

INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN CONSULTANTES EN UN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO

(Rev GPU 2015; 11; 3: 295-299)

Juan Carlos Almonte¹, Carlos García²

A partir de la década de los años 1990 se inicia en Chile el movimiento de reforma en Salud Mental. El Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2000) (1) ha sido la concretización de las políticas en esta área. Esto determinó, entre otras acciones, un desplazamiento progresivo de recursos desde los hospitales psiquiátricos –que ofrecían servicios para usuarios de extensas áreas geográficas– hacia la atención primaria y secundaria de salud, permitiendo el manejo de comunidades más pequeñas a nivel local. Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) junto a los Consultorios de Atención Primaria son los dispositivos que concentran la mayor cantidad de Recursos Humanos dedicados a la atención de Salud Mental en el Sistema de Salud Pública chileno (2). Al revisar la literatura nacional no se encuentran publicaciones que analicen el perfil de pacientes atendidos en el nivel especializado local (particularmente en el nivel secundario, representado por los COSAM). Este trabajo es una descripción de prevalencia de patología psiquiátrica de pacientes referidos a un COSAM de la Región Metropolitana (La Reina). Para esto se revisaron todos los casos de adultos ingresados al centro durante el año 2011. De esta forma, este trabajo pretende ser una primera aproximación epidemiológica de la población adulta consultante en los Centros Comunitarios de Salud Mental, con el fin de identificar los desafíos clínicos actuales específicos en el ámbito de la atención secundaria.

¹ Médico Psiquiatra, MSc en Teoría Psicoanalítica. jcalmonte@gmail.com.

² Psicólogo Clínico, Magíster en Psicología Clínica de Adultos, línea psicoanalítica.

CARACTERÍSTICAS DEL COSAM DE LA REINA

El COSAM, como institución, existe en la comuna de La Reina desde comienzos de la década de los años 1990, ocupando las dependencias que hasta ese momento eran utilizados por un Centro Comunitario para Adolescentes. Geográficamente, el COSAM está ubicado al interior de la Villa La Reina, desarrollo urbano que inicia su construcción el año 1966.

El centro, que atiende a los usuarios de los dos sectores, depende técnicamente del Servicio Metropolitano Oriente del Ministerio de Salud (SSMO) y se rige por los lineamientos definidos en el Plan Nacional de Salud Mental (1).

Administrativamente depende de la Corporación de Desarrollo asociada al municipio. Durante el año 2011 los recursos profesionales para la población adulta estaban constituidos de la siguiente forma (en horas semanales): 66 horas de Psicólogo, 51 horas de Psiquiatra, 33 horas de Terapeuta Ocupacional y 22 horas de Asistente Social. Para el ingreso de los pacientes se organiza una entrevista de una hora cronológica de duración, en la que participa un(a) Psicólogo(a) y un(a) Psiquiatra. Este equipo plantea su hipótesis diagnóstica y elabora un plan de trabajo inicial. Luego las atenciones psicológicas subsiguientes tienen una duración de una hora y las psiquiátricas de treinta minutos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de las fichas clínicas de todos los pacientes mayores de 16 años ingresados en el

COSAM de La Reina entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011. La recopilación de datos se realizó entre enero y junio de 2012, y se consideró toda la información consignada en la ficha entre el ingreso y la fecha de revisión de esta. Se extrajo de los registros los datos demográficos básicos (edad, sexo, nivel de educación, actividad y estado civil), el centro referente y se consignó el diagnóstico psiquiátrico principal asignado al ingreso, así como la comorbilidad psiquiátrica y médica. Se exploró la ficha completa en búsqueda de cambios respecto a la hipótesis diagnóstica principal; en estos casos el diagnóstico consignado fue el último. Se consideraron todos los diagnósticos comórbidos que aparecían en la ficha, en el mismo orden que estuviesen anotados. En la revisión de fichas se consideraron además los antecedentes de suicidalidad de cada usuario (i.e. gestos autolíticos remotos y/o actuales, ideación suicida contemporánea). Por último, se identificaron los planes de tratamiento diseñados al ingreso de cada caso, incluyendo en este punto las referencias (o contrarreferencias) hechas a otros niveles de atención o instituciones tras la primera entrevista.

Solamente se usó información proveniente directamente de la ficha clínica, por lo tanto se dejó fuera aquella información que se encuentra disponible en los sistemas computacionales para el manejo administrativo de los casos. Los diagnósticos consignados son clínicos y pueden variar con los registrados para efectos administrativos.

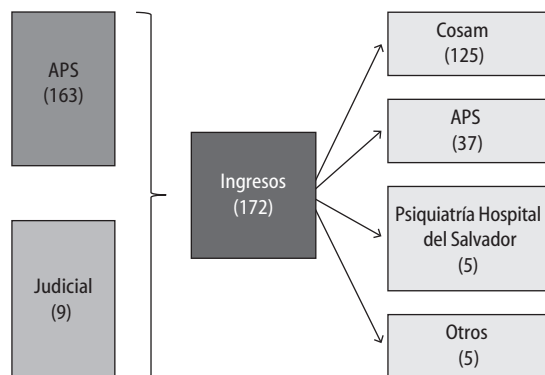


Figura 1. Flujograma de ingresos a COSAM, año 2011

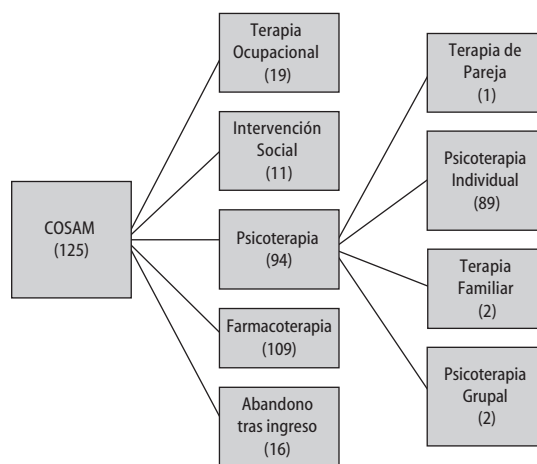


Figura 2. Detalle flujograma de intervenciones indicadas tras ingreso a COSAM, año 2011

Tabla 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE TODOS LOS INGRESOS DEL AÑO 2011 AL COSAM DE LA REINA

Género	Femenino	76,7
	Masculino	23,3
Edad	16-24	16,9
	25-34	16,9
	35-44	20,3
	45-54	22,7
	55-64	11,0
	65+	12,2
Educación (máximo nivel alcanzado)	Sin educación	0,58
	Básica	14,0
	Media	36,0
	Superior	40,7
	Sin datos	8,72
Estado Civil	Casado / Conviviente	43,0
	Pareja sin convivencia	7,6
	Soltero	27,9
	Anulado / Separado	14,5
	Viudo	5,8
	Sin datos	1,2
Trabajo	Trabajo remunerado	53,5
	Trabajo no remunerado	15,1
	Cesante	11,6
	Jubilado / Pensionado	7,6
	Estudiante	10,5
	Sin datos	1,7

RESULTADOS

Durante el año 2011 ingresaron 172 pacientes (76,7% mujeres) mayores de 16 años al COSAM de La Reina. La principal fuente de referencia fueron los dos Consultorios de Atención Primaria de la comuna: 163 casos fueron derivados desde este nivel. Las 9 personas restantes fueron referidas desde el poder judicial, ya sea para evaluaciones diagnósticas o para inicio de tratamiento. A un 72,7% de los ingresos se les propuso continuar tratamiento en el Cosam. El flujograma completo se muestra en Figuras 1 y 2.

Descripción socio-demográfica

El 43% de los casos se encontraba en relación de pareja viviendo bajo el mismo techo (matrimonio o convivencia), mientras que un 48,3% declaró no tener pareja. Un

Tabla 2

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL EN CATEGORÍAS CLÍNICAS DE TODOS LOS INGRESOS DEL AÑO 2011 AL COSAM DE LA REINA

Trastorno de la Personalidad	25,6
Trastorno depresivo	19,8
Trastorno adaptativo	9,9
Trastorno ansioso	9,3
Disfunción familiar	8,1
Esquizofrenia y psicosis	6,4
Trastorno afectivo bipolar	5,8
Trastorno de déficit atencional	4,7
Deterioro orgánico cerebral	4,1
Abuso y dependencia de alcohol y drogas	2,9
Trastorno alimentario	1,2
Sin diagnóstico psiquiátrico	2,3

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN DE TODOS LOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS A LOS INGRESOS DEL AÑO 2011 AL COSAM DE LA REINA

Trastorno de la Personalidad	50
Disfunción familiar	34,9
Trastorno depresivo	27,3
Trastorno adaptativo	19,2
Trastorno ansioso	18
Abuso y dependencia de alcohol y drogas	18
Deterioro orgánico cerebral	8,1
Esquizofrenia y psicosis	7,6
Trastorno afectivo bipolar	7
Trastorno de déficit atencional	5,8
Trastorno alimentario	1,7
Sin diagnóstico psiquiátrico	2,3

40,7% de los consultantes había completado estudios superiores (técnicos o universitarios). Respecto a la situación ocupacional, un 53,5% trabajaba remuneradamente (considerando jornadas completas y parciales). En la Tabla 1 se entregan más detalles sobre la constitución sociodemográfica de la población estudiada.

Diagnóstico psiquiátrico y comorbilidad

Del total de pacientes ingresados (172) solamente 4 no cumplían con criterios para diagnosticar algún trastorno psiquiátrico. En el 72,1% de los casos se diagnosticó al menos una condición psiquiátrica comórbida y un 4,7% recibió cuatro diagnósticos psiquiátricos. En

la Tabla 2 se muestra la distribución del diagnóstico principal en categorías clínicas. La Tabla 3 muestra el agregado de todos los diagnósticos realizados. Por lo tanto en esta tabla se representa qué proporción de los pacientes recibió un diagnóstico de la categoría. Los Trastornos de la Personalidad representan el diagnóstico más frecuente, tanto al considerar solo diagnóstico principal como en la sumatoria de diagnósticos.

En cuanto a la comorbilidad médica, un 25% presentaba diagnóstico de Hipertensión arterial y un 14,5% Diabetes Mellitus, representando las dos principales condiciones comórbidas. Un 10,5% tenía antecedentes de hipotiroidismo.

Al momento del ingreso se consignó ideación suicida, o antecedentes de ideación y/o conducta autolítica en el pasado, en 40 pacientes. De estos, 35 (29 mujeres) presentaban suicidalidad activa (ideación y conductas autolíticas contemporáneas al momento de la evaluación). Al momento de la revisión de fichas (enero a junio de 2012) se encontró solo un caso de suicidio consumado. El diagnóstico más común entre aquellos casos con suicidalidad activa fue Trastorno de la Personalidad (51,4%).

DISCUSIÓN

Este trabajo representa la primera descripción epidemiológica de la población adulta atendida en un Centro Comunitario de Salud Mental y Familiar chileno (COSAM). Es un estudio descriptivo retrospectivo, por lo tanto recoge la información tal como fue registrada en la ficha clínica. Esto trajo consigo ciertas dificultades técnicas, pues si bien existe una ficha de ingreso estandarizada, no hay consenso entre los profesionales del equipo en la forma de registrar los diagnósticos en términos de una nosología única. Lo anterior obligó a reducir a categorías diagnósticas amplias, perdiendo cierto nivel de especificidad.

Probablemente, el dato más relevante del estudio es la alta frecuencia del diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (50%), incluso al considerar solamente el diagnóstico principal realizado a cada consultante (25,6%). De la misma forma destaca la alta incidencia de disfunción familiar (34,9%) siendo el segundo diagnóstico más realizado. Detrás quedan los diagnósticos que forman parte del plan GES; se diagnosticó Trastorno Depresivo a un 27,3% de los pacientes, Trastorno Bipolar a un 7% de estos (en el año 2011 no estaba activo el GES de Trastorno Bipolar) y solo dos casos fueron ingresados con diagnóstico de Esquizofrenia Primer Brote.

Es una debilidad del presente trabajo la baja sistematización en el ejercicio diagnóstico, debido a que los datos obtenidos son naturalísticos. Esto permite cuestionar en cierto grado la consistencia de los diagnósticos consignados, en especial respecto a la personalidad del consultante. Muchas veces el diagnóstico de las condiciones del carácter implica estudios psicodiagnósticos que no están disponibles como recurso para todos los pacientes consultantes, así como de observaciones clínicas prolongadas. Reconociendo estas limitaciones del presente reporte, es aún interesante considerar los resultados aquí expuestos en cuanto dan cuenta de un modo de pensar la clínica desde un Centro Comunitario de Salud Mental y Familiar.

Los datos recopilados permiten plantear que sería necesario reconsiderar la organización de los recursos destinados a brindar servicios de salud mental a la comunidad consultante en este nivel de atención. Si solo consideramos los diagnósticos GES existentes al momento del levantamiento de la información, se observa que estos corresponden a menos del 40% del diagnóstico de los consultantes. Esta información cuestiona la focalización de recursos que viene definida por la política GES en Salud Mental, dejando fuera por ejemplo a los Trastornos de Personalidad, que en este estudio representan a la mitad de los diagnósticos realizados en la población consultante. Lo anterior adquiere relevancia considerando que el manejo clínico de las personas con diagnóstico de Trastorno de Personalidad suele ser de mayor complejidad técnica y duración en el tiempo.

Al revisar el tipo de prestaciones que con mayor frecuencia se ofrecen en el COSAM en estudio, se puede concluir que un 87% de los usuarios recibieron indicación de farmacoterapia y a un 71% se le indicó psicoterapia individual, mientras que otro tipo de atenciones disponibles (terapia ocupacional, apoyo social) se ofrecieron a menos de un 20% de los pacientes. Si consideramos la alta prevalencia de disfunción familiar, es llamativo que solo un 10% de los casos hayan recibido la indicación de algún tipo de intervención familiar o social.

Uno de los aspectos problemáticos que se detecta a propósito de los datos obtenidos es lo inespecífico de la asignación del diagnóstico Trastorno de Personalidad al momento de la evaluación. Esto conlleva una merma en la posibilidad de perfilar con mayor precisión la descripción epidemiológica de la población consultante y a su vez diseñar estrategias de intervención más acordes con las características particulares de cada paciente.

Creemos que la información obtenida en el presente estudio es un primer intento de describir el tipo de personas que consultan en los Centros de Salud Mental comunitarios en Chile. Este estudio destaca la necesidad de reconsiderar a los Trastornos de Personalidad dentro de las políticas públicas y estrategias de intervención en salud mental, sobre todo teniendo en cuenta la complejidad clínica y terapéutica, riesgos asociados en términos de suicidio y la tendencia a un curso más prolongado que otro tipo de cuadros.

REFERENCIAS

1. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, MINSAL, Santiago de Chile, 2000
2. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile, Minoletti A. *et al.* *International Journal of Mental Health* 2012; 41(1): 21-37
3. Plan de Desarrollo Comunal de La Reina (PLADECO), 2012
4. Estadística de asegurados del Fondo Nacional de Salud, según Región, Servicio de Salud, Comuna, Grupos de Ingreso y Sexo y su participación en población total nacional, a Diciembre de 2010. Información obtenida del sitio web de Fonasa (www.fonasa.cl)