

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**POLICONSULTA EN MUJERES URBANAS DE QUELLON CON ALTERACIONES
DEL ESTADO DEL ÁNIMO JULIO 2005 A JUNIO 2006.**

Tesis presentada como parte de los requisitos para optar
al **GRADO DE LICENCIADO Y LICENCIADA EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

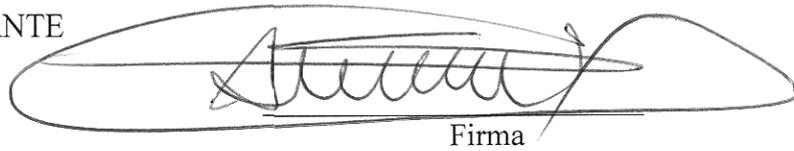
**EDUARDO ANDRES NUÑEZ NAVARRETE
YASNA LEIDY TROPA MIRANDA**

VALDIVIA-CHILE

2007

PROFESOR PATROCINANTE

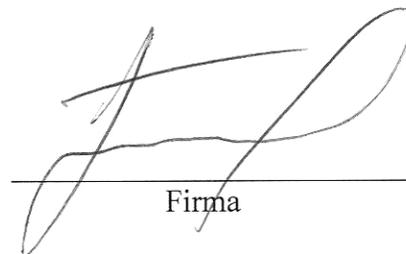
Sr. Sergio Pavié



Firma

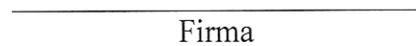
PROFESORAS INFORMANTES

Sra. Marta Santana



Firma

Sra. Debie Guerra



Firma

FECHA DE APROBACIÓN: 25 de Septiembre del 2007

*La verdad, “más valen dos que uno”
porque sacan más provecho de lo que hacen.
Además si uno de ellos tropieza, el otro puede levantarlo
Pero, ¡pobre del que cae y no tiene quien lo ayude a levantarse!..
Una sola persona puede ser vencida, pero
dos ya pueden defenderse; y si tres unen sus fuerzas
Ya no es fácil derrotarlas.....
Eclesiastés 4: 9-12
(Extraído de la Santa Biblia NVI)*

INDICE

	Página	
1	INTRODUCCION	1
2	MARCO TEORICO	3
2.1	Policonsulta o Consulta Recurrente	3
2.1.1	Definición	3
2.1.2	Concepto de Salud y Enfermedad en la Mujer Policonsultante	4
2.1.3	Causas de Policonsulta	4
2.1.3.1	Género y Salud	5
2.1.3.2	Mujeres y Salud	5
2.1.3.3	La somatización como posible causa de Policonsulta	6
2.1.3.4	Modelo de Atención	7
2.1.3.5	Violencia Intrafamiliar	7
2.2	Trastornos del Estado del Animo	7
2.2.1	Importancia de la Salud Mental	7
2.2.2	Trastornos de la Ansiedad.	8
2.2.3	Alteraciones de la afectividad	8
2.2.4	Alteraciones del Ánimo y Mujer	9
2.2.5	Alteraciones del Ánimo, situación en Chile	10
2.2.6	Rol de la Matrona y Matrón en Salud Mental y Violencia Intrafamiliar (VIF)	12
3	MATERIAL Y METODO	14
3.1	Tipo de estudio	14
3.2	Población en estudio	14
3.2.1	Criterios de inclusión:	14
3.3	Definición Operativa de las Variables	14
3.4	Método Obtención de Datos	15
3.4.1	Primera Etapa de Recolección de Información	15
3.4.2	Segunda Etapa de Recolección de Información.	16
3.5	Resumen y Plan de Análisis de Datos	16
3.6	Confiabilidad y Validez	17
4	RESULTADOS	18
4.1	Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo	18
4.1.1	Según Tiempo en Control en Salud Mental	19
4.1.2	Incidenia y Prevalencia de Policonsulta en mujeres con alteración del estado del ánimo.	19
4.2	Características Sociodemográficas de las Mujeres en Estudio	19

4.3	Características del Motivo de Consulta.	22
4.5	Relación entre Policonsulta y Alteración del Estado del Ánimo	23
5	DISCUSIÓN	26
6	CONCLUSIONES	32
7	BIBLIOGRAFÍA	37
8	ANEXOS (A)	
A.1	Ficha Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión	42
A.2	Modelo Ficha de Atención de Urgencia del Hospital de Quellón	43
A.3	Formulario de Recolección de Datos para el Estudio	44
A.4	Cálculo de Prevalencia e Incidencia	45

INDICE DE TABLAS Y CUADRO

		Página
Cuadro 1	Influencias Culturales y Sociales: Llegar a Enfermarse como un Proceso Socio-Cultural	6
Tabla 1	Prevalencia de Vida de Trastornos Depresivos en Chile según DSM-III-R	12
Tabla 2	Distribución según Edad y Estado Civil de las Mujeres de 20 a 40 años Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo Inscritas en el Programa de Salud Mental de Quellón, 2006	21
Tabla 3	Motivo de Consulta Espontánea Junio 2005-Julio 2006 de mujeres de 20 a 40 años Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo en Servicios de Urgencias Hospital Quellón	23

INDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 Prevalencia de Ansiedad en la Población General de Chile según Sexo	11
Gráfico 2 Prevalencia de Depresión en la Población General de Chile según Sexo	11
Gráfico 3 Distribución porcentual de las Mujeres de 20 a 40 años con Alteración del Estado del Ánimo inscritas en salud mental que presentan Policonsulta	18
Gráfico 4 Distribución de frecuencia de las Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo según tiempo de control en salud mental	19
Gráfico 5 Distribución Porcentual de las Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo según Edad	20
Gráfico 6 Distribución de frecuencias de Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo según Estado Civil	20
Gráfico 7 Distribución de frecuencia de Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo según Nivel Educativo	21
Gráfico 8 Distribución porcentual de las Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo según Actividad	22
Gráfico 9 Distribución porcentual de las Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo según patología Afectiva	24
Gráfico 10 Distribución porcentual de las Mujeres Policonsultantes con Alteración del Estado del Ánimo según Tipo de Depresión	24
Gráfico 11 Frecuencia de VIF en Mujeres Policonsultantes según Ocupación	25

RESUMEN

Los trastornos depresivos son un problema de Salud Pública en todo el mundo. En Chile ya es la segunda causa de pérdida de años de vida ajustado por discapacidad entre las mujeres, siendo las principales usuarias de los servicios de salud mental. Pese a esto, la oferta asistencial, en general, no se orienta a las necesidades y especificidades propias de la mujer. La morbilidad psicológica encubierta o no resuelta constituye una de las causales del frecuente fenómeno de la policonsulta de mujeres a los servicios primarios y de urgencia. **Objetivo, Material y Métodos:** un estudio de tipo exploratorio, descriptivo, transversal de corte cuantitativo se llevó a cabo con el fin de determinar si existe relación entre policonsulta y alteraciones del estado del ánimo en las mujeres entre 20 a 40 años, que estaban inscritas y en control ambulatorio en el programa de Salud Mental de Quellón en el período de julio del 2005 a junio del 2006. Se revisaron las fichas de mujeres de 20 a 40 años con alteración del estado del ánimo, obteniéndose 125 mujeres con tal diagnóstico en el programa de Salud Mental de Quellón. Posteriormente se cotejaron las fichas de consulta de urgencia Adultos y Maternidad de éstas mujeres para medir la Policonsulta según número y motivo de consulta, valiéndose del RUT para poder ubicarlas. **Resultados:** De las 125 mujeres con alteración del estado del ánimo, 40 de ellas entraron al estudio por presentar policonsulta. Se observó una prevalencia de policonsulta (cinco o más consulta por iniciativa propia en un año) en mujeres con alteración del estado del ánimo alcanza un 32%; mientras que la incidencia fue de 15,2% en 6 meses. El perfil sociodemográfico de las policonsultantes de Quellón corresponde en mayor parte a mujeres casadas o convivientes con una mediana de edad de 28 años, dueñas de casa y con antecedente de violencia intrafamiliar (VIF); esto último, sobre todo en mujeres con trabajos remunerados fuera de su hogar. Con respecto a los motivos de consulta los más frecuentes fueron las molestias abdominales, cefaleas y consultas por dolor. **Conclusión:** existe asociación positiva para la policonsulta en aquellas mujeres con alteración del estado del ánimo. Si bien los resultados no son extrapolables a otras realidades, la autora y el autor recomiendan la formación de equipos multidisciplinarios para abordar el problema junto con un reconocimiento de la policonsulta en forma oficial como problema de salud pública. Por otro lado se sugiere mayor investigación tanto a nivel local como a nivel nacional.

Palabras Clave: Policonsulta, Trastornos del ánimo, Depresión en la Mujer, Salud Mental, Violencia Intrafamiliar, Rol de la Matrona y el Matrón en salud mental

SUMMARY

Abstract

Depression is a public health problem all around the world. Among Chilean women, it is the second cause of the diminishment in life expectatives (adjusted by disabilities). Being the main users of mental health services, the assistance offer is not oriented to the specific needs of the gender. Covered, or not resolved psychological morbidity, is one of the causes for the frequent phenomenae of multiple women requests ('polyrequests' from now on) to primary health services.

Objectives, Materials and Methods

An exploratory, descriptive, transversal and quantitative study was held to determine the existence of a relationship between polyrequest to public health services and mood disorder in women between 20-40 years old, who were appointed to the Mental Health Program of the city of Quellón, from July 2005 to June 2006. Mental clinics files of women between 20-40 years old was revised, haversting 125 clinic files of women with depression and anxiety medically diagnosed from this program. Then, Emergency files both Medicine and Maternity Service was held revised to measure polyrequest according to type and quantity request in those women. The method used to find matches was Unique National Identification Code comparison, always ensuring confidentiality in the data analysis.

Results

In the 125 women with depression and anxiety medically diagnosed group revised, was held identified 40 polyrequesting patient. A polyrequest prevalence of 32% was observed in women with mood disorder, being this defined as five or more requests by own patient decision, not medical. In a span of 6 months, the prevalence reaches 15,2%. The socio-demographic profile for the polyrequesters is mostly marrieds and couples in a media of 28 years old, housewives with antecedents of domestic violence; this last fact is more noticeable among women with waged employments out from home. Respecting to request causes, the most frequent were abdominal aches, headache and general pain.

Conclusion

There is a possitive association for the polyrequest in those women with mood alterations. Although the results are not extrapolable to other realities, the authors encourage the formation of multidisciplinary teams to handle the problems underlying to the polyrequest, thus giving an official status to the problem as a public health issue. On the other hand, deeper investigation is suggested at a local and national level.

Key Words: Medical Polyrequest, Depression, Anxiety, Mental Health, Domestic Violence, Obstetric Mental Health Role.

1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son un problema de Salud Pública en todo el mundo, pues son altamente prevalentes y producen grados importantes de discapacidad, estimándose que en el futuro será la segunda causa de años perdidos por discapacidad en el mundo. En Chile ya es, entre las mujeres, la segunda causa de pérdida de años de vida ajustado por discapacidad (ROJAS 2006).

Según el programa de salud de la mujer (MINSAL 1997) "la salud en general y la salud mental en particular, son componentes constitutivos de la calidad de vida de las personas". Entendemos por calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (ROJAS 2006).

Las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud mental, pese a lo cual la oferta asistencial, en general, no se orienta a las necesidades y especificidades propias de la mujer.

La morbilidad psicológica encubierta o no resuelta, constituye una de las causales del frecuente fenómeno de las policonsultas de mujeres a los servicios primarios de atención y servicios de urgencia. Lo cual genera frustración en el equipo de salud debido a estas consultas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas, que además de no recuperar a estas mujeres, elevan los costos de la atención médica.(REYES, 1994)

Según datos aportados por una matrona del departamento de salud municipal de Quellón, la población femenina de dicha localidad se caracteriza por ser un grupo policonsultante y con altas tasas de alteraciones del estado del ánimo. Éstas son percepciones y comentarios dentro del equipo de salud, que no han sido estudiados. Dato que se corroboró mientras el autor y la autora realizaron su pasada clínica en dicha ciudad. Dicha situación se ve agravada porque el recurso psicólogo es insuficiente para las necesidades de la población. Una psicóloga para cerca de 27 mil habitantes.

Es por ello que para la realización del presente estudio se decidió determinar si existe relación entre la policonsulta y alteraciones del estado del ánimo en las mujeres entre 20 a 40 años, que están inscritas en el programa de salud mental de Quellón en el período de un año. Ya que según la bibliografía revisada, este grupo etéreo posee mayor riesgo de presentar estas dos condiciones.

Consecuentemente con esto, se planificaron objetivos específicos que según el criterio de la investigadora y el investigador permitirían medir esta posible asociación. Éstos son los descritos a continuación:

- ❖ Determinar la prevalencia de policonsulta en la población en estudio
- ❖ Determinar el perfil sociodemográfico en la población estudiada en el período señalado
- ❖ Identificar el tipo de alteraciones del estado del ánimo que afectan a las mujeres estudiadas
- ❖ Identificar la incidencia y prevalencia de las alteraciones del estado del ánimo en estas mujeres.

Hay que recordar que las alteraciones del estado del ánimo no son tratadas por la matrona/matrón, quien al pesquisar el problema deriva a profesionales tales como asistente social y psicólogo/a.

Por ello, una de las proyecciones de este estudio es poder replantear en este aspecto el futuro rol profesional de la matrona/matrón y la necesidad de capacitación en este ámbito, para una mejor acogida a la mujer, mayor sustento teórico para la derivación y participando en la terapéutica no farmacológica.

En segundo lugar, este estudio puede ser un primer paso para poder plantear la policonsulta como un problema serio en salud, ya que si bien se reconoce su existencia, no hay políticas claras al respecto. Por ello, se hace necesario que los centros de salud primaria realicen diagnósticos de su propia realidad en este punto. Estas evaluaciones permitirían justificar inversión en salud. Esto permitiría poder desviar problemas de índole social, afectiva y mental descargando el sistema para la optimización de recursos físicos y humanos.

El enfoque integral que propone el programa de salud de la mujer, implica incorporar aspectos psicológicos y sociales en la atención de su salud, que contemple las características de su socialización, las particularidades de su vida cotidiana y los problemas de salud de cada etapa de su ciclo de vida. Este propósito requiere del trabajo interdisciplinario e intersectorial, junto al apoyo de instituciones gubernamentales.

2 MARCO TEÓRICO.

2.1 POLICONULTA O CONSULTA RECURRENTE.

2.1.1 Definición

Para poder entender la Policonsulta, primero hay que entender que es “motivo de consulta”, lo que se define como todas aquellas consultas relacionadas con afecciones físicas (motivos médicos). Los motivos no médicos de consulta se refieren a todos aquellos que se relacionan con una alteración de la salud mental del individuo (PICADO 2001).

Las mujeres policonsultantes son aquellas que desarrollan sintomatología múltiple y polimorfa, que hacen constantes peticiones de ayuda a la medicina somática, entendida como modelo biomédico de salud, y para las cuales no parece haber una respuesta terapéutica adecuada. Esto es según Castro 1995, (original no consultado, en JARA 2002.)

JARA 2002 define esta situación como una mujer de entre 20 a 40 años que consulta 2 o más veces al mes en un periodo de un año por sintomatología múltiple y polimorfa (dolencias sin etiología clara).

En un estudio sobre las características de los pacientes policonsultantes, realizada en el Centro Integrado de Salud de Coronado, Costa Rica, por MUÑOZ 1991, se define al policonsultante como aquella persona que recurre con una frecuencia de siete o más consultas al año a los consultorios del Seguro Social, dicha asistencia a la consulta debe ser por iniciativa propia.

Se observó en este estudio que:

El 67% de los pacientes policonsultantes asistieron de siete a diez veces al año

Las mujeres consultaron con más frecuencia que los hombres y el grupo etario predominante fue el de 20 a 60 años en uno y otro sexo.

Los principales motivos de consulta fueron las infecciones de vías respiratorias superiores, el intestino irritable y dolor abdominal, la sepsis urinaria, lumbalgia, trastornos de la menstruación, depresión y bronquitis, entre otros.

La mayoría de los policonsultantes vivían en el área urbana y entre las ocupaciones sobresalieron las amas de casa, seguidas de los operarios industriales, los comerciantes, los vendedores y un porcentaje considerable en el grupo de desempleados y pensionados.

La policonsulta es un serio problema para los servicios de salud, pues produce largas filas de espera, insatisfacción usuaria, disminución de la efectividad e impacto de los servicios de salud. (JACK,1999).

Esto se traduce además en un mayor costo de salud y pérdida de tiempo para actividades de promoción y prevención (AJZEN 1980).

En el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE S/F, se realizó un estudio descriptivo en el año 2005, en el cual se observó que la población que consultaba 5 o más veces en el año correspondía al 0,32% de su población inscrita beneficiaria. Este grupo realizaba 12,3% de las consultas. Este estudio se justificaba sugiriendo que en los servicios de urgencia, la atención se medía por la pertinencia. La baja pertinencia de las atenciones produciría un uso inadecuado de los recursos en salud. Por otro lado se dividieron las consultas en diferentes grados de policonsulta. La policonsulta baja, estaba definida como 2 a 4 consultas no pertinentes a nivel de urgencia en un año, la media 5 a 9, alta de 11 a 19; y muy alta con 20 o más consultas.

2.1.2 Concepto de Salud y Enfermedad en la Mujer policonsultante.

Para este tipo de mujer, la enfermedad está ligada a la imposibilidad de desarrollar normalmente actividades de carácter físico y relacionarse adecuadamente con su entorno familiar y social.

Muy ligado a lo anterior, existe para algunas mujeres una distinción entre dolor físico y dolor psíquico, este último relacionado con "los nervios", que representan para ellas emociones de rabia contenida e impotencia frente a hechos o situaciones que afectan su cotidianidad y sus relaciones interpersonales. (JARA, 2002).

Cuando la mujer acude a los centros de salud, la consulta es motivada principalmente por el dolor. En otras oportunidades ella acude con la idea de tener "algo malo" y solicita que el agente de salud descarte la posibilidad; en otras ocasiones concurre motivada o influida por otras personas que la incitan a consultar. (JARA, 2002).

De acuerdo a lo expresado anteriormente, existe un conflicto por haber dos formas de ver la realidad, la del agente de salud, basado en el modelo biomédico que privilegia el síntoma y la enfermedad; y el de la mujer con consulta recurrente que tiene sus propias forma de explicar lo que le sucede. (JARA, 2002).

Como consecuencia de este conflicto, no es posible entregar una ayuda adecuada y se provoca insatisfacción y frustración en ambos actores, situación que genera en los/las agentes de salud desgaste y resistencia a la hora de acoger a esta paciente. Probablemente sea aquí el punto de partida donde nuestro propio sistema de salud mantenga el fenómeno de la consulta recurrente en la mujer (JARA, 2002).

2.1.3 Causas de Policonsulta.

Para entender las causas de la Policonsulta es necesario tener en cuenta varios factores, entre los cuales se encuentra una realidad social en la cual se ve inmersa la mujer y una realidad

personal, que puede producir mecanismos que llevan a la policonsulta y el modelo de atención biomédico (VIVEROS, 1992).

2.1.3.1 Género y salud: Para entender las quejas y malestares de la mujer con consulta recurrente, es necesario tomar la perspectiva de GÉNERO como condicionante y determinante de los procesos de salud/enfermedad, pues nuestra cultura, ciencia y la medicina están "generalizadas" (JARA, 2002).

La salud de las mujeres es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas. En este sentido, el género determinaría en forma importante la salud de las mujeres, determinando además la posición social de las mujeres en el mundo, y por lo tanto, su acceso a recursos y oportunidades, entre ellas las de salud (SAYAVEDRA, 1997).

2.1.3.2 Mujeres y salud.: La enfermedad de las mujeres no es sólo consecuencia de una falla individual o una problemática particular, sino también de aspectos más profundos que tienen que ver con patrones de socialización, normas, conductas y actitudes que en forma implícita o explícita han regulado el comportamiento subconsciente del "ser mujer".

Estos aspectos se verían reflejados en el cuerpo. En el caso de la mujer, el cuerpo es la expresión más clara de su subordinación (determinada por estereotipos sexuales y la discriminación de género). En nuestra realidad, las mujeres definen al cuerpo como un instrumento que expresa su rol como la maternidad (expresión máxima del amor, la entrega y la pureza). Por otra parte, está la realidad corporal, el cuerpo como una realidad externa y sometida a un uso terrenal, cotidiano, muchas veces contradictorias con el estereotipo del ser mujer- madre (RODÓ, 1987).

Esto ha generado una dependencia artificial y estimulada permanentemente por los mismos servicios de asistencia sanitaria (VIVEROS, 1992) y ciertas responsabilidades sociales, desde la esfera de la salud, siendo la mujer situada como principal responsable del resguardo de la salud de la familia (VALDÉS, 1998).

Según REYES 1994, generalmente estas mujeres pueden considerarse como personas en las que lo importante es hacer, sobre todo lo que hacen con sus manos o con su cuerpo. En ellas prima lo corporal y tienen una escasa capacidad de simbolizar o elaborar psicológicamente sus conflictos. Con facilidad somatizan sus emociones y convierten su sufrimiento interior en un dolor de cabeza o de espalda, mecanismo psicológico que puede frustrar mucho a los prestadores de salud, que prescriben para esos dolores, pero no puede alcanzar la causa, el dolor emocional, que es negada.

Estos y estas pacientes, también tienen cierta tendencia a magnificar sus síntomas o a preocuparse en exceso por ellos. El hecho de que la consulta médica sea a veces el único lugar en que su sufrimiento es escuchado quizá contribuya a esta situación.

2.1.3.3 La somatización como posible causa de Policonsulta: DI SILVESTRE, 1998 expone que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca

cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. Enfatizando que los desordenes del ánimo estimulan la percepción de síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica, siendo un factor importante en el fenómeno. Kirmayer y Robbins (citados en Di Silvestre) mencionan que los y las pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable.

La mayoría de los y las pacientes que policonsultan han recorrido un largo camino por los centros de atención primaria y luego por diversos servicios especializados donde se les han hecho múltiples exploraciones e intervenciones con resultado negativo e infructuoso. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporal siendo los más frecuentes las molestias gastrointestinales (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, enrojecimiento). Las quejas sexuales y menstruales son también habituales. (BRIONES, 2000)

Todas estas visiones, fueron definidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) como somatización propiamente tal (American Psychiatric Press, 1994 citado en Florenzano, 2002).

Lo expresado por los autores anteriormente citados es resumido en la tabla 1, donde se pueden observar como las Percepciones, Evaluaciones médicas y las Acciones tomadas, frente a una situación, son influenciadas por contextos sociales y culturales. Estos generarían un proceso de “enfermarse” modulado por procesos cognitivos según el significado social de enfermedad.

Cuadro 1. Influencias Culturales y Sociales: Llegar a Enfermarse como un Proceso Socio-Cultural

Contexto Social Socialización (Normas, Expectativas de Rol). Experiencias de otros significados		Contexto Cultural Creencias. Valores. Lenguaje para expresar la enfermedad	
Percepción		Evaluación	
Reconocimiento de los síntomas Categorías preceptuales para identificar los síntomas y dolores		Modelo explicativo Causa(s) de Síntoma(s) Seriedad atribuida al síntoma. Curso esperado de la enfermedad Tratamiento Esperado	
Enfermedad a Nivel Cognitivo		Significado de la enfermedad	
		Conducta de Enfermarse	
Experiencia de Enfermarse			

(Fuente: Cristina Di Silvestre, Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad, 1998.)

2.1.3.4 Modelo de Atención: Existe un progresivo proceso de desnaturalización por parte de los profesionales de salud donde procesos vitales, insatisfacciones, penas, rabias son interpretadas como patologías médicas. Esto genera una gran dependencia, arma utilizada

frecuentemente por los/las agentes de salud para mantener y reproducir el sistema de la forma en el cual funciona (JARA, 2002). Además de todo lo anterior, es importante reconocer que conciente o inconscientemente los/las agentes de salud ayudan a reproducir la consulta recurrente, a través de un discurso paternalista que crea dependencia para la enfermedad y no para la salud (VIVEROS, 1992).

2.1.3.5 Violencia Intrafamiliar: Los efectos de la violencia intrafamiliar pueden prolongarse más allá del maltrato inicial y ocasionar discapacidades permanentes. (MORA, 2004)

Las víctimas de violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas psíquicos y del comportamiento de muy diversa índole, como depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, ansiedad y comportamiento suicida, además de problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales. (MORA, 2004)

Dentro de las secuelas más frecuentes de la violencia se destaca: Recurrencia de trastornos físicos, gastrointestinales y ginecológicos, cefaleas, hipertensión, etc. (MORA, 2004), desórdenes del sueño, tensión muscular, palpitaciones, hiperventilación, sensaciones de ahogo, dolores pélvicos crónicos (OPS, 2002).

En un estudio realizado en México sobre la violencia doméstica en mujeres trabajadoras de la industria Maquiladora (BUSTILLOS, 2001) se reveló que las variables asociadas, en incremento en severidad de violencia general, tiene 6 veces mayor riesgo de tener problemas de salud y 3 veces más riesgo de tener problemas en el trabajo, mientras que las expuestas a violencia severa presentan riesgo aumentado de 4.5 veces de presentar problemas de salud y 3.3 veces más riesgo de problemas en el trabajo.

Este problema de VIF podría relacionarse con el trabajo de la mujer el cual debe estructurar su organización familiar y redistribuir roles al interior del hogar. Esto fue en relación a los resultados de un estudio realizado en la ciudad de Osorno, Chile, de acuerdo a lo reconocido por estas mujeres en estudio (BACHMANN, 2001).

2.2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

2.2.1 Importancia de la salud mental.

La salud mental es considerada "el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida", que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. (OPS, 2001). Se refiere también a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con los otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida (OPS, 2001).

El método de los Años de Vida ajustados en función de la Discapacidad (AVAD) permitió demostrar que los trastornos mentales causan gran carga mundial de discapacidad: el 11.5% en 1998. También permitió demostrar que de los diez principales trastornos que causan discapacidad, cinco son mentales: la Depresión, el Alcoholismo, los Trastornos Bipolares, la Esquizofrenia y los Trastornos Obsesivos Compulsivos (BRIONES, 2000).

El deterioro de la salud mental que caracteriza nuestra sociedad también impacta en la calidad de los servicios que se entregan, porque las mujeres, que son las que exhiben un mayor daño, son también quienes mayoritariamente trabajan en servicios comunales, sociales y personales, atendiendo demandas que involucran una fuerte carga emocional.

Entre usuarias y prestadoras de salud se da un aparente conflicto de intereses, sin encontrar puntos de solidaridad frente a una problemática de género común que les genera displacer psíquico, lo que se traduce en cansancio, depresión, angustia e irritabilidad. Esto genera necesidades específicas en materia de salud ocupacional y mental, que no están siendo resueltas por las políticas y programas actuales. (PEREZ 2001)

2.2.2 Trastornos de la Ansiedad.

Según VALLEJO 2000, la ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo, manifestada con síntomas somáticos.

La ansiedad es difícil de controlar y produce deterioro significativo de las actividades sociales o laborales o perturbación prominente. (HERNÁNDEZ, 2005)

Un cuadro agudo de ansiedad está representado por las crisis de pánico, que puede derivar en cuadros de despersonalización ansioso-fóbicos (VALLEJO, 2000).

2.2.3 Alteraciones de la afectividad

La sintomatología fundamental de estos trastornos es la alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia.

Estos cambios de humor suelen acompañarse de variaciones en la actividad (vitalidad). La mayoría de ellos tienden a ser recurrentes, se repiten una y otra vez, y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. (BRIONES, 2000)

La Depresión es la enfermedad mental de mayor prevalencia a nivel mundial. En América Latina y el Caribe su prevalencia oscila entre 5 y 9% en la población general, y tiene una clara tendencia a aumentar, esperándose que en 2020 cerca de 36 millones de personas sufra de depresión en esta subregión. (MINSAL, 2004)

La Depresión, fue en el año 1990, la cuarta causa más importante de discapacidad y se estima como la segunda causa global de discapacidad para el año 2020. Las personas con Depresión experimentan el doble de mortalidad que la población general y sufren mayores limitaciones en su funcionamiento psico-social que aquellas con enfermedades físicas crónicas como Hipertensión y Diabetes (MINSAL, 2004).

Es necesario diferenciar tristeza de depresión. La tristeza es un síntoma de la depresión pero no al revés. La tristeza es un sentimiento que surge cuando se ha perdido un objeto (hijo,

trabajo, posición social...) con el que nos identificábamos y considerábamos como parte nuestro/a y que nos aportaba una valoración propia.

La depresión, por el contrario, no es un afecto sino una enfermedad mental que sucede a partir de variaciones importantes del estado de ánimo resultantes de alguna idea, pensamiento derrotista o juicio negativo, que normalmente preceden a la depresión. Las personas se sienten mal, tristes, pero sin saber por qué, molestas pero paradójicamente como aletargadas, bloqueadas, retraídas o ensimismadas (DIO-BLEICHMAR, 1991).

Otro tipo de trastorno de esta categoría lo representan las distimias, entendidas como una alteración crónica del ánimo que dura varios años y no es suficientemente grave y sus episodios no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente en cualquiera de sus formas (MINSAL, 2006).

2.2.4 Alteraciones del Ánimo y Mujer.

Las mujeres se muestran más vulnerables a nivel psicológico. Ellas están más propensas a presentar alteraciones del estado ánimo en las etapas en que se producen cambios en su estado reproductivo asociado a variables hormonales y psicosociales tales como pubertad, el puerperio o la menopausia. (FERRANDO, 2003).

Sin embargo cabe mencionar que a pesar de que todas las mujeres se encuentren expuestas a estas fluctuaciones solo algunas de ellas desarrollan la patología (LEAL, 1999).

Los trastornos unipolares son dos veces más frecuentes en mujeres y con peor pronóstico, mientras que los trastornos bipolares presentan una incidencia similar en ambos sexos, pero en la mujer aparecen más tarde y con más episodios depresivos y menos episodios maníacos que en el hombre (GÁLVEZ, 2004).

Se han identificado factores predisponentes y condicionantes clásicas de depresión en la mujer como ciclo menstrual, puerperio, menopausia y estado civil (mujeres casadas), pero dentro de los más importantes se mencionan:

- ❖ **Situación Laboral:** asociadas a la “doble jornada” de las mujeres, la sobrecarga de trabajo producto de una repartición desigual de las tareas domésticas y de cuidado de los hijos y familiares enfermos, discapacitados y ancianos. Esto conduciría a una baja autoestima, dependencia y bajas aspiraciones, factores psicológicos que pueden llevar a una depresión. (GÁLVEZ, 2004). El segundo de ellos, se relaciona con los bajos sueldos que reciben las mujeres trabajadoras en relación a los hombres trabajadores, lo que genera una alta competitividad y aumento del estrés lo cual que puede desencadenar un proceso afectivo patológico (ALFONSO 2001).
- ❖ **Síndrome de la dueña de casa:** El trabajo doméstico y de cuidado supone para la mujer una carga física, mental y emocional, una dificultad de acceso al mundo laboral y a las organizaciones de administrativas y de participación social, una renuncia al tiempo propio, una limitación a su propio desarrollo, una rutina, un aislamiento. Todas estas

circunstancias, unidas a la falta de reconocimiento del trabajo, van a condicionar una disminución de la calidad de vida de la mujer que tiene que asumir este rol y, a la larga, de su autoestima. Así pues, la repetida exposición a estas circunstancias, puede repercutir sobre la salud física y mental de las mujeres. Son frecuentes las manifestaciones de ansiedad, depresión, angustia, y otras alteraciones psicósomáticas como problemas digestivos, de insomnio, dolores de cabeza, dolores músculo esqueléticos, etc, que llevan al consumo de fármacos analgésicos, antiácidos, tranquilizantes, antidepresivos, así como a la frecuencia de las consultas médicas (RABANEQUE, S/F).

- ❖ **Violencia Intrafamiliar:** La violencia doméstica es la expresión más radical de discriminación contra la mujer, ya que, en su origen, se encuentran las relaciones de jerarquía y poder que ostentan hombres y mujeres sólo por el hecho de ser tales y en las que la mujer se encuentra en una posición de subordinación culturalmente asignada. (WORLD HEARTH ORGANIZATION 1997). La violencia anula la autonomía de la mujer y disminuye su potencial como persona y miembro de la sociedad" y "esta experiencia tiene no sólo consecuencias directas sobre su propio bienestar, sino también sobre sus familias y comunidades (SERNAM 2001). Entre la amplia gama de trastornos de salud mental que padecen las mujeres abusadas y, en particular, aquellas que son víctimas de violencia sexual, figuran el estrés postraumático, depresión, ansiedad, desórdenes de la alimentación y del sueño, falta de concentración, desórdenes de personalidad múltiple y de carácter obsesivo compulsivo, así como sentimientos de ira, humillación y autoacusación (PÉREZ 2001).
- ❖ **Otros factores psicosociales:** las mujeres además están expuestas a una histórica desigualdad de género que provoca un mayor número de eventos de vida desfavorables, como violencia en toda su gama, de soledad, pobreza, sobrecarga emocional, mayor estrés y redes sociales deficientes (GALVEZ, 2004). Se ha demostrado que cuando el matrimonio es infeliz, la mujer tiene tres veces más posibilidades de desarrollar una depresión que el hombre (FERRANDO, 2003).

2.2.5 Alteraciones del Ánimo, situación en Chile

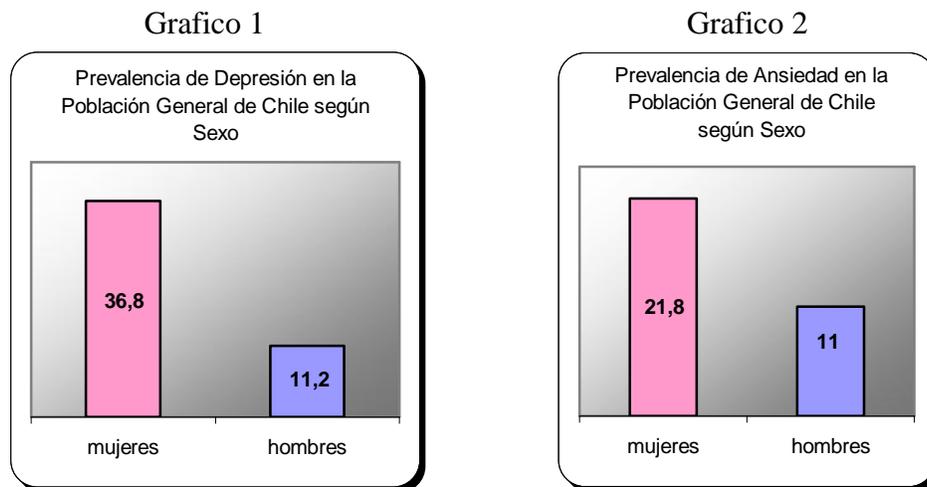
En Chile, la Depresión, es la segunda causa de años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura (AVISA) en mujeres. La depresión es al menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y tiene elevados costos. (MINSAL 2004)

Se entiende por Discapacidad como la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características como edad, género, etc. (GARCIA 2001)

Los trastornos depresivos no diagnosticados y sus formas "encubiertas" por síntomas físicos, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados e interconsultas no resolutivas, que sin mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica y retrasan el inicio de un tratamiento eficaz (MINSAL, 2004).

Un estudio realizado en Chile en mujeres de las ciudades de Iquique y Concepción, reveló que el 12,7% de ellas presentaban sentimientos de nerviosismo, ansiedad o estrés en su vida general. Adicionalmente el 13,4% de ellas sienten estos síntomas frecuentemente. A lo largo de la vida las mujeres son más vulnerables al estrés que los hombres. El término de la vida laboral remunerada no disminuye este malestar. Las personas mayores presentan altas tasas de estrés, siendo más marcado en las mujeres (MINSAL 2004).

Según Alfonso, 2001 en Chile, la prevalencia de la ansiedad y la depresión se pueden observar en los siguientes gráficos:



(Fuente: Alfonso A., Salud mental de las mujeres, avances y desafíos, 2001)

El 52% de los consultantes en el nivel primario tiene algún trastorno mental, pero el sistema público tiene una capacidad de atender 10-20% de las personas que necesitan de tratamientos en salud mental o psiquiátrica. La tasa de suicidios en 100.000 fue de 3 para las mujeres y 21 para los hombres. Esto es debido a que los hombres atentan más violentamente contra si mismos que las mujeres (ALFONSO, 2001).

Uno de los estudios que inició la discusión en torno a la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, fue el Estudio de Pronóstico Médico “Medical Outcomes Study”, (WELLS 1989) en el cual los pacientes depresivos fueron comparados con pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria, angina, artritis, lumbago, problemas pulmonares y trastornos gastrointestinales.

Los autores concluyeron que la depresión estuvo asociada con un mayor deterioro físico y social, peor calidad de vida, más días en cama, menos días libres de dolor, mayores costos del tratamiento, y menor percepción del estado de salud; mostrando que la depresión afecta distintos dominios de la salud que son importantes en la consideración del pronóstico y respuesta a tratamiento (Rojas, 2006).

En Chile existen dos estudios de prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en la población en general. Uno de ellos fue el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica realizado en cuatro ciudades grandes de Chile cuyos resultados se ven reflejados en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Prevalencia de Vida de trastornos depresivos en Chile según DSM-III-R

Trastorno Depresivo	Hombres		Mujeres		Total	
	Vida	6 meses	Vida	6 meses	Vida	6 meses
Trastorno Depresivo mayor	6.4	3.0	11.3	6.0	9.0	4.6
Distimia	3.5	1.5	12.1	4.8	8.0	3.2

(Fuente: MINSAL 2006, Guía Clínica, Tratamiento de personas con depresión)

Este cuadro refleja que la prevalencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en los hombres.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

La mayoría de las personas que sufren depresión consultan por primera vez a médicos no especialistas o en el nivel primario de atención. Sin embargo este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o el equipo de salud, y no siempre son tratados de la forma correcta. (MINSAL 2006)

2.2.6 Rol de la Matrona y Matrón en Salud Mental y Violencia Intrafamiliar (VIF)

Según el Manual de atención personalizada con enfoque familiar en el proceso reproductivo, MINSAL, 2007 indica que como matronas y matrones es importante:

- ❖ Establecer claramente las responsabilidades para las vinculaciones fáciles, oportunas y personalizadas entre los cuidados primarios, los equipos de salud mental comunitarios y servicios de psiquiatría u otras especialidades.
- ❖ Ofrecer atenciones más frecuentes, favoreciendo la inclusión de la familia, considerando la necesidad de una visita domiciliaria si existe embarazo y otra durante las primeras semanas del posparto y motive la integración a un grupo de apoyo de pares y otras instancias de la red de apoyo social.
- ❖ Como también involucrar precozmente a la familia.

En caso de Depresión Recurrente o de otro Diagnóstico Psiquiátrico Severo se debe:

- ❖ Analizar el caso en su equipo de sector, especialmente con el equipo psicosocial.
- ❖ Recomendar o derivar a una consulta inmediata con el equipo de salud mental y psiquiatría tratante.

- ❖ Mantener seguimiento del caso. Informar claramente a la usuaria lo que puede significar para su propia salud mental y la de su hijo o hija, la suspensión del tratamiento.
- ❖ Proponer atenciones más frecuentes y preguntar siempre por la adherencia al tratamiento durante la gestación.
- ❖ Asimismo fortalecer los factores protectores y neutralizar los factores de riesgo de un nuevo episodio o reagudización.
- ❖ Identificar la necesidad de apoyo social adicional durante el embarazo, parto y crianza en caso de riesgo de depresión. No olvidando las visitas domiciliarias para fortalecer vínculo, hacer seguimiento e involucrar a la familia.

En el caso de VIF, la mejor manera de determinar si una consultante está viviendo una situación de violencia o abuso es preguntarle. Las mujeres que viven la violencia no revelan la información por iniciativa propia, pero pueden hacerlo si alguien de confianza les habla del tema. El control prenatal es un espacio particularmente apropiado para ello. Por esta razón a matrones y matronas se recomienda:

- ❖ Ofrecer a la mujer un espacio de confianza que le permita hablar; esta es quizás la primera vez que se lo cuenta a alguien.
- ❖ Explorar la red de apoyo de la usuaria y contactar directamente a un miembro de la red especializada en violencia. También se recomienda evaluar el riesgo que significa para la mujer volver al hogar.

Siempre debe considerarse que la decisión de recurrir a la justicia corresponde a la propia mujer, ella sabe los riesgos que asume si denuncia. En el caso de adolescentes menores de 18 años, debe informarse a la dirección del consultorio u hospital para la comunicación con la Fiscalía. Así mismo, debe entregarse información acerca de los derechos y de los servicios a los que puede acceder, además de entregar apoyo emocional. Para ello hay que manejar siempre información actualizada y a mano, de los organismos de apoyo a las mujeres que sufren violencia, teléfonos útiles, casas de acogida, etc. dentro de la realidad local.

3. MATERIAL Y MÉTODO.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es una investigación de tipo exploratoria, descriptiva, transversal con enfoque cuantitativo en la cual se perfilan las características sociodemográficas de las pacientes policonsultantes con alteraciones del estado del ánimo, y sus motivos de consulta más frecuentes en el servicio de urgencia del Hospital de Quellón, por medio de un censo a la población femenina inscrita en la casa de salud mental de Quellón.

Se utilizó el censo. Los censos permiten ampliar la información de una población respecto a aquellos individuos y aquellas individuos dejados y dejadas fuera por los criterios de inclusión y a su vez reduce los costos que este tipo de investigación implica. Además, no se disponía de datos que nos indicaran la cantidad de mujeres afectadas por las variables en estudio, siendo un grupo pequeño, que no justificaba realizar un muestreo.

3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Mujeres de 20 a 40 años que estaban inscritas en el programa de Salud Mental de Quellón, en el periodo entre julio 2005 a junio 2006 y que presentan Policonsulta

3.2.1 Criterios de inclusión.

Mujeres de 20 a 40 años de residencia urbana de la comuna de Quellón; que presentan alteración del estado del ánimo; que hayan sido ingresadas al programa de Salud Mental hasta junio del 2006 y que presenten cinco o más consultas espontáneas por iniciativa propia en servicios de urgencia (urgencia maternal y urgencia adulto) del hospital de Quellón entre julio del 2005 a junio del 2006.

3.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

- ❖ Alteraciones del estado del ánimo: Presente/ausente
- ❖ Tipo de Patología: Depresión (Leve, Moderada, Severa); Ansiedad; Crisis Ansiedad.
- ❖ Diagnóstico de alteración del ánimo: tiempo de diagnóstico de patología hasta 30 Junio del 2006.
- ❖ Edad: en años.
- ❖ Estado Civil: Casada, Soltera, Conviviente, Viuda, Separada.
- ❖ Actividad: oficio, ocupación o profesión tanto remunerada o no remunerada registrada en ficha clínica.
- ❖ Escolaridad: Analfabeta, Básica Incompleta, Básica Completa, Media Incompleta, Media Completa, Técnico y Superior.
- ❖ Número de Consultas: entre Julio 2005 y Junio del 2006.

- ❖ Tipo de Consultas: motivo de consulta registrado en ficha de atención de urgencia. En este punto y dada la gran cantidad de diagnósticos diferentes, se agrupó como “molestias abdominales” los siguientes síntomas: síndrome diarreico, dolor gástrico, dolor abdominal, náuseas, gastroenteritis, vómitos, cólicos abdominales y dolor epigástrico. Cosa similar se realizó con “Problemas respiratorios” donde se incluyeron síntomas tales como Gripe, Amigdalitis, Síndromes Obstructivos, Bronquitis, Dificultad para respirar y Resfrío común. En el caso del síntoma “dolor de garganta” se dejó a parte por representar por sí mismo un síntoma frecuente. En el caso de dolor se agruparon síntomas tales como dolor de brazo, dolor de espalda, dolor de cintura, dolor de codo, dolor en el pecho, dolor del tobillo, dolor de oídos, dolor costal, mastalgia y tendinitis. En la condición “otros”, se ubicó a aquellas mujeres policonsultantes que presentaban síntomas poco frecuentes tales como intoxicación por alimentos, intoxicación medicamentosa, metrorragias Infecciones del tracto Urinario y crisis hipertensivas o diabéticas.

Aquellos datos que no se encontraron registrados claramente, se ingresaron como No Consignados (NC) al estudio, salvo Alteración del Estado del ánimo, Tipo de Patología y Edad, que no ingresaron al estudio para evitar el sesgo de la información.

3.4 MÉTODO OBTENCIÓN DE DATOS

En una primera instancia se deseaba revisar las fichas de atención urbana en Policlínico adosado del Hospital Quellón, Barrio Industrial y Estero Quellón. Las dos últimas corresponden a unidades de salud familiar administradas por el Departamento de Salud Municipal, estando dentro del radio urbano. Sin embargo las atenciones en estas instancias estaban programadas con un mes de antelación, por lo cual no existían consultas espontáneas. Esto obligó a reformular la instancia de obtención de la variable policonsulta. En base a lo expresado por el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE S/F, quienes midieron la policonsulta en Servicios de Urgencia, se decidió en común acuerdo entre la investigadora y el investigador medir la policonsulta en este sector.

Los Servicios de Urgencia ocupan un lugar prioritario en el ámbito de salud pública, tanto por la cantidad de pacientes que atienden, como por la relevancia de los servicios que imparten. La OMS define Urgencia como “la aparición fortuita por cualquier causa o actividad de un problema de gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o su familia” (GALAZ, 2004). Por otro lado, se ha medido policonsulta en forma cuantitativa en este nivel de atención en otras instituciones del país (SSMN, S/F).

3.4.1 Primera Etapa de Recolección de Información.

Una primera etapa de la recolección correspondió a la revisión de las fichas de las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión en la Casa de Salud Mental de Quellón.

La Casa de Salud Mental es el lugar físico donde se concentran las atenciones ambulatorias por salud mental de la comuna, teniendo registros en fichas clínicas independientes a los otros estamentos de salud primaria. No existe una población cautiva en tratamiento de salud mental

en Quellón, y aquellos casos que requieren institucionalización, dependiendo de la gravedad, se derivaban al Hospital de Quellón (Alcoholismo, Dependencia a Drogas y Depresión Severa).

Los antecedentes obtenidos fueron Cédula de Identidad (RUT), edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de patología y fecha de ingreso a Salud Mental, los cuales fueron fácilmente recopilados gracias al formulario de registro “Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión” donde se encontraba en forma ordenada gran parte de los datos necesarios (Anexo 1). Cabe destacar que el RUT sólo se utilizó para identificar a las usuarias en la segunda etapa de la recolección de información y mantener la confidencialidad del estudio

Aquellos datos que no estaban registrados, por subregistro de éstos, se ingresaron al estudio como No Consignados.

Toda esta información fue cotejada en formularios ad-hoc en cuadernos destinados especialmente a este propósito. Al final del proceso se compilaron 125 fichas de usuarias, de 20 a 40 años, que cumplían con los criterios de inclusión y que potencialmente ingresarían al estudio.

3.4.2. Segunda Etapa de Recolección de Información.

La segunda etapa tuvo por objetivo obtener el Número y el Motivo de Consulta que presentaban estas 125 usuarias del programa de Salud Mental en el Servicio de Urgencia del Hospital de Quellón. Para ello se realizó una revisión de 19.176 fichas de consulta de Urgencia Adultos y de las cuales 827 correspondían a fichas de atención de urgencia maternal, valiéndose de los RUT para identificar a las usuarias.

En el Hospital de Quellón, el acopio de las fichas de urgencia se realiza por meses, sin ser separadas por sexo, edad u otro tipo de clasificación. Esto obligó a que se debieran revisar la totalidad de los documentos (uno a uno) en las fechas requeridas para el estudio.

El registro se realizó en los cuadernos antes mencionados. Finalmente se pasaron todos los datos de los cuadernos al programa Microsoft Excel 2002. Se extrajo finalmente las mujeres que entraban al estudio en un archivo del mismo programa.

3.5 RESUMEN Y PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de la información se realizó por medio del programa Epi-Info versión 3.3.2. Con el mismo se realizaron las medidas de tendencia central mediana y moda; y para confrontar los datos y así establecer la asociación entre Alteración del Estado del Ánimo y Policonsulta.

Se utilizó la mediana pues como medida descriptiva, tiene la ventaja de no estar afectada por las observaciones extremas, ya que no depende de los valores que toma la variable, sino del orden de las mismas. Por ello es adecuado su uso en distribuciones asimétricas. Es de cálculo rápido y de interpretación sencilla. A diferencia de la media, la mediana de una variable discreta es siempre un valor de la variable que se está estudiando (RÍUS, S/F).

La moda se utilizó para representar la mayor frecuencia en los registros de los datos obtenidos (BERNAL, 2006).

Una vez procesada toda la información, la presentación de los datos se realizó a través de gráficos de barras y circulares (elaborados con el programa Excel), y tablas para una mejor comprensión de los resultados obtenidos. Los gráficos circulares se utilizaron cuando el número clases de frecuencias era reducido (RÍUS S/F). Los gráficos de barras se utilizaron para comparar números altos de clases de frecuencias entre si; y tablas se utilizaron para poder resumir los datos numéricos para facilitar la interpretación de éstos (ZORRILLA, 1992).

3.6 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

En los estudios cuantitativos, la validez y la confiabilidad de los instrumentos de medición no requieren ser determinados. Según HERNÁNDEZ 2003, los estudios tipo censo no requieren de este procedimiento. Agregado a esto, cuando se usa un formulario, creado por uno mismo que pretenda medir percepciones en algún problema por ejemplo en la población debería poseer validez (interna por ejemplo), pero si se recogen datos "duros" por ejemplo sexo, edad, etc. no es necesario validarlos.

4 RESULTADOS

La comuna de Quellón se ubica en la Región de Los Lagos, en el extremo sur de la Provincia de Chiloé, a 92 km. al sur de la ciudad de Castro que es la capital provincial.

El sistema de salud de la comuna de Quellón se encuentra administrado por el Hospital de Quellón, el cual forma parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena. Construido en 1989, fue proyectado para aprox. 7000 habitantes. En contraste a esto, la proyección del censo del año 2002 para el año 2006, demuestra que actualmente la población de Quellón llega a los 27.933 habitantes; con 45% de población femenina (INE, 2002)

El Hospital de Quellón es tipo IV y cuenta con una planta física que entrega atención durante las 24 horas el día en distintas dependencias, entre las cuales se encuentra el policlínico adosado, que funciona en horario diurno y el Servicio de Urgencia Adulto y Maternal (con atención por matrona o matron de 24 horas) (NUÑEZ 2006).

La casa de salud mental depende administrativamente del Departamento de Salud de Quellón. Se ubica en el área urbana y en ella trabaja una psicóloga, una asistente social y un técnico paramédico. A su vez los médicos generales del hospital son los que realizan la atención de salud mental en dicho lugar.

4.1 MUJERES POLICONSULTANTES CON ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL ÁNIMO

De las 125 mujeres del estudio con alteración del estado del ánimo, 40 de ellas fueron policonsultantes. De ellas 31 permanecen en control (77,5%) y 9 son inasistentes (22,5%).

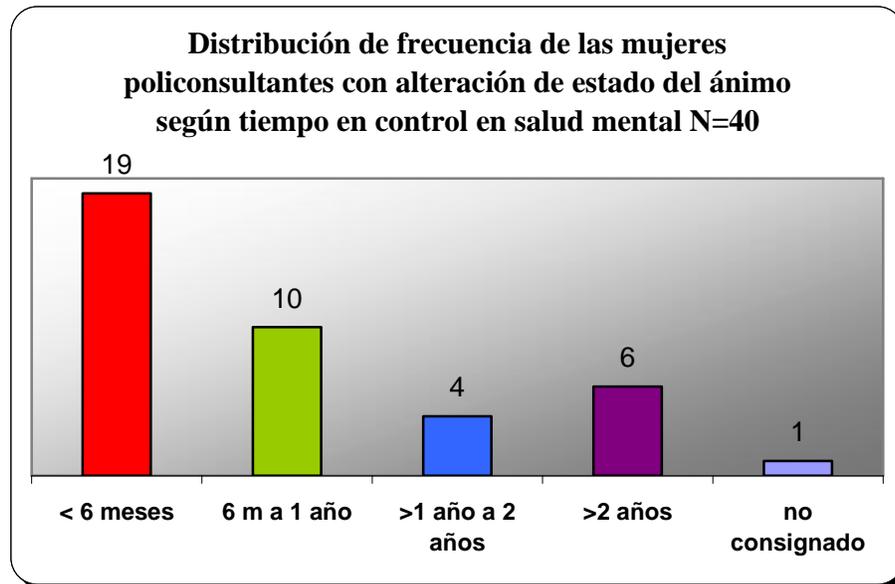
Gráfico 3.



4.1.1 Según Tiempo en Control en Salud Mental

Se realizó la clasificación del grupo en estudio según la fecha de ingreso al programa de salud mental, siendo la moda el ingreso hace menos de 6 meses en control.

Gráfico 4.



4.1.2 Incidencia y Prevalencia de Policonsulta en mujeres con alteración del estado del ánimo.

Durante el primer semestre del año 2006, 19 mujeres policonsultantes presentaron alteración del estado del ánimo, lo que significa una incidencia acumulada de 15,2% para ese período. La prevalencia de la policonsulta en mujeres con alteración del estado de ánimo alcanza un 32% (Ver Anexo 4).

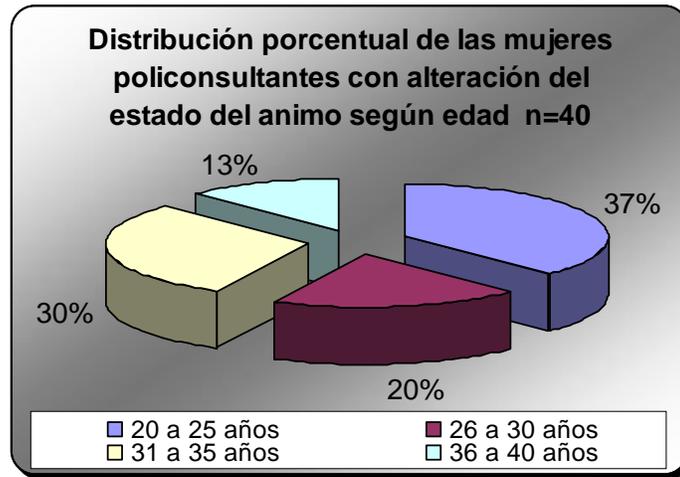
4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO.

Las características que finalmente se midieron fueron Edad (en años), Estado civil, Escolaridad y Actividad u ocupación, ya que eran los datos presentes en las fichas revisadas. Hay que mencionar que el tipo de formulario de las fichas permitía consignar estos datos claramente, no obstante se observó subregistro de los mismos, siendo la variable más afectada por esta causa la escolaridad.

4.2.1 Según Edad.

La mediana de edad en la población en las mujeres en estudio resultó ser de 28 años. El detalle de la distribución según edad se especifica en el gráfico número 5.

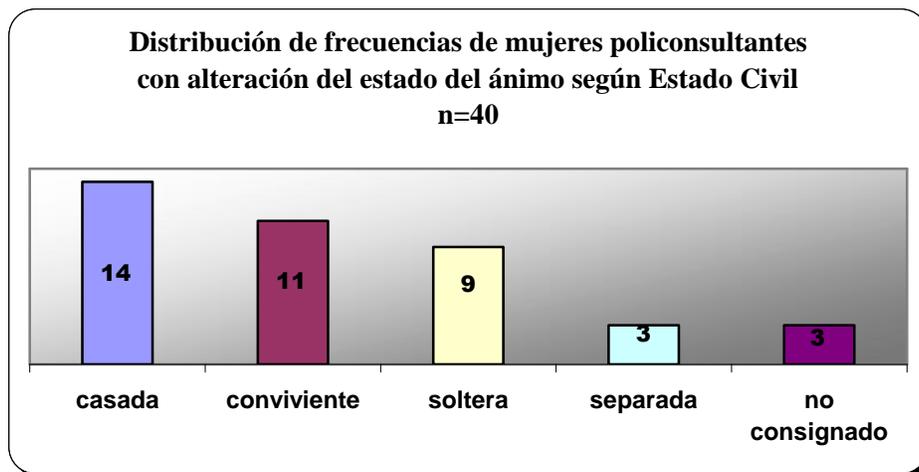
Gráfico 5.



4.2.2 Según Estado Civil:

La mediana de edad de las mujeres convivientes es de 27,5 años; para las mujeres casadas es de 31 años; y para mujeres solteras fue de 24,5 años.

Gráfico 6.



Se realizó una evaluación de la distribución de la edad según estado civil, para poder apreciar mejor la distribución de la primera en distintos grupos etáreos y así caracterizar mejor al grupo. Esto permitió observar que la moda en las mujeres más jóvenes la constituye la condición de soltera o conviviente y en lo grupos de mayor edad, es casada. La mediana de edad para las, mujeres casadas es de 31 años; para las solteras es de 24.5 años; para las convivientes de 27.5 años y de 33 años para las separadas. Esta información se puede apreciar de mejor manera en la tabla número 2.

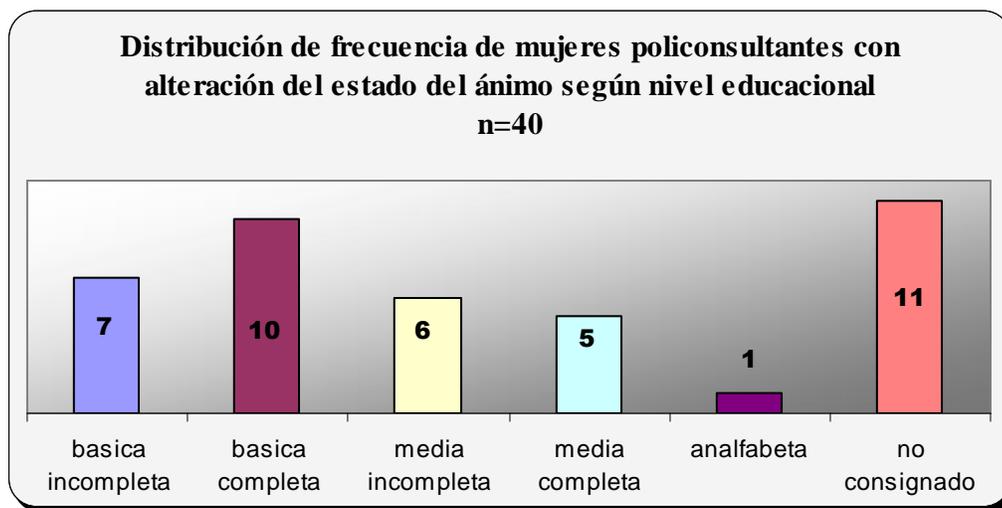
Tabla 2. Distribución según edad y estado civil de las mujeres de 20 a 40 años policonsultantes con alteración del estado del ánimo inscritas en el Programa de salud mental de Quellón, 2006

Estado civil	Edad en años				total
	20-25	26-30	31-35	36-40	
casada	4	2	3	4	13
conviviente	4	4	3	1	12
soltera	6	2	1	0	9
separada	0	1	2	0	3
viuda	0	0	0	0	0
Nc	1	1	1	0	3

4.2.3 Según Nivel educacional:

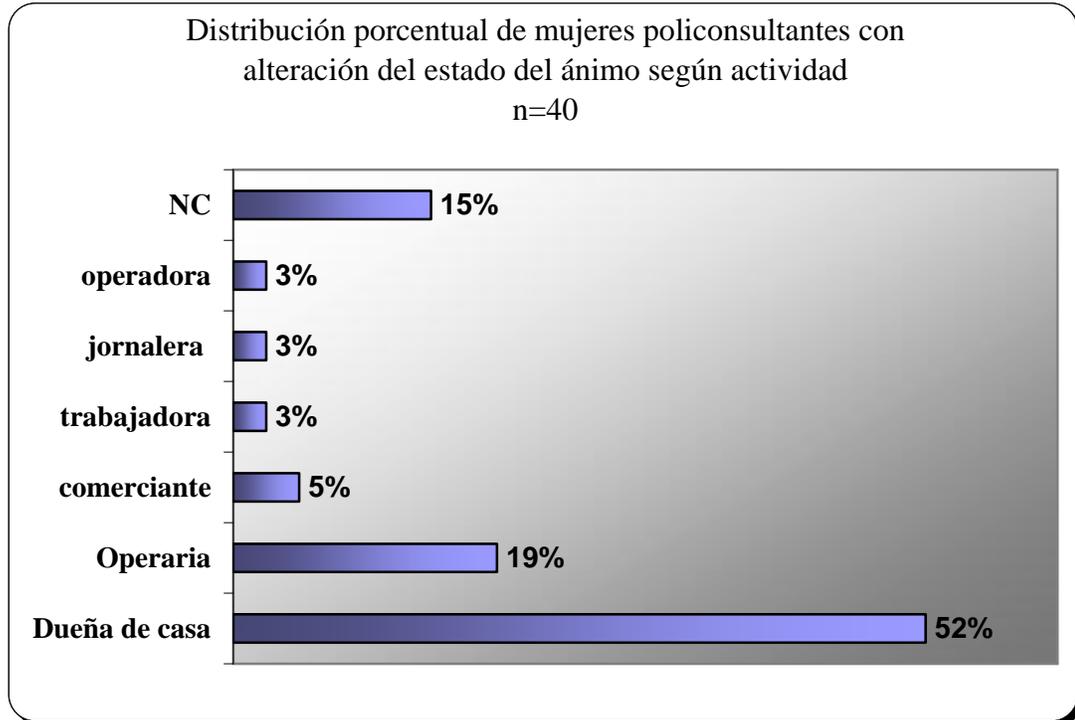
Como se mencionó anteriormente, el subregistro invalida los datos obtenidos para esta variable, pero se aprecia que sin contar lo anterior, la escolaridad básica completa es la condición que se repite con mayor frecuencia en este tipo de mujeres que se pudieron evaluar

Gráfico 7.



4.2.4 Según Actividad u Ocupación:

Las empresas salmoneras tienen una fuerte presencia en el lugar. Aquellas mujeres que trabajan en estas empresas fueron denominadas para el estudio como “Operarias pesqueras”. Esta es una labor que consiste en participar en el proceso de corte, limpieza y empaque de la materia prima en un ambiente de bajas temperaturas y generalmente en posición de pie.

Gráfico 8.

4.3 CARACTERÍSTICAS DEL MOTIVO DE CONSULTA.

De acuerdo a lo consignado en las fichas de atención de urgencia, se identificaron los motivos de consulta más frecuente de las mujeres en estudio (Anexo 2).

No existió unificación de criterios respecto al motivo de consulta, ya que se registraba exactamente lo que la usuaria refería en sus propias palabras al momento del control de signos que realiza la o el técnico paramédico. No obstante, este registro no era riguroso y la falta de datos se asoció a la carga asistencial, que restaba tiempo a las atenciones. El motivo de consulta algunas veces se completaba más tarde, en muchas ocasiones con el motivo de consulta según el diagnóstico médico.

De las 19.176 fichas revisadas, un total de 238 fichas corresponden a consultas espontáneas del tipo recurrente y que finalmente entraron en el estudio.

Cabe destacar que los síntomas consignados como “certificado de lesiones” se refiere en su totalidad a VIF, siendo referido inmediatamente a médico y a matrona/matrón para constatar violencia sexual.

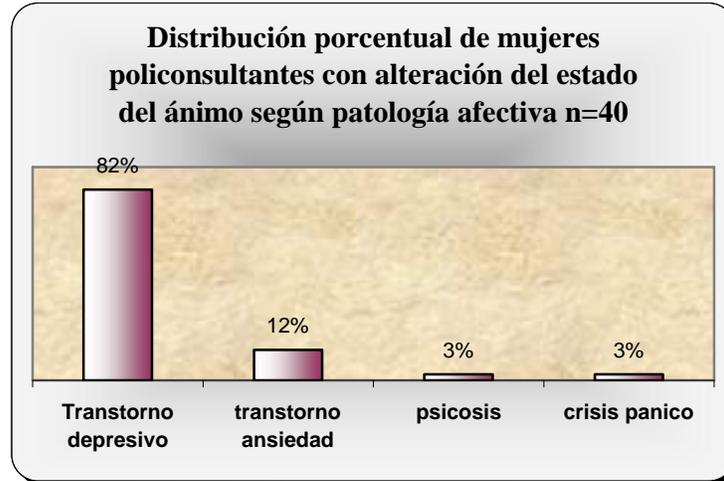
Tabla 3. Motivo de Consulta Espontánea Junio 2005-Julio 2006 de mujeres de 20 a 40 años policonsultantes con alteración del estado del ánimo en servicios de urgencias Hospital Quellón.

Sintomatología	Frecuencia	%
Molestias abdominales	47	20%
Cefalea	38	16%
Dolor	30	13%
Problemas respiratorios	29	12%
Síndrome ansioso	16	7%
Dolor garganta	12	5%
Vulvovaginitis	13	5%
Cólico biliar	12	5%
Colon irritable	5	2%
Alcohol	3	1%
Certificado de lesiones	6	3%
Lumbago	9	4%
Angustia	5	2%
Depresión	5	2%
Otros	8	3%

4.4 RELACIÓN ENTRE POLICONCONSULTA Y ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL ÁNIMO

Se realizó el resumen de los datos según la patología. El trastorno depresivo ocupa el 82% de los diagnósticos correspondiendo a 33 mujeres de acuerdo a lo expresado en el gráfico 9.

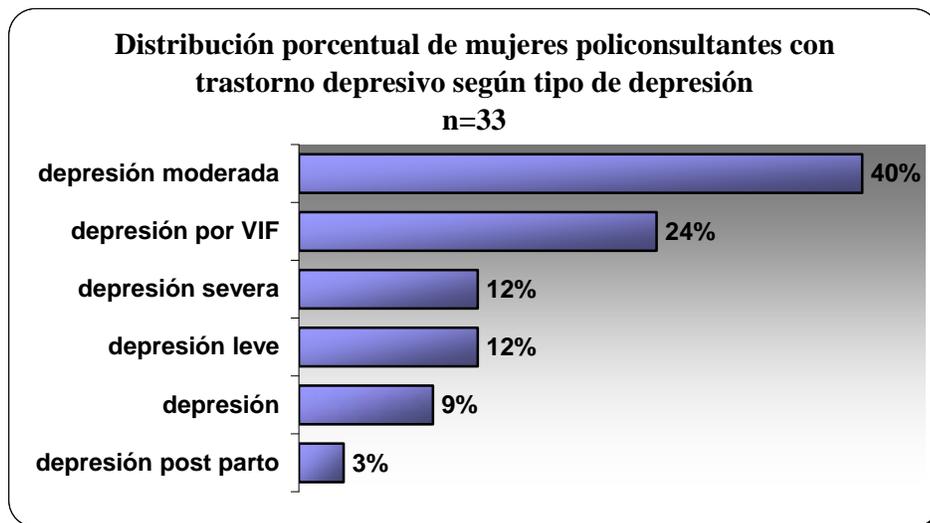
Gráfico 9.



De acuerdo a la bibliografía revisada, la clasificación de trastorno depresivo, se divide en leve, moderada y severa. Sin embargo también se encontraron clasificaciones locales, a saber: depresión (sin otra clasificación), depresión asociada a VIF y depresión post parto.

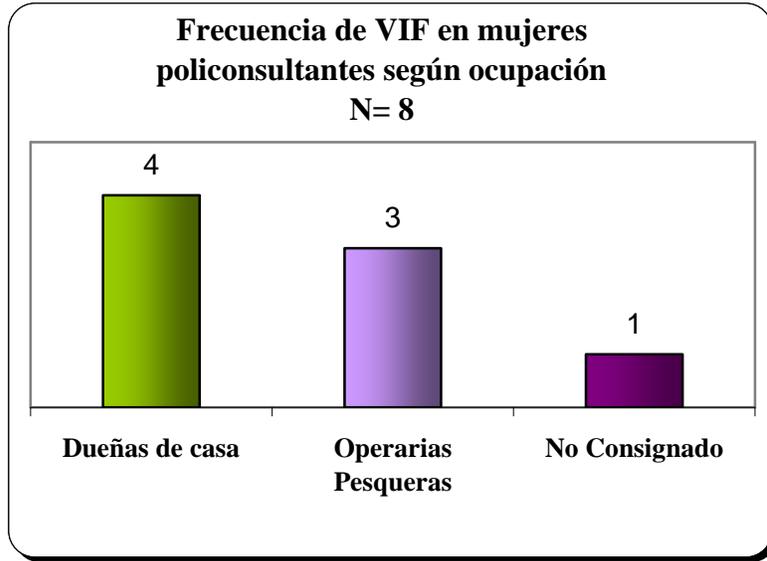
La mediana de consultas para las mujeres con Depresión Leve es de 8 consultas en un año; en las mujeres con depresión moderada es de 6; y para las mujeres con depresión severa es de 6. Las mujeres con depresión leve en el grupo de estudio son 4, y de ellas 3 ingresaron hace menos de 6 meses a control en salud mental.

Gráfico 10.



De acuerdo al dato anterior (24% de mujeres con depresión por VIF), al relacionarlo con la Actividad u ocupación, permite apreciar que del total de 8 personas con VIF, cuatro de ellas eran dueñas de casa y tres operarias pesqueras.

Gráfico 11.



5. DISCUSIÓN.

De las 125 fichas auditadas, aquellas mujeres con policonsulta y alteración del estado del ánimo, ascienden a 40, lo que representa un 80% del total de mujeres con alteración del estado del ánimo para este grupo etáreo. Este dato es acorde lo que a lo mencionado por PICADO 2001, quien señala que la mayor frecuencia de policonsulta en las mujeres se concentró en el grupo de 21-50 años, siendo los grupos de 21 a 40 años representan el 62% de este grupo. En la realidad local, JARA (2002) menciona que la policonsulta se da mayormente en el grupo de edad de 20 a 40 años. Lo anterior justifica el grupo etáreo escogido.

En relación a la policonsulta con el tiempo de evolución de la patología afectiva, sorprende que se presente mayor cantidad de policonsultantes en mujeres que permanecen en control. Sin embargo hay que relacionar este dato con el tiempo de evolución de las mujeres con alteración del estado del ánimo. La moda en esta variable corresponde a mujeres con menos de 6 meses de control hasta el punto de corte para el estudio, con 44% del total de 40 mujeres. Le sigue un 20% con más de 2 años de controles. De las mujeres con menos de 6 meses en control, 15 estaban con sus controles al día.

Esto indica una mayor prevalencia de las patologías afectivas en ese período de tiempo, siendo un problema que podría considerarse importante en Quellón dado que el recurso Psicólogo es limitado (recordemos que al momento de realización del estudio, solo había una profesional Psicóloga en Salud Mental).

Pero, estos datos igualmente podrían indicar que las actividades realizadas en el programa de salud mental es un factor que reduce la policonsulta. Di Silvestre 1998, menciona que la somatización es provocada por desórdenes del ánimo, lo que genera una demanda en los servicios de salud, fenómeno que está conceptualizado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) el cual define somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias" (American Psychiatric Press, 1994 citado en FLORENZANO, 2002).

Así, es posible que las mujeres inasistentes representen una menor proporción, puesto que ellas están en un proceso de recuperación, tal vez desligándose de los controles de salud mental, evidenciado por la menor cantidad de mujeres policonsultantes inasistentes a control.

Siendo la incidencia un 15,2% y habiendo una mayor proporción de mujeres que ingresaron hace menos de 6 meses en control de salud mental, podemos decir que este problema es una importante carga para el servicio de urgencia en Quellón.

Se puede apreciar mejor si recordamos que la policonsulta se definió como 5 o más consultas espontáneas en el año, condición cumplida por estas mujeres y que se diagnosticó en ese

periodo de tiempo, lo cual hace pensar cuantas mujeres no son controladas en Salud Mental o no han sido diagnosticadas a tiempo, y son policonsultantes, siendo este último el único indicador que haría sospechar tal condición.

La prevalencia de 32%, indica que existe una asociación positiva entre las mujeres policonsultantes y las mujeres con alteraciones del estado del ánimo. Las causas de esto van más allá de nuestro estudio, pero es interesante notar que la mediana de consultas en estas mujeres es de 6 consultas espontáneas en un año. Esta mediana, indica que en Quellón existe una policonsulta moderada, según la clasificación usada por el SSMN, S/F.

Sólo a modo de ejemplo se observa el problema desde el punto de vista del costo (en horas de atención, monetario, insumos, exámenes etc.). Si cada atención de urgencia cuesta alrededor de \$5,000, hablamos de un costo para el servicio de salud Llanchipal, en la población femenina de Quellón urbano solamente, del orden del \$1,200,000 anuales (un millón doscientos mil pesos), esto sólo calculando la mediana de atenciones.

Según BRIONES (2000), en su estudio realizado en Madrid, España, menciona que las mujeres que presentan alteraciones del estado del ánimo se concentran principalmente en grupos etáreos más adultos. Picado 2001, expone que en Costa Rica, el grupo de 30 y 40 años concentra la mayor frecuencia de policonsulta. En Chile, el MINSAL 2004, indica que las mujeres presentan mayores eventos estresantes a mayor edad. GALVEZ, 2004, señala que a mayor edad se presentan mayor cantidad de episodios depresivos.

Lo observado en Quellón parece contradecir estos hechos. La mediana de edad en las mujeres en estudio es de 28 años, se podría decir que es posible que los grupos de edad más jóvenes tengan mayor riesgo de presentar policonsulta. Incluso si se hace una división en dos grandes grupos de edad (20 a 30 años y 31 a 40 años), el grupo más joven representa el 57% del total. Si se toma en cuenta la mediana en los grupos de las mujeres según estado civil, estos están en rangos de edad más bien jóvenes (la mediana más alta es de 33 años).

En relación al estado civil, las mujeres casadas representan un 30% del total, al igual que las convivientes. Sorprende que la mediana de edad más alta se encuentre en las mujeres separadas (33 años), y que el resto de los grupos presente medianas de edad más bien bajas. La moda en el estado civil lo representan las mujeres casadas y convivientes. Sin embargo a edades más jóvenes (20 a 25 años) la moda resultó ser las mujeres solteras (6 mujeres que representan el 40% del grupo etáreo).

Esto se relaciona con lo expresado por GALVEZ, 2004 quien menciona dentro de los factores de riesgo psicosociales que las mujeres solas tienen mayor riesgo para desarrollar patologías afectivas. GALVEZ menciona igualmente que las mujeres casadas representan mayor predisposición para desarrollar depresión a mayor edad. Lo observado indica que las mujeres con algún tipo de pareja eran mayores en proporción a las mujeres solteras.

Es posible que en Quellón, no exista diferencia en ser conviviente o casada para presentar alteración del estado del ánimo y policonsulta. Por lo tanto, se podría concluir que el hecho de

tener pareja es un factor de riesgo para las mujeres de mayor edad, mientras que en las de menor edad podría ser la condición de soltera.

Según el nivel educacional, cabe destacar que un 27% de las mujeres en estudio, no tenía consignado este dato en ficha, lo cual disminuye la validez del mismo. No obstante, se puede apreciar que se presentó una pequeña diferencia en el número promedio de consultas según el nivel educativo de las personas mostrándose una relación inversa entre ambos, esto es que entre mayor es el nivel educativo menor es el promedio de consultas observado.

A pesar de la alta cantidad de subregistros, se puede apreciar que las mujeres que presentan menor escolaridad son aquellas de mayor edad. Las mujeres de menor edad, presentan mayores niveles de escolaridad. Se podría sugerir que el nivel educacional no representaría un factor protector para alteraciones del estado del ánimo ni para la policonsulta, ya que la población en estudio se caracteriza por ser mujeres jóvenes, siendo necesario ahondar en la observación de este dato.

En relación a la actividad laboral, la moda en las mujeres casadas es tener ocupación Dueña de Casa. Esto podría complementarse con el dato de que las mujeres convivientes presentan mayor proporción de trabajadoras fuera de su hogar con un 40% en relación a un 10% de las mujeres casadas en el grupo estudio.

A diferencia de lo afirmado por GALVEZ 2004, en Quellón, aquellas mujeres que no tienen “doble jornada” presentan mayor policonsulta y alteraciones del estado del ánimo, observación apoyada por REYES 1994 y RABANEQUE, S/F, quienes hablan sobre la “carga invisible” de la dueña de casa, sometidas a un exceso de trabajo, consideradas oficial y estadísticamente inactivas y en situación de improductividad.

Las dueñas de casa por lo tanto tendrían mayor tendencia a somatizar sus problemas, acudiendo frecuentemente a consulta de salud. Por otro lado podría decirse que trabajar fuera del hogar en estas mujeres parece ser un factor protector.

Es posible que el permanecer en su hogar por más tiempo sea un factor de riesgo. Culturalmente en Quellón existen antecedentes de que las parejas que trabajan en labores de pesca permanecen períodos de tiempo prolongados fuera de su casa.

Según el INFORME DE INTERNADO, QUELLÓN 2006, las principales actividades económicas de la comuna están relacionadas con las áreas pesqueras, con 15 industrias relacionadas al tema. Esto puede ser un antecedente importante a tener en cuenta para futuros estudios en el área.

De acuerdo al tipo de consulta, se registró que los síntomas más recurrente resultaron ser el dolor abdominal con un 20%, cefalea con un 16% seguida de consulta por dolor con un 13%, en la cual se contabilizaron el total de consultas y la causa de cada una de ellas en las 40 mujeres en estudio.

Según PICADO 2001, dentro de las principales causas de policonsulta por motivos médicos se citan: la hipertensión arterial no asociada a cardiopatía, cefaleas, gripe, bronquitis, diarreas, gastritis, colitis y úlceras, problemas relacionados con angustia o ansiedad, entre otros.

Esto coincide con lo encontrado en la población en estudio, donde si bien la moda fue representada por el grupo de síntomas calificados como “molestias abdominales”, la cefalea por sí sola representa 38 consultas. Lo mismo se puede decir de dolores de garganta, Síndromes ansiosos y vulvovaginitis.

Dentro de nuestra área como matronas/matrones, tenemos que dar especial interés a este último punto, ya que según ALIAGA 2003, existe una relación entre vulvovaginitis y VIF, que como se analizará más adelante, es un problema importante en las mujeres en estudio.

Por otro lado, es importante mencionar que los síndromes ansiosos también representan un número no despreciable de frecuencia. Esto no es raro, si se tiene en cuenta que las mujeres en estudio ya presenta un diagnóstico de algún tipo de alteración emocional.

Además es interesante notar la gran cantidad de síntomas que se observan, apoyando a JARA 2002, sobre el carácter polimorfo y múltiple de las consultas. Muchas de ellas no indicarían una patología emocional, y es en este punto donde la somatización de las alteraciones psicológicas de la persona juega un factor importante como menciona DI SILVESTRE 1998.

Apoiado a lo que menciona FLORENZANO 2002, donde los casos de somatización son vistos como una sobrecarga: el proceso particularizante busca explorar a qué especialidad pertenecen, y al no poder clasificarlos los somete a exámenes cada vez más complejos: esto hace que los "policonsultantes" sean vistos como un paciente que gasta un exceso de tiempo de los médicos y de recursos económicos del sistema.

Esto se complementa con lo mencionado por REYES 1994, y RABANEQUE S/F, sobre el carácter polimorfo, o sea múltiples consultas, por múltiples síntomas, sin base biológica clara, entre las que se mencionan síntomas digestivos, síndromes ansiosos, dolor músculo-esquelético, cefaleas, etc.

Por lo tanto el síntoma psicossomático parece adquirir un significado simbólico que se conecta con algo «que se debe comunicar» a través del cuerpo.

Sobre el tipo de patología afectiva, treinta y dos mujeres presentan trastorno depresivo, de las 40 en estudio, siendo significativamente alto de acuerdo a la patología que le secunda que es trastorno de ansiedad con 5 usuarias.

Este dato se relaciona con MINSAL, 2000 sobre que los trastornos depresivos representarán la segunda causa de discapacidad en el año 2020 y con ROJAS 2006, que expresan que en Chile ya es la segunda causa de pérdida de años ajustado por discapacidad.

Según GALVEZ 2004, las mujeres estarían más expuestas a depresión que los hombres, reconociéndose causas sociales para ello. En Quellón pareciera que estas causas se asocian al hecho de ser Dueña de Casa, ya que el 40% de las mujeres en estudio tienen esta ocupación, con algún grado de depresión, contra un 27% de las mujeres que trabajan fuera de su hogar.

De acuerdo a la clasificación de trastorno depresivo, se dividen en leve, moderada y severa. Sin embargo también se encontraron clasificaciones locales, a saber: depresión (sin otra clasificación), depresión asociada a VIF y depresión post parto. Si bien la mayor proporción se dio en las mujeres con depresión moderada, es interesante la gran cantidad de depresiones por VIF observadas.

De las mujeres con depresión por VIF, 12,5% son dueñas de casa. Las operarias pesqueras representan la misma proporción.

Es interesante destacar que según el Informe de Internado, Quellón 2006, la subcomisaría de la comuna reporta 173 denuncias por VIF y 29 detenidos por esta causa en el período Enero-Agosto de ese año. Si se compara este dato con el del año anterior, que tuvo un total de 249 con 3 detenidos, el problema en la comuna es importante.

Aquellas Dueñas de Casa afectadas por Depresión por VIF representan el 20% del total de Dueñas de Casa; mientras que las mujeres Operarias Pesqueras (que alcanzan un total de 19%) afectadas por depresión por VIF representan un 44% de las Operarias Pesqueras.

Esto podría indicar que tal vez las mujeres que trabajan fuera de su hogar en Quellón, tienen mayor riesgo de presentar VIF. Las razones de esto podrían estar relacionadas por la cultura machista presente aún en la población de la comuna.

De las mujeres afectadas con VIF, 2 eran casadas (22,2%) y 3 convivientes (33,3%). Este dato se relaciona con la realidad regional, ya que según SERNAM, 2001, el 54,8% de las mujeres casadas y el 60,9% de las convivientes presentaban VIF, lo cual indica que las mujeres sin pareja estable presentarían con mayor frecuencia este problema.

Si vemos el número de consultas de las mujeres con VIF, la mediana es de 5 consultas, con una media de 6,4 consultas en un año. Además de ellas 6 ingresaron hace menos de 6 meses al programa de salud mental (que como se observó anteriormente es un factor asociado a mayor número de consultas).

Por lo señalado, se puede inferir que posiblemente en la población de Quellón, la policonsulta podría estar fuertemente asociada a depresión cuya causa más frecuente es VIF en las mujeres que trabajan fuera de su hogar. Esto se podría deber a lo apoyado por BACHMANN 2001, cuando han ingresado a trabajar y deben estructurar su organización familiar y redistribuir roles al interior del hogar.

A pesar de que una mujer dentro de la muestra presentó depresión post-parto, no es menor hacer mención que presenta 10 consultas por si sola, lo que sobrepasa por mucho la mediana

de consultas para el general del grupo. Es posible que este grupo represente menor proporción, dada la aliciente cultural de maternidad deseada en las mujeres de Quellón de conocimiento meramente experiencial por la autora y el autor.

Por lo anteriormente expuesto, es posible concluir que las mujeres con patología del estado del ánimo que presentan policonsulta en Quellón posiblemente, serían mujeres jóvenes, en su mayoría solas, que son dueñas de casa y que tienen antecedentes de VIF, pero no obstante a medida que aumenta la edad, serían en su mayoría mujeres con pareja (casada o conviviente) manteniéndose el antecedente de VIF.

Por último, desde el punto de vista del rol profesional, la literatura realza la labor de la matrona dentro del proceso de gestación. Esta visión de la mujer madre, en vista del perfil de la mujer policonsultante y con alteraciones del estado del ánimo en Quellón, resulta bastante estrecho. La prevalencia y la incidencia de la policonsulta en las mujeres en estudio, hace ver que el problema es serio en mujeres no gestantes, jóvenes y con variables como VIF asociadas. Es posible que esta visión poco integral deba ser replanteado, teniendo en cuenta que es la matrona en el ámbito de la salud pública, quien tiene mayor contacto con la mujer. Resulta entonces incomprensible que el equipo de salud mental no cuente con un recurso matrona/matrón, a lo menos, para trabajar con un problema serio en las mujeres. Por lo tanto, los resultados no justifican para nada el rol actualmente existente, sino más bien apuntan a que sea la matrona un importante pilar en la salud de la mujer en todo ámbito de su ciclo vital.

6. CONCLUSIONES.

Existe asociación entre las variables policonsulta y alteraciones del estado del ánimo, en las mujeres en estudio, justificado en la prevalencia de 32% descrita en la discusión. Más preocupante aún, que en un período de 6 meses, la incidencia alcanza 15,2%, que hace crecer el problema año tras año en forma no despreciable. Este problema es sub-valorado tanto desde el punto de vista académico como desde las políticas sanitarias.

Desde el punto de vista profesional, es importante recalcar la existencia de la policonsulta como problema de salud pública, si bien, no en si mismo, más bien un posible síntoma de alteraciones del estado del ánimo.

Este fenómeno debería ser reconocido oficialmente a nivel de políticas de salud, reconociéndose así, la necesidad de monitorizarlo, medirlo y tomar las medidas pertinentes para su solución.

Si bien los resultados expuestos anteriormente no se pueden extrapolar a otras realidades, puede ser una sugerencia observar el grado que alcanza el problema en los diferentes centros de salud.

Sin duda sean cuales fueren las causas vale la pena poder intervenir en ellas, dado que en estas cifras contabilizamos a las mujeres con alteración del estado del ánimo, en las cuales se podría invertir este monto.

La policonsulta debe ser considerado como una herramienta diagnóstica no sólo para la/el profesional matrona/matrón, sino para todos los agentes de salud (médicos, paramédicos, enfermeras) debería usar en caso de sospecha de alteración del estado del ánimo.

De esta forma se evitará entregar diagnósticos y tratamientos altamente somatizados a estas mujeres, y avanzar a una verdadera integración de la persona como un todo (incluyendo la salud mental).

Según REYES 1994, no obstante es solamente la punta del iceberg en el tema, dado que los “diagnósticos complacientes” a las usuarias solamente logran intensificar la visión corporal de sus afecciones. Y en el caso de diagnosticar desde el punto de vista mental a las usuarias, el tratamiento farmacológico (comúnmente benzodiacepinas) solamente permite atenuar los síntomas, sin lograr una recuperación real. La misma autora menciona que es importante lograr la asociatividad en estas mujeres.

Generalmente se les propone una actividad concreta, siendo más útiles las que se realizan en grupo o permiten ampliar amistades y crearse un grupo de pertenencia. Algunas de las actividades más frecuentemente usadas son: educación de adultos, clases de corte y

confección, talleres de cocina, asociaciones de mujeres (casi todas suponen un compromiso de asistencia, implican una superación personal, lo que favorece la autoestima de las pacientes, y suelen incluir actividades grupales del tipo de viajes y excursiones).

El trabajo realizado en salud mental en Quellón, parece ser efectivo (mas no suficiente) y cumplir las expectativas de las usuarias. Pero aún así, dada la carga asistencial, es posible sugerir aumentar el recurso psicólogo/psicóloga y de otros profesionales, que permitan dar una mejor solución al problema. Además de esto es posible sugerir la formación de equipos multidisciplinarios que permitan abordar a estas usuarias de la mejor manera.

Por otro lado, la presencia de VIF, es un factor importante en el grupo estudiado, que merece mayor atención, a nivel no sólo de salud, sino de otros sectores como educación y legislativos.

Existe una importante magnitud de la violencia doméstica asociada al diagnóstico de depresión encontrada en la población en estudio. Esto hace significativo representar y profundizar sobre la diversidad de contextos de la violencia doméstica en Quellón y medios de intervención adecuados para subsanar el problema. En relación con el estudio, obligadamente se debe asociar estas intervenciones con la patología mental, realizando acciones a nivel familiar que optimicen el impacto de las políticas públicas en Quellón en esta materia.

Además, no es menor mencionar que, al parecer, el factor causal de alteración del estado del ánimo, asociado a aquellas mujeres que trabajaban fuera de su hogar sea el elemento de violencia intrafamiliar. Esto puede sugerir que en la población de Quellón si bien el salir del hogar es protector, la presencia de VIF es un elemento que anula este “efecto protector”.

Lo anterior no es mencionado por algunos autores consultados, como GALVEZ y ALFONSO, quienes asocian la doble jornada como factor de riesgo de alteraciones afectivas. El Síndrome de la Dueña de Casa, mencionado por RABANEQUE (y sugerido por profesionales del Departamento de Salud Municipal de Quellón), es algo que clásicamente no ha sido parte de las políticas públicas en salud mental.

Otro elemento importante que no es contradictorio con las fuentes consultadas es la edad, pues los grupos más jóvenes representan la moda en el grupo estudio. Esto es algo nuevo, posiblemente un elemento propio de Quellón (a falta de otros estudios).

Finalmente, al no observarse una diferencia substancial entre mujeres casadas y convivientes, es posible desmitificar el hecho de que la condición marital sea un factor protector en salud mental (asociado además a VIF). Más allá, esto podría sugerir que el hecho de tener pareja, es un factor a tener en cuenta para la salud mental de las mujeres de la comuna de Quellón.

Los puntos anteriores, demuestran que posiblemente el escenario de la salud mental de la población femenina es distinto al mencionado en las fuentes consultadas. Esta diferencia puede ser local, pero surge la pregunta sobre el hecho de la centralización de los datos y como se proyectan los recursos en salud mental en ese sentido. Las realidades distintas, exigen formas distintas de abordar los problemas. Es más, existe una necesidad (anteriormente

mencionada) de tener registros locales que puedan justificar en forma más apropiada la forma de actuar en este plano, de manera de satisfacer la demanda de mejor forma.

El Hospital de Quellón cuenta con una clasificación de urgencia que permite dar prioridad a las atenciones, (tales como Ebriedad, Aliento etílico, Coma) sin embargo es necesario tener en cuenta la posible resolutivez de problemas como mujeres policonsultantes en estos servicios.

Para ello sería muy positivo unificar diagnósticos, para lograr una mejor tabulación de la información de modo que se evite el subregistro de estas afecciones y así lograr intervenir más eficazmente. Como por ejemplo se podría clasificar en:

- a) Alcoholismo
- b) Dependencia y abuso de drogas
- c) Episodio Depresivo y/o Ansiedad
- d) Signo y Síntoma de causa desconocida.

Unido a esto, se podría implementar una escala de valoración de pertinencia de la consulta implícito en la ficha de atención de urgencia. El hospital de Quellón ha avanzado en este tema, clasificando por medio de un código según la prioridad de atención, lo cual ha tenido según lo referido por los/las profesionales del hospital una mejora substancial en la percepción de la atención que otorga el servicio de urgencia. La autora y el autor creen que sería igualmente conveniente dejar impreso en la ficha el espacio para anotar este dato, pues ahora se registra informalmente.

Hay que mencionar al respecto, que un panel informativo sobre la pertinencia de las atenciones (junto con un flujograma) se encuentra en la sala de espera de urgencia del hospital. Con esta iniciativa, es imposible negar que la policonsulta en el servicio de urgencia del establecimiento no sea un problema sentido.

También sería recomendable llevar un control estricto en la ficha de atención del número de veces que la paciente consulta por iniciativa propia. Esto podría realizarse en el conteo mensual de atenciones realizadas, en el cual se especifique la cantidad de personas con consultas recurrentes o poco pertinentes. Lo que podría permitir un monitoreo más eficiente de la magnitud del problema, identificar usuarios con somatización en forma más rápida. En casos de sospecha de policonsulta (normalmente percibida en forma subjetiva), sería recomendable aplicar test al paciente para diagnosticar trastornos psicosociales. Lo ideal sería que se pudiese llevar una contabilización personalizada del número de consultas para detectar más eficientemente aquellas personas que posiblemente sean policonsultantes.

Sería igualmente importante llevar a cabo procesos de capacitación del personal tanto no médico como médico, en el tema que nos ocupa.

En Quellón, el primer contacto con un prestador de salud en el servicio de urgencia de adultos es con el o la técnico paramédico, situación que se repite en todos los servicios de urgencia del

país. Es más, en sectores aislados, el único prestador de salud al que la población tiene acceso es al /la técnico paramédico.

Por ello la formación en este ámbito debe ser transversal. Es curioso que FLORENZANO 2002, mencione que los y las estudiantes de las facultades de medicina mejoraban su capacidad de entrevistar al utilizar una metodología activo-participativa, que les permitía reconocer elementos no verbales de la comunicación, así como desarrollar destrezas interpersonales de empatía, actitud de legitimación y respeto por el punto de vista del paciente, elementos constitutivos del método de valoración del modelo de matronería.

En virtud de lo anterior, es necesario mencionar la importancia que tiene la/el profesional matrona/matrón, en la labor de pesquisa de este tipo de situaciones a todo nivel de atención, pero indudablemente en mayor medida en la salud primaria.

En Quellón no se pueden cumplir en su totalidad ciertos aspectos del rol de la matrona y del matrón, sobre todo aquellos referidos a la inclusión del componente familiar y las visitas domiciliarias a la usuaria. Esto se debe a un déficit de recurso matrona y matrón para una población que ha crecido explosivamente, una gran población flotante que está muy diseminada en la comuna más grande de la provincia de Chiloé. Sin embargo se cumplen los aspectos referidos a la pesquisa y derivación por sospecha alteración del estado del ánimo. No obstante, la policonsulta persiste como problema, probablemente por ser un grupo de usuarias inasistentes a sus controles; por la coordinación con las rondas; o por estar en primeras etapas de su tratamiento psicológico.

El íntimo contacto con las usuarias, ventaja por sobre otras profesiones de la salud, permite identificar a la matrona y el matrón como un agente privilegiado para la pesquisa y cooperación en la terapéutica de las alteraciones del estado del ánimo. Esta capacidad muchas veces no tomada en cuenta a niveles de mayor complejidad de atención, puede ser vital para detectar el problema y coordinar con otros sub-sectores en salud (salud mental en este caso) generando un trabajo interdisciplinario e intersectorial relevante para la resolución del problema.

El cambio de escenario, con una disminución de la muerte materna y perinatal, gran cobertura del control prenatal y atención institucional del parto, hacen que ya sea hora de poder ampliar el campo de acción de la matrona en otros ámbitos de la calidad de vida de las usuarias y por lo tanto, de sus familias y la comunidad.

En este sentido, es posible prever que la salud mental será junto con otras condicionantes de vida (como el envejecimiento de la población chilena), futuros ejes de las políticas públicas en el ramo.

Así, el cambio a Centros de Salud Familiar (CESFAM), la especialidad de médicos de familia, pueden ser una señal que la matrona y el matrón necesitarán ser reconocidas y reconocidos igualmente en estas competencias, con la necesidad de medios de actualización. Ello sin desconocer que en forma experiencial ya se cuenta con estos conocimientos en aquellas

matronas y aquellos matrones que han estado trabajando con la población femenina que sufre este problema.

Dar un paso más allá, tanto a la cooperación para el diagnóstico y tratamiento de las usuarias con alteraciones del estado de ánimo es por lo tanto pertinente a la luz de los resultados. Es importante además señalar el sub-registro, tanto en urgencia como en salud mental, los cuales pueden mejorarse para el monitoreo o estudios posteriores de la situación en Quellón. Cabe destacar de todas formas, que salud mental estaba pasando por un proceso de actualización que probablemente subsane esta condición en el futuro.

Finalmente, es necesario que los futuros prestadores y las futuras prestadoras de salud sean formados en el ámbito de la salud mental igualmente como en la salud somática.

La aparente falta de experticia en el campo, podría ser reforzado en este nivel con una integración de los ramos y temáticas teóricas y prácticas sobre la desigualdad de género, la alteración de la salud mental y los problemas sociales, de manera más acentuada. Cabe señalar que en el ámbito de la matronería, estos aspectos ya han sido fuertemente introducidos en los planes de estudio.

Por lo tanto, es imprescindible hacer notar la importancia que tiene esta situación en particular en la formación de las y los estudiantes de obstetricia y puericultura, pues son ellas y ellos (en su proceso de formación y luego como profesionales) los que tienen mayor contacto con las mujeres. Y los que sin duda están mejor preparados para poder diseñar políticas de intervención, formar e incluso liderar equipos multidisciplinarios en el abordaje del problema.

Lo anterior, no solamente en el ámbito terapéutico, sino (y aún más relevante) en la prevención de las alteraciones del estado del ánimo.

Como se dijo anteriormente, la favorable posición con que cuentan la matrona y el matrón en su diario quehacer profesional, es un recurso que se puede explotar en este sentido y así generar trabajo comunitario intersectorial constante, monitorización y estudio de variables que permitan comprender aún mejor el problema que se presenta.

7 BIBLIOGRAFÍA

1. AJZEN I, FISHBEIN M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Prentice Hall, Inc. 1980.
2. ALIAGA P., Violencia Hacia La Mujer: Un Problema De Todos, Revista Chilena Obstetricia y Ginecología v.68 n.1 Santiago 2003
3. ALFONSO A. 2001, Salud Mental de las Mujeres, Avances y Desafíos, Mujer y Salud Mental "Los Espejos de la Desigualdad" página 13, Cuadernos Mujer N°6. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
4. BACHMANN A. HINOSTROZA M.,2001 Violencia de pareja en la mujer trabajadora, hacia una estructura familiar flexible, extraído del compendio de las II Jornadas Australes Interdisciplinarias Mujer Y Desarrollo, Valdivia , Chile
5. BERNAL C., 2006, Metodología de la Investigación, Editorial Pearson-Educación, 2ª Edición, páginas 185-189, México
6. BUSTILLOS M.2001.Prevalencia y Factores Asociados a la Violencia Domestica en Mujeres Trabajadoras de la Industria Maquiladora de Chihuahua, Chihuahua, México. extraído el compendio de las II Jornadas Australes Interdisciplinarias Mujer Y Desarrollo, Valdivia , Chile
7. BRIONES N., PEREDA C., PRADA M., 2000. Las mujeres y sus Síntomas Trastornos Psicológicos Detectados En Los Centros De Salud De La Comunidad De Madrid, Madrid.
8. Canales F.; Alvarado E.; Pineda E. 1986, Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. OPS Editorial Limusa. México. Págs. 135 - 140; 165-166
9. CHILE CRECE CONTIGO, MINSAL, 2007, Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo, Departamento Ciclo Vital. Chile.
10. DI SILVESTRI C. 1998. Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. Disponible en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/frames08.htm> Consultado el 30 de Octubre del 2005.
11. DIO- BLEICHMAR, E., 1991, La Depresión en la Mujer, Colección Fin de Siglo, Ediciones Temas de Hoy, Madrid, España.

12. FERRANDO BUNDIO L. 2003, La Depresión en la Mujer, Psiquiatría y Atención Primaria, Volumen 4 número 4. J&C Ediciones Médicas, Barcelona, España.
13. FLORENZANO R. 1994. Familia y Salud de los Jóvenes. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.
14. FLORENZANO R., ET AL., 2002, Somatización: Aspectos Teóricos, Epidemiológicos y Clínicos, Revista Chilena Neuro-Psiquiatría, volumen 40, página 47-55, Santiago de Chile
15. GALAZ C.2004. Patrones de Conducta de los Usuarios de un Servicio de Urgencia Adosado a Hospital Tipo 4, Revista Chilena de Salud Pública; Volumen 8 (2): 84 – 92
16. GALVEZ PEREZ T. 2004. Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile 2003. Santiago, Chile. Editado por Organización Panamericana de la Salud.
17. GARCIA C. 2001, Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad, Murcia, España.
18. HERNANDEZ G, 2005, Ansiedad y Trastornos de Ansiedad, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.
19. HERNÁNDEZ R., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA P. 1991, Metodología de la Investigación, Editorial McGraw Hill, Colombia, Páginas 60-63; 285-293.
20. INE. 2002. Estadísticas de Población. Instituto Nacional de Estadísticas Región de los Lagos. (Disponible en: http://www.ineloslagos.cl/mapa_interactivo/index.html. Consultado el 10 de Septiembre del 2005)
21. JACK, W. Principles of Health Economics for Developing Countries. The World Bank Washington D.C. 1ª, Edición. 1999.
22. JARA ABURTO A., 2002. Mujer con Consulta Recurrente: Una queja Silenciada, Estudio Cualitativo desde la Perspectiva de Género, de las Mujeres de 20 a 40 Años con Consulta Recurrente de los Centros de Salud Familiar, Arzobispado de Puerto Montt. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Valdivia. Chile
23. LEAL CERCOS C. 1999. Trastornos Depresivos en la Mujer. Barcelona, España, Editorial Masson.
24. MINSAL, 1997, Programa de Salud de la Mujer, Aspectos no Reproductivos, página 13. Santiago, Chile
25. MINSAL, 2004. Programa de Tratamiento Integral de la Depresión en el Sistema Público, Santiago, Chile.

26. MINSAL,2006. Guía Clínica, Tratamiento de Personas con Depresión, Santiago, Chile
27. MORA RODRIGUEZ M. 2004, Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar Modulo V, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
28. MUÑOZ VIVAS M. 1991. Características de los Pacientes Policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina.
29. NUÑEZ E., TROPA Y., 2006. Informe de Internado Quellón 2006. Quellón, Chile. Universidad Austral de Chile, Escuela de Obstetricia y Puericultura.
30. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2001. "La Salud Mental en la Américas: Nuevos Retos al Comienzo del Milenio". Documento del Programa de Salud Mental de la Oficina Panamericana de la Salud al Subcomité del Comité Ejecutivo de Planificación y Programación, Washington, D.C, EAU.
31. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Violencia Sexual Basada en Género y Salud, San José de Costa Rica.
32. PEREZ M.2001. Género, Salud Mental y Violencia. Documento Preparado para Jornadas Participativas que impulsó en Regiones del País el Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud en Chile, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), Santiago de Chile.
33. PICADO L. 2001. La Policonsulta y su Impacto en los Costos de los EBAIS Concentrados del Área de Salud Alajuela Sur durante el Año 2001, Universidad Estatal a Distancia Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, Costa Rica.
34. PUC, Estudios de Prevalencia.
Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/epiDesc6.htm>
(Consultado el 7 de diciembre 2005)
35. PUC, Estudios de Prevalencia
Disponible en:<http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/epiDesc7.htm#4>
(Consultado el 7 de diciembre 2005)
36. RABANEQUE G., S/F, Mujer Rural, Salud Y Calidad De Vida
Disponible en: <http://www.nodo50.org/mujeresred/rural-ruralia-salud.html>
(Consultado el 18 de Abril 2007).
37. REYES M., 1994, Mujeres Agobiadas, Medicina Clínica, Volumen 103, Número 17, Barcelona

38. RIUS F., S/F, Curso de Bioestadística, Universidad de Málaga.
Disponible en: <http://www.bioestadistica.uma.es/libro/>
Consultado el 25 de Abril del 2007.
39. RODÓ A, 1987.El Cuerpo Ausente. Informe de Investigación, Colección Revista
Proposiciones N°13, enero-abril, Chile.
40. ROJAS G., 2006, Calidad de Vida de Mujeres Deprimidas en el Posparto Revista
Médica de Chile; Volumen 134, Páginas 713-720, Santiago de Chile
41. SAYAVEDRA G., FLORES. E., 1997 Ser Mujer: ¿Un Riesgo para la Salud? Del
Malestar y Enfermar al Poderío y la Salud, Red de Mujeres Latinoamericanas y el
Caribe 1° Edición, México pp 95_137.
42. SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, 2001, Prevalencia de la Violencia
Intrafamiliar, Detección y Análisis. Documento de Trabajo. Versión Preliminar.
Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
43. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE, S/F, Policonsulta y Servicios
de Urgencia Adultos, Santiago de Chile,
Disponible en: <http://www.ssmn.cl/documentos/policonsulta1.pdf>,
(Consultado el 17 de Abril del 2007)
44. VALDES E. MERCADO,F. y ROBLES I.,1998. Cuando Ella Está Enferma. Estudio
Cualitativo sobre la Imagen de la Mujer Enferma. Compilación de Investigación
Cualitativa en Salud. Guadalajara, México
45. VALLEJO RUILOBA J.; GASTÓ FERRER C. 2000. Trastornos Afectivos: Ansiedad
y Depresión. 2ª Edición. Barcelona, España. Editorial Masson.
46. VIVEROS, M. 1992. Las Organizaciones Femeninas Populares y la Salud de la Mujer
¿Autoexplotación o Promoción?, Un estudio de caso en Bogotá, Editores Institut
français d'études andines. IFEA - Universidad externado de Colombia, Bogotá.
Colombia. Págs. 289-319.
47. WHO, 1997. Violence Against Women: a Priority Health Issue.
WHO/FRH/WHD/97.8. Génova.
48. WELLS KB, 1989.The Functioning and Wellbeing of Depressed Patients: Results
from the Medical Outcomes Study. JAMA; 262: 914-9.
49. ZAARKOVICH S., 1967, Los Métodos de Muestreo y los Censos, FAO, páginas 32-
33, 38, Italia.

50. ZORRILLA S., 1992 Guía para Elaborar la Tesis, Editorial McGraw Hill, 1ª Edición, páginas 79-81, México.

Anexo 1

PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEPRESIÓN															Nº														
SERVICIO DE SALUD _____															1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
COMUNA _____																													
CENTRO DE SALUD _____																													
Nombre _____																													
Paterno					Materno					Nombre																			
RUT _____																													
Domicilio _____																													
Edad _____																													
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																													
ESTADO CIVIL					ESCOLARIDAD					OCUPACIÓN																			
1 Soltera(o)					1 Sin escolaridad					1 Dueña de casa																			
2 Casada(o)					2 Básica					2 Comercio																			
3 Conviviente					3 Media					3 Asesora de hogar																			
4 Separada(o)					4 Técnica					4 Obrera(o)																			
5 Viuda(o)					5 Universitaria					5 Empleada(o)																			
Fecha de Ingreso _____																													
Diagnóstico																													
<input type="checkbox"/> Depresión Leve																													
<input type="checkbox"/> Depresión Moderado																													
<input type="checkbox"/> Depresión Severa																													
Tratamiento																													
<input type="checkbox"/> Farmacológico																													
<input type="checkbox"/> Intervención Psicosocial Grupal																													
<input type="checkbox"/> Psicoterapia Individual																													
Derivación: <input type="checkbox"/> Consultoría <input type="checkbox"/> COSAM <input type="checkbox"/> Nivel 2º																													
Otros diagnósticos médicos: _____																													
Otros Tratamientos Farmacológicos: _____																													

Factores Psicosociales de Riesgo		Si	No
Enfermedad física o dolor crónico			
Discapacidad psiq. o física personal o un familiar*			
Abuso de alcohol y/o drogas			
Conflicto familiar severo (VIF)			
Vive sola(o)			
Parto reciente o vive con hijo menor de 6 años			
Escasa participación y apoyo en red social			
Pérdida de la madre (antes de los 11 años)			
Separación conyugal en el último año			
Muerte de familiar* en los últimos 6 meses			
Pérdida del trabajo en los últimos 6 meses			
Conflicto laboral severo (con daño de autoestima)			
Antecedente de suicidio en la familia*			
Episodio depresivo anterior			
Otro:			

*Familia nuclear
Suma las respuestas positivas y marque arriba

Anexo 2

Modelo Ficha de Atención de Urgencia del Hospital de Quellón

Folio: _____			
Atención de Urgencia			
Hora: _____		Fecha: _____	
Nombre: _____		RUT: _____	
Dirección: _____			
Edad: _____	FN: _____	Previsión: A B C D Isapre _____	SP
Peso: _____	T° ax: _____	T° rec: _____	PA: _____ Pulso: _____
Sobrio	Aliento Étílico	Ebriedad	Coma
Motivo de Consulta: _____			
Exámen físico:			
Diagnóstico: _____			
Indicaciones: _____			
Destino: Hospitalizado	Domicilio	Poli	
Atendido por: Paramédico	Médico	Enfermero	Matrón

			Firma

Anexo 4

Cálculo de Prevalencia e Incidencia

A4.1 Cálculo Incidencia

La fórmula usada fue la siguiente.

$$IA = \frac{\text{Nº de casos nuevos de una enfermedad durante el seguimiento}}{\text{Total de población en riesgo al inicio del seguimiento}}$$

Por lo tanto el cálculo se obtuvo como sigue:

$$IA = \frac{18 \text{ mujeres policonsultantes con alteración del estado del ánimo}}{125 \text{ mujeres con alteración del estado del ánimo}}$$

A4.2 Prevalencia.

La fórmula usada fue la siguiente:

$$P = \frac{\text{Nº de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

El cálculo por lo tanto se obtuvo como sigue

$$P = \frac{40 \text{ mujeres policonsultantes con alteración del estado del ánimo}}{125 \text{ mujeres con alteración del estado del ánimo}}$$