por enfermedades relacionadas a Salud Mental como lo son las patologías psiquiátricas (23,2%)¹. No se cuenta con datos estadísticos que demuestren la prevalencia de trastornos mentales actualmente en Chile, sin embargo un estudio realizado en Chile el año 2006 demostró que 31.5% de la población ha tenido algún trastorno mental en su vida, y que un 22.2% lo tuvo en los últimos 12 meses². Las enfermedades mentales son crónicas, y comienzan en edades tempranas de la vida, además constituyen la primera causa de años de vida perdidos por discapacidad³.

El Programa de Salud Mental corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, orientado a brindar atención de Salud Mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esta iniciativa tiene relación con los Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020, en forma específica con:

- Objetivo Estratégico N°2: Que establece reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no

¹ Vicente B., Saldivia S., & Pihán R... (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22, pp. 51-61.

² Vicente B., Kohn R., Rioseco P., Saldivia S., Levav I., & Torres S. (2006, Agosto 01). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *The american journal of psychiatry*, 163, pp. 1362-1370.

³ Irrázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J.. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22, pp. 37-50.

transmisibles, disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental y violencia⁴.

- Objetivo Estratégico N°3: Que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, reducir el consumo de riesgo de alcohol y de drogas ilícitas, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables³.
- Objetivo Estratégico N°4: Correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, específicamente en disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes³.

A nivel local y según los datos estadísticos proporcionados por Cesfam de Mostazal, cuenta con una población inscrita validada para el año 2018 de 22.816 usuarios, de los cuales un 5,97% (1.364) se encuentra bajo control en el Programa de Salud Mental, de estos 288 se encuentran pasivos, es decir, en los últimos 12 meses no han asistido a controles con los profesionales que conforman el equipo de Salud Mental, de dichos usuarios 90 presentan diagnóstico de depresión.

La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, muestra una prevalencia de síntomas depresivos en el último año de 17.3% en población general, significativamente mayor en mujeres (25.7%) que en hombres (8.5%), así como en el nivel educacional más bajo (20.8%)⁵. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 en su pregunta “Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses” muestra que un 2,2% de los encuestados lo ha

⁴ Ministerio de Salud (s.f.). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

⁵ Vallebuona, C. (2011). *Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud, y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)*. Octubre 06, 2018, de Gobierno de Chile Sitio web: http://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630_recurso_1.pdf

considerado, y 1,5% ha planeado suicidarse, la muestra total de dicha encuesta es de 6.233 encuestados⁶.

Resulta esencial reducir la carga a la salud, la carga social y económica de los trastornos mentales, por lo que se requiere prestar mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental, por este motivo se requiere la realización de un plan de seguimiento para abarcar aquellas personas que se encuentran descompensadas y que a la vez no asisten de manera periódica a sus controles en Cefam.

En relación a lo anterior y debido a la baja adherencia a controles de pacientes del Programa de Salud Mental en Cefam Mostazal, se presenta una problemática respecto a la falta de seguimiento de aquellos que se encuentran inasistentes a sus controles, lo cual se puede deber a factores internos al sistema, o por riesgos asociados a nivel local. De acuerdo a lo anterior, al no recibir un correcto seguimiento, se provocan consecuencias, entre las cuales se encuentran aquellas que afectan directamente al usuario, como aquellas que afectan a la institución, dentro de estas últimas destacan los costes económicos y de tiempo, pues muchos de los usuarios que dejan de asistir, se encuentran inasistentes a alguna cita que tenían agendada con anterioridad, lo cual implica tiempo que el profesional debiese destinar a dicho paciente que no acudió, y que no pueden destinar a otro usuario⁷. Dentro de las consecuencias que afectan directamente al usuario se encuentran las siguientes: aumento en las tasas de suicidio, en Chile anualmente se presentan 1.500; aumento de años de vida perdidos por discapacidad; además las descompensaciones en salud mental que afectan a las madres están directamente relacionadas con la

⁶ Departamento de epidemiología. (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Segunda entrega de resultados. Noviembre 13, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180131/asocfile/20180131233128/2_resultados_ens_minsal_31_01_2018.pdf

⁷ García, B., & Ortiz, A.. (2002). Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, pp. 27-36.

mortalidad infantil, con retrasos en el desarrollo infantil y desnutrición en niños menores de un año⁸. En el ámbito laboral, la descompensación producida por la inasistencia puede generar: absentismo laboral, desmotivación y disminución en el rendimiento laboral, conflictos interpersonales, irritabilidad, conductas agresivas y falta de colaboración⁹.

Si se realiza el rescate de pacientes es posible salvar de diversas complicaciones en su salud y hasta salvar la vida de al menos 30% de los usuarios con diagnóstico depresión inasistentes a control de salud con médico Programa Salud Mental.

A partir de lo mencionado es que nace la siguiente pregunta de investigación:

¿Se está realizando el seguimiento a los usuarios inasistentes a controles del Programa de Salud Mental del Cesfam Mostazal?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

La baja adherencia (inasistencia) a controles en personas con trastornos de salud mental es una necesidad continua en torno a la problemática de mantener compensadas múltiples patologías, debido a la inestabilidad emocional, física y psicosocial en la cual se encuentran inmersos en entorno próximo.

Como consecuencia, se encuentra la inexistencia de seguimiento a pacientes con deserción a controles médicos y psicoterapias, los cuales se encuentran con mayor vulnerabilidad a estar expuestos a diversos factores de

⁸ Irrarázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J.. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22, pp. 37-50.

⁹ Mingote, J., Del Pino, P., Sánchez, R., Gálvez, M., & Gutiérrez, M.. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, pp. 188-205.

riesgo que pueden ocasionar consecuencias que exponen aún más su vulnerabilidad. De acuerdo a esto y a la necesidad de mantener y potenciar factores protectores de los usuarios al sistema, es que surge la motivación principal de realizar el presente trabajo de investigación, en una primera instancia como medio para sensibilizar a las personas respecto a la conciencia de enfermedad en relación a la sintomatología vivenciada, con la finalidad de establecer continuidad en sus cuidados y a la vez prevenir episodios de recaída en el tratamiento.

Actualmente el Cesfam cuenta con una población de 288 usuarios inasistentes a control de Salud Mental, es decir que en el período de un año no han asistido a control con médico, de los cuales 90 presentan diagnóstico de Depresión en alguno de sus estadios, equivalente a 31.25% del total de inasistentes. Dicho dato fue obtenido de las cartolas de atención con las que cuenta cada usuario, la cual debe ser utilizada por cada profesional que realiza una atención de Salud Mental, permitiendo así realizar seguimiento del usuario, pues además cuenta con información de contacto (teléfono y dirección).

1.3. Delimitaciones

Dentro del área de interés que se pretende abordar en nuestro plan de seguimiento, se encuentra la inexistencia de un flujograma de seguimiento de los usuarios que se encuentran inasistentes a control en el Programa de Salud Mental, y por ende la falta de rescates telefónicos y/o visitas domiciliarias. Sin embargo, y ante la viabilidad para la realización del presente trabajo, se cuenta con la autorización y apoyo directo de los cargos directivos para el desarrollo de la propuesta. Es factible su implementación. A su vez, es posible contar con la facilidad en acceso a archivos de historias clínicas a través de la base de datos del Cesfam, respecto a usuarios inasistentes, ya sea por medio de ficha electrónica, tarjetones de salud mental o fichas de papel en postas rurales.

1.4. Cobertura temporal

El periodo estimativo de estudio que abarca el proyecto de investigación es de cinco meses, el que considera la realización en primera instancia de la selección de personas que cumplen con criterio de inasistencia a controles por salud mental, para posteriormente realizar rescates por medio de llamado telefónico y/o visita domiciliaria integral, en mismo establecimiento de salud, con la finalidad última de realizar una encuesta a las personas y recolectar datos para la ejecución e implementación de plan de seguimiento y lograr adherencia de los mismos a controles.

1.5. Hipótesis

Un sistema de seguimiento a usuarios inasistentes a controles Programa Salud Mental disminuye los riesgos asociados a la descompensación de su patología.

Esta hipótesis se da por cumplida cuando después de un año de implementado el flujograma de seguimiento se logra que el 30% de los inasistentes retomen sus controles y tratamiento.

1.6. Variables

- **Variable dependiente:** Descompensación patología de Salud Mental.
Conceptualización: Ver marco teórico.
Operacionalización: El programa de Salud Mental en el Cesfam de Mostazal funciona adecuadamente cuando en el período de un año se ha rescatado a 30% de pacientes inasistentes y se ha logrado que retomen su tratamiento.
- **Variable independiente:** Seguimiento usuarios inasistentes a control Programa de Salud Mental.
Conceptualización: Ver marco teórico.

Operacionalización: Se logra un seguimiento efectivo cuando este se realiza a al menos el 60% de los pacientes que se encuentran inasistentes en el período de al menos un año.

1.7. Objetivos

Objetivo General

- Proponer un flujograma de seguimiento de los usuarios inasistentes a controles del Programa Salud Mental del Cesfam Mostazal, con la finalidad de evitar descompensación de patologías.

Objetivos específicos

- Identificar usuarios que se ausentan a controles salud mental.
- Determinar estado de salud mental en el cual se encuentra actualmente el usuario.
- Identificar factores críticos que determinan el abandono a controles programa salud mental.
- Establecer un flujograma de seguimiento.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁰, mientras que *Salud Mental* la define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, el cual puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹¹.

Salud debe ser entendida más que como un estado, como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio. Lo que implica que para mantenerlo, se requiere de un “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuales y las poblaciones”¹². Este conjunto de factores se denominan “determinantes sociales de la salud” y son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, de acuerdo a la distribución de recursos a nivel local y nacional¹³. Es por esto que cobran gran importancia las influencias sociales y económicas en las que viven las personas, y que determinan sus condiciones de vida, por lo que es fundamental incorporar este enfoque en la planificación e implementación de los diversos programas de salud que existen hoy en día.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos. 48.a edición*. octubre 17, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=1>

¹¹ Departamento de salud mental y abuso de sustancias. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Octubre 17, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

¹² García, I., Merino, B., & Silva, J.. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Octubre 18, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=E639E183C96A642FFF51A02A654BF87E?sequence=1

¹³ Rojas, M.. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Octubre 18, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Además son estos factores los que influyen en la salud mental de los individuos, pudiendo desencadenar una enfermedad mental.

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5), el concepto de “trastorno o enfermedad mental” es definido como “una alteración de tipo emocional, cognitiva o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, entre otros, y que dificultan la adaptación de la persona al entorno cultural y social donde vive, creando alguna forma de malestar subjetivo”¹⁴.

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

Desde el año 2005 el Sistema de Salud Público Chileno se organiza en base al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el cual corresponde a un “conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que a la persona individual o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales, pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”¹⁵. Este modelo sitúa a las personas y sus necesidades como el eje central del Sistema de Salud, además de considerarlas como un ser integral que está en permanente interacción con su entorno familiar, cultural y comunitario.

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría, fortaleció la instalación progresiva del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental,

¹⁴ American Psychiatric Association. (2016). *Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta edición*. Arlington, VA.: American Psychiatric Association Publishing.

¹⁵ Dois, A., Ojeda, I., Vargas, I., Larrea, M., Quiroz, M., Rodríguez, M., Varela, M., Niveló, M., Mercado, R., & Menares, V.. (2012). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Octubre 20, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

como manera de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de Salud. De esta manera, el énfasis a la salud mental y bienestar de la población, impulsa el desarrollo de acciones promocionales y preventivas de carácter sectorial e intersectorial, las cuales aseguran una respuesta a las necesidades de atención de la población, con servicios de salud mental comunitaria, integrados a la red de salud general a través de todo el ciclo vital, por medio del Programa de Salud Mental.

Dentro de los principios orientadores del Modelo de Salud Integral en Salud, es posible encontrar la continuidad del cuidado del paciente, la cual se relaciona a la continuidad clínica, funcional y profesional que brinda el centro de salud hacia el paciente y el grupo familiar, lo que constituye un elemento constitutivo en la operacionalización de las prácticas relevantes para la atención en salud mental.

Los servicios de Salud Mental deben estar organizados de manera tal que fortalezcan la atención ambulatoria, identifiquen y mejoren las barreras de acceso, y deben apuntar a la oportunidad y pertinencia de la atención entregando óptimos estándares de calidad en todos los niveles del sistema de Salud. Esto permitirá disminuir las brechas que existen hoy en día en la atención de las personas, mejorando la calidad de la atención. Mediante la profundización del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y su articulación con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se busca mejorar la gestión de la red, disminuyendo la incertidumbre y las diferencias de los servicios que hoy existen, permitiendo entregar prestaciones con enfoque de determinantes sociales de la salud a lo largo de todo el ciclo vital.¹⁶

¹⁶ Ministerio de Salud. (2018). Modelo de Gestión: Red temática de Salud Mental en la red general de salud. Octubre 21, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf

El Programa de Salud Mental corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, orientado a brindar atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Tiene tres componentes, los cuales son¹⁷:

- 1- Promoción de salud: Hace referencia a la salud mental positiva, considerando esta como un recurso, un valor por sí mismo y como un derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico de la sociedad. Tiene como objetivo: ejercer un impacto sobre los determinantes sociales de la salud mental, con la finalidad de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos sociales¹⁸.
- 2- Acciones Preventivas de los trastornos mentales: Tienen como objetivo reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad¹⁹.
- 3- Acciones para brindar una atención integral a personas con trastornos mentales: Cuyo objetivo es realizar una evaluación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a la población con diversas patologías, que posean

¹⁷ Subsecretaría de redes asistenciales división de atención primaria. (2017). Programa salud mental en la atención primaria de salud. Octubre 29, 2018, de Ministerio de Salud.

¹⁸ Hosman, C., Jane-Llopis, E., & Saxena, S.. (2005). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y Opciones de Políticas. Octubre 21, 2018, de Organización Mundial de la Salud - Oxford University Press Sitio web: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

¹⁹ Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds (1994). Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva. Washington, National Academy Press

algún factor de riesgo. Para lo cual se implementan estrategias que apoyan la realización del programa²⁰.

Estrategias de atención del programa de salud mental

Tal como se encuentra explicitado en la Orientación Técnica del Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud, las atenciones realizadas involucran las siguientes estrategias:

- a) **Evaluación Diagnóstica Integral:** Implica un diagnóstico de todas las áreas de la vida de la persona, el contexto, factores protectores y de riesgo. Es efectuado por el médico y otro integrante del equipo de salud, que puede ser psicólogo/a, Asistente Social u otro. Este proceso ser realizado, según el caso, en 1 o más sesiones, puede incorporar visita domiciliaria integral y culmina con el ingreso al programa de salud mental.
- b) **Tratamiento Integral:** Al ingresar al programa se deberá elaborar, junto al paciente, un plan de tratamiento integral, el que es efectuado por médico, psicólogo/a y asistente social. Debe incluir: motivo de consulta, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado.

Dentro de los lineamientos del programa se encuentra establecido el seguimiento, el cual es entendido como un método para establecer contacto con las personas y/o sus familias, para monitorear su evolución en el tiempo, permitiendo además conocer el contexto en el cual vive el usuario, sin embargo no se encuentra establecido en qué casos se debe efectuar este, ni que es lo que se debe hacer si el usuario se encuentra inasistente a sus controles. Además no especifica cuando se considera inasistente un usuario, sin embargo a nivel local se considera cuando en el transcurso de 12 meses no asiste a

²⁰ Subsecretaría de redes asistenciales división de atención primaria. (2017). Programa salud mental en la atención primaria de salud. Octubre 29, 2018, de Ministerio de Salud.

control con médico sin haber sido dado de alta (cartera de prestaciones del programa no es infinita, se considera un rango de ocho a doce sesiones para considerar alta terapéutica)²¹. Sin embargo y en el marco de los egresos del programa, las orientaciones técnicas del mismo (2017), refiere que el egreso corresponde a: La evaluación integral al término del proceso terapéutico en la que se espera que el tratamiento haya logrado una recuperación de la persona y/o haya tenido una mejoría percibida para la persona afectada, en síntesis, puede ser una recuperación o una mejoría. Esta evaluación, se espera que sea realizada por el médico y otro profesional psicosocial involucrado en el Plan de Cuidados, es importante particularmente por tratarse de dar de alta a personas que han sido tratadas por un diagnóstico de trastornos mental según el CIE-10²².

Actualmente el funcionamiento de la Atención Primaria de Salud se mide mediante los Índices de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), dentro de los que se encuentra la Meta N° 12, que corresponde a la cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años, la cual para el año 2018, la cual determina que del total de pacientes que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental se den de alta 22% en el transcurso del año, si consideramos que ha Diciembre de 2017 habían 4.713 pacientes en control en el programa, este año se debiesen dar de alta 1.037 pacientes, se debe considerar que esta meta no diferencia por patología, por lo tanto no considera los tiempos de tratamiento individuales de cada una de ellas.

²¹ Candia, C. (2013). *Salud mental en la atención primaria de salud: orientaciones. Dirigido a los equipos de salud*. Octubre 26, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <https://www.raucanianorte.cl/images/PDF-WORD/OrientacionesSaludMentalparaalequipodeAPS2015.pdf>

²² Subsecretaria de redes asistenciales división de atención primaria. (2017). Programa salud mental en la atención primaria de salud. Octubre 29, 2018, de Ministerio de Salud.

La guía clínica de depresión del Ministerio de Salud²³ considera los siguientes tiempos mínimos de tratamiento, según el tipo de depresión: leve 9 meses, moderada y grave 10 meses cada una. El tratamiento involucra: evaluación inicial, consejería, intervención psicosocial grupal, actividad física, entregar guía de autocuidado personalidad, y tratamiento farmacológico solo en el caso de depresión moderada o grave. Cada tratamiento involucra realizar reevaluaciones y determinar la remisión de los síntomas, en base a lo cual en la etapa final se realiza un seguimiento de 6 meses, luego del cual, y en caso de no volver a presentar síntomas, se da de alta al paciente.

²³ Ministerio de Salud. (2013). Guía clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más. Octubre 30, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación (Enfoque)

Investigación con enfoque mixto.

3.2 Diseño de la investigación

- Universo: Corresponde al número total de usuarios inasistentes a control con médico en el transcurso del último año, equivalente a 90 usuarios, los cuales deben haber ingresado al Programa de Salud Menta del Cesfam Mostazal con diagnóstico de depresión, ya sea esta leve, moderada o recurrente.
- Muestra: Al calcular el tamaño de la muestra esta debe ser de 41 usuarios, con un porcentaje de cumplimiento esperado de 95%, y un margen de error del 5%. La muestra es de tipo probabilística pues todos tienen la misma probabilidad de ser contactados, del listado de usuarios inasistentes se llamará uno cada 2 usuarios, es decir se llamará al primero del listado, luego se contarán 2 que no serán llamados y el siguiente después de estos será contactado, así sucesivamente hasta lograr encuestar a 41 usuarios.
- Metodología: Se llamará uno cada 2 usuarios inasistentes del listado que se dispone, lo que nos dejará un delta de 10 para llamar si no contestan todos los usuarios, si aun así nos faltan encuestados se volverá a filtrar la lista, sacando aquellos que ya contestaron, y se volverá a llamar uno cada 2 usuarios. El primero contacto se realizará vía telefónica, si aun así no se logra contactar 41 usuarios se realizará visita domiciliaria.

3.3 Técnicas de recolección de datos e instrumentos

La recolección de datos se realizará mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada (Anexo 1), la que nos permitirá plantear las mismas preguntas y en el mismo orden a todos los usuarios, así como permitirle a este contar con libertad para dar sus respuestas. La encuesta será aplicada vía telefónica, donde en primer lugar se encuestará al paciente como tal, y en

segunda instancia a familiar o persona quien se encuentre habitando junto a éste.

El objetivo de la aplicación de dicha encuesta es conocer el motivo de inasistencia a control de Salud Mental, estado actual de su patología, si ha presentado alguna descompensación, con el fin último de permitir crear un flujograma de seguimiento acorde a la realidad local.

3.4 Criterios Éticos

Como profesionales de la salud uno de los principales principios éticos que debemos respetar es la confidencialidad de cada usuario, lo que implica el uso limitado de la información clínica y social que nos es entregada, sólo con fines terapéuticos, y buscando el máximo bienestar del usuario. Por otra parte tenemos la empatía, que consiste en la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de compartir su estado anímico, lo que nos permite intervenir de la manera más eficaz y eficiente con cada uno de los usuarios.

Asimismo, es fundamental la autonomía, entendiendo esta como: “capacidad de regularse por uno mismo”, se debe respetar que tanto el profesional de la salud como el usuario son seres autónomos, por tanto, libres de elección y responsables de sí mismos.

Por parte del paciente es importante la veracidad, es decir que la información que entreguen sea fidedigna y nos permita entregar la atención que realmente ellos necesitan, y en el caso de la presente investigación, que nos permita analizar de manera correcta los datos, y no interpretarlos de manera errónea.

3.5 Técnicas de análisis

La técnica de análisis será cuantitativa, los datos recolectados de las encuestas aplicadas serán tabulados en planilla de cálculos Excel y se

determinará la frecuencia de respuestas para cada una de las preguntas realizadas, una vez obtenidos estos datos en tablas de frecuencia, se realizará la distribución porcentual de esta será expresada en grafico circular.

Con los datos obtenidos a través de esta metodología podremos visualizar la frecuencia de respuesta que obtuvo cada paciente en cada pregunta y evaluar donde está los puntos críticos a intervenir y dar validez a nuestro estudio realizado, demostrando que existe una gran parte de la población inasistente a controles de salud de mental que requiere ser intervenida retomando sus controles con el Programa Salud Mental.

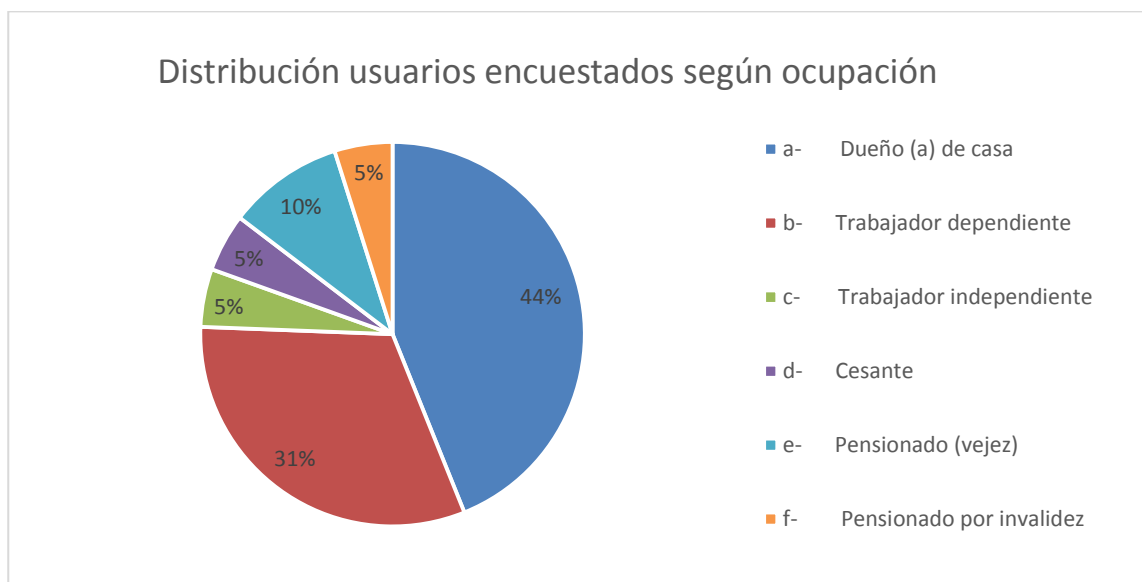
CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Resultados Encuesta Telefónica Usuarios Ausentes a Control Salud Mental

Tabla N°1: Resultado Pregunta N°1: ¿Cuál es su ocupación actual?

1- ¿Cuál es su ocupación actual?	N°	%
a- Dueño (a) de casa	18	44
b- Trabajador dependiente	13	32
c- Trabajador independiente	2	5
d- Cesante	2	5
e- Pensionado (vejez)	4	10
f- Pensionado por invalidez	2	5
TOTAL	41	100

Grafico N°1: Distribución usuarios encuestados según ocupación

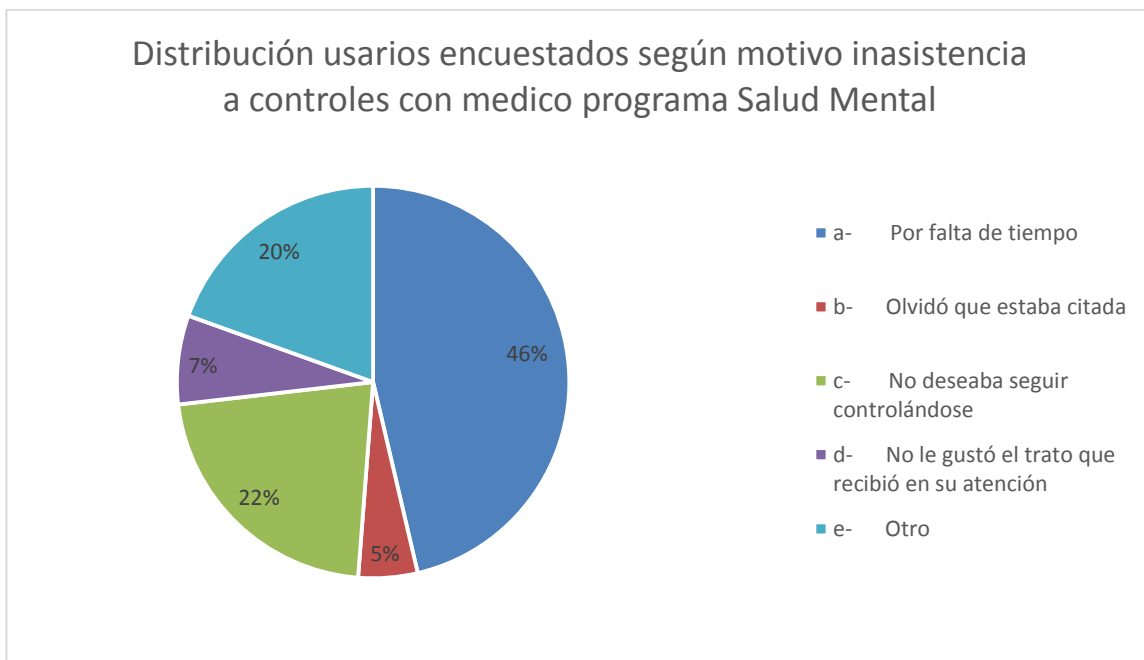


Lectura datos: de las personas encuestadas el mayor porcentaje eran dueñas de casa con un 44%, seguían con un 33% trabajadores dependientes, un 10% era pensionado por Vejez y en un menor porcentaje solo 5% trabajador independiente, 5% cesante y 5% pensionado por invalidez.

Tabla N°2: Resultado Pregunta N°2: Distribución usuarios encuestados según motivo inasistencia a controles con médico programa Salud Mental

2- ¿Cuál es el motivo por el cual usted no asistió al último control con medico al cual fue citada?	N°	%
a- Por falta de tiempo	19	46
b- Olvidó que estaba citada	2	5
c- No deseaba seguir controlándose	9	22
d- No le gustó el trato que recibió en su atención	3	7
e- Otro: _____	8	20
TOTAL	41	100

Grafico N°2: Distribución usuarios encuestados según motivo inasistencia a controles con medico programa Salud Mental

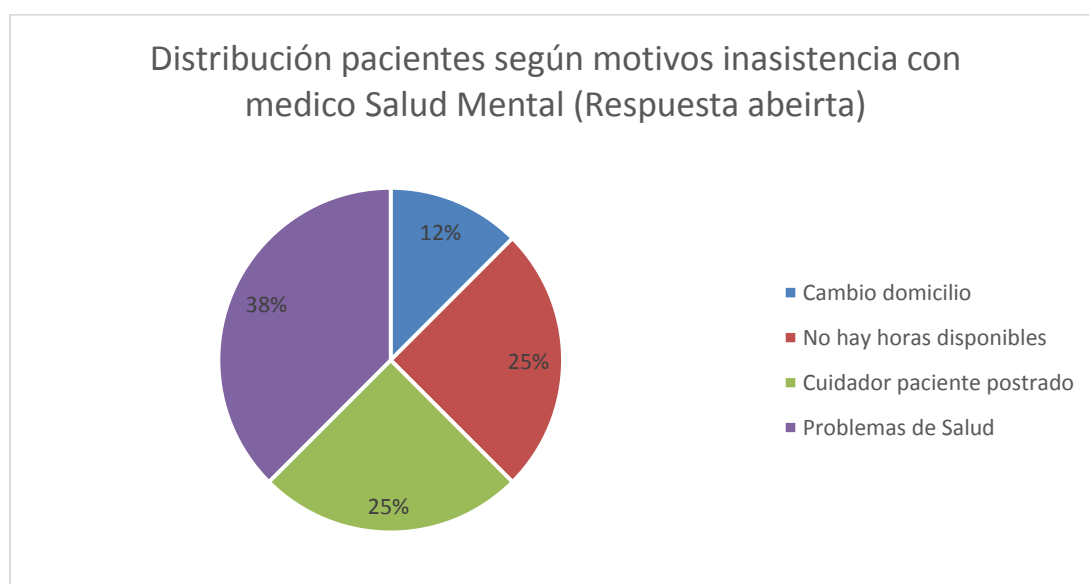


Lectura Datos: en el presente grafico se puede apreciar que la mayor parte de los pacientes encuestados no pudo continuar con sus controles por falta de tiempo con cerca de un 46%, el 22% no continuó porque no deseaba seguir con los controles, el 20% por otros motivos, el 7% porque no le gustó el trato que recibió y el 5% porque olvidó su próxima citación.

Tabla N°3: Resultado Pregunta N°2.1, respuesta abierta Otros Motivos por los cuales no asistieron con medico Salud Mental

Otros Motivos por los cuales no asistieron con medico Salud Mental	N°	%
a- Cambio domicilio	1	13
b- No hay horas disponibles	2	25
c- Cuidador paciente postrado	2	25
d- Problemas de Salud	3	38
TOTAL	8	100

Grafico N°3: Distribución pacientes según motivos inasistencia con medico Salud Mental (Respuesta abierta)

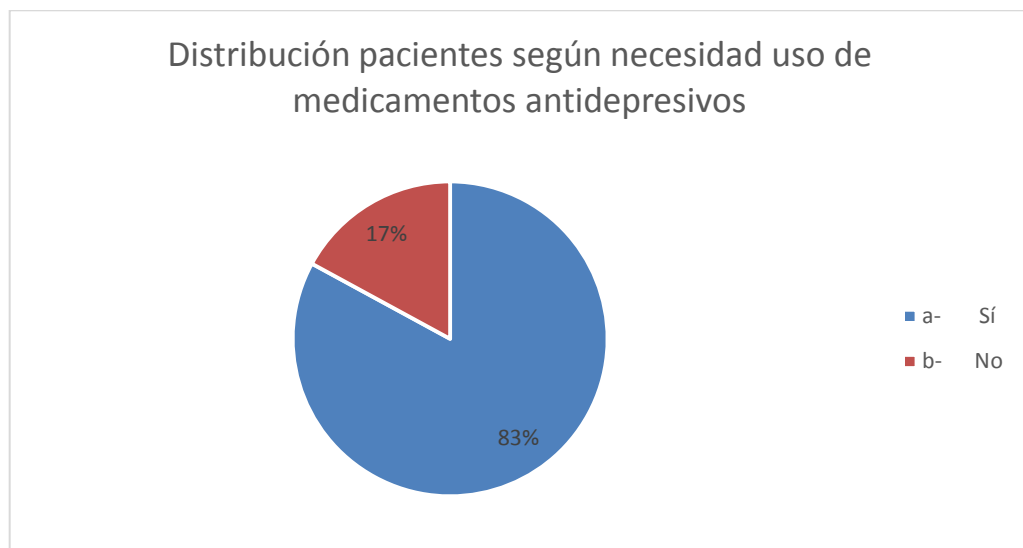


Lectura Datos: en el presente grafico se detalla la respuesta de aquellos pacientes que respondieron en la pregunta anterior la alternativa E (respuesta abierta), en el cual se puede apreciar que la mayor proporción de pacientes no asistieron a controles por problemas de salud con un 38%, porque no hay horas disponibles con 25%, porque es cuidador de pacientes postrados con un 25% y por cambio de domicilio con un 12%.

Tabla N°4: Resultado Pregunta N°3 ¿Usted debía tomar medicamentos para controlar su depresión?

3- ¿Usted debía tomar medicamentos para controlar su depresión?	N°	%
a- Sí	34	83
b- No	7	17
TOTAL	41	100

Grafico N° 4 Distribución pacientes según necesidad uso de medicamentos antidepresivos

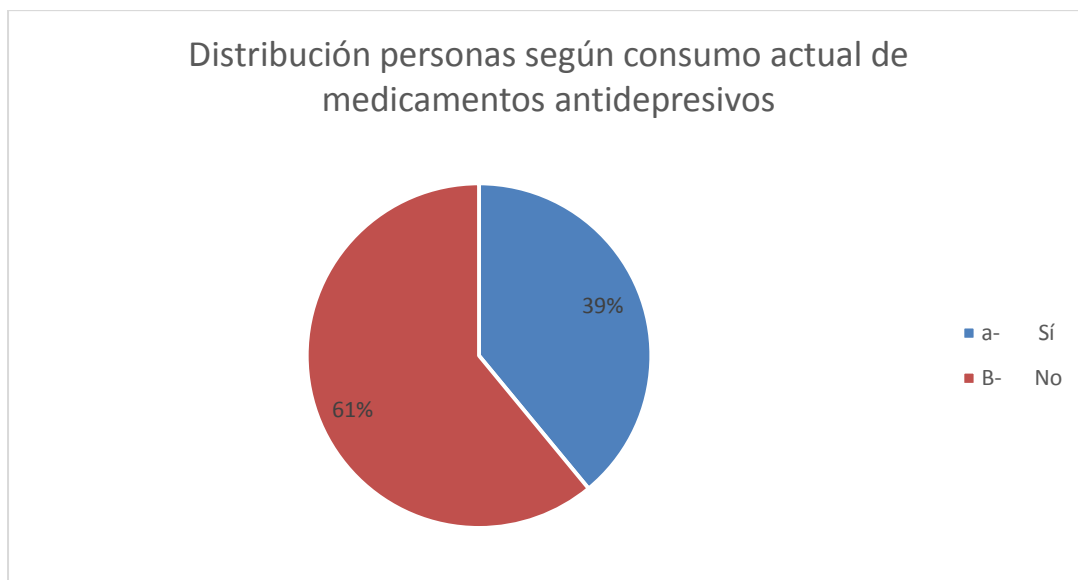


Lectura Datos: en el presente grafico visualizamos que el 83% de los pacientes encuestados requiere consumir medicamentos para controlar su salud y solo un 17% no lo requiere.

Tabla N°5: Resultado Pregunta N°4 ¿Usted toma algún medicamento actualmente para controlar su depresión?

4- ¿Usted toma algún medicamento actualmente para controlar su depresión?	N°	%
a- Sí	16	39
b- No	25	61
TOTAL	41	100

Grafico N° 5 Distribución personas según consumo actual de medicamentos antidepresivos

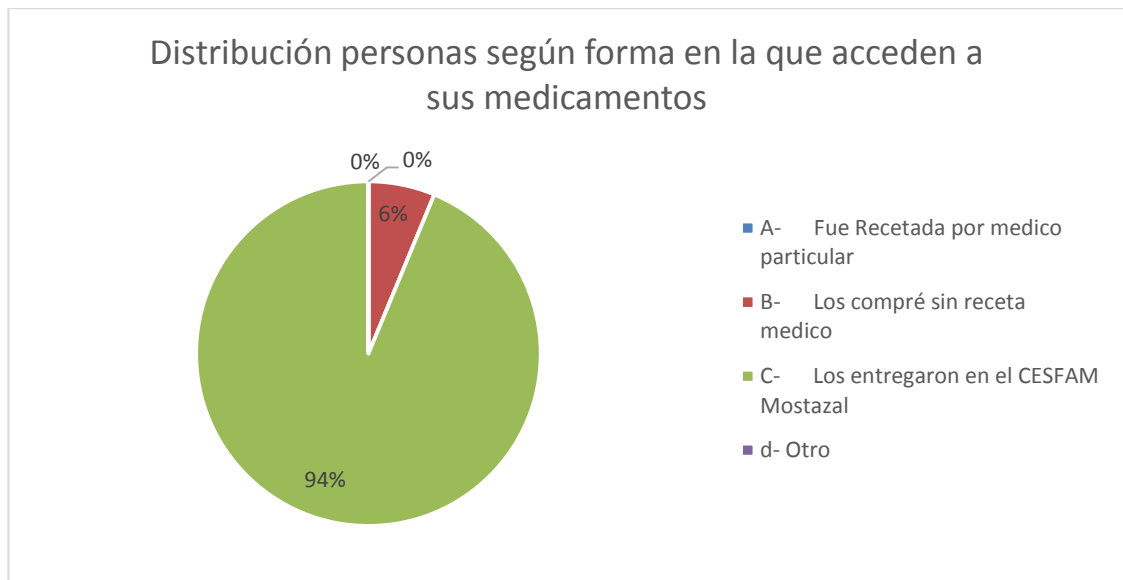


Lectura datos: en el presente grafico se aprecia que el 61% de los pacientes encuestados no consume medicamentos antidepresivos y que solo el 39% si consume medicamentos antidepresivos.

Tabla N°6: Resultado Pregunta N° 5 Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cómo obtuvo su receta para acceder a los medicamentos?

5- Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cómo obtuvo su receta para acceder a los medicamentos?	N°	%
a- Fue Recetada por medico particular	0	0
b- Los compré sin receta medico	1	6
c- Los entregaron en el CESFAM Mostazal	15	94
d- Otro: _____	0	0
TOTAL	16	100

Grafico N° 5 Distribución personas según forma en la que acceden a sus medicamentos

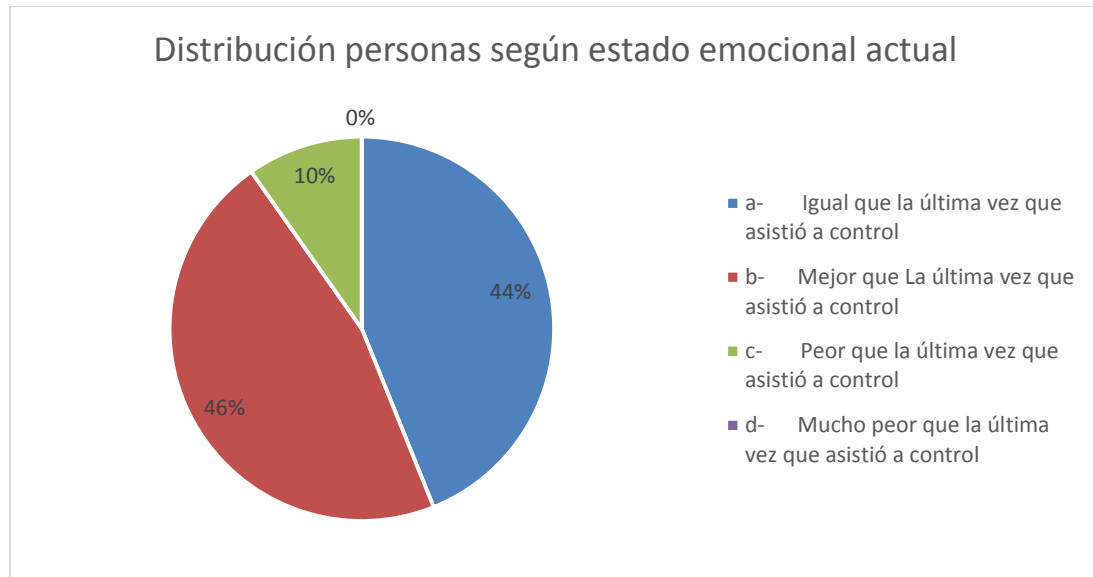


Lectura Datos: en este grafico demuestra que la mayor proporción consume sus medicamentos porque lo retira en su CESFAM con un 94%, el 6% los compra sin receta de médico.

Tabla N°7: Resultado Pregunta N°6 ¿Cómo se siente usted actualmente?

6- ¿Cómo se siente usted actualmente?	N°	%
a- Igual que la última vez que asistió a control	18	44
b- Mejor que La última vez que asistió a control	19	46
c- Peor que la última vez que asistió a control	4	10
d- Mucho peor que la última vez que asistió a control	0	0
TOTAL	41	100

Grafico N° 6 Distribución personas según estado emocional actual

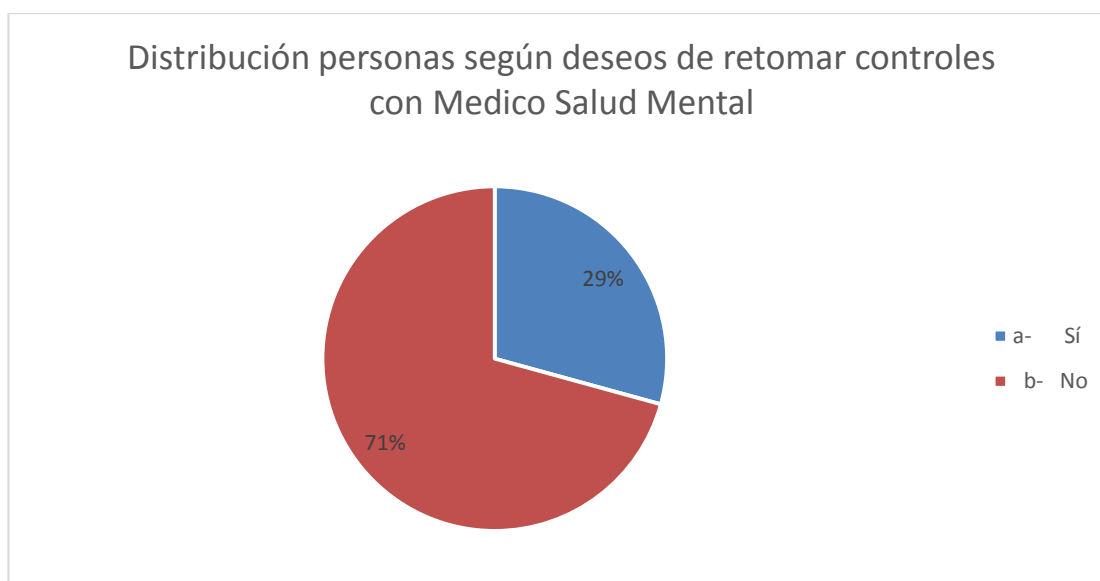


Lectura datos: el presente grafico podemos distinguir que el 46% de los pacientes encuestados considera que su estado de salud está mejor que la última vez que asistió a control, el 44% refiere que está igual que la última vez que asistió a control, el 10% considera que su salud está peor desde la última vez que asistió a control.

Tabla N°8: Resultado Pregunta N°7 ¿le gustaría retomar sus controles con médico para mejorar su condición actual de salud?

7- ¿le gustaría retomar sus controles con médico para mejorar su condición actual de salud?	N°	%
a- Sí	12	29
b- No	29	71
TOTAL	41	100

Grafico N°7 Distribución personas según deseos de retomar controles con Medico Salud Mental

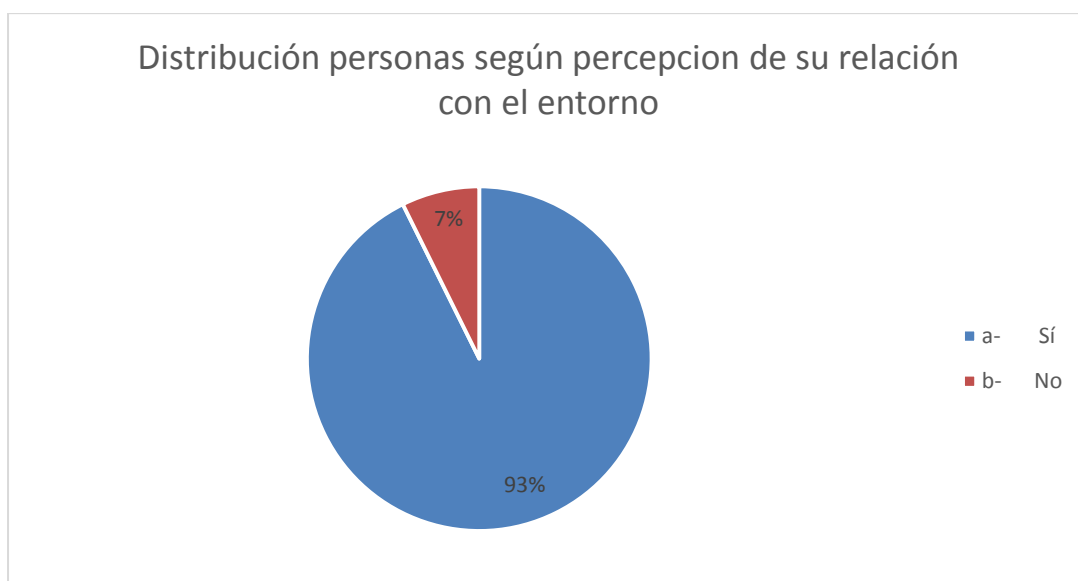


Lectura Datos: en el presente se evidencia que la mayor proporción de pacientes encuestado no quiere retomar sus controles con medico programa salud mental con un 71% y un 29% si desea retomarlos.

Tabla N°9: Resultado Pregunta N°8 ¿Usted considera que se relaciona bien con el entorno (familia, amigos, vecinos, trabajo, otros)?

8- ¿Usted considera que se relaciona bien con el entorno (familia, amigos, vecinos, trabajo, otros)?	N°	%
a- Sí	38	93
b- No	3	7
TOTAL	41	100

Grafico N°8 Distribución personas según percepción de su relación con el entorno



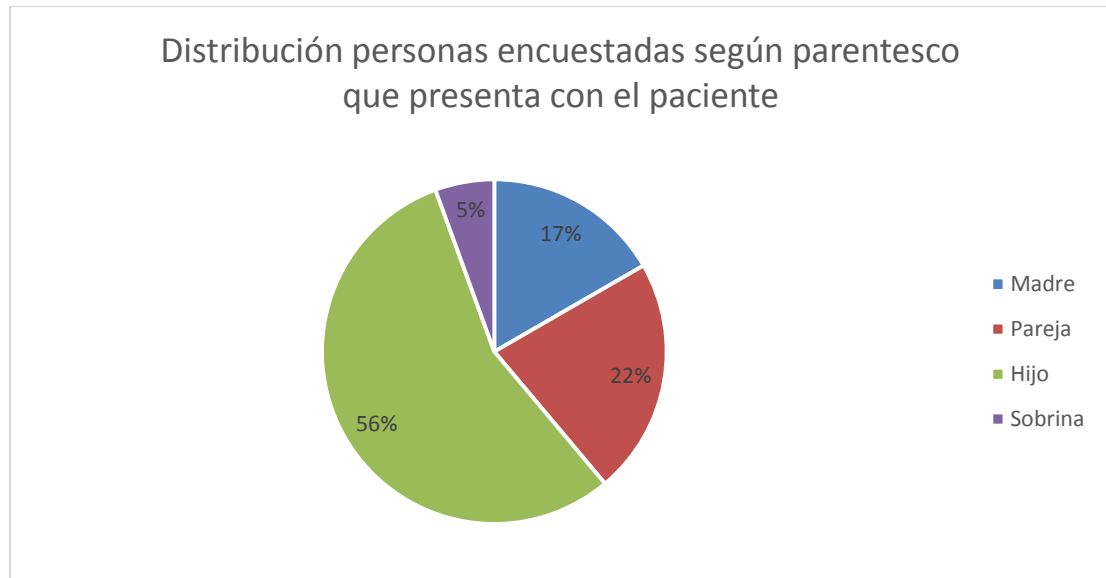
Lectura Datos: en el presente grafico se logra distinguir que el 93% percibe que se relaciona bien con el entorno y solo un 7% considera que no se relaciona bien con el entorno.

Encuesta a aplicar a familiar Directo:

Tabla N°10: Resultado Pregunta N°1 Parentesco que presenta con el paciente

1- Familiares que Responden Encuesta	N°	%
a- Madre	3	17
b- Pareja	4	22
c- Hijo	10	56
d- Sobrina	1	6
TOTAL	18	100

Grafico N° 9 Distribución personas encuestadas según parentesco que presenta con el paciente

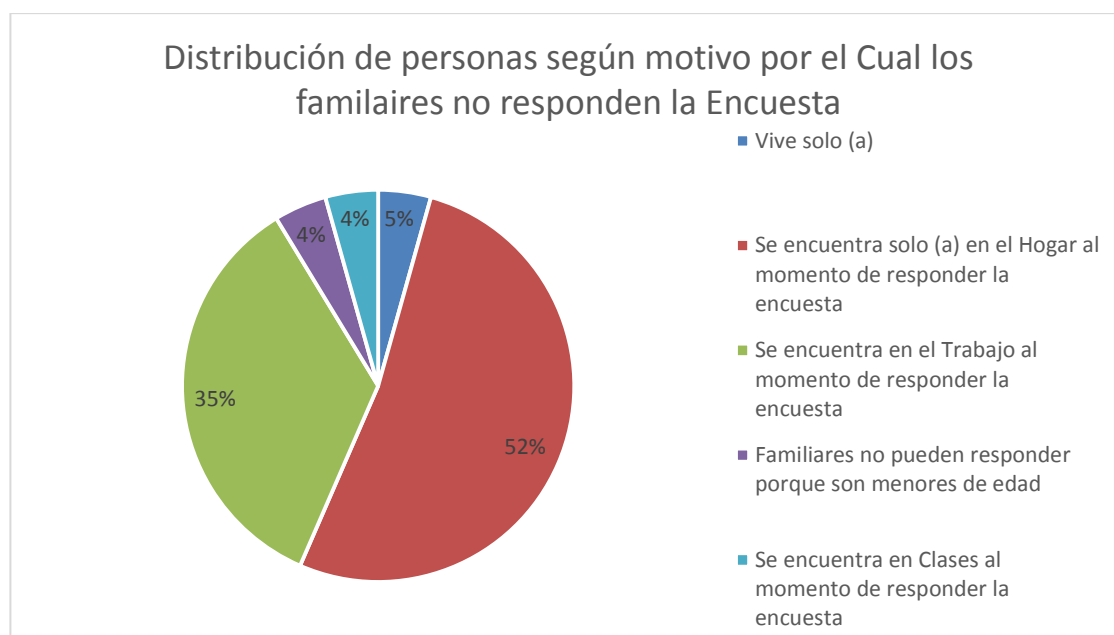


Lectura Datos: en el presente se refleja el 56% de los familiares encuestados era el hijo, el 22% era la pareja, era la madre y el 5% sobrina.

Tabla N°11: Resultado Pregunta N°1.1 Motivo por el Cual no responden familiares la Encuesta

1.1- Motivo por el Cual no responden familiares la Encuesta	N°	%
a- Vive solo (a)	1	4
b- Se encuentra solo (a) en el Hogar al momento de responder la encuesta	12	52
c- Se encuentra en el Trabajo al momento de responder la encuesta	8	35
d- Familiares no pueden responder porque son menores de edad	1	4
e- Se encuentra en Clases al momento de responder la encuesta	1	4
TOTAL	23	100

Grafico N° 10 Distribución de personas según motivo por el Cual los familiares no responden la Encuesta

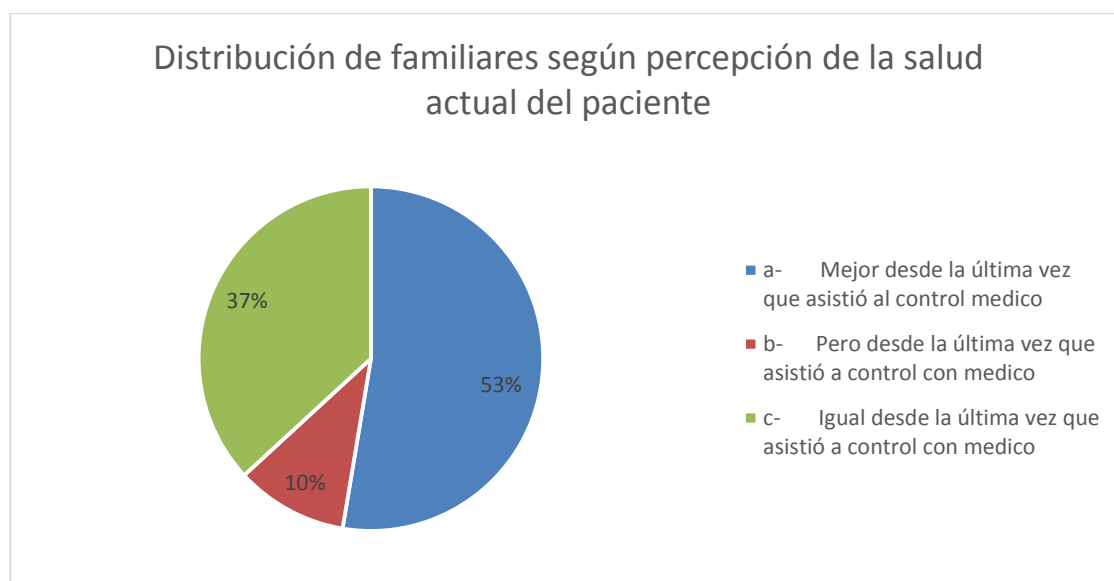


Lectura Datos: En el presente podemos apreciar que la mayor parte de los familiares que no respondieron la encuesta fue porque el paciente estaba solo en el hogar al momento de aplicar la encuesta con un 52%, un 35% respondió que no estaba con un familiar cerca porque se encontraba en su trabajo, un 4% no podían responder porque los familiares presentes en el hogar eran menores de edad y un 4% porque el paciente estaba en clases sin ningún familiar.

Tabla N°12: Resultado Pregunta N°2 ¿Cómo considera usted que está la salud de su familiar?

2- ¿Cómo considera usted que está la salud de su familiar?	N°	%
a- Mejor desde la última vez que asistió al control medico	10	53
b- Peor desde la última vez que asistió a control con medico	2	11
c- Igual desde la última vez que asistió a control con medico	7	37
TOTAL	19	100

Grafico N°11 Distribución de familiares según precepción de la salud actual del paciente

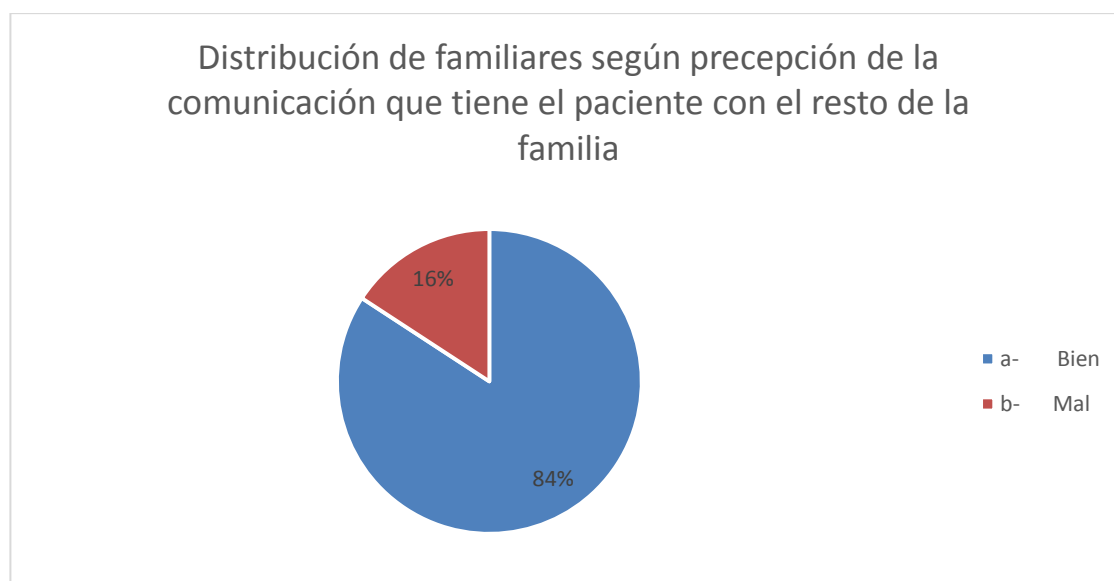


Lectura Datos: en el presente se puede identificar que el mayor porcentaje de familiares cree el estado de salud actual de los pacientes está mejor desde la última vez que acudió a control con un 53%, Está igual desde la última vez que acudió a control 37% y un 10% considera que está peor.

Tabla N°13: Resultado Pregunta N°3 ¿Cómo considera usted que se relaciona y comunica el paciente con el resto de la familia?

3- ¿Cómo considera usted que se relaciona y comunica el paciente con el resto de la familia?	N°	%
a- Bien	16	84
b- Mal	3	16
TOTAL	19	100

Grafico N°12 Distribución de familiares según precepción de la comunicación que tiene el paciente con el resto de la familia

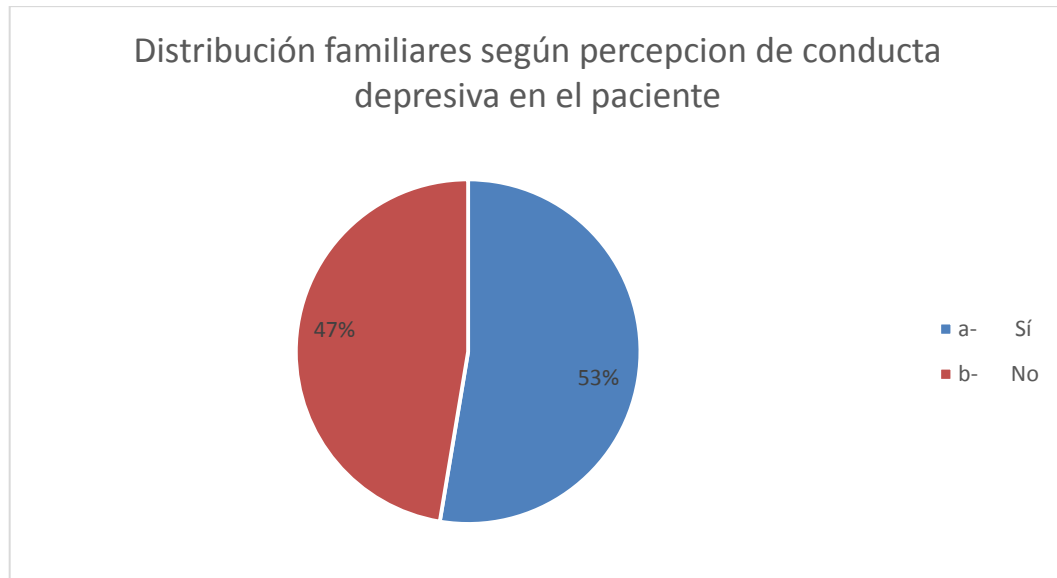


Lectura Datos: El presente grafico se puede interpretar que el 84% de los familiares encuestados considera que el paciente presenta una buena comunicación y el 16% considera que la comunicación con el resto de la familia es mala.

Tabla N°14: Resultado Pregunta N°4 ¿Durante el último tiempo usted lo ha visto llorar o presentar una conducta que indique que su ánimo está deprimido?

4- ¿Durante el último tiempo usted lo ha visto llorar o presentar una conducta que indique que su ánimo está deprimido?	N°	%
a- Sí	10	53
b- No	9	47
TOTAL	19	100

Grafico N°13 Distribución familiares según percepción de conducta depresiva en el paciente

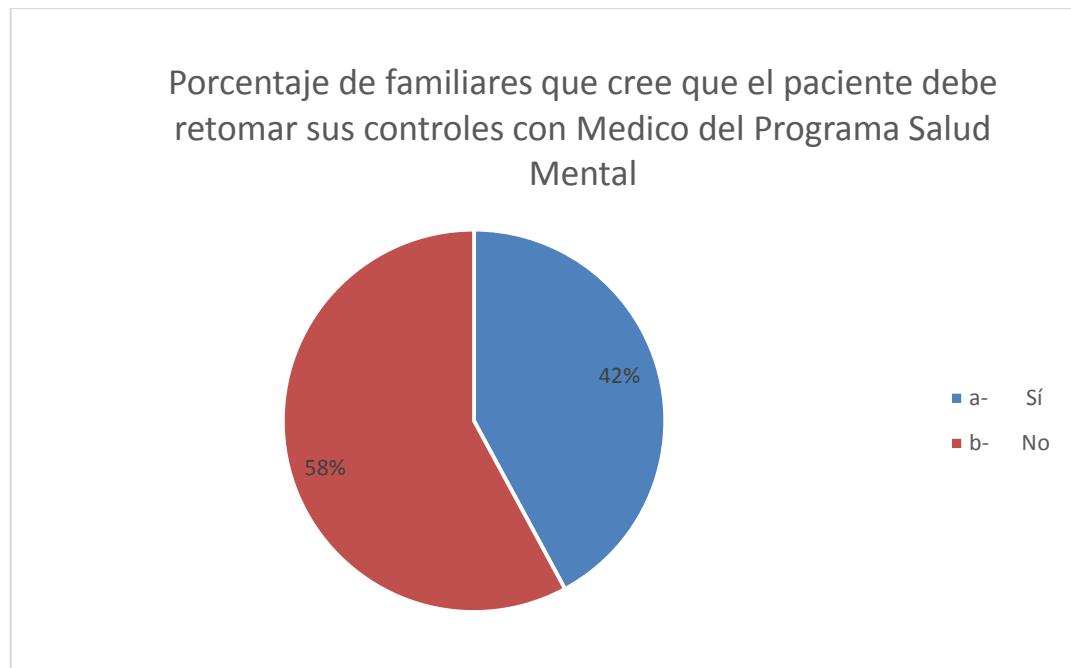


Lectura Datos: en el presente grafico se demuestra que el 53% de los familiares encuestados ha visto al paciente con su ánimo deprimido y el 47% menciona que no.

Tabla N°15: Resultado Pregunta N°5 ¿Usted cree que su familiar debiese retomar los controles con médico para mejorar su salud mental actual?

5- ¿Usted cree que su familiar debiese retomar los controles con médico para mejorar su salud mental actual?	N°	%
a- Sí	8	42
b- No	11	58
TOTAL	19	100

Grafico N°14 Porcentaje de familiares que cree que el paciente debe retomar sus controles con Medico del Programa Salud Mental



Lectura Datos: en este grafico podemos apreciar que el 58% de los familiares encuestados considera que el paciente no debe retomar los controles con médico del programa salud mental y el 42% considera que si debe retomar los controles.

Análisis datos obtenidos de la encuesta

La mayor parte de las pacientes de la muestra eran dueñas de casa, lo cual demuestra que la depresión puede ser más prevalente en mujeres dueñas de casa que en hombres, también es importante considerar que al menos el 10% era pensionado por invalidez el cual puede ser factor desencadenante de depresión y a la vez la depresión no tratada puede repercutir en la autovalencia del paciente. El que un paciente no tenga su depresión controlada por un especialista es de gran riesgo sobre todo para aquellos pacientes que trabajan, cifras que no fueron menores en esta muestra ya que el 33% era trabajador dependiente, pueden sufrir descompensación de su enfermedad y estar expuesto durante la jornada laboral a sufrir algún tipo de accidente.

El motivo de inasistencia de los pacientes se debe principalmente a la falta de tiempo con un 46%, debemos considerar que la población que trabaja pasa la mayor parte del día fuera del hogar y las prestaciones por médicos en el CESFAM de Mostazal generalmente son en jornadas diurnas impidiendo que el paciente reciba su control, las dueñas de casa por su parte generalmente destinan la mayor parte de su tiempo al cuidado de su familia postergando su propia salud.

El 83% de los pacientes debía consumir medicamentos para controlar su depresión y solo el 39% actualmente está consumiendo sus medicamentos, este 39% equivale a 16 personas, de los cuales 15 personas los obtienen con receta en el CESFAM y 1 persona accede a estos sin receta médica situación completamente irregular, ya que en las farmacias no pueden acceder a la compra de psicofármacos sin receta médica, cabe destacar que en las farmacias de zonas rurales muchas veces se venden medicamentos sin recetas y es bastante habitual que los pacientes automediquen según lo que creen que les hace bien para su salud o lo que le recomiendan familiares o vecinos.

Al comparar su situación de salud actual con la situación de salud de la última vez que acudieron a control con médico del Programa Salud Mental el 10% considera que su salud es mucho peor es grave porque este paciente en cualquier momento puede sufrir una crisis o descompensación y como bien los hemos mencionado antes generar ideaciones suicidas. Si bien la mayor proporción considera que su salud está igual, esto pudiese interpretarse en forma positiva como negativa.

Al analizar las respuestas de los familiares es congruente con la percepción de los pacientes en cuanto a su salud actual ya que un 10% considera que el paciente está en peores condiciones desde que dejó de asistir a controles.

La comunicación que presentan los pacientes con sus familias es percibida mayormente como buena, pero no deja de ser importante que al menos 16% considera que es mala, indicando que el paciente no expresa sus emociones, no solicita ayuda, ante lo cual se ve aumentado el riesgo de descompensación de su enfermedad.

Los familiares identificaron que en ocasiones han visto a los pacientes con ánimo disminuido y los han visto llorar, antecedente que evidencia aún más que su enfermedad no ha logrado compensarse y esto asociado a la falta de comunicación pudiese desencadenar un desenlace mortal para el paciente.

Al analizar la opinión de los familiares acerca de la reincorporación de los pacientes a los controles de salud mental, podemos evidenciar que cerca del 50% considera que debe ser así, dándonos más fortaleza al origen de nuestro estudio, el cual evidencia la importancia de hacer un adecuado rescate de los pacientes ausentes a controles y poder retomar lo antes posible su tratamiento, evitando la descompensación de su depresión.

Discusión Flujograma Rescate propuesto

Se propone Flujograma de rescate de usuarios inasistentes en un periodo de 12 meses a control con médico del Programa Salud Mental, al encargado del programa salud mental, a través de una breve reunión, con el respaldo de los datos obtenidos del estudio, el encargado considera que es importante proponerlo al resto del equipo de trabajo y dar inicio a los rescates, mencionando que el tiempo de los profesionales para realizar el rescate va a ser la principal de limitante, pero que es importante abordar a los pacientes con una mirada más integra y no solo como una meta para el programa. El flujograma propuesto se encuentra en Anexo 2.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que la mayoría de pacientes inasistentes a controles de salud mental desea retomar sus controles con médico del programa, concordante con la opinión de sus familiares, todo lo anterior asociado a un estado de ánimo actual deprimido, una dependencia de medicamentos sin prescripción médica y una sensación de deterioro en salud actual comparado con la de los últimos meses, lo que nos lleva a reflexionar que es importante efectuar un rescate oportuno de los pacientes inasistentes evaluar el contexto en el cual se está desarrollando actualmente y entregar oportunidades para que este retome sus controles y logremos evitar que su vida termine con una descompensación de su patología, asociado principalmente a la ideación suicida con la cual podría llevar a un desenlace fatal, tal como discapacidad por enfermedad invalidante, hasta el suicidio.

En la actualidad el escenario donde se enmarca el Programa de Salud Mental supone cambios en las acciones asistenciales que realizan los profesionales, donde a pesar que se plantea la continuidad de atención del paciente, existe una dicotomía en cuanto a los lineamientos emanados por las directrices del Ministerio de Salud, considerando que las metas del programa como tal, consideran entregar el alta a cierto porcentaje de usuarios, sin propiciar el bienestar actual del paciente y los factores de riesgo que subyacen a éste. Desde esta mirada y como profesionales de la salud pública, se considera necesario realizar un cambio en la mirada de atención integral en el usuario, donde se debe considerar su bienestar biopsicosocial, velando por el adecuado seguimiento del paciente en coordinación con entidades asistenciales que apoyen la continuidad de la atención, lo que deja de lado el vincular al usuario netamente a un indicador de desempeño propio del sistema público actual.

Así como también, es necesario precisar que la información obtenida pone en manifiesto la constante delegación de responsabilidad existente en la

salud, donde el bienestar del individuo se ve afectado por el cumplimiento de indicadores asistenciales que no se encuentran a fin con el propósito del programa, el cual deviene en el brindar una atención integral al usuario y la familia.

Por lo anterior, la continuidad de los cuidados debe ser el eje central en el quehacer diario de los profesionales, donde se debe considerar la vinculación con otras organizaciones, el apoyo del usuario y su familia en el diario vivir, conformando de esta manera una integración de servicios asistenciales y por ende, conformándose como un componente implícito en la calidad de atención al usuario.

De lo anteriormente mencionado es posible destacar, que el programa contribuye a fortalecer la noción de continuidad asistencial, sin embargo aún falta articular lineamientos tanto interna como con el extra sistema, lo cual permita realizar un trabajo mancomunado, integral, con el fin último de proporcionar una calidad en atención que oriente como desafío no realizar una fragmentación en los cuidados sanitarios de las personas, sino más bien a realizar un trabajo integrativo como proceso de operatividad entre las diversas organizaciones y el trabajo con la comunidad.

Como parte de este proceso, se espera efectuar la difusión de los resultados de esta revisión al equipo multidisciplinario del Programa de Salud Mental, con la finalidad de unificar criterios de práctica en la continuidad de atención directa con los usuarios, permitiendo de esta manera construir instrumentos que puedan ser utilizados para el desarrollo de redes en la comunidad, generando un lazo directo con el usuario y su familia, potenciando de esta manera factores protectores los cuales propician una calidad integral en la atención a lo largo de todo su ciclo vital.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2016). *Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta edición*. Arlington, VA.: American Psychiatric Association Publishing.

Araya, C., Andrade, G., Dagnino, P., Molina, Y., & Tapia, A. (2008). Capítulo 5: Desde la investigación en psicología clínica. *En Salud Mental: Práctica clínica en un centro universitario* (pp. 223-244). Santiago, Chile: Ediciones UC.

Candia, C. (2013). *Salud mental en la atención primaria de salud: orientaciones. Dirigido a los equipos de salud*. Octubre 26, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <https://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/OrientacionesSaludMentalparaelequipodeAPS2015.pdf>

Departamento de epidemiología. (2018). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Segunda entrega de resultados*. Noviembre 13, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180131/asocfile/20180131233128/2_resultados_ens_minsal_31_01_2018.pdf

Departamento de salud mental y abuso de sustancias. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Octubre 17, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Dois, A., Ojeda, I., Vargas, I., Larrea, M., Quiroz, M., Rodríguez, M., Varela, M., Niveló, M., Mercado, R., & Menares, V.. (2012). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Octubre 20, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

García, B., & Ortiz, A.. (2002). Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, pp. 27-36.

García, I., Merino, B., & Silva, J.. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Octubre 18, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=E639E183C96A642FFF51A02A654BF87E?sequence=1

Gobierno de Chile. (2010). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Octubre 25, 2018, de Gobierno de Chile Sitio web: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P.. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill Education.

Hosman, C., Jane-Llopis, E., & Saxena, S.. (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y Opciones de Políticas*.. Octubre 21, 2018, de Organización Mundial de la Salud - Oxford University Press Sitio web: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Irarrázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J.. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22, pp. 37-50.

Mingote, J., Del Pino, P., Sánchez, R., Gálvez, M., & Gutiérrez, M.. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, pp. 188-205.

Ministerio de Salud. (2013). Guía clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más. Octubre 30, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). Modelo de Gestión: Red temática de Salud Mental en la red general de salud. Octubre 21, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf

Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds (1994). Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva. Washington, National Academy Press

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos. 48.a edición*. Octubre 17, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=1>

Rojas, M.. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Octubre 18, 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Subsecretaria de redes asistenciales división de atención primaria. (2017). *Programa salud mental en la atención primaria de salud*. Octubre 29, 2018, de Ministerio de Salud.

Vallebuona, C. (2011). *Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud, y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)*. Octubre 06, 2018, de Gobierno de Chile Sitio web: http://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630_recurso_1.pdf

Vicente B., Kohn R., Rioseco P., Saldivia S., Levav I., & Torres S. (2006, Agosto 01). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *The american journal of psychiatry*, 163, pp. 1362-1370.

Vicente B., Saldivia S., & Pihán R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22, pp. 51-61.

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta Usuarios con Diagnostico Depresión Pasivos

Programa Salud Mental

Antecedentes Encuestado

Nombre:

Edad: _____ Rut: _____

Teléfono:

Dirección:

Preguntas Encuesta:

- 1- ¿Cuál es su ocupación actual?
 - a- Dueño (a) de casa
 - b- Trabajador dependiente
 - c- Trabajador independiente
 - d- Cesante
 - e- Pensionado (vejez)
 - f- Pensionado por invalidez
- 2- ¿Cuál es el motivo por el cual usted no asistió al último control con medico de salud mental al cual fue citada?
 - a- Por falta de tiempo
 - b- Olvidó que estaba citada
 - c- No deseaba seguir controlándose
 - d- No le gustó el trato que recibió en su atención
 - e- Otro: _____
- 3- ¿Usted debía tomar medicamentos para controlar su depresión?
 - a- Sí
 - b- No
- 4- ¿Usted toma algún medicamento actualmente para controlar su depresión?
 - a- Sí
 - B- No
- 5- Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cómo obtuvo su receta para acceder a los medicamentos?
 - A- Fue Recetada por medico particular

- B- Los compré sin receta medico
- C- Los entregaron en el CESFAM Mostazal
- D- Otro: _____

- 6- ¿Cómo se siente usted actualmente?
 - a- Igual que la última vez que asistió a control
 - b- Mejor que La última vez que asistió a control
 - c- Peor que la última vez que asistió a control
 - d- Mucho peor que la última vez que asistió a control
- 7- ¿le gustaría retomar sus controles con médico para mejorar su condición actual de salud?
 - A- Sí
 - B- No
- 8- ¿Usted considera que se relaciona bien con el entorno (familia, amigos, vecinos, trabajo, otros)?
 - a- Sí
 - b- No

Encuesta a aplicar a familiar Directo:

- 1- ¿Qué parentesco tiene usted con el paciente?

- 2- ¿Cómo considera usted que está la salud de su familiar?
 - a- Mejor desde la última vez que asistió al control medico
 - b- Pero desde la última vez que asistió a control con medico
 - c- Igual desde la última vez que asistió a control con medico
- 3- ¿Cómo considera usted que se relaciona y comunica el paciente con el resto de la familia?
 - a- Bien
 - b- Mal
- 4- ¿Durante el último tiempo usted lo ha visto llorar o presentar una conducta que indique que su ánimo está deprimido?
 - a- Sí
 - b- No
- 5- ¿Usted cree que su familiar debiese retomar los controles con médico para mejorar su salud mental actual?
 - a- Sí
 - b- No

Anexo 2

Flujograma Propuesto al Programa Salud Mental

