

Experiencia en la implementación de un Policlínico de Choque de Salud Mental en un establecimiento de atención primaria

Experience of implementing a Mental Health First Response Polyclinic in a Primary Health Center

Pablo Aravena Cereceda¹
Patricio Ruiz González²

Resumen

Se presenta la experiencia en la implementación de un Policlínico de Choque de Salud Mental en un establecimiento de atención primaria de la comuna de Lo Espejo. Este Policlínico fue creado con el objetivo de disponer de una evaluación completa en salud mental de aquellos pacientes que, por la complejidad inmediata pesquisada durante otra atención de salud, o la necesidad de reconocimiento temprano de condiciones riesgosas en salud mental, requieren una intervención precoz.

Se presentan las principales características y condiciones establecidas para el inicio del funcionamiento de este Policlínico, y se describe la experiencia de los primeros 50 pacientes enviados a evaluación, en cuatro meses de atención durante el 2010.

Entre los principales resultados destaca la alta asistencia a la evaluación (82%), con mayor porcentaje de mujeres (70%), el corto tiempo de espera (2,1 días actualmente), la diversidad en la distribución por edad, por sector, y por profesional derivador. Por otra parte, destaca como principal causa de derivación la necesidad de evaluación del riesgo suicida (36%). Sólo el 7% (3 pacientes) fueron enviados al Servicio de Urgencia Psiquiátrica. Cuatro pacientes ya han sido dados de alta del Programa de Salud Mental.

Podemos concluir que la creación de este Policlínico parece una buena alternativa para responder a las necesidades de atención de casos complejos en salud mental, de un modo precoz que permita una intervención temprana y orientar el tratamiento por parte del establecimiento.

Palabras clave: Salud Mental, Asistencia en Salud Mental, Servicios de Salud Mental Comunitarios, Síntomas Psíquicos, Psiquiatría comunitaria, Atención Primaria de Salud.

Abstract

We have implemented a "Mental Health First Response Clinic" in one of the Primary Health Care Centres of the Municipality of Lo Espejo in Santiago. Its objective is to provide a complete assessment of patients in need of an immediate intervention due to the complexity of their mental health status or related risk factors. These cases are referred by health professionals of the same or other centres of the Municipality.

We describe the main features of the Clinic and the requisites for referral, as well as the experience gathered from the first four months of functioning, during which fifty patients were derived to it.

Results: The attendance of cases referred was 82%, much higher than the usual rate of attendance of psychiatric patients in primary care centres. The waiting time was short: an average of 2,1 days, much lower than the usual delay. The main cause for derivation was suicidal risk assessment (36%). Only three patients (7%) were finally sent to the Psychiatric Emergency Unit at

Recibido el 24 de enero de 2011. Aceptado el 17 de Marzo de 2011

1 Médico Cirujano, CESFAM Julio Acuña Pinzón Lo Espejo. Residente Psiquiatría Adultos Complejo Asistencial Barros Luco, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile. Correspondencia a: pabloaravena.md@gmail.com

2 Médico Cirujano, CESFAM Julio Acuña Pinzón Lo Espejo. Residente Medicina Interna Complejo Asistencial Barros Luco, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

the area main hospital. At the end of the observation period, four patients had already been discharged from the Mental Health Program of the PHC Centre.

Key words: Mental Health, Mental Health Assistance, Community Mental Health Services, Symptoms, Psychic, Community Psychiatry, Primary Health Care

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental en todo el mundo ha sido desde hace largos años un área de gran impacto en la carga asistencial de la atención primaria de salud, y Chile no es la excepción¹. No sólo eso, también es de gran impacto en los años de vida potencial perdidos², así como también el impacto que tiene la salud mental en las enfermedades crónicas no transmisibles es innegable³. Sin embargo, esto no es acompañado de un refuerzo y promoción de las actividades e intervenciones realizadas en este aspecto de la salud^{4,5}. Las cada vez mayores necesidades de la población en cuanto a mejorar su salud mental, así como intervenir sobre sus determinantes biopsicosociales, hacen imperativo que empecemos a buscar alternativas de promoción y prevención en esta área, así como también mejorar el acceso a servicios más especializados o, por lo menos, a intervenciones que dediquen las condiciones mínimas necesarias para una correcta y completa evaluación en esta área.

Es así como el 6 de enero de 2010 se crea en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Julio Acuña Pinzón de Lo Espejo el Policlínico de Choque de Salud Mental. Este nace ante la observación de las dificultades –y el escaso interés– mostrado por los trabajadores en salud de la atención primaria por dar una correcta y muchas veces suficiente solución a personas que presenten una alteración de su estado mental. Su principal objetivo es evaluar aquellos pacientes que, por la complejidad de su estado mental encontrado durante su atención de salud, o por la presencia de condiciones de riesgo para su salud mental, requieran una evaluación completa e integral en esta área, de modo que permita una intervención precoz y orientar el tratamiento entregado por el establecimiento. Esta actividad es realizada por un Especialista en Psiquiatría Adultos en formación mediante el Programa de Especialización con desempeño en la Atención Primaria Urbana, individuo capacitado en forma progresiva para la realización de

atención y evaluación más completa en el área de la salud mental, como se ha definido en los alcances de dicho programa de formación⁶.

Lo primero a dejar en claro respecto a este objetivo es que no se trata de una atención de urgencia propiamente tal. Cualquier estado mental en que la persona presente un riesgo evidente de daño a su integridad física o a la de otros se debe considerar como urgencia psiquiátrica y por lo tanto seguir los caminos correspondientes en cuanto a su derivación a un Servicio de Urgencia Psiquiátrica en el Hospital General. En este caso, el Policlínico de Choque se encuentra inserto dentro de las actividades del Programa de Salud Mental del CESFAM. El Programa de Salud Mental funciona cuando un profesional del consultorio recibe un paciente con necesidad de evaluación o diagnóstico de patología de salud mental, y requiere su control por profesionales en esa área. Así, es enviado a Ingreso de Salud Mental, solicitando mediante papel de citación su cupo en el SOME, que cada fin de mes abre los cupos fijos de Salud Mental para el mes siguiente, y una vez completos dichos cupos, las personas –independiente de su derivación– deben esperar al mes siguiente, o en su defecto y de ser necesario, se les cita al control de morbilidad general. El Ingreso de Salud Mental es realizado conjuntamente por el médico con la psicóloga y en ocasiones el Asistente Social, desde donde se define su diagnóstico y plan de tratamiento –o derivación de ser necesaria a otros niveles de atención–. Además el Programa de Salud Mental realiza los Controles de Salud Mental por médico; evaluaciones, controles y tratamiento por Psicóloga, intervenciones y orientaciones por Asistente Social, talleres para padres e hijos con Síndrome de Déficit Atencional, entre otros. Tiene nexos con el Centro de Salud Mental (CESAM) de la comuna, con el Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco, y con Centros de tratamiento de dependencias, los cuales funcionan de modo variable en su interrelación. Dentro de este contexto, el Policlínico de Choque va orientado a una

evaluación clínica precoz, más completa que la realizada en una atención común por cualquier profesional del consultorio y que, por lo tanto, permita una mejor decisión en cuanto a la intervención necesaria con dicho paciente.

Lo segundo a aclarar a modo introductorio, es que el Policlínico de Choque de Salud Mental no tiene por objetivo transformarse en la única actividad asistencial de atención en salud mental del establecimiento, sino que por el contrario, interesa posicionarlo como un nivel de atención más especializado que permita orientar las intervenciones realizadas y realizables por los otros profesionales encargados de la atención de salud del lugar, y de paso contagiar el interés por la salud mental y su importancia para la evolución de otras condiciones de salud. Los autores no conocemos experiencias similares de actividades de este tipo, con una atención de forma continua a nivel primario para este tipo de casos.

METODOLOGÍA

La atención del Policlínico de Choque de Salud Mental fue realizada por el médico encargado del Policlínico de Choque, con especial formación en salud mental, realizando su especialidad en Psiquiatría Adultos bajo la modalidad de Especialización con desempeño en la Atención Primaria Urbana.

Se estableció un período de difusión y promoción de la existencia de esta actividad, desde Enero 2010 a Febrero 2010, siendo su implementación completa en Marzo de 2010. Los cupos semanales otorgados fueron asignados en coordinación con la Jefatura de Sector y Dirección del Establecimiento, comenzando con cinco cupos semanales, siendo en Octubre de 2010 aumentados a ocho cupos semanales distribuidos en cuatro días de la semana.

El registro de los pacientes enviados a evaluación se realizó por el mismo encargado del Policlínico de Choque, quien a su vez confeccionó su agenda de pacientes con copia en el Servicio de Recepción y Estadística (SOME) para el registro de las actividades. Esto para resguardar la privacidad y confidencialidad de los casos presentados.

La persona que en la consulta de salud general pesquísó una condición de riesgo o alteración del estado mental del paciente presentó el caso al médico encargado, siendo éste quien definiera la pertinencia de la derivación, basado en las indicaciones establecidas previo al inicio de su funcionamiento. (Tabla 1) En caso de no ser pertinente la derivación, se estableció un protocolo de quién y cómo debe continuar la atención del caso. (Tabla 2) Al paciente se le informó de la existencia de este Policlínico previo a su derivación a esta entidad. No se realizó consentimiento informado escrito por parte de los usuarios, por tratarse de una atención clínica establecida como actividad habitual del centro dentro del Programa de Salud Mental, tal como se realizan las derivaciones a los demás programas.

Una vez aceptado el caso, el médico encargado del Policlínico de Choque de Salud Mental realizó la evaluación, con un rendimiento de dos pacientes por hora, siendo de todas formas el tiempo entregado a cada atención evaluado caso a caso. Para la evaluación se definieron requisitos para una mejor atención. (Tabla 3)

La evaluación consistió en una entrevista clínica enfocada en aspectos biopsicosociales, una anamnesis remota personal y familiar detallada, y finalmente un examen mental completo. En caso de venir el paciente con un tercero, se entrevistó al acompañante manteniendo la confidencialidad salvo en casos de riesgo de autoagresión o heteroagresión.

Se confeccionó mediante Excel una planilla de registro de los pacientes evaluados, de modo tal que se seleccionó a 50 pacientes evaluados los meses de Enero, Febrero, Marzo y Octubre 2010 para la caracterización de los resultados. Por motivos de falta de registro, se excluye en los resultados presentados a pacientes evaluados entre los meses de Abril y Septiembre de 2010. Esto por motivos del cambio de rotación del especialista en formación, quien acudió en ese período a su centro formador, y dadas las necesidades de atención del centro de salud en dicho lapso, no se pudo registrar las atenciones de este tipo, dado que no fueron formalmente establecidas.

TABLA 1.
Indicaciones de evaluación Policlínico de Choque de Salud Mental^(a)

INDICACIONES:

- Pacientes evaluados por consultoría psiquiátrica que requieran seguimiento estrecho.
- Pacientes contrarreferidos desde CABL (CDT, U. Corta Estadía u otros) en los que se indique seguimiento estrecho.
- Pacientes con síntomas psicóticos (con o sin dg. Previo) que:
 - Han perdido sus controles en CABL.
 - Descompensados o refractarios a tratamientos en APS.
 - Asocian consumo de alcohol y/o otras drogas.
 - Presentan reacción adversa a algún fármaco.
- Pacientes con sospecha o dg de trastorno del ánimo (depresión, t.bipolar, distimia, otros) que:
 - Refieren o se sospecha ideación suicida, sin factores de riesgo, con red de apoyo y vigilancia, más contrato de no autoagresión ni heteroagresión y que NO CUMPLA CRITERIOS DE DERIVACIÓN INMEDIATA A S.URGENCIA para evaluación por psiquiatra.
 - Control posterior a intento o gesto suicida reciente, YA evaluado en S. Urgencia CABL.
 - Ideación suicida persistente luego de tratamiento indicado por psiquiatra o en S. Urgencia, y que NO CUMPLA CRITERIOS DE DERIVACIÓN INMEDIATA A S.URGENCIA. (con contrato de no auto ni heteroagresión)
 - Reacción adversa a algún fármaco.
 - Presentan síntomas depresivos o psicóticos hasta 4 semanas posterior al parto, o más previa evaluación por psicóloga del sector.
- Pacientes con dg o tratamiento por psiquiatría infantil que requieran seguimiento especial, previa evaluación y presentación de caso por psicóloga del sector.
- Pacientes con consumo de alcohol y/o otras drogas con compromiso biopsicosocial moderado o severo, previa evaluación por asistente social del sector.
- Pacientes con trastorno de personalidad, que requieran seguimiento estrecho previa evaluación y presentación del caso por psicóloga del sector.
- Pacientes postrados con patología de salud mental diagnosticada y que se encuentren descompensados. O pacientes evaluados en visita domiciliaria que requieran visita con control por médico de salud mental. (ambos casos requieren doble cupo y movilización)
- Pacientes con demencia más: auto/heteroagresividad, curso rápido y/o sin controles CABL
- Otros casos especiales, discutidos como equipo.

(a) CABL: Complejo Asistencial Barros Luco (Hospital)

TABLA 2.
Indicaciones de NO evaluación por Policlínico de Choque Salud Mental, y orientación de derivación pertinente para atención de salud^(b)

NO SON INDICACIONES DE ATENCIÓN EN POLI CHOQUE SALUD MENTAL:

- Pacientes dependientes de fármacos (benzodiazepinas, antidepresivos, antipsicóticos, u otros) que no cumplan con alguno de los criterios mencionados anteriormente. (Estos pacientes deben evaluarse en control habitual por médico de salud mental)
- Pacientes con consumo de alcohol y/o otras drogas sin compromiso biopsicosocial moderado ni severo (previa evaluación por asistente social) (Deben evaluarse por médico en hora por morbilidad)
- Pacientes con demencia que no cumplan criterios mencionados previamente (Dar hora por morbilidad con médico)
- Pacientes con sospecha o dg de t. del ánimo (depresión, t.bipolar, distimia) que presenten

(b) CABL: Complejo Asistencial Barros Luco (Hospital)

IDEACIÓN SUICIDA CON FACTORES DE RIESGO:

- o Hombre >45 años
- o <18 años
- o Intentos previos de autoagresión
- o Antecedentes familiares de suicidio
- o Asocia consumo de alcohol y/o drogas
- o Comorbilidad psiquiátrica
- o Sin red de apoyo ni vigilancia estrecha
- o Impulsividad marcada
- o Déficit cognitivo (ej: Retraso mental)
- o Planificación suicida, en especial métodos de alta letalidad
- o Actos de despedida

ESTOS CASOS DEBEN ENVIARSE A S.URGENCIA CABL A EVALUACIÓN INMEDIATA POR PSQUIATRA CON INTERCONSULTA REALIZADA POR MÉDICO. LLAMAR A FAMILIARES, EXPLICAR A ACOMPAÑANTE INDICACIÓN, Y REFORZAR VIGILANCIA ESTRECHA DE SER POSIBLE. ADEMÁS FIRMAR CONTRATO DE NO AGRESIÓN POR PACIENTE Y ACOMPAÑANTE (FAMILIAR).

- Pacientes con síntomas anímicos o dg de t.ánimo que asocian:
 - o Síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas delirantes, conductas bizarras, otros)
 - o Abuso de alcohol y/o drogas
 - o Suicidalidad (ver punto anterior)
 - o Viraje de depresión → manía espontáneo o inducido por fármacos
 - o Episodio maniaco (con o sin dg previo de bipolaridad)
 - o Depresión en paciente con dg previo de t. bipolar.

ESTOS CASOS CORRESPONDEN A SOSPECHA DE DEPRESIÓN SEVERA, DEBE DERIVARSE A PSQUIATRA (URGENCIA O VÍA CUPO GES, SEGÚN EL CASO) PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA, Y DEBE FIRMAR CONSTANCIA GES.

- Intoxicaciones o intentos suicidas actuales que NO hayan sido evaluados por médico en servicio de urgencia previamente. **(DEBE EVALUARSE EN S.URGENCIA)**
- Lesiones por VIF o abuso sexual que no han sido evaluadas y constatadas por médico previamente en un servicio de urgencia.

TABLA 3.**Requisitos para la atención del Policlínico de Choque de Salud Mental^(c)****REQUISITOS Y CONDICIONES:**

- Paciente debe venir a su citación acompañado por familiar y/o adulto responsable para una mayor resolución. De no existir, debe plantearse en el momento de presentar el caso.
- Si el paciente pertenece al programa de Salud Mental, debe acudir a citación con ficha y cartola de salud mental, además de carnet de control.
- Si el paciente no pertenece al programa de Salud Mental, debe acudir a citación con ficha.
- Si el paciente se controla en CABL o CDT, debe acudir con el nombre del médico tratante (idealmente)
- Si el paciente toma fármacos de Salud Mental, debe traerlos el día de la citación.
- En caso de no poder asistir a citación, paciente o familiar debe avisar con antelación.
- Si el paciente no acude el día y hora citado, se consignará por escrito en la ficha para fines de responsabilidad.
- Se esperará un máximo de 15 minutos desde la hora citada para la presentación del paciente.
- Las citaciones se llevarán en registro por el encargado, con copia en el SOME, para confirmar horas.

(c) CABL: Complejo Asistencial Barros Luco (Hospital)

RESULTADOS

Se analizaron los primeros 50 pacientes registrados como enviados a evaluación en el Policlínico de Choque de Salud Mental. Esto correspondió a los meses de Enero, Febrero, Marzo y Octubre de 2010. La tabla 4 resume algunas de sus características, que detallamos a continuación:

Sexo: Destaca un mayor porcentaje de mujeres (70% vs 30%) que fueron enviadas a evaluación al Policlínico de Choque de Salud Mental.

Sector: El sector con mayor cantidad de pacientes enviados fue el sector azul del consultorio (52%), seguido del verde (32%). Destaca que el porcentaje de pacientes se distribuye en relación con la población asignada con una mayor representación del sector azul (41% población asignada) y una baja representación del sector naranja (14% pacientes para el 26% de la población asignada).

Edad: El mayor porcentaje correspondió al rango entre los 40 y los 64 años (40%), el cual aumenta hasta un 78% si se aumenta el rango entre los 19 y 64 años. Llama la atención que un porcentaje no despreciable (14%), correspondieron a pacientes menores de edad.

Asistencia: El 82% de los pacientes enviados a evaluación, esto es, 41 pacientes, acudió al control en el Policlínico de Choque de Salud Mental. Un 18% (9 pacientes) no se presentó.

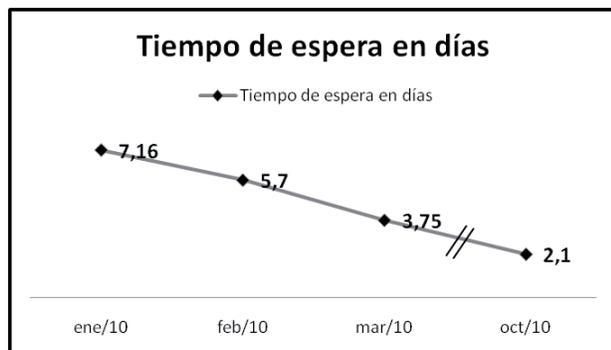
Derivador: De los profesionales que derivaron al Policlínico de Choque de Salud Mental, existió heterogeneidad, resaltando que un 46% de los pacientes derivados fueron enviados por otros médicos, seguido en un porcentaje importante (28%) por pacientes enviados por psicólogo(a). De igual modo, un 10% correspondió a derivaciones por no profesionales o desde otros dispositivos, como Unidades de Hospitalización de Corta Estadía, CESAM o Servicios de Urgencia.

TABLA 4.
Características de los pacientes enviados al Policlínico de Choque de Salud Mental.

		Nº PACIENTES	% DEL TOTAL (N=50)
SEXO	Femenino	35	70%
	Masculino	15	30%
SECTOR	Azul	26	52%
	Naranja	7	14%
	Verde	16	32%
	Universal	1	2%
EDAD	0-18	7	14%
	19-39	19	38%
	40-64	20	40%
	65 o +	4	8%
ASISTIÓ	Sí	41	82%
	No	9	18%
DERIVADOR	Médico(a)	23	46%
	Psicólogo(a)	14	28%
	Matrón(a)	2	4%
	Enfermero(a)	3	6%
	A.Social	3	6%
	Otros	5	10%

En el gráfico N°1 podemos apreciar la disminución del tiempo de espera por la atención en el Policlínico de Choque de Salud Mental en forma progresiva desde su implementación, con un inicio en el mes de Enero de 2010 de 7,16 días, para luego de la redistribución de cupos en los días de la semana, lograr un tiempo de espera en Octubre de 2010 de 2,1 días con 8 cupos semanales distribuidos en una hora diaria durante cuatro días de la semana. El tiempo de espera se definió como el tiempo entre que el paciente tuvo una atención de salud por algún profesional del consultorio y la fecha que se le citó a evaluación por el especialista en formación en el Policlínico de Choque, que en promedio de estos 50 pacientes citados a evaluación correspondió a 4,7 días.

GRÁFICO N° 1.
Tiempo de espera en días para evaluación por
Policlínico de Choque de Salud Mental. Se señala
intervalo sin registro de datos entre Abril y
Septiembre 2010.



La tabla 5 muestra la causa de derivación pesquisada en la atención de salud que provocó su envío a evaluación en el Policlínico de Choque de Salud Mental. Destaca en primer lugar la evaluación del riesgo suicida (36%), que sumada a trastornos conductuales(4%) y síntomas psicóticos (12%) muestra que la mitad de los casos enviados a evaluación (52%) es por causas graves potencialmente hospitalizables en un Servicio de Psiquiatría Especializada. También llama la atención que un 12% corresponde a patologías mentales en relación con el embarazo (pre y postnatal).

TABLA 5.
Causa de Derivación para evaluación en Policlínico
de Choque de Salud Mental.

CAUSA DERIVACIÓN		N° PACIENTES	% DEL TOTAL (N=50)
	Evaluación del riesgo suicida	18	36%
	Duda Diagnóstica	6	12%
	Patol y Embarazo	6	12%
	Síntomas Psicóticos	6	12%
	Descompensación Patología base	7	14%
	T conducta (agitación, agresividad)	2	4%
	RAM a fármacos SM	3	6%
	Otro	2	4%
	TOTAL	50	100%

Ya una vez evaluados, esto es, un total de 41 pacientes que asistieron, el principal diagnóstico encontrado

fue el trastorno del ánimo (30% sumando patología del ánimo pre y postnatal), seguido de la sospecha o diagnóstico de trastorno de la personalidad en un 20%, y Esquizofrenia en un 15%. Los trastornos ansiosos correspondieron a un 12% del total. Un 78% de los pacientes evaluados presentaba comorbilidad psiquiátrica, definida como la presencia de dos o más diagnósticos en el área de salud mental, según la clínica basada en el modelo dimensional. (Tabla 6)

TABLA 6.
Diagnósticos pesquisados en evaluación
por Policlínico de Choque de Salud Mental y
comorbilidad psiquiátrica.

		N° PACIENTES	% DEL TOTAL (N=41)
DIAGNÓSTICO	T ánimo (no emb)	8	20%
PRINCIPAL	T ánimo (emb)	4	10%
	T ansioso	5	12%
	T por sustancias	3	7%
	T conducta	1	2%
	EQZ	6	15%
	T personalidad	8	20%
	Patol Orgánica	3	7%
	T adaptativo	3	7%
	Otros	0	0%
	TOTAL	41	100%
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA	Sí	32	78%
	No	9	22%
	TOTAL	41	100%

Un 63% (26 pacientes) no necesitaron derivación a nivel secundario o terciario, o a un Servicio de Urgencia, siguiendo sus controles y tratamientos en salud mental en el mismo establecimiento. Un 20% (8 pacientes) requirieron evaluación por Psiquiatra a nivel secundario (CDT o CESAM), mientras que sólo un 7% (3 pacientes) finalmente necesitaron ser enviados a evaluación por el Psiquiatra en el Servicio de Urgencia del hospital general. Un 10% de los pacientes además fueron enviados vía interconsulta a evaluación por otra especialidad –neurología, reumatología o endocrinología– por sospecha de patologías de esas áreas durante la evaluación. (Tabla 7)

TABLA 7.
Derivación posterior a evaluación en Policlínico de Choque de Salud Mental.

		Nº PACIENTES	% DEL TOTAL (N=50)
DERIVACIÓN DESDE POLICLÍNICO DE CHOQUE	CDT /CESAM	8	20%
	SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL BARROS LUCO	3	7%
	OTRA ESPECIALIDAD	4	10%
	NO DERIVADOS	26	63%
	TOTAL	41	100%

En cuanto al tratamiento indicado en el Policlínico de Choque de Salud Mental, como se muestra en la tabla 8, la gran mayoría de los pacientes iniciaron o se mantuvo –con algunas modificaciones de ser necesario– el tratamiento farmacológico (79%). Sólo en un paciente se sugirió tratamiento con psicoterapia exclusiva, mientras que un 20% de los pacientes no requirió tratamiento del programa de Salud Mental, siendo importante en ellos la intervención temprana realizada durante la misma evaluación, o se prefirió diferir el tratamiento hasta la evaluación por el Servicio de Urgencia.

TABLA 8.
Tratamiento indicado (iniciado o modificado) en el Policlínico de Choque de Salud Mental.

		Nº PACIENTES	% DEL TOTAL (N=50)
TRATAMIENTO INDICADO	Sólo Fcos	8	20%
	Sólo Ps	1	2%
	Fcos + Ps	24	59%
	Sin tto	8	20%
	Total	41	100%

El tratamiento farmacológico más indicado fueron los antidepresivos (78%), seguidos por los antipsicóticos (41%), las benzodiacepinas (31%) y los anticonvulsivantes o estabilizadores del ánimo en un 19%. (Tabla 9)

TABLA 9.
Tipo de fármaco indicado en evaluación por Policlínico de Choque de Salud Mental.

		Nº PACIENTES	% DEL TOTAL (N=32)
FÁRMACO INDICADO	Antidepresivos	25	78%
	Antipsicóticos	13	41%
	BDZP	10	31%
	AC/Est. ánimo	6	19%
	Otros	4	13%

Las tablas 10 y 11 muestran la distribución por sexo de algunas de las variables analizadas durante este estudio. Se evaluaron 30 pacientes de sexo femenino y 11 de sexo masculino. Destaca que en mujeres el principal rango de edad de pacientes que se enviaron fue menor al de los hombres, si bien en términos generales se distribuyó de manera equitativa. En cuanto al derivador, destaca que un 20% de los hombres enviados a evaluación correspondió a derivaciones realizadas por asistente o trabajador social. La causa de derivación no mostró diferencias significativas entre uno y otro sexo. En cuanto al diagnóstico, en mujeres el diagnóstico principal fue el trastorno del ánimo en un 30%, el cual baja a un 17% si excluimos la patología del ánimo en relación con el embarazo. Le siguen el trastorno de la personalidad y el trastorno ansioso. En hombres los tres principales diagnósticos fueron la Esquizofrenia, el Trastorno por sustancias y el trastorno del ánimo, todos con un 27%. Los diagnósticos no son comparables entre sexos.

TABLA 10.
Distribución por sexo de variables estudiadas.

		Femenino	% del total de mujeres (n=35)	Masculino	% del total de hombres (n=15)	Total
EDAD	0-18	5	14%	2	13%	7
	19-39	15	43%	4	27%	19
	40-64	12	34%	8	53%	20
	65 o más	3	9%	1	7%	4
DERIVADOR	Médico	15	43%	8	53%	23
	Psicólogo(a)	13	37%	1	7%	14
	Matrón(a)	2	6%	0	0%	2
	Enfermera	2	6%	1	7%	3
	A.Social	0	0%	3	20%	3
	Otro	3	9%	2	13%	5
CAUSA DERIVACIÓN	Evaluación del riesgo suicida	12	34%	6	40%	18
	Duda Diagnóstica	4	11%	2	13%	6
	Patol y Embarazo	6	17%	0	0%	6
	Sínt Psicóticos	4	11%	2	13%	6
	Descomp. Patología base	3	9%	4	27%	7
	T conducta (agitación, agresividad)	1	3%	1	7%	2
	RAM a fármacos SM	3	9%	0	0%	3
	Otro	2	6%	0	0%	2

*Se considera como total de hombres y mujeres el número de pacientes ENVIADOS a evaluación. (35 mujeres y 15 hombres)

TABLA 11.
Distribución por sexo de variables estudiadas.

		Femenino	% del total de mujeres n=30	Masculino	% del total de hombres n=11	Total
DIAGNÓSTICO	T ánimo (no emb)	5	17%	3	27%	8
	T ánimo (emb)	4	13%	0	0%	4
	T ansioso	5	17%	0	0%	5
	T por sustancias	0	0%	3	27%	3
	T conducta	1	3%	0	0%	1
	EQZ	3	10%	3	27%	6
	T pdd	7	23%	1	9%	8
	Patol Orgánica	2	7%	1	9%	3
	T adaptativo	3	10%	0	0%	3
	Otros	0	0%	0	0%	0
	COMORBILIDAD	Sí	23	77%	9	82%
No		7	23%	2	18%	9
TRATAMIENTO	Sólo Fármacos	5	17%	3	27%	8
	Sólo Psicoterapia	1	3%	0	0%	1
	Fcos + Ps	19	63%	5	45%	24
	Ninguno	5	17%	3	27%	8
FCOS	Antidepresivo	21	70%	4	36%	25
	Antipsicótico	8	27%	5	45%	13
	BDZP	7	23%	3	27%	10
	AC/ Est.ánimo	6	20%	0	0%	6
	Otros	4	13%	0	0%	4

*Se considera como total de hombres y mujeres el número de pacientes que fueron finalmente EVALUADOS (30 mujeres y 11 hombres).
Emb: embarazo; EQZ: esquizofrenia; Fcos: fármacos; Ps: psicoterapia; BDZP: benzodiazepinas; AC: anticonvulsivantes; Est. Ánimo: estabilizadores del ánimo.

En cuanto al control posterior a la evaluación del Policlínico de Choque, el rango fue muy amplio, desde control al día siguiente por médico y/o psicóloga hasta una demora mayor a 100 días en la siguiente atención de salud. El promedio del control posterior fue de 30,63 días. El control posterior, cuando no realizado por psicóloga o médico a cargo del Policlínico de Choque de Salud Mental, fue realizado por el médico de sector que realiza los controles de salud mental. Al buscar los motivos por los cuales los pacientes demoraron en su siguiente control, la gran mayoría de los casos (datos no mostrados) correspondieron a una demora en la lista de espera de horas del Programa de Salud Mental del centro de salud. Esto dado que los pacientes tuvieron que acudir con su hoja de citación entregada en el Policlínico de Choque al SOME, donde por falta de horas médicas de atención en Salud Mental no alcanzaron cupo, no existiendo aún la posibilidad de otorgarles una citación a un cupo especial de control.

De los 41 pacientes evaluados, 4 de ellos (9,7%) ya fueron dados de alta del programa de Salud Mental, a menos de un año de su evaluación en el Policlínico de Choque de Salud Mental.

DISCUSIÓN

Hemos evaluado las características de las personas enviadas al Policlínico de Choque de Salud Mental de un centro de salud de atención primaria en la comuna de Lo Espejo, así como las principales variables respecto de la atención recibida en esta actividad de salud en los meses de Enero, Febrero, Marzo y Octubre de 2010, existiendo como limitante la discontinuidad del registro y realización de esta actividad entre Abril y Septiembre de dicho año, dado el calendario de rotaciones del especialista en formación a cargo.

De todas formas, nos parece que el Policlínico de Choque de Salud Mental se transformó en una alternativa cuya puesta en funcionamiento logró los objetivos inicialmente planteados, en cuanto a trasladar una evaluación o atención de salud mental de nivel más especializado a los consultantes de atención primaria, con el fin de definir la mayor o menor pertinencia de dichas consultas respecto a su envío a niveles secundario y terciario de atención, así como la

pesquisa de condiciones de riesgo de salud mental que hubieran requerido intervenciones tempranas y definir un curso de acción para el equipo tratante posterior, sea en el Programa de Salud Mental del centro de salud de atención primaria, o en otras instancias de ese mismo nivel de complejidad, a fin de proporcionar un tratamiento que resguarde la condición biopsicosocial de las personas evaluadas. Cabe destacar el alto porcentaje de asistencia logrado por estos pacientes en condición de riesgo, un 82%, así como el grado de control sobre las derivaciones al servicio de urgencia del hospital general (sólo el 7% requirió evaluación por esa unidad)

Podemos señalar, desde el punto de vista cualitativo, la buena acogida que tuvo la implementación de este Policlínico entre los otros profesionales del centro de salud, quienes han señalado su tranquilidad y entusiasmo por contar con esta atención más integral y especializada en estos casos complejos, a fin de permitir un mejor trabajo para evitar policonsultas o condiciones de riesgo evitables o con posibilidades de intervención temprana.

De lo que aún se puede mejorar respecto de la implementación de este Policlínico de Choque de Salud Mental, a fin de que esta sea una iniciativa pionera en su tipo, capaz de ser reproducida en otros centros de salud primaria, podemos mencionar: la misma continuidad de la atención otorgada, sin cambios en su estructura o condiciones de la atención; contar con un sistema de registro y tecnología adecuadas para una coordinación a todo nivel de la red sanitaria, desde el ingreso de la persona consultante a la red primaria de atención, hasta la coordinación con CESAM, Consultorías, Servicio de Urgencia y Servicios de Hospitalización en Unidad de Corta Estadía. Esto permitiría, por lo complejo de los casos evaluados, un seguimiento y un rescate de los casos según su derivación. Del mismo modo, para la mayoría de los casos, que se sugirió mantener tratamientos y controles en la atención primaria, una limitante a mejorar sustantivamente es el control posterior a la evaluación por Policlínico de Choque. Esto se subsanaría con mayores horas destinadas a atención en Salud Mental por parte de los médicos y psicólogos del centro de salud, ya que inicialmente se aprecia que mientras más precoz sea el control posterior a la evaluación, mejor pronóstico presenta el tratamiento

de los pacientes. De las atenciones de salud mental del centro de salud durante el 2009, en que ingresaron 661 pacientes, mientras que ese mismo período sólo 16 pacientes fueron dados de alta con menos de un año desde su ingreso al Programa. Por este motivo la intervención precoz y guía de tratamiento se hace perentoria.

Por otro lado, a futuro observamos con buena perspectiva la posibilidad de instaurar un Policlínico de Choque Integral en Salud Mental, junto a Psicólogo y Asistente Social, a fin de una evaluación aún más integral en el aspecto biopsicosocial con los determinantes que producen la complejidad de estos casos, permitiendo tener más actores destinados al seguimiento y rescate de estos pacientes.

Creemos firmemente que la mayor difusión de esta iniciativa pionera, tanto en el mismo centro de salud como en otros centros, permitiría una cada vez más completa y concertada entrega de intervenciones efectivas y resolutivas para mejorar los indicadores de Salud Mental en la atención pública, y lo que es más importante, la salud mental de cada persona consultante. Vemos también importante el desarrollo de iniciativas similares en otras atenciones de especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a la población consultante del centro de Salud Julio Acuña Pinzón de Lo Espejo, así como los directivos y profesionales de este mismo centro, por permitirnos implementar esta iniciativa y ayudar a

irla mejorando con el trabajo diario, a fin de mejorar su resolutivez y calidad de atención otorgada.

REFERENCIAS

1. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al: *Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. British Journal of Psychiatry* 178:228–233, 2001
2. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, et al: *Estudio Chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/ CIDI) (ECP) [Prevalence of psychiatric disorder in Chile]. Revista Médica de Chile* 130:527–536, 2002
3. Murray CJL, Lopez AD (eds): *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, Mass, Harvard School of Public Health, 1996*
4. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S: *Use of Mental Health Services in Chile. Psychiatric Services* vol. 55 n°1: 71-76 January 2004
5. *Atlas: Mental Health Resources in the World. Geneva, World Health Organization, 2002 Disponible en: www.cvdinfobase.ca/mh-atlas/*
6. Ipinza M. *El modelo de atención integral de salud, base doctrinaria del programa de formación de médicos especialistas básicos para la atención primaria de salud. Cuad Méd Soc (Chile) 50 (2): 132-142, 2010.*