



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de Educación y Humanidades

Departamento de Ciencias Sociales

MAGISTER EN FAMILIA-MENCION INTERVENCION FAMILIAR

ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE

Perfil individual y familiar de personas con patologías psiquiátricas en tratamiento ambulatorio especializado, en el Centro Comunitario de Salud Mental (Cosam) de Hualpén, Servicio de Salud Talcahuano, años 2007 a 2011.

Autoras:

Ferrada Carrillo, Valeria
Flores Rubilar, Claudia
Rubilar González, Angélica

Docente guía:

Navarrete Campos, Carmen
Licenciada en Trabajo Social
Magíster en Familia Universidad del Bío Bío

CONCEPCION - CHILE
NOVIEMBRE 2012

AGRADECIMIENTOS

A Carmen, nuestra guía, que confió en nosotras y aceptó acompañarnos en este camino.

De Valeria:

A Dios por darme la razón de ser en todo lo que emprendo,

A Mateo y mi gran familia, que facilitaron los tiempos, acompañaron las dificultades y compartieron mis alegrías.

A mis hijos Carolina y Mateo Eric, para que este esfuerzo los inspire a lograr mejores metas en la vida.

De Claudia:

A mi madre, por su apoyo y constante motivación al mundo del conocimiento y a mi padre, que desde el cielo, que junto a Dios me ilumina cada día.

Patricio, que me ha apoyado desde el inicio de este camino, con su paciencia y dedicación en el cuidado de nuestra hermosa hija, Daniela.

A Valeria, compañera y amiga, que me acogió en su proyecto y me invita cada día a ser más.

De Angélica:

Agradecimientos a mi mamá por su infinito amor y apoyo incondicional.

A Eduardo por su apoyo y compañía en todos mis proyectos.

A mi hija Catalina, motor permanente que inspira a cumplir todos mis sueños.

A mi papá que desde el cielo me recuerda siempre ser mejor persona.

A mi tía Alma, por su inagotable aliento y ejemplo de constancia.

A mis compañeras Valeria y Claudia por compartir este desafío.

Tabla de contenido

I.- INTRODUCCION.....	5
II.- PRESENTACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	6
2.1.- Identificación y focalización del problema	6
2.2.- Fundamentación	7
2.3.- Objetivos.....	10
III.- MARCO REFERENCIAL	12
IV.- MARCO CONCEPTUAL.....	20
V.- DISEÑO METODOLOGICO.....	25
5.1.- Descripción del Diseño	25
5.2.- Operacionalización de Variables	25
5.3.- Población/muestra	27
5.4.-Selección de la muestra	29
5.5.- Técnicas/instrumentos de recolección de la información.....	30
5.6.- Modalidad de Análisis de los datos	32
5.7.- Validez y consideraciones éticas	32
VI.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	33
6.1. Descripción del proceso de producción y recolección de los datos.....	33
6.2. Procesamiento de los datos	34
VII.- ANALISIS DE LOS DATOS POR OBJETIVOS	34
PERFIL INDIVIDUAL	35
Programa Trastornos Mentales Severos (TMS).....	35
PERFIL INDIVIDUAL	49
Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas).....	49
PERFIL INDIVIDUAL	65
Programa depresión grave.....	65

PERFIL INDIVIDUAL	80
Programa Indiferenciado	80
PERFIL INDIVIDUAL	97
Programa Violencia severa (VIF severa)	97
PERFIL INDIVIDUAL	111
Programa Infantil	111
ANALISIS INTEGRADO DE LOS DATOS	126
PERFIL FAMILIAR	141
Tipo de Hogar	143
Integración Familiar	145
Quintiles de Ingreso	146
VIII.- CONCLUSIONES GENERALES	147
IX.- RECOMENDACIONES	152
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	156
XI.- ANEXOS	166
ANEXO Nº 2 Instrumento	168
ANEXO Nº 3 Entrevista y aplicación de APGAR	169
ANEXO Nº 4 Mapa comuna de Hualpén	170
ANEXO Nº 5 Comuna sectorizada por poblaciones mayores porcentajes	171
ANEXO Nº 6 Selección de la muestra	172

I.- INTRODUCCION

El presente estudio es una actividad formativa equivalente (AFE) desarrollada para el Magíster de Familia de la Universidad del Bío Bío y tiene como objetivo conocer el perfil individual y familiar de personas con patología psiquiátrica en tratamiento ambulatorio especializado, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

El centro comunitario de salud mental, en adelante COSAM de Hualpén, es un centro de salud creado en el año 2007 por el servicio de salud Talcahuano, y forma parte de una red de servicios organizados en torno al nuevo modelo de psiquiatría comunitaria, modelo que surge a partir de “ la defensa de los derechos de las personas que padecen enfermedad mental y que fueron reclusos en centros asilares” según norma general N° 106 del ministerio de salud, (MINSAL) 2008,p.3; norma que además señala: que se debe “evitar la desvinculación de estas personas de su vida cotidiana, tanto en el ámbito familiar, como laboral y/o comunitario” correspondiendo esto al nuevo modelo de psiquiatría.

En este contexto, el COSAM de Hualpén tiene como objetivo, brindar atención integral especializada, a la población beneficiaria referida por la red asistencial, con problemas y trastornos de salud mental de moderada a alta severidad, de forma de contribuir a mantener los mayores niveles de funcionalidad en las personas a nivel familiar y social. A nivel interno el COSAM de Hualpén se organiza en función de programas de atención de acuerdo al tipo de patología de los usuarios/as que ingresan, es así como en la actualidad encontramos los siguientes programas: infanto-juvenil, depresión, indiferenciado, alcohol y drogas, violencia severa y trastornos mentales severos.

El equipo investigador se motivó por realizar un estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo, para obtener una línea de base representativa del universo de personas atendidas en el periodo 2007 a 2011, en relación a algunas variables socio demográficas y de procesos clínicos por programa.

Además a través de una muestra representativa, se conocerá la percepción de los usuarios/as en relación al apoyo familiar, el cual juega un rol sustancial en la rehabilitación de personas con patología psiquiátrica.

Una vez concluido el estudio y analizados los resultados, se podrán elaborar futuras hipótesis de trabajo que podrían ser abordadas en estudios cualitativos o analíticos.

II.- PRESENTACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1.- Identificación y focalización del problema

Para abordar de manera integral los problemas de salud mental, debemos tener un mayor conocimiento de los sujetos de intervención, tanto a nivel individual, como familiar, ya que es reconocida la influencia que los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales tienen en la génesis y curso del trastorno mental y el malestar psíquico, así se indica en la norma general N°106, MINSAL, 2008.

El equipo multidisciplinario que labora en el COSAM de Hualpén necesita conocer las características de los usuarios/as, de sus familias y el contexto social al cual pertenecen, para desarrollar en forma más eficiente y focalizadas las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con patología psiquiátrica.

En el marco de la reforma de salud, se define un “nuevo modelo integral de salud”, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige – más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados – a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (Ministerio de salud, 2008, modelo de atención integral de salud, p.6)

2.2.- Fundamentación

El equipo profesional del COSAM de Hualpén se enfrenta cada día a las frustraciones, alegrías y dificultades de las personas y las familias que padecen una enfermedad de salud mental. Persiste aún la estigmatización diaria de las personas a nivel de todas las esferas sociales, debido a que no logran integrarse plenamente a la vida social, laboral o familiar. Ha sido una preocupación permanente desde el inicio de este proyecto de intervención el conocer la realidad de la personas que acuden a la atención diaria, sin embargo las estadísticas locales, los breves periodos de intervención y el aumento sostenido de ingresos, impide elaborar los perfiles necesarios, para abordar de la mejor manera la reinserción social de nuestros usuarios y por ende mejorar su calidad de vida, y la percepción de logros del equipo, tema tan necesario, para seguir invirtiendo energía y motivación en un proyecto de incalculable valor.

Los equipos de salud mental mantienen una alta rotación a nivel local, por razones que no están bien estudiados, pero una de las que nosotros percibimos es la falta de focalización en la intervención clínica y comunitaria, que permita realmente rehabilitar a personas con problemas de salud mental. Los usuarios por otro lado, al no ver programas sociales adecuados a sus necesidades presentan un alto índice de abandono de tratamiento, ya que les puede resultar

incluso una “pérdida de tiempo” asistir a programas de intervención poco pertinentes a su realidad.

Por lo expuesto anteriormente, nos ha parecido necesario realizar el presente estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo, para la obtención de una línea de base representativa del universo total de las personas atendidas en el periodo 2007 a 2011 en el centro comunitario de salud mental Hualpén, en relación a las variables individuales, socio demográficas y de procesos clínicos de cada uno de ellos. Además a través de una muestra de los usuarios activos a la fecha del estudio, se conocerá la percepción de los mismos, en cuanto al apoyo familiar, el cual juega un rol sustancial en la rehabilitación de personas con patología psiquiátrica.

Dicho rol de la familia, se considera como primordial, siendo el núcleo fundamental de la sociedad y en especial de cada individuo que la integra, por lo que la relación salud-familia, como lo considera el ministerio de salud, resulta necesaria abordarla con mayor profundidad, situación que muchas veces es abordada por políticas de trabajo, pero quizás no, desde la perspectiva que el individuo, en nuestro caso el usuario, realmente lo requiera.

El presente estudio busca , el conocimiento de sus usuarios, con el fin de analizar las acciones y técnicas de trabajo que se implementan en la actualidad, y si éstas se adecuan a los requerimientos reales de la población atendida en relación a sus características individuales y familiares, y si los procesos clínicos son lo suficientemente claros y atingentes a la realidad del COSAM Hualpén, o simplemente se iniciaron y se ejecutan, en base a datos estadísticos que fundamentaron la implementación de este tipo de programas de salud mental a nivel nacional.

Se pretende además, dar mayor importancia con base estadística de la función y rol que cumple la familia, en el proceso de “atención integral” hacia los usuarios, y la percepción de éstos de su integración a sus familias en las cuales se encuentran insertos, y si realmente los miembros de su familia, quienes son los más cercanos afectivamente, son considerados en sus procesos y si los usuarios consideran que debieran ser aún más integrados, para el logro en la intervención clínica y avances en su recuperación .

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y, sin duda, las condiciones de la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades, son algunas de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser - junto a los accidentes y las enfermedades crónicas – uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas.

En la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

El plan nacional de salud mental del año 2001 define que:

“Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren en forma especial el protagonismo de

las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.”

En el año 2004, el Ministerio de Salud, en conjunto con la organización mundial de la salud, elaboró el “Informe WHO-AIMS sobre sistemas de salud mental en Chile” donde se detallan algunos antecedentes de la población atendida en los 38 COSAM existentes a esa fecha a nivel nacional. En lo que respecta a este estudio, y en comparación a la población atendida por otros centros ambulatorios de salud, informan que los COSAM se caracterizan por atender a una mayor proporción de personas con trastornos por consumo de sustancias 18%, bajo porcentaje de atención a personas con diagnóstico de esquizofrenia 3,6%, y en relación a otras patologías alcanzan un porcentaje total de 22,6% para trastornos del humor afectivos, 21% en trastornos neuróticos y de estrés y 8% trastornos de la personalidad. (p. 21-22). En relación a antecedentes socio demográficos, las usuarias mujeres representan alrededor del 50% de la población tratada. (p.35).

Se espera finalmente, que una vez concluido el estudio y analizados los resultados finales, se puedan elaborar futuras hipótesis de trabajo que podrían ser abordadas en estudios cualitativos o analíticos.

2.3.- Objetivos

2.3.1.- Objetivo general

Describir el perfil individual y familiar de los usuarios/as del centro comunitario de salud mental (COSAM) de Hualpén entre los años 2007 a 2011.

2.3.2.- Objetivos específicos

Perfil Individual

1. Identificar por programa de atención, variables de edad, sexo, estado civil y nivel educacional del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.
2. Identificar por programa de atención., los diagnósticos psiquiátricos del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.
3. Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.
4. Describir por programas de atención, procesos clínicos ingresos, altas, causas del alta y tiempo de tratamiento, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén entre los años 2007 a 2011

Perfil familiar

5. Identificar el tipo de hogar, a través de la composición de la familia en términos de relaciones de parentesco, de los usuarios/as ingresados a tratamiento entre los años 2007 al 2011 y que se encuentren activos, en tratamiento a la fecha de estudio, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén.

6. Describir la funcionalidad de la integración familiar, de los usuarios/as ingresados a tratamiento entre los años 2007 al 2011 y que se encuentren activos, en tratamiento a la fecha de estudio, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén.

7. Clasificar por quintiles de ingreso a las familias de los usuarios/as ingresados a tratamiento entre los años 2007 al 2011, y que se encuentren activos, en tratamiento a la fecha de estudio, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén

III.- MARCO REFERENCIAL

En el mundo, y durante la segunda mitad del siglo veinte, se produce un cambio de paradigma en la atención de salud mental.

Una serie de hechos impulsó el abandono progresivo de la atención en grandes instituciones custodiales, favoreciendo una atención comunitaria más abierta, flexible y ambulatoria. "La experiencia ha demostrado que las terapias que implican el aislamiento de las personas con discapacidad no sólo impiden una adecuada integración de aquéllas a su medio social, sino que en la mayoría de los casos agravan las existentes o generan nuevas discapacidades. Ello es así porque la rehabilitación no es un concepto de contenido puramente médico, sino un proceso integral que incluye la recuperación física, mental, social y profesional de la persona". (Ferreiros, 2006).

Revisando la historia de la atención psiquiátrica en nuestro país, ésta da cuenta que ha evolucionado, desde periodos en que los pacientes eran atendidos por órdenes religiosas o eran abandonados en las calles, en tiempos en que ser enfermo mental era interpretado como una señal de "pecado";

pasando por la institucionalización de los pacientes en hospitales psiquiátricos (Casa de Orates, Manicomios), desde 1852 con fuerte permanencia de este modelo de oferta de atención psiquiátrica, en tiempos donde se piensa que los pacientes necesitan ser contenidos y separados, para poder tratarse de forma adecuada; hasta que en 1960 aproximadamente surgen las primeras experiencias en psiquiatría comunitaria en Chile.

Revisando las primeras experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile, sobresalen las lideradas por el Dr. Luis Weinstein, el Dr. Juan Marconi y el Dr. Martín Cordero. Las dos primeras en Santiago y la última en la ciudad de Temuco, iniciativas que se vieron estancadas casi en su totalidad durante el período del gobierno militar. Desde entonces se produce un período en que se mantiene el énfasis del “modelo manicomial”.

Desde inicios de los años noventa y en adelante, se observa un periodo caracterizado de nuevas e importantes expectativas de reestructuración de la asistencia psiquiátrica, con recursos financieros importantes y con el gran propósito de “privilegiar el desarrollo de servicios integrados a la red común de atención sanitaria, con énfasis en el desarrollo de dispositivos comunitarios y de lograr el desarrollo de un modelo centrado en el tratamiento precoz, continuo y eficiente y en rehabilitación y reinserción. Destacan en este periodo la integración de la psiquiatría al hospital general y a la comunidad; surgen equipos de reforzamiento psicosocial de la atención primaria”. (Torres y Sepúlveda, 2001)

El plan nacional de salud mental y psiquiatría chileno propone el enfoque comunitario de salud mental, el cual se caracteriza por considerar a los trastornos mentales como alteraciones de la salud de carácter biopsicosocial, susceptibles de recibir una atención preventiva, curativa y rehabilitadora en el medio donde se desenvuelve la persona enferma.

En este sentido, el ministerio de salud propone programas de rehabilitación psicosocial basados en el enfoque comunitario de salud mental dentro del cual se encuentran los centros comunitarios de salud mental (COSAM), que “enfatisa las necesidades de las comunidades en general y de las personas que sufren alguna enfermedad mental. Es decir, propone un énfasis comunitario al trato de los problemas de salud mental, que está fomentando un modelo de atención comunitario aplicando los recursos asistenciales disponibles de forma coordinada e integrada a través de estrategias comunitarias de grupos de usuarios y familiares”. (Programas de rehabilitación psicosocial de los COSAM de zona occidente en la región metropolitana de Santiago, sin fecha).

La familia influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, por lo que la situación de salud de cada miembro influye al sistema en su totalidad. La familia posee características que pueden ser factores protectores o de riesgo para determinadas alteraciones en la salud.

Se entiende por enfoque familiar la práctica clínica que recoge información sobre la estructura familiar, las relaciones familiares, las pautas de conducta relacionadas con la salud, las conexiones emocionales y los recursos familiares, con el fin de entender al individuo inserto en su contexto. A partir de esta comprensión se logrará una mejor organización de las respuestas con los recursos familiares.

Por otra parte al incorporar la familia como unidad de cuidados, se está reconociendo y ayudando a la misma familia a reconocer que muchas situaciones necesitan de la participación de la familia como sistema, para incrementar la efectividad de la intervención. (Ministerio de salud, en el camino a centro de salud familiar, 2008, p.16-17)

Una de las definiciones más aceptada por los equipos es la que nos entrega el equipo ministerial en el documento: “En el camino a centro de salud familiar” (2008), donde se nos señala a la familia como “conjunto de personas que viven bajo un mismo techo”. Desde un punto de vista social, la familia es considerada como “la unidad básica de la sociedad y el núcleo donde se desarrollan los individuos, se cuida y socializa a sus miembros. Pero en definitiva el concepto de familia está dado por la realidad sociológica y prima la propia definición que la familia hace. (Ministerio de salud, subsecretaría de redes asistenciales 2008, p.29)

De acuerdo a lo que plantean Daniel y Campbell en su libro orientación familiar en atención primaria del año 2008:

“La familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, tales como hábitos y estilos de vida. Las tensiones que sufre la familia en las etapas de transición del ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas. Los síntomas somáticos pueden cumplir una función adaptativa en el seno de la familia y ser mantenido por los patrones de conducta familiares. Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad”. (En el camino a centro de salud familiar MINSAL, 2008, p.27).

El modelo de familia que tiene preeminencia en una época determinada se relaciona estrechamente con la dinámica de la sociedad en la que está inserta.

Por ello, la consideración histórica sobre la realidad familiar pone de relieve la dificultad de una definición respecto a lo que es la familia.

La Comisión Nacional de la Familia o Comisión Aylwin, en el año 1993 define la familia como "...grupo social unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las

uniones de hecho cuando son estables. Es por ello que se es miembro de una familia en la medida en que se es padre o madre, esposo o esposa, hijo o hija, abuelo o abuela, tío o tía, etc."

En ese mismo informe se señala:

"...la familia es una unidad integrada por miembros con identidades propias, que desempeñan roles distintos según el sexo y la edad."

"...la familia es una institución fundamental de la realidad social y puede considerarse como una estructura social relativamente estable, organizada para satisfacer ciertas necesidades elementales de la persona y de la sociedad. En síntesis, como núcleo primario, la familia desempeña ciertas funciones básicas que le son propias." (Comisión nacional de la familia o comisión Aylwin, 1993, p.35 -36).

En el transcurso del período 1990-2003 los hogares y familias chilenas muestran una creciente heterogeneidad, expresada en una diversidad de estructuras y modelos vigentes. Este proceso se enmarca en la tendencia general de evolución de los hogares y familias insertos en procesos de transición demográfica y modernización de fuerte incorporación a un modelo global de desarrollo económico (Arraigada & Aranda, 2004). Las nuevas tendencias demográficas que presenta el país está caracterizada por una disminución en las tasas de fecundidad, aumento de edad al casarse, disminución de los matrimonios, retraso en la edad que se tiene el primer hijo, aumento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población, entre otros aspectos (Aguirre, 2004).

Para nuestro estudio, hemos considerado la aplicación de un instrumento como el APGAR Familiar, el cual es definido más adelante, por lo cual es importante considerar, que a pesar de existir una diversidad de conceptos de familia, trabajaremos y consideraremos, en este estudio, **el concepto de familia** del creador del instrumento a aplicar, Gabriel Smilkstein, quien indica

que “familia es un grupo psicosocial conformado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero.” (Sinche y Suárez 2006).

La organización mundial de la Salud, en adelante OMS, informa que a nivel mundial cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta; en la carga global de las enfermedades, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, un 2,1% debido a lesiones auto infligidas y el trastorno de depresión unipolar por sí solo, causa el 12,15% de años vividos con discapacidad, constituyendo la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. (OMS, 2004)

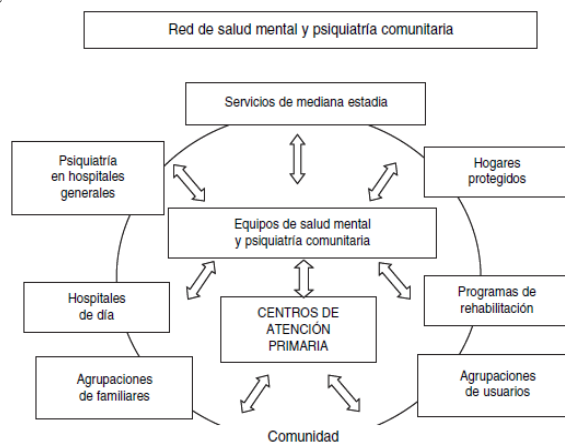
La alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, trae como consecuencia una alta carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad. El impacto económico se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La enfermedad produce un círculo vicioso entre pobreza y patología psiquiátrica. (OMS, 2004)

Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional. Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza. (OMS, 2004)

En Chile, la prevalencia en la vida de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%). En general, estas afecciones explican 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. (MINSAL 2005, plan nacional a 10 años).

El plan de salud mental del año 2000 define una red de servicios de salud mental y psiquiatría, con el objetivo de abordar los problemas de salud mental, estructura organizativa donde los COSAM tienen presencia importante como se observa en la figura 1.

Figura 1 . Esquema de la red de salud mental y psiquiatría. Chile, 2004



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

El objetivo de esta red, es facilitar el acceso a los servicios y a las acciones sanitarias en instalaciones más cercanas a su residencia. Esta red debe garantizar la diversidad y frecuencia de las prestaciones requeridas por los pacientes y sus familiares y la continuidad de los cuidados, tomando en cuenta las necesidades de las diferentes poblaciones, las etapas del ciclo de vida y las particularidades del género. (Ministerio de salud, 2008, norma general N°106).

Para el presente estudio consideramos fundamental usar un enfoque que permita el estudio de las variables desde una mirada integral, y que facilite entender la influencia que tienen los ambientes en el desarrollo de las personas, por lo cual este equipo investigador seleccionó la teoría ecológica de Bronfenbrenner.. En este caso hablamos de los diferentes ambientes que rodean al individuo y que influyen en la formación del individuo. El concepto de

ecosistema del modelo ecológico de Uri Bronfenbrenner (Bronfenbrenner,1987) “propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. **El microsistema**, constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); **el mesosistema** comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; **el exosistema** lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; finalmente, **al macrosistema** lo configuran, la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad. Bronfenbrenner, argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto, dependen unos de otros y, por tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos”. (Torrice, Santín, Andrés, Menendez y López, 2002).

El modelo ecológico supone una herramienta conceptual que permite integrar conocimientos, examinarlos con una perspectiva particular, elaborar nuevas hipótesis y brindar un encuadre teórico a partir del cual se puedan elaborar estrategias de intervención en la comunidad.

La orientación ecológica en la intervención comunitaria tiene por objeto de trabajo la interacción de la persona y su ambiente. A la persona se la ve en permanente desarrollo y se concibe éste como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él.

Los distintos ambientes definidos en el modelo ecológico son a su vez sistemas, funcionando como tales, en los cuales el ser humano es un elemento

más. Dentro de estos sistemas, los aspectos físicos (vivienda, configuración de un barrio, ruidos, etc) son también elementos en interacción que han de ser considerados en la valoración e intervención comunitaria. (Villalba, C, 2003)

IV.- MARCO CONCEPTUAL

Edad: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha de la primera atención profesional en el COSAM.

Sexo: Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos. (OPS y OMS, 2000).

Estado civil: Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio (**soltero, casada, viuda, etc.**) y con el parentesco (padre, madre, hijo, hermano, abuelo, etc.). El estado civil de una persona tiene las siguientes características: toda persona tiene un estado civil, es uno e indivisible, es permanente (ya que no se pierde mientras no se obtenga otro) y las leyes del estado civil son de orden público, es decir, no se transfieren, no se transmiten y no se renuncia, según biblioteca del congreso nacional de Chile. (2012)

Años cursados por nivel: En Chile la educación está regida por la ley (LGE), sucesora de la Ley orgánica constitucional de enseñanza (LOCE). Ley general de educación de (LGE), 2009. Para el presente estudio se entenderá por años cursados como, años cursados y aprobados en un establecimiento educacional reconocido por el estado.

- a. Sin enseñanza educacional (analfabeto)
- b. Enseñanza básica incompleta
- c. Enseñanza básica completa
- d. Enseñanza media incompleta
- e. Enseñanza media completa

- f. Enseñanza técnico profesional incompleta
- g. Enseñanza técnico profesional completa
- h. Enseñanza superior incompleta
- i. Enseñanza superior completa

Salud mental: “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”. (OMS 2011 a, p.1.)

Trastorno mental: es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Para efectos del estudio se describirá el diagnóstico principal que afecta a la persona. (Manual CIE 10).

Sector de residencia: población específica de la comuna de Hualpén en que habita la persona ingresada a tratamiento.

Comuna de Hualpén: está ubicada en la región del Bío-Bío, que junto a otras once comunas conforman la Provincia de Concepción, Chile. Actualmente, Hualpén administra el sector sur poniente de la comuna de Talcahuano. El límite administrativo entre ambas comunas de oeste a este es: camino a Lenga, Avenida Las Golondrinas, Avenida Libertador Bernardo O’Higgins y autopista Concepción-Talcahuano.

Dentro de los sectores de la ciudad de Talcahuano que se encuentran en la joven comuna están Hualpencillo, la parte sur del sector Industrial (ENAP refinерías e IDIEM de la Universidad de Chile), Parque Central, Peñuelas y el sector Sur de Talcahuano (Villa Acero, Parque residencial BÍO-BÍO, Parque Las

Américas, Colón 9000, Cerro Verde, Cerro Verde Alto y Población René Schneider). (I. Municipalidad de Hualpén, 2012). **Ingreso:** fecha en que la persona recibe la primera atención profesional en el centro de salud.

Alta: fecha en la cual la persona deja de recibir tratamiento en el centro.

Tiempo de tratamiento: periodo de tiempo que transcurre entre fecha de ingreso y fecha de alta del centro.

Tipo de hogar según “Composición Familiar”: se refiere a la estructura del núcleo familiar que comparte un hogar, que incluye la cantidad de convivientes y el parentesco que existe entre ellos y en relación con un jefe del hogar (Louro, 2005).

Tipos de Hogares y Familia, según CEPAL (2004)

a. Hogar unipersonal: hogar constituido por una persona sola (con o sin presencia de servicio doméstico puertas adentro).

b. Familia nuclear biparental sin hijos: hogar que presenta un núcleo conyugal constituido por el jefe de hogar y su cónyuge. No hay presencia de otros miembros (otros parientes del jefe de hogar, no parientes).

c. Familia nuclear biparental con hijos: hogar que presenta un núcleo conyugal constituido por el jefe de hogar y su cónyuge, y uno o más hijos del primero. No hay presencia de otros miembros (otros parientes del jefe de hogar, no parientes)

d. Familia nuclear monoparental con jefe hombre: hogar que presenta un núcleo conyugal incompleto, constituido por el jefe de hogar de sexo masculino

y uno o más hijos de éste. No hay presencia de otros miembros (otros parientes del jefe de hogar, no parientes)

e. Familia nuclear monoparental con jefe mujer: hogar que presenta un núcleo conyugal incompleto, constituido por el jefe de hogar de sexo femenino y uno o más hijos de éste. No hay presencia de otros miembros (otros parientes del jefe de hogar, no parientes).

f. Familia extensa: hogar que puede presentar un núcleo conyugal completo o incompleto (tipos b, c, d, e), más otros parientes del jefe de hogar. No hay presencia de miembros no parientes del jefe de hogar.

g. Familia compuesta: hogar que puede presentar un núcleo conyugal completo o incompleto (tipos b, c, d, e), que puede tener o no otros parientes del jefe de hogar, y que tiene otros miembros del hogar no parientes del jefe.

h. Hogar sin núcleo conyugal: hogar en que no se conforma un núcleo conyugal, con presencia de otros parientes del jefe de hogar y/o no parientes del jefe de hogar. Este tipo de hogar se conforma por dos personas o más.

Funcionalidad familiar: El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. (MINUCHIN,1999).

Ficha de protección social: Según el MIDEPLAN, la ficha de protección social permite identificar a las familias y miembros cuyos rasgos de vulnerabilidad corresponden a los destinatarios de la protección social. Las variables de la ficha de protección social pertenecen a tres tipos de categoría: aquellas relacionadas con los recursos económicos, las que miden las

necesidades de las familias, y las relacionadas con los riesgos que enfrentan las familias. El concepto de vulnerabilidad permite dar cuenta de una noción dinámica de la pobreza, como una condición presente o potencial y, al mismo tiempo, entrega una mejor caracterización de la pobreza “dura”, de aquellos hogares que sistemáticamente mantienen niveles de ingreso por debajo de la línea de pobreza. Se considera que forman parte de la pobreza aquellas personas que viven en situación de vulnerabilidad según ficha de protección social con puntaje igual o inferior a 11.734 lo que equivale a un 40% más pobre de la población del país.

Quintiles de ingresos económicos: Con el fin de evaluar adecuadamente la o las vulnerabilidades que pueda presentar una familia, el puntaje resultante de la aplicación de la ficha de protección social combina tres elementos centrales: a) La capacidad generadora de ingresos (C.G.I) de cada uno de los integrantes de la familia. b) Los ingresos económicos de la familia, que se obtienen de la suma de aquellos recursos que provienen de jubilaciones, pensiones, montepíos (ingresos permanentes) y de los ingresos declarados por las personas. c) El índice de necesidades de la familia según su tamaño y composición: la edad de sus miembros y su situación de autovalencia o dependencia, para lo que se utilizan las preguntas relativas a salud y discapacidad presentes en la ficha. El puntaje de la ficha se actualiza todos los meses y va desde los 2.000 a los 20.000 puntos, donde a menor puntaje en la ficha mayor es la vulnerabilidad de la familia. A partir de esta información mideplan categoriza a las familias de acuerdo a quintiles de vulnerabilidad, cuyos puntajes de corte son, según el MIDEPLAN , año 2009 p.70,.

Puntaje ficha de protección social

QUINTIL	min.	máx.	%
1	2.072	8.500	20
2	8.501	11.734	40
3	11.735	13.484	60
4	13.485	14.557	80
5	14.558	16.316	100

V.- DISEÑO METODOLOGICO

.1.- Descripción del Diseño

Tipo de estudio: Estudio de tipo cuantitativo exploratorio-descriptivo de corte transversal, debido a que se especificarán las propiedades importantes de personas, las familias y la comunidad, para someterlo análisis.

5.2.- Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES
Edad	Lo que se observe en el estudio
Sexo	Masculino Femenino
Estado Civil	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Situación de pareja	Cónyuge Convivencia Separado Sin pareja
Nivel educacional	a. Sin enseñanza educacional (analfabeto) b. Enseñanza básica incompleta c. Enseñanza básica completa d. Enseñanza media incompleta e. Enseñanza media completa

- f. Enseñanza técnico profesional Incompleta
- g. Enseñanza técnico profesional Completa
- h. Enseñanza superior incompleta. Enseñanza superior completa

Trastorno mental

Lo que se observe en el estudio

Sector de residencia

Lo que se observe en el estudio.

Ingresos

Fecha que inicia tratamiento

Altas

Fecha que finaliza tratamiento

Motivo del alta

Lo que se observe en el estudio.

Tiempo de tratamiento

Promedio años

Tipo de Hogar:

- a. Hogar unipersonal
- b. Familia nuclear biparental sin hijos
- c. Familia nuclear biparental con hijos
- d. Familia nuclear monoparental con jefe hombre
- e. Familia nuclear monoparental con jefe mujer
- f. Familia extensa
- g. familia compuesta
- h. hogar sin núcleo conyugal

Funcionalidad familiar

Apgar familiar(A.F.) 2= Alto

Apgar familiar(A.F.) 1= Mediano

Apgar familiar(A.F.) 0= Bajo

Quintiles de estrato socioeconómico:

- 1er quintil
- 2do quintil
- 3er quintil
- 4to quintil
- 5to quintil

5.3.- Población/muestra

Población de referencia o universo: total de registros de personas ingresadas a tratamiento al COSAM de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, para objetivos del perfil individual.

Población de muestra: Personas que ingresaron a tratamiento entre el año 2007 a 2011 y que se encuentren activos en el Centro a septiembre de 2012, para objetivos del perfil familiar.

Tipo de muestra: Muestra aleatoria de pacientes activos a septiembre de 2012, estratificada por programas. Se considerará un 95 % de intervalo de confianza y un 10% de error muestral.

Se elaborará nómina de pacientes activos por programa, a septiembre de 2012, que hayan ingresado a tratamiento entre los años 2007 a 2011 y se definirá el tamaño de la muestra total con apoyo de calculadora electrónica <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>

Se utilizará la misma proporción universo-muestra definido, para extraer número de pacientes por programa, que permitan cumplir con el tamaño muestral definido.

La aleatorización de los pacientes por programa se definirá con apoyo a de calculadora electrónica *Stat Trek* disponible en: <http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>. Logrando definir qué paciente de cada programa, será parte de la muestra.

Los instrumentos electrónicos de apoyo, detallados anteriormente se encuentran en documento “Indicadores de calidad: manual de muestreo para prestadores, superintendencia de salud, agosto de 2010”

Criterios de inclusión: - Se considerarán en el estudio el registro de personas que hayan tenido a lo menos una atención profesional en el Cosam.
-Usuarios ingresados entre los años 2007 a 2011 que se encuentran activos a septiembre de 2012.

Criterios de exclusión: Usuarios del programa infantil y adultos de programa de trastornos mentales severos, ya que se desconoce real aplicabilidad de APGAR a este tipo de población.

Reposición de la muestra:

Si no se logra aplicar instrumento a los pacientes definidos en la muestra por: descompensación del paciente, negación a ser entrevistado, no se encuentra en domicilio en dos oportunidades o no asiste a dos entrevistas con profesionales tratantes; se procederá a reponer a la persona, por la que prosigue inmediatamente después de la lista, hacia abajo.

Si la persona que prosigue en la lista, ya está en la selección de la muestra, se seleccionará la persona inmediatamente anterior, hacia arriba de la lista.

5.4.-Selección de la muestra

Población de referencia o universo: total de registros de personas ingresadas a tratamiento al COSAM de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, para objetivos del perfil individual.

Población de estudio o muestra: personas que ingresaron a tratamiento entre el año 2007 a 2011 y que se encuentren activos en el centro a septiembre de 2012, para objetivos del perfil familiar.

Tipo de muestra: Muestra aleatoria de pacientes activos a septiembre de 2012, estratificada por programas. Se considerará un 95 % de intervalo de confianza y un 10% de error muestral.

Se elaborará nómina de pacientes activos por programa, a septiembre de 2012, que hayan ingresado a tratamiento, entre los años 2007 a 2011 y se definirá el tamaño de la muestra total con apoyo de calculadora electrónica <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>.

Se utilizará la misma proporción universo-muestra definido, para extraer número de pacientes por programa, que permitan cumplir con el tamaño muestral definido.

La aleatorización de los pacientes por programa se definirá con apoyo de la calculadora electrónica *Stat Trek* disponible en:

<http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>. Logrando definir qué paciente de cada programa, será parte de la muestra.

Los instrumentos electrónicos de apoyo, detallados anteriormente se encuentran en documento “Indicadores de calidad: Manual de muestreo para prestadores, superintendencia de salud, agosto de 2010”

Criterios de inclusión:

- Se considerarán en el estudio el registro de personas que hayan tenido a lo menos una atención profesional en el Cosam.
- Usuarios ingresados entre los años 2007 a 2011 que se encuentran activos a septiembre de 2012.

Criterios de exclusión:

- Usuarios del programa infantil y adultos de programa de trastornos mentales severos, ya que se desconoce real aplicabilidad de APGAR a este tipo de población.
- Que vivan en una institución residencial.

Reposición de la muestra:

Si no se logra aplicar instrumento a los pacientes definidos en la muestra por: descompensación del paciente, negación a ser entrevistado, no se encuentra en domicilio en dos oportunidades o no asiste a dos entrevistas con profesionales tratantes; se procederá a reponer a la persona, por la que prosigue inmediatamente después de la lista, hacia abajo.

Si la persona que prosigue en la lista, ya está en la selección de la muestra, se seleccionará la persona inmediatamente anterior, hacia arriba de la lista.

5.5.- Técnicas/instrumentos de recolección de la información

Entrevistas Estructuradas, para obtener información acerca de los tópicos que constituyeron algunos de los ejes temáticos de esta investigación, definiéndolos a través de una serie de preguntas para la obtención de información en relación a categorización de la tipología familiar , a través del conocimiento de la composición del grupo familiar y el dato del puntaje de la ficha de protección social, entrevista que se realizará por parte del equipo del

Cosam en la consulta profesional o en el domicilio del paciente, desarrollándose con el consentimiento verbal del paciente.

Ficha clínica del COSAM de Hualpén: Análisis y extracción de los datos socio-demográficos que contiene la ficha clínica de cada paciente.

Registro Civil e Identificación: Extracción de datos socio demográficos, como fecha de nacimiento y/o estado civil, que no estuviese registrado en la ficha clínica.

Test de APGAR familiar de Smilkstein: El funcionamiento familiar fue medido por la aplicación de la prueba de tamizaje Apgar Familiar, de Smilkstein validado en Chile por Maddaleno M et al (Familia y Salud Doc. de Trab Nº 55 CEAP, departamento de psiquiatría y salud mental, facultad de medicina, universidad de Chile 1993). Esta prueba contiene cinco preguntas que permite tres alternativas de respuesta (siempre, a veces y nunca), con un puntaje asignado de dos,, uno y cero, respectivamente, y con un total posible que va de cero a diez. Esta prueba evalúa la percepción de un miembro específico de la familia en cinco dimensiones, tales como la ayuda que se recibe de la familia cuando se presenta un problema, la expresión de afecto y de apoyo emocional, y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. (Arcos., Molina., Reposi., Myrna., Ritter & Arias, 1999)

Se ha utilizado el APGAR Familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del post parto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimientos de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración. Instrumentos de atención a la familia: El familiograma y el apgar familiar .(Alegre y Suárez, 2006).

5.6.- Modalidad de Análisis de los datos

Los datos se analizarán en base a estadística descriptiva como frecuencia, moda, promedio principalmente, a través de programa microsoft excel 2007- 2010.

5.7.- Validez y consideraciones éticas

El presente estudio no presenta riesgos éticos de investigación, debido a que se solicitará autorización del comité de ética a nivel de la red de salud y se deberá obtener el consentimiento de los usuarios y familias entrevistados en el caso de aplicación de instrumento APGAR.

Además se resguardará no hacer alusión a personas específicas y se extraerá por completo la identificación con rut y nombre de los pacientes.

La aplicación del test APGAR en la consulta o en el domicilio se desarrollará por algún profesional tratante y con el consentimiento del paciente, siendo un instrumento útil en el proceso de intervención terapéutico actual y futuro.

VI.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Descripción del proceso de producción y recolección de los datos.

El proceso de producción y recolección de datos se ejecutó con el equipo investigador y se contó con el apoyo de profesionales de la institución en distintas etapas de la misma.

Para el primer objetivo, perfil individual, se diseñó una base de datos en la planilla de cálculo excel por programa, donde se incluyeron todas las variables del estudio y se procedió a completar con los antecedentes extraídos de todas las fichas clínicas de los pacientes que estuvieron en tratamiento en el COSAM desde diciembre del año 2007; con un total de 950 ingresos a diciembre de 2011.

Para el segundo objetivo específico, perfil familiar, se diseñó una pauta de entrevista con los antecedentes socio demográficos de la persona, con el objetivo de verificar antecedentes que pudieran faltar en la ficha clínica y se agregaron datos de puntaje ficha de protección social (FPS), cuestionario APGAR y tipología familiar. Entrevista que realizó el equipo tratante tanto en el domicilio como en la consulta.

Para la aplicación del instrumento de APGAR familiar se definió una muestra aleatoria de los pacientes y se organizó la aplicación en la consulta mensual y las visitas domiciliarias, acompañando al equipo tratante.

6.2. Procesamiento de los datos

El procesamiento de los datos se realizó por parte del equipo investigador con el programa excel 2007-2010. Se ocultaron de la base de datos antecedentes como nombre y RUT de las personas ingresadas y se procedió a elaborar tablas dinámica y gráficos por cada variable en cada programa y con el total de datos para la información general.

En el caso de la encuesta, también se procesaron los datos en planilla excel, con tablas dinámicas y gráficos.

VII.- ANALISIS DE LOS DATOS POR OBJETIVOS

Los resultados que se detallan en adelante se organizan en relación a perfil individual por programa, perfil familiar en general y finalmente las conclusiones del estudio.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Trastornos Mentales Severos (TMS)

Este es el primer programa que ingresa personas a tratamiento en el Cosam de Hualpén, derivados principalmente de Hospital Higuera de la comuna de Talcahuano. Las patologías que agrupa este programa, son trastornos psiquiátricos severos crónicos principalmente, esquizofrenia, demencia, trastorno bipolar y retardo mental, los cuales requieren tratamiento multidisciplinario permanente en el tiempo. Se analizó un total de 166 ingresos, desde noviembre de 2007 a diciembre de 2011.

Objetivo N° 1

Identificar por programas de atención, variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

1.a. Edad

La mayor cantidad de personas ingresadas a tratamiento entre noviembre de 2007 a diciembre de 2011, fue en el rango de edad de 24 a 64 años de edad, lo que representa un 70 % del total. La persona de menor edad fue de 15 años y la mayor de 88 años. La moda para esta categoría fue de 60 años y el promedio de 50 años.

Gráfico N° 1 Programa TMS, rango edad usuarios/as noviembre 2007 a 2011.

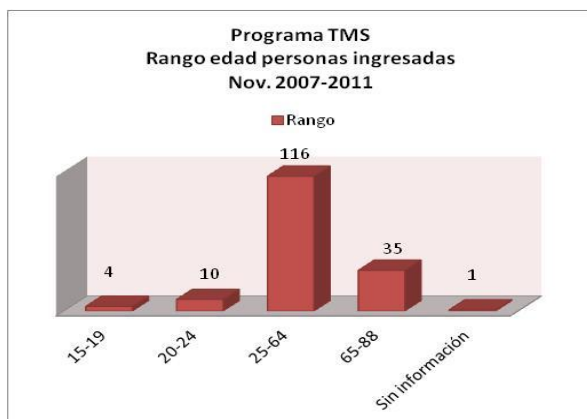


Tabla N° 1 Programa TMS, rango edad usuarios/as nov. 2007-2011.

Rango	Nº	%
0-4	0	0
5-9	0	0
10-14	0	0
15-19	4	2
20-24	10	6
25-64	116	70
65-88	35	21
Sin información	1	1
Total	166	100

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 1

1.b.- Sexo

En cuanto al sexo de los usuarios/as ingresados al Programa TMS, se observa que existe un predominio del sexo masculino, 55%, por sobre el femenino, 45%, en un universo de 166.

Gráfico N° 2 Programa TMS, sexo personas ingresadas, noviembre 2007 a 2011.



PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 1

1.c. Estado Civil

En relación al estado civil de los usuarios/as ingresados al Programa TMS, el mayor porcentaje se obtiene en la categoría "soltero/a" con un 63%, seguido de la "casado/a" con un 30% y en tercer lugar "viudo/a" con un 4%. Las otras categorías se encuentran en porcentajes menores a los anteriormente expuestos.

Gráfico N° 3 Programa TMS, estado civil personas ingresadas, noviembre 2007 a 2011.

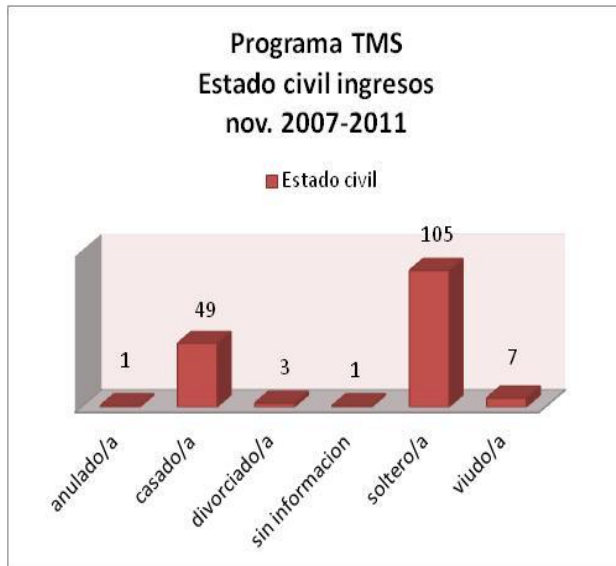


Tabla N° 2 Programa TMS, estado civil Ingresos, noviembre 2007 a 2011.

Estado civil	Datos	
	Nº	%
anulado/a	1	1%
casado/a	49	30%
divorciado/a	3	2%
sin informacion	1	1%
soltero/a	105	63%
viudo/a	7	4%
Total general	166	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 1

1.d. Escolaridad

Se puede observar en cuanto a la escolaridad de los usuarios/as del Programa TMS, que el 10% cursó enseñanza básica incompleta, seguido de la categoría enseñanza básica completa con un 8 % y la enseñanza media completa representado por un 7%. Es importante considerar que no se pudo obtener la información en el 49%, 82 personas, de este programa, ya que no quedó registrada en la ficha clínica del usuario/a.

Gráfico N° 4 Programa TMS, escolaridad al Ingreso, noviembre 2007 a 2011.

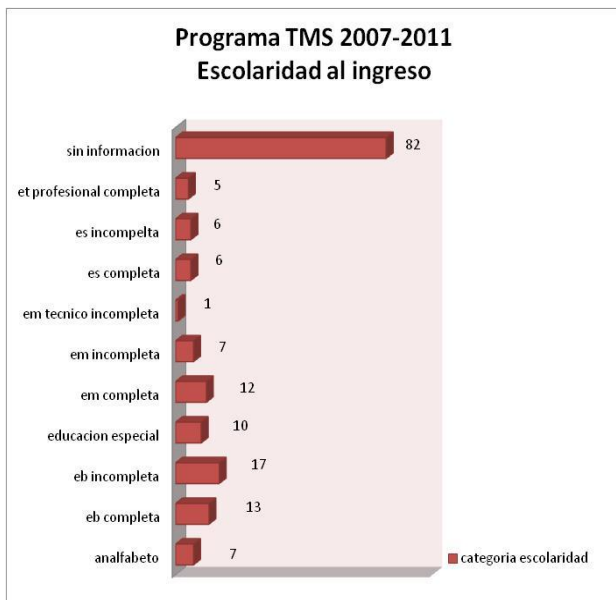


Tabla N° 3 Programa TMS, escolaridad al ingreso, 2007-2011 nov. 2007-2011.

categoria escolaridad	Datos	
	Nº	%
analfabeto	7	4%
eb completa	13	8%
eb incompetela	17	10%
educacion especial	10	6%
em completa	12	7%
em incompetela	7	4%
em tecnico incompetela	1	1%
es completa	6	4%
es incompetela	6	4%
et profesional completa	5	3%
sin informacion	82	49%
Total general	166	100%

Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del Cosam, se agrega la variable Ocupación al ingreso de los usuarios, la cual no estaba considerada originalmente:

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 1

1.e. Ocupación

Observando las ocupaciones de los usuarios/as ingresados al programa TMS, se aprecia que el porcentaje más alto se encuentra en la categoría "pensionado/da" representando por el 33%, seguido de la categoría "sin actividad" con un 21%. La cuarta categoría es "dueña de casa" con 13%. Se puede concluir por tanto que más de la mitad de esta población no se encuentra activa laboralmente.

Gráfico Nº 5 Programa TMS, ocupación al ingreso noviembre 2007 a 2011.

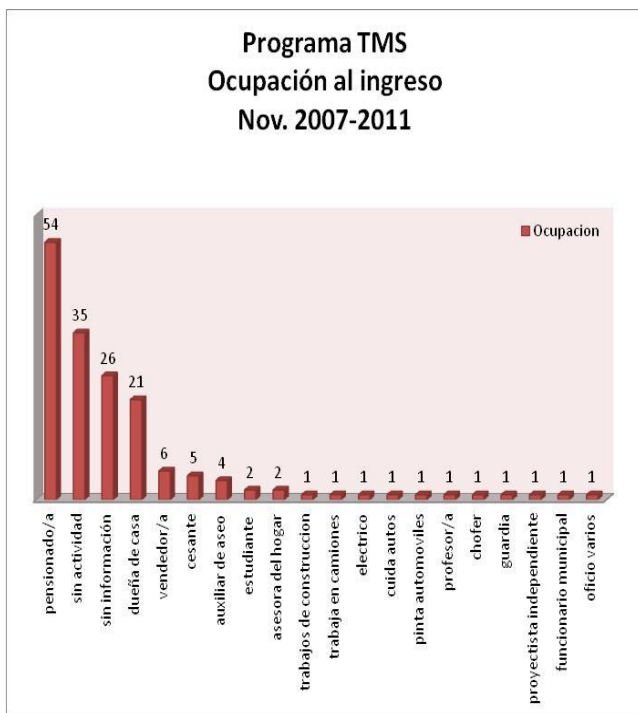


Tabla Nº 4 Programa TMS, ocupación al ingreso, noviembre 2007 a 2011.

Ocupacion	Datos	
	Nº	%
pensionado/a	54	33%
sin actividad	35	21%
sin información	26	16%
dueña de casa	21	13%
vendedor/a	6	4%
cesante	5	3%
auxiliar de aseo	4	2%
estudiante	2	1%
asesora del hogar	2	1%
trabajos de construccion	1	1%
trabaja en camiones	1	1%
electrico	1	1%
cuida autos	1	1%
pinta automoviles	1	1%
profesor/a	1	1%
chofer	1	1%
guardia	1	1%
proyectista independiente	1	1%
funcionario municipal	1	1%
oficio varios	1	1%
Total general	166	100,00%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo Nº 2

Identificar por programa de atención, los diagnósticos psiquiátricos al ingreso, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

2.a.- Diagnósticos al ingreso

En el gráfico y tabla siguientes, la patología con mayor porcentaje al momento del ingreso al programa TMS es la "Esquizofrenia" representando el 39%, seguido en porcentajes considerablemente más bajos del "trastorno bipolar" con un 13% y el levemente menor el "retardo mental" con un 11%. Las otras patologías representan porcentajes menores a los anteriormente expuestos.

Gráfico Nº 6 Programa TMS, diagnóstico al ingreso noviembre 2007 a 2011.

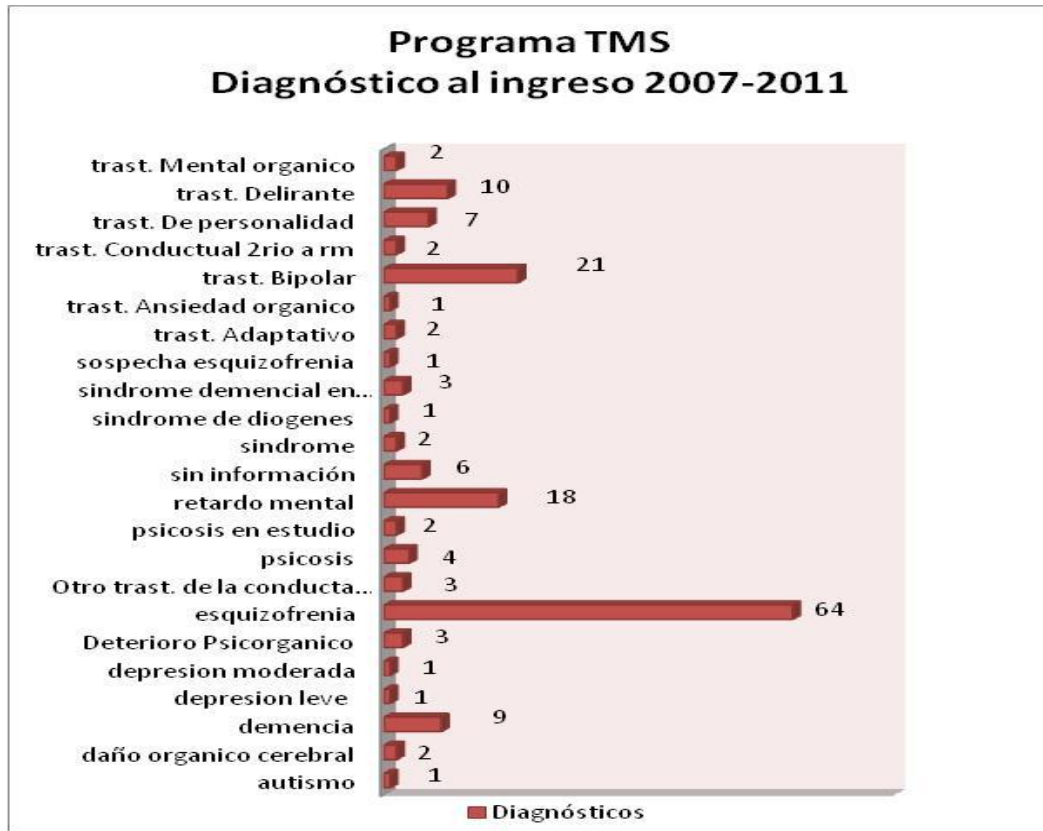


Tabla Nº 5 Programa TMS, diagnóstico al ingreso, noviembre 2007 a 2011.

Diagnósticos	Datos	
	Nº	%
autismo	1	1%
daño organico cerebral	2	1%
demenia	9	5%
depression leve	1	1%
depression moderada	1	1%
Deterioro Psicorganico	3	2%
esquizofrenia	64	39%
Otro trast. de la conducta	3	2%
psicosis	4	2%
psicosis en estudio	2	1%
retardo mental	18	11%
sin información	6	4%
sindrome	2	1%
sindrome de diogenes	1	1%
sindrome demencial en e	3	2%
sospecha esquizofrenia	1	1%
trast. Adaptativo	2	1%
trast. Ansiedad organico	1	1%
trast. Bipolar	21	13%
trast. Conductual 2rio a r	2	1%
trast. De personalidad	7	4%
trast. Delirante	10	6%
trast. Mental organico	2	1%
Total general	166	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 3

Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.

3.a.- Sectores de Residencia

En cuanto al sector de residencia de los usuarios del programa TMS, el porcentaje más alto vive en el sector de Armando Alarcón del Canto con un 19%, seguido del sector Villa Acero con un 10% y en tercer lugar usuarios con domicilio en la institución COANIL con un 8%. Los otros sectores representan porcentajes más bajas a los anteriormente mencionados.

Gráfico N° 7 Programa TMS, sector de residencia al ingreso nov. 2007-2011.

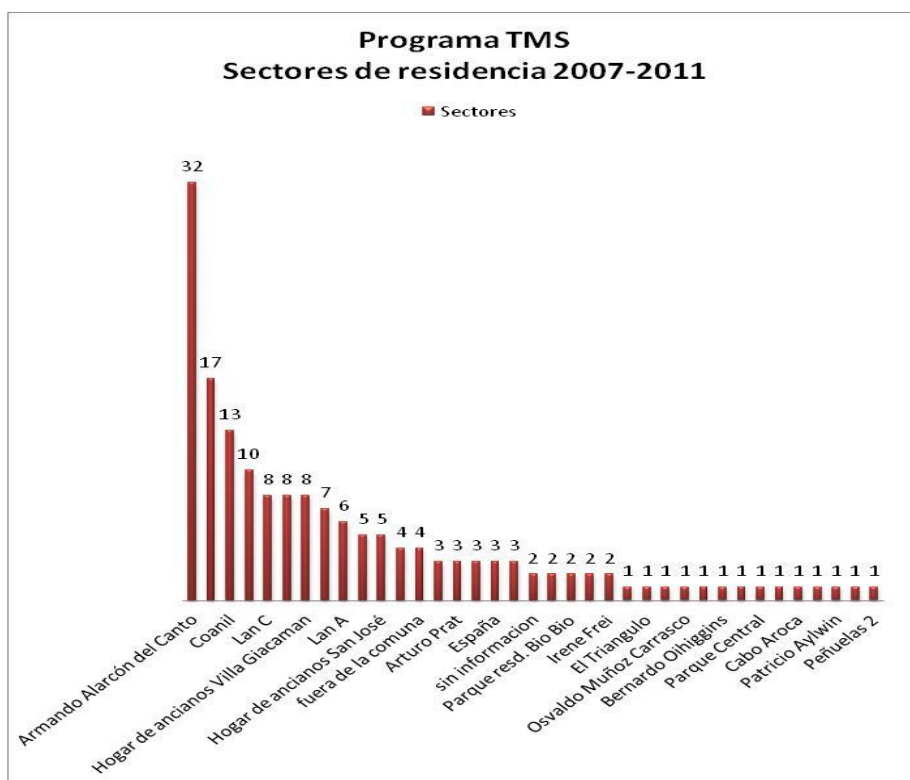


Tabla Nº 6 Programa TMS, sectores de residencia, al ingreso, noviembre 2007 a 2011.

Sectores	Datos	
	Nº	%
Armando Alarcón del Canto	32	19%
Villa Acero	17	10%
Coanil	13	8%
Crispulo Gándara	10	6%
Lan C	8	5%
Aurora de Chile	8	5%
Hogar de ancianos Villa Giacaman	8	5%
Lan B	7	4%
Lan A	6	4%
Hogar protegido Hualpen	5	3%
Hogar de ancianos San José	5	3%
Padre Hurtado	4	2%
fuera de la comuna	4	2%
Peñuelas 3	3	2%
Arturo Prat	3	2%
Perla del Bio Bio	3	2%
España	3	2%
18 de septiembre	3	2%
sin informacion	2	1%
Rene Schnneider	2	1%
Parque resd. Bio Bio	2	1%
Floresta 2	2	1%
Irene Frei	2	1%
Floresta 3	1	1%
El Triangulo	1	1%
Presidente Bulnes	1	1%
Oswaldo Muñoz Carrasco	1	1%
Esfuerzo Unido	1	1%
Bernardo Oihiggins	1	1%
Jose Joaquin Prieto	1	1%
Parque Central	1	1%
Floresta 4	1	1%
Cabo Aroca	1	1%
Triangulo	1	1%
Patricio Aylwin	1	1%
Lan H	1	1%
Peñuelas 2	1	1%
Total general	166	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 4

Describir por programas de atención, procesos clínicos ingresos, altas, causas del alta y tiempo de tratamiento, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén entre los años 2007 a 2011

4.a. Ingresos

Se puede observar que el año 2010, registra el mayor número de ingresos al programa TMS, seguido del año 2009 y 2008. Se indica además, una baja de ingresos durante el año 2011, en comparación a los años anteriores.

Gráfico N° 8 Programa TMS, total ingresos por año noviembre 2007 a diciembre 2011.

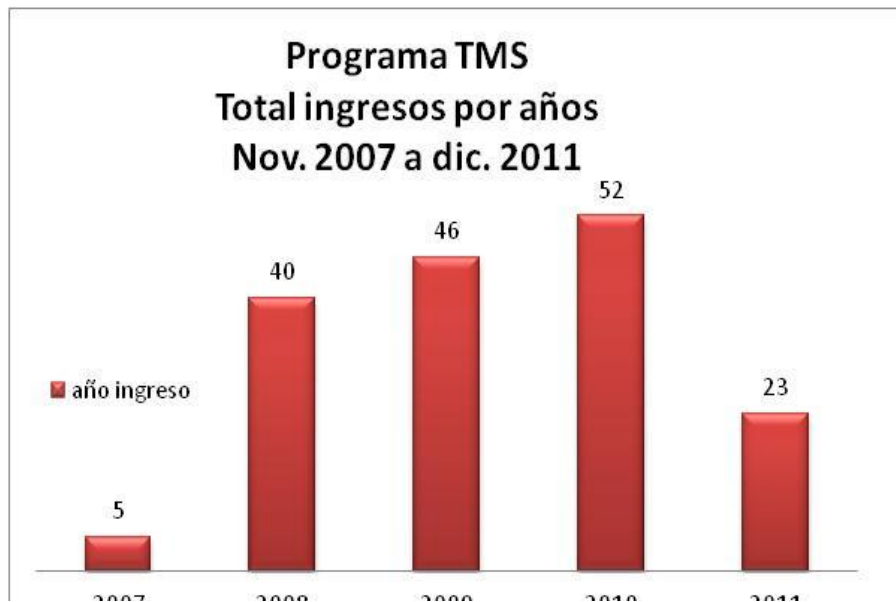


Tabla N° 7 Programa TMS, total ingresos por año noviembre 2007 a 2011.

año ingreso	Datos	
	Nº	%
2007	5	3%
2008	40	24%
2009	46	28%
2010	52	31%
2011	23	14%
Total general	166	100%

Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM, se agrega la variable instituciones derivadoras para el de usuarios/as, ya que es de vital importancia para conocer el funcionamiento de la coordinación en red de salud local.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 4

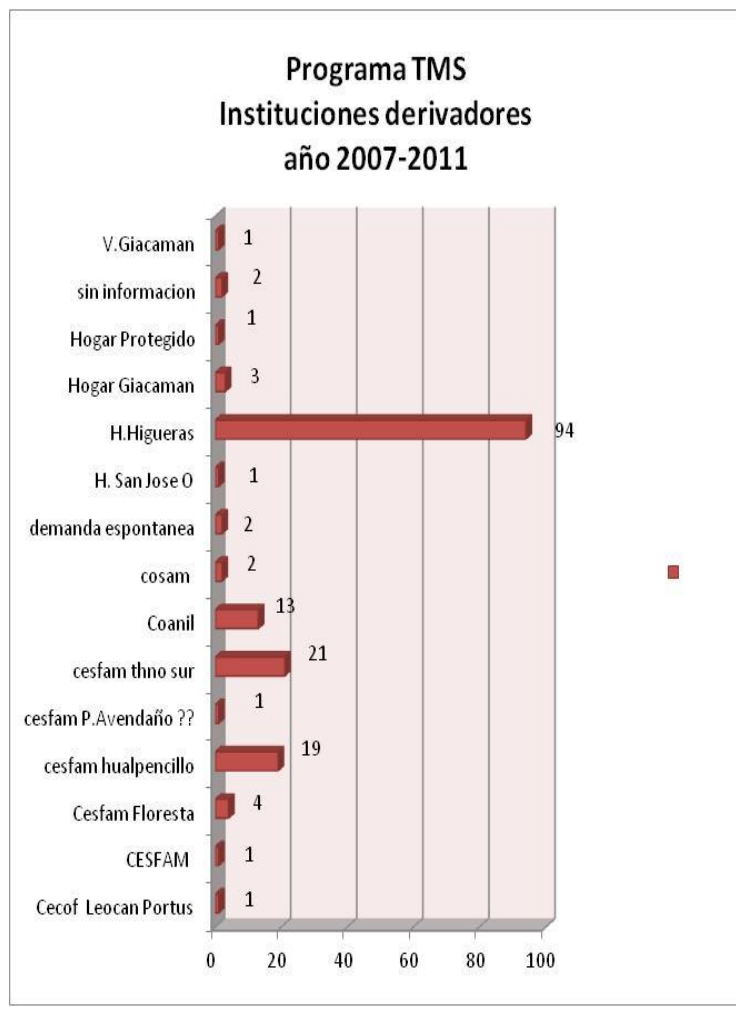
4.b.- Instituciones derivadoras

En cuanto a las instituciones que derivan al Programa TMS, el porcentaje más alto está representado por el Hospital Higueras con un 57%, seguido del Cefsam Talcahuano Sur con 13% y el Cefsam Hualpencillo con 11%. Las otras instituciones están representadas en porcentajes menores a los anteriormente mencionados.

Tabla N° 8

Programa TMS, instituciones derivadoras 2007-2011

Instituciones	Datos	
	N°	%
Cecof Leocan I	1	1%
CESFAM	1	1%
Cesfam Floresta	4	2%
cesfam hualpen	19	11%
cesfam P.Aven	1	1%
cesfam thno su	21	13%
Coanil	13	8%
cosam	2	1%
demanda espor	2	1%
H. San Jose O	1	1%
H.Higueras	94	57%
Higueras 2007-2011	3	2%
Hogar Protegido	1	1%
sin informacion	2	1%
V.Giacaman	1	1%
Total general	166	100%



PERFIL INDIVIDUAL

Objetivo N° 4

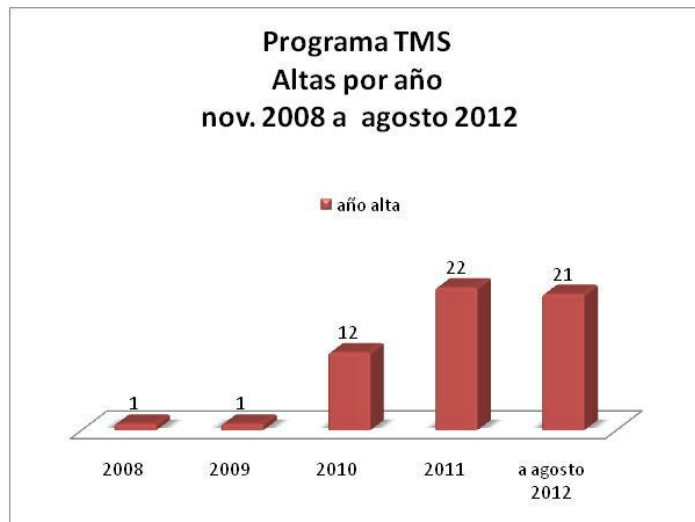
4.c.- Altas

La tabla muestra que desde el año 2009 ha habido un aumento de altas del programa TMS desde el año 2009 y llama la atención que a agosto de 2012, casi se alcanza el mismo número de altas que de todo el año 2011.

Tabla N° 9 Programa TMS, total altas por año 2008 a agosto 2012.

año alta	Datos	
	Nº	%
2008	1	2%
2009	1	2%
2010	12	21%
2011	22	39%
a agosto 2012	21	37%
Total general	57	100%

Gráfico N° 10 Programa TMS, total altas por año 2008 a agosto 2012.



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Trastornos mentales severos

Objetivo N° 4

4.d.- Causa de Alta

En relación a las causas que generan altas del programa TMS, el porcentaje más alto se encuentra "sin información" con un 42,1%, luego se observan motivos como el "cambio de domicilio", "compensación" y "fallecimiento", que coinciden en un porcentaje de 12%. Las otras causales de alta se encuentran en porcentajes más bajos a los anteriormente mencionados.

Gráfico N° 11 Programa TMS, causa altas por año 2008 a agosto 2012.

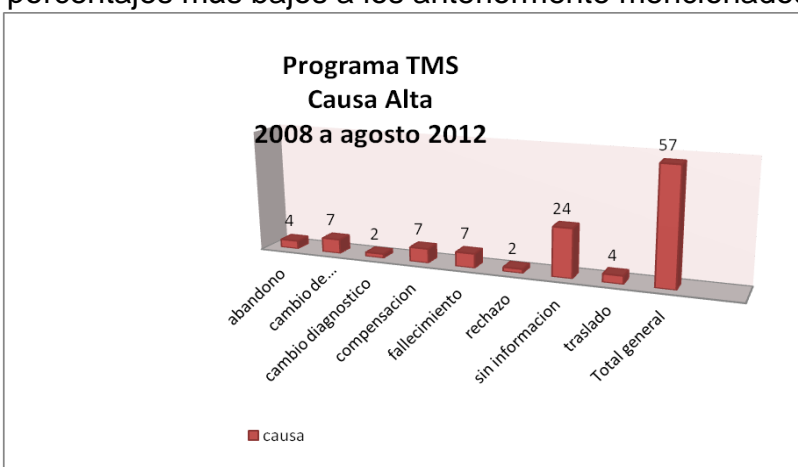


Tabla N° 10 Programa TMS, causa altas por año 2008 a agosto 2012.

causa	Datos	
	frecuencia	Porcentaje
abandono	4	7,0%
cambio de domicilio	7	12,3%
cambio diagnóstico	2	3,5%
compensación	7	12,3%
fallecimiento	7	12,3%
rechazo	2	3,5%
sin información	24	42,1%
traslado	4	7,0%
Total general	57	100,0%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa trastornos mentales severos

Objetivo N° 4

4.e. Tiempo de tratamiento

El programa TMS tuvo un total de 166 ingresos en el periodo 2007 al 2011. De éstos hay un total de 57 altas (34%) a agosto de 2012. El tiempo de tratamiento de estas altas fue de 1,6 años en promedio.

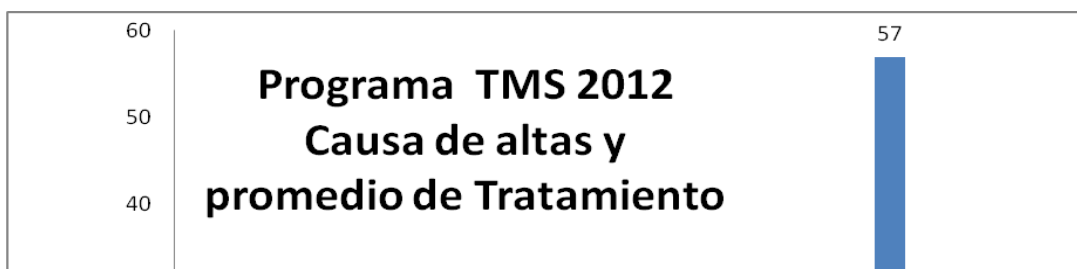
En relación a la causa de alta con mayor frecuencia, “sin información” 42% del total, el promedio de tratamiento fue también de 1,6 años.

El mayor promedio de tratamiento en relación a las altas fue en la categoría “cambio diagnóstico” de dos casos, que tuvieron un promedio de 4, 2 años de intervención.

Tabla N° 11 Programa TMS, causa altas por año y promedio de tratamiento de año 2008 a agosto 2012.

Causa alta y tiempo tratamiento		
causa	Total	Promedio tratamiento
abandono	4	1,4
cambio de domicilio	7	1,8
cambio diagnostico	2	4,2
compensacion	7	1,4
fallecimiento	7	1,5
rechazo	2	1
sin informacion	24	1,6
traslado	4	1,5
Total general	57	1,7

Gráfico N° 12 Programa TMS, causa altas por año y promedio de tratamiento de año 2008 a agosto 2012.



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

Este programa empieza su implementación en diciembre del año 2007 por demanda espontánea de la comunidad y en coordinación con la red de salud local. Las patologías que integran este programa son consumo perjudicial y dependencia a drogas. Existen actualmente cinco sub programas de atención a los cuales pueden ingresar los usuarios, dependiendo de diferentes variables evaluadas al ingreso de cada persona: programa ambulatorio básico infanto-juvenil (PAB) que corresponde a una patología con garantía asegurada por el estado (AUGE); programa ambulatorio básico población general, (mayores de 20 años); programa ambulatorio intensivo infanto-juvenil; programa ambulatorio intensivo población general financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y programa ambulatorio intensivo financiado por el Servicio Nacional de Adicciones (SENDA). La base de datos revisada fue de 269 ingresos en el periodo de cuatro años, diciembre 2007 a diciembre de 2011.

Objetivo N° 1

Identificar variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

1.a. Edad

El gráfico muestra que la mayor cantidad de personas ingresadas a tratamiento entre diciembre de 2007 a diciembre de 2011, fue en el rango de edad de 25 a 54 años de edad, lo que representa un 70 % del total. La persona de menor edad fue de 13 años y la mayor de 54 años. La moda para esta categoría fue de 20 años y el promedio de 28 años.

Gráfico N° 13 Programa Oh –drogas, rango edad ingreso 2007-2011.



Tabla N°12 Programa Oh-Drogas, rango de edad al ingreso, 2007-2011.

Rango e	Columna	%
0-4	0	0
5-9	0	0
10-14	1	0,3
15-19	51	18,9
20-24	54	20
25-54	163	6,5
Total	269	100

PERFIL INDIVIDUAL

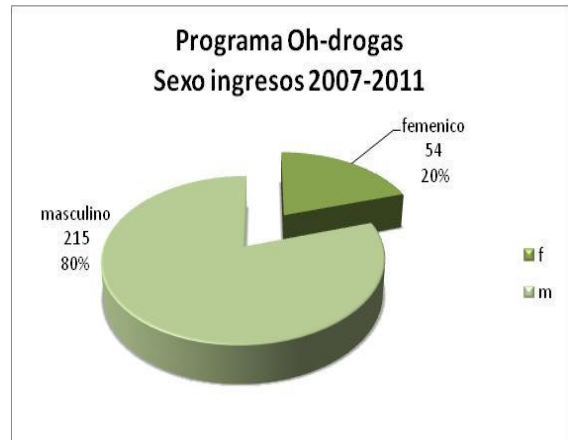
Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

Objetivo N° 1

1.b. Sexo

Se puede observar que el mayor porcentaje de usuarios/as en el programa de alcohol-drogas corresponde al sexo masculino representado a través de un 80% de un total de 269 ingresos desde el año 2007.

Gráfico N° 14 Programa OH –Drogas estado civil ingresos 2007-2011.



PERFIL INDIVIDUAL

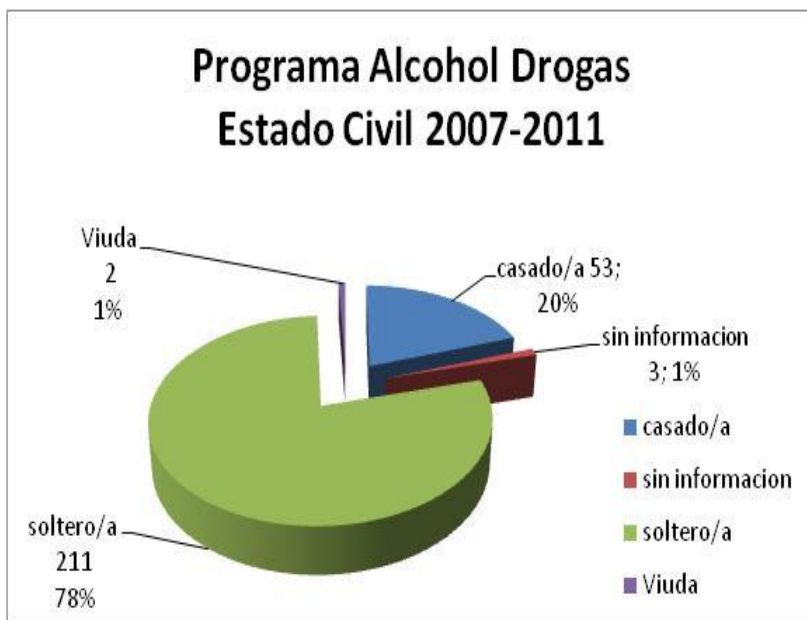
Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

Objetivo N° 1

1.c. Estado Civil

Se puede apreciar que la mayoría de los usuarios/as ingresados al programa alcohol-drogas se encuentra en la categoría "soltero/a", representado por un 78%, seguido de la categoría "casado/a" con un 19.7%, en tercer lugar la categoría "sin información" con un 1, 12% y por último "viudo/da representado por el 0.74%.

Gráfico N° 15 Programa Oh –drogas, estado civil 2007-2011.



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

Objetivo Nº 1

1.d. Escolaridad

Es posible advertir que el mayor número de usuarios/as ingresados al programa de alcohol-drogas se encuentra con enseñanza media completa, seguido de un porcentaje levemente menor de la categoría enseñanza media incompleta y en tercer lugar enseñanza básica completa. Las otras categorías se encuentran con porcentajes menores a los anteriormente mencionados.

Gráfico Nº16 Programa OH –Drogas escolaridad al ingreso 2007-2011.

Programa Oh-drogas Escolaridad al ingreso 2007-2011



Escolaridad	Datos	
	Nº	%
Analfabeto	1	0%
e. tecnica superior completa	7	3%
e.b. completa	36	13%
e.b. incompleta	29	11%
e.m. completa	70	26%
e.m. incompleta	65	24%
e.m. tecnica completa	3	1%
e.m. tecnico incompleta	7	3%
e.s. completa	3	1%
e.s. incompleta	11	4%
e.t superior incompleta	3	1%
Sin informacion	34	13%
Total general	269	100%

Tabla Nº 13 Programa Oh-Drogas, escolaridad al ingreso, 2007-2011.

Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM se agrega la variable Ocupación al ingreso de los usuarios, la cual no estaba considerada originalmente.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

Objetivo N° 1

1.e. Ocupación

En cuanto a las ocupaciones de los usuarios/as del Programa de Alcohol-Drogas, las categorías con mayor porcentaje son "cesante" y "sin actividad" ambas con 58 personas 21,6% cada uno; seguido de la categoría "estudiante" 12,3% y "comercio independiente/ ambulante" con 4,5%. Las otras categorías se encuentran con números menores a los anteriormente mencionados.

Gráfico N° 17 Programa OH –Drogas
mayores frecuencias al ingreso 2007-2011.



Tabla N° 14 Programa Oh-Drogas, ocupación al ingreso, 2007-2011.

categoria ocupacion	Datos	
	Nº	%
administradora local	1	0,4%
auxiliar de aseo	4	1,5%
ayudante de oficios	3	1,1%
Cajera	1	0,4%
Camionero	1	0,4%
Cargador de Sacos en Pesquera	1	0,4%
cesante	58	21,6%
chofer	3	1,1%
comercio independiente/ambulan	12	4,5%
Cuida Terreno	1	0,4%
Cuidado de niño	1	0,4%
Cuidador de autos	1	0,4%
Desarmaduría de vehículos	1	0,4%
desocupado/a	1	0,4%
dueña de casa	7	2,6%
Educador	1	0,4%
electricista montaje	1	0,4%
Enfierrador	1	0,4%
Estructuras Metalicas	1	0,4%
estudiante	33	12,3%
Garzon	1	0,4%
Guardia de Seguridad	2	0,7%
instalaciones telefoncias	2	0,7%
Jornal	1	0,4%
lavado cobertores	1	0,4%
Maestro Estructura Metalicas	2	0,7%
mecanico	9	3,3%
Montaje Industrial	3	1,1%
obrero calificado	1	0,4%
Oxigenista	1	0,4%
Panadero	1	0,4%
Peluquera	1	0,4%
pensionado/a	2	0,7%
Pintor Brocha Gorda	2	0,7%
Pioneta	1	0,4%
Prevencionista de Riesgos	1	0,4%
Prostitución	2	0,7%
Recolectora	1	0,4%
Redero	1	0,4%
Serigrafista	1	0,4%
sin actividad	58	21,6%
sin información	4	1,5%
Soldador	2	0,7%
supervisor obra	1	0,4%
Tec. Climatizacion	1	0,4%
Tomero Mecánico	1	0,4%
trabaja en construcción	4	1,5%
Trabaja en Faenas	1	0,4%
trabajo en empresa pero sin esp	8	3,0%
Trabajos esporádicos	4	1,5%
Tripulante	1	0,4%
vendedor ambulante	9	3,3%
operario	5	1,9%
Embotellador	1	0,4%
Total general	269	100,0%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

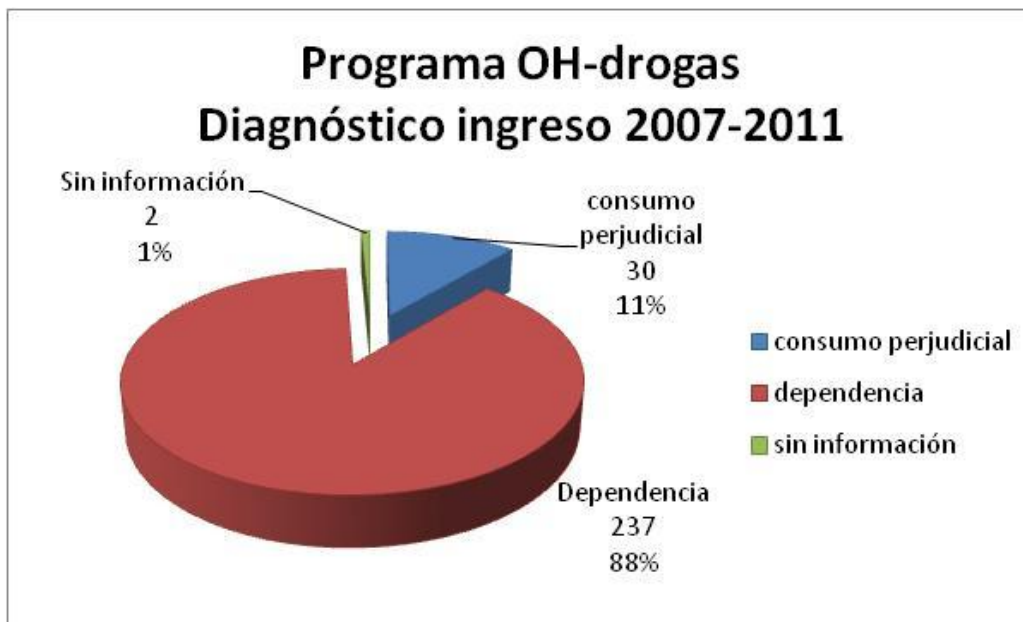
Objetivo N° 2

Identificar por programa de atención, los diagnósticos psiquiátricos del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

2.a. Diagnósticos al ingreso

Los diagnósticos de ingreso de los usuarios/as del programa alcohol-drogas, son principalmente "dependencias drogas" 88%, seguido por "consumo perjudicial" con un 11 %.

Gráfico N° 18 Programa OH –Drogas diagnósticos al 2007-2011.



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

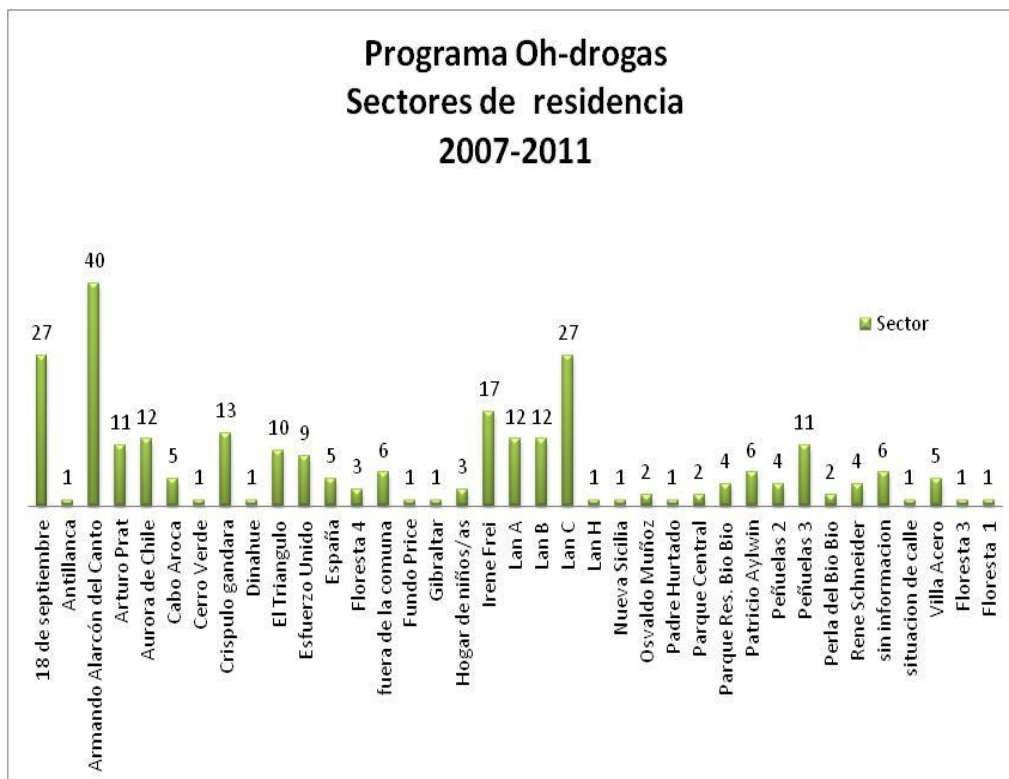
Objetivo N° 3

Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.

3.a. Sectores de residencia

Se puede observar que los usuarios/as del Programa Alcohol-Drogas registran domicilio principalmente en el sector Armando Alarcón del Canto con un 14.9%, seguido de los sectores "18 de Septiembre" y Lan – C, ambas con un porcentaje de 10% y en tercer lugar se encuentra el sector de "Críspulo Gándara" con un 4.8%. Las otras categorías encontradas, se encuentran en porcentajes menores, anteriormente mencionados.

Gráfico N° 19 Programa OH –Drogas sectores de residencia ingresos 2007-2011.



Sector	Datos	
	Nº	%
18 de septiembre	27	10,0%
Antillanca	1	0,4%
Armando Alarcón del Canto	40	14,9%
Arturo Prat	11	4,1%
Aurora de Chile	12	4,5%
Cabo Aroca	5	1,9%
Cerro Verde	1	0,4%
Crispulo gandara	13	4,8%
Dinahue	1	0,4%
El Triangulo	10	3,7%
Esfuerzo Unido	9	3,3%
España	5	1,9%
Floresta 4	3	1,1%
fuera de la comuna	6	2,2%
Fundo Price	1	0,4%
Gibraltar	1	0,4%
Hogar de niños/as	3	1,1%
Irene Frei	17	6,3%
Lan A	12	4,5%
Lan B	12	4,5%
Lan C	27	10,0%
Lan H	1	0,4%
Nueva Sicilia	1	0,4%
Oswaldo Muñoz	2	0,7%
Padre Hurtado	1	0,4%
Parque Central	2	0,7%
Parque Res. Bio Bio	4	1,5%
Patricio Aylwin	6	2,2%
Peñuelas 2	4	1,5%
Peñuelas 3	11	4,1%
Perla del Bio Bio	2	0,7%
Rene Schneider	4	1,5%
sin informacion	6	2,2%
situacion de calle	1	0,4%
Villa Acero	5	1,9%
Floresta 3	1	0,4%
Floresta 1	1	0,4%
Total general	269	100,0%

Tabla Nº 15 Programa Oh-Drogas sectores de residencia ingresos

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y drogas (Oh-Drogas)

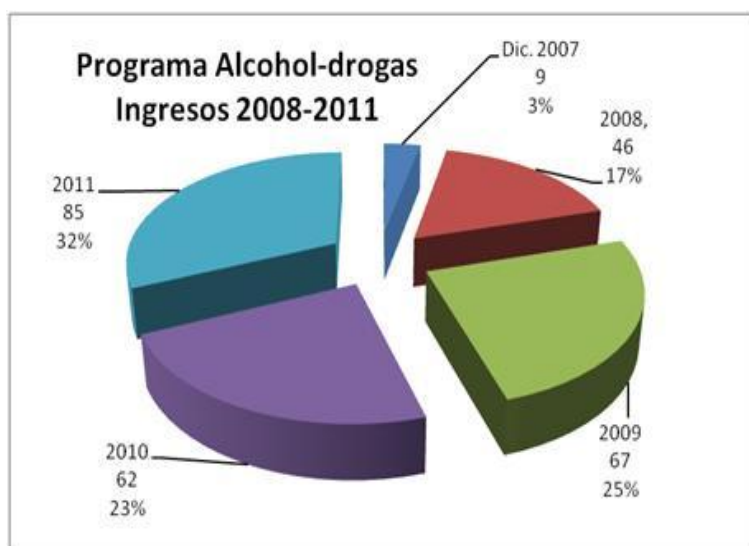
Objetivo Nº 4

Describir por programas de atención, procesos clínicos ingresos, altas, causas del alta y tiempo de tratamiento, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén entre los años 2007 a 2011

4.a. Ingresos

En el gráfico, se observa que el año 2011 se registró el número más alto de ingresos al programa alcohol-drogas con 85 usuarios/as, seguido del año 2009 con 66 ingresos y 2010 con 62 usuarios ingresados, lo que da cuenta de un aumento significativo en el año 2011.

Gráfico N° 20 Programa OH –Drogas , ingresos por año 2007-2011.



Además se ha agregado la variable instituciones derivadoras, con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM. Para el ingreso de usuarios/as ya que es de vital importancia para conocer el funcionamiento de la coordinación en red de salud local:

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y Drogas (OH-Drogas)

4.b. Instituciones derivadoras

La tabla y gráfico siguientes, da cuenta de las derivaciones al Programa de alcohol-Drogas, éstas se realizan principalmente por “demanda espontánea” representando un significativo 31.6%, seguido del Cesfam Hualpencillo con 24.9% y el Cesfam Talcahuano Sur con un 16% del total de los ingresos. Las otras categorías se encuentran con porcentajes menores a los anteriormente mencionados.

Gráfico N° 21 Programa OH –Drogas , instituciones derivadoras 2007-2011.

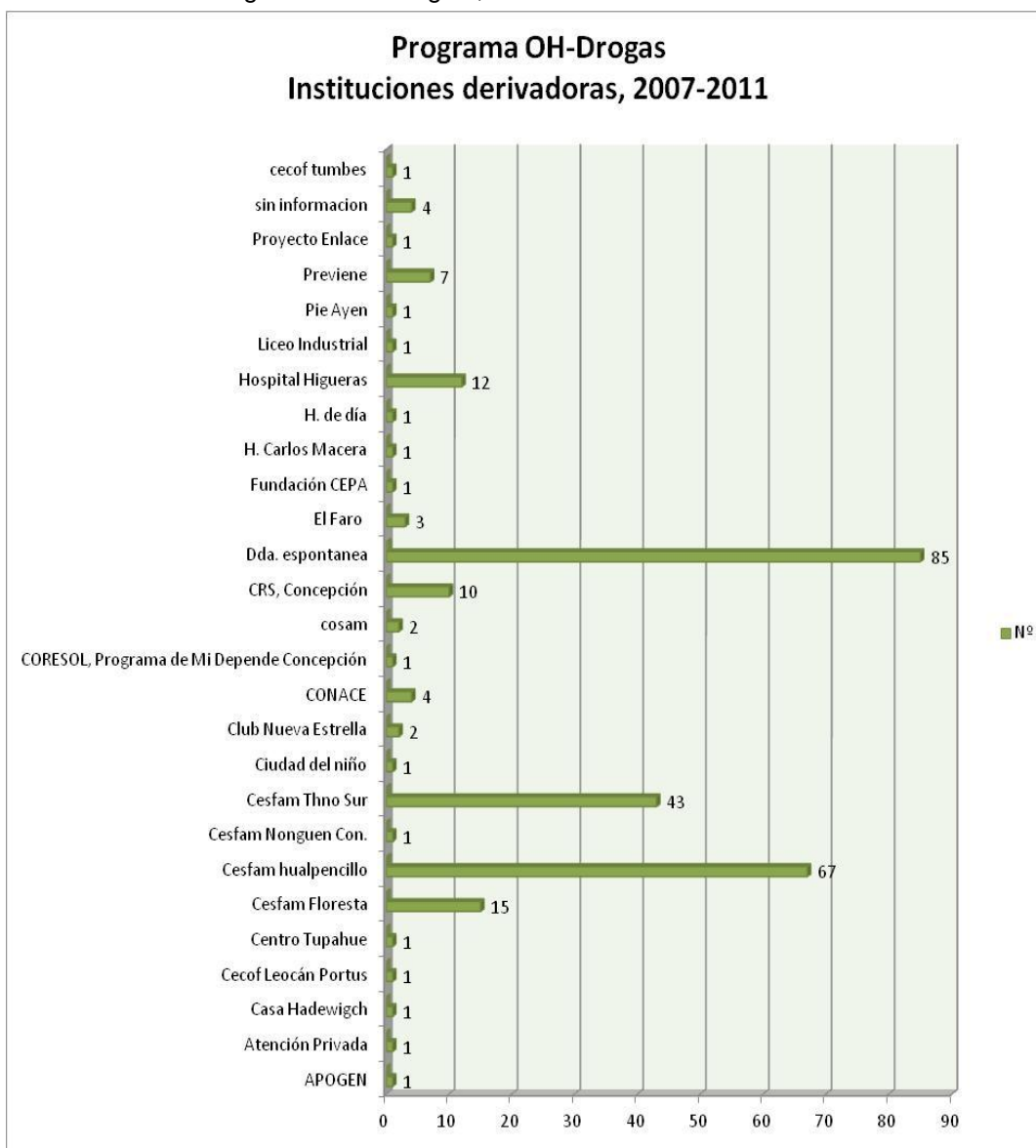


Tabla Nº 16 Programa Oh-drogas instituciones derivadoras 2007-2011

Instituciones	Datos	
	Nº	%
APOGEN	1	0,4%
Atención Privada	1	0,4%
Casa Hadewigch	1	0,4%
Cecof Leocán Portus	1	0,4%
Centro Tupahue	1	0,4%
Cesfam Floresta	15	5,6%
Cesfam hualpencillo	67	24,9%
Cesfam Nonguen Con.	1	0,4%
Cesfam Thno Sur	43	16,0%
Ciudad del niño	1	0,4%
Club Nueva Estrella	2	0,7%
CONACE	4	1,5%
CORESOL, Programa de Mi	1	0,4%
cosam	2	0,7%
CRS, Concepción	10	3,7%
Dda. espontanea	85	31,6%
El Faro	3	1,1%
Fundación CEPA	1	0,4%
H. Carlos Macera	1	0,4%
H. de día	1	0,4%
Hospital Higueras	12	4,5%
Liceo Industrial	1	0,4%
Pie Ayen	1	0,4%
Previene	7	2,6%
Proyecto Enlace	1	0,4%
sin informacion	4	1,5%
cecof tumbes	1	0,4%
Total general	269	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y Drogas (OH-Drogas)

Objetivo N° 4

4.c. Alta

Se puede observar, en los siguientes datos estadísticos, que el año 2010 es el año que registra más número de altas con un 33%, seguido del año 2011 con un 24% y el año 2009 con un 18%. Las otras categorías representan porcentajes menores a los anteriormente mencionados.

Gráfico N° 22 Programa OH –Drogas , altas 2008 agosto 2012.

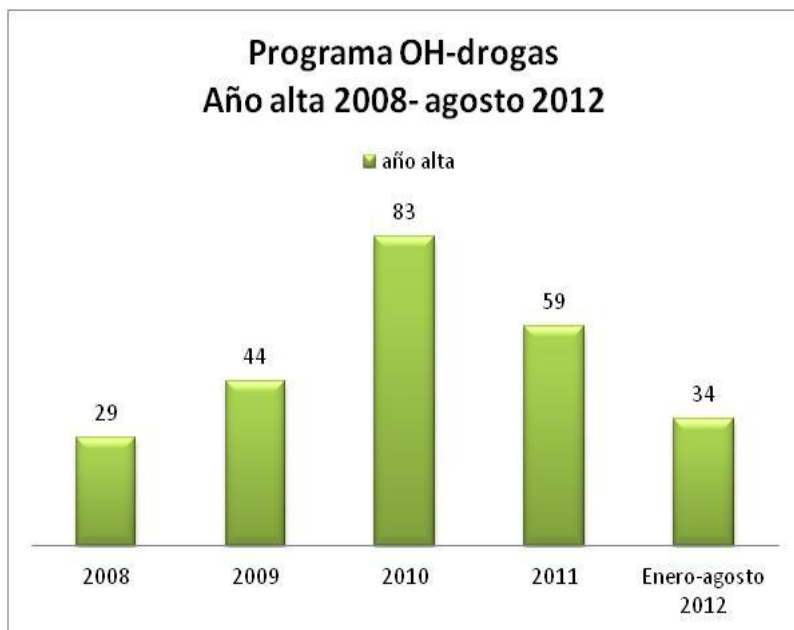


Tabla N° 17 Programa Oh-drogas altas 2008 a agosto de 2012

año alta	Datos	
	N°	%
2008	29	12%
2009	44	18%
2010	83	33%
2011	59	24%
Enero-agosto 2012	34	14%
Total general	249	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Alcohol y Drogas (OH-Drogas)

Objetivo N° 4

4.d.-Causas altas

Por último, en el programa alcohol y drogas, en el gráfico N° 23 y tabla correspondiente, se puede advertir que, debido a las características del presente programa, el motivo mayor de altas es el abandono, a través de un significativo 55 %, seguido de un 14% de rechazo al tratamiento, lo que lleva a una rotación alta de la población, observándose en la lectura de la fichas clínicas, que este programa se caracteriza por los reingresos constantes de los usuarios, luego de sus abandonos.

Gráfico N° 23 Programa OH –Drogas , causas altas 2008 agosto 2012.

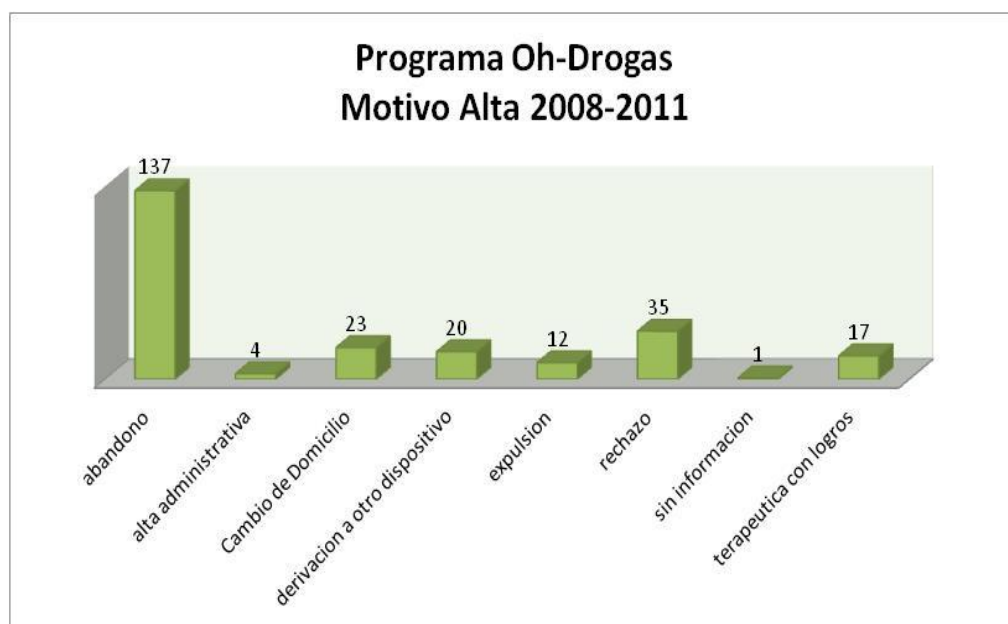


Tabla N° 18 Programa Oh-drogas
causa altas 2008 a agosto de 2012

motivo alta	Datos	
	Nº	%
abandono	137	55%
alta administrativa	4	2%
Cambio de Domicilio	23	9%
derivacion a otro dispositivo	20	8%
expulsion	12	5%
rechazo	35	14%
sin informacion	1	0%
terapeutica con logros	17	7%
Total general	249	100%

PERFIL INDIVIDUAL

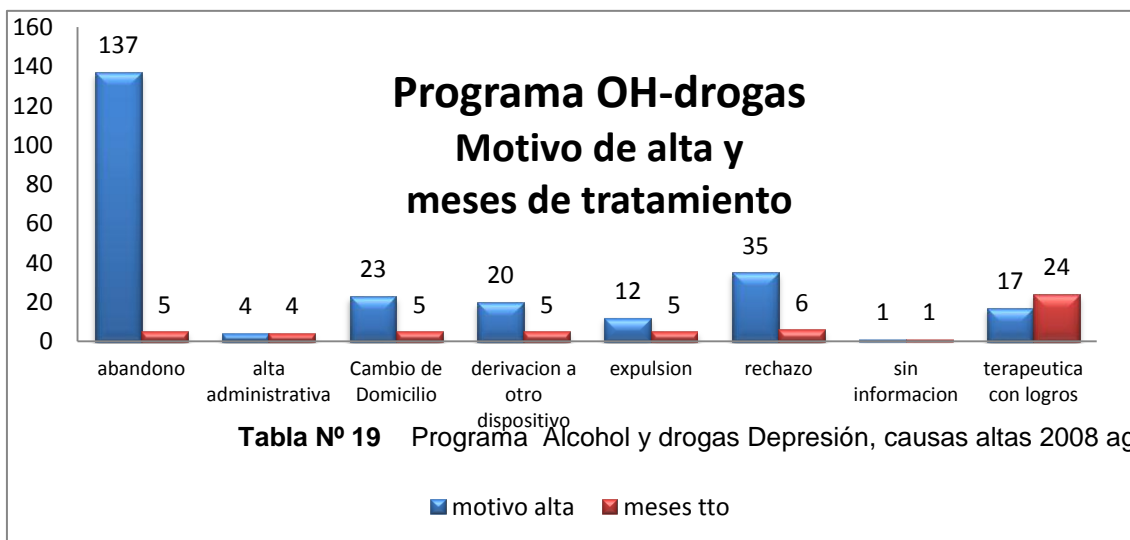
Programa Alcohol y Drogas (OH_Drogas)

Objetivo N° 4

4.e Tiempo de tratamiento

En cuanto al motivo de alta, la categoría “abandono” es la que presenta el número más alto de casos con 137 casos. En cuanto al tiempo de tratamiento la categoría “terapéutica con logros” es la que alcanza el número más alto, con 24 meses.

Gráfico N° 24 Programa OH –Drogas , causas altas 2008 agosto 2012.



categoria motivo alta	Total	meses tto
-----------------------	-------	-----------

abandono	137	5
alta administrativa	4	4
Cambio de Domicilio	23	5
derivacion a otro dispositivo	20	5
expulsion	12	5
rechazo	35	6
sin informacion	1	1
terapeutica con logros	17	24
Total general	249	

PERFIL INDIVIDUAL

Programa depresión grave

Este programa recibe los primeros usuarios en marzo de 2008 con el objetivo de integrar a personas con depresión severa derivadas de los centros de salud según los criterios diagnósticos para nivel secundario de atención. El año 2010 se modifican las guías clínicas de atención para depresión, tiempo desde el cual este programa recibe para atención sólo las depresiones grave con intento suicida o refractario a tratamiento. Para el presente estudio se analizaron 191 ingresos al programa derivados principalmente, de los centros de salud comunal.

Objetivo N° 1

Identificar variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

1.a. Edad

El gráfico muestra que la mayor cantidad de personas ingresadas a tratamiento desde el 2008 a 2011, fue en el rango de edad de 25 a 64 años de edad, lo que representa un 84 % del total. La persona de menor edad fue de 13 años y la mayor de 54 años. La moda para esta categoría fue de 20 años y el promedio de 28 años.(n=191)

Gráfico Nº 25 Programa depresión, rango edades al ingreso 2008-2011.

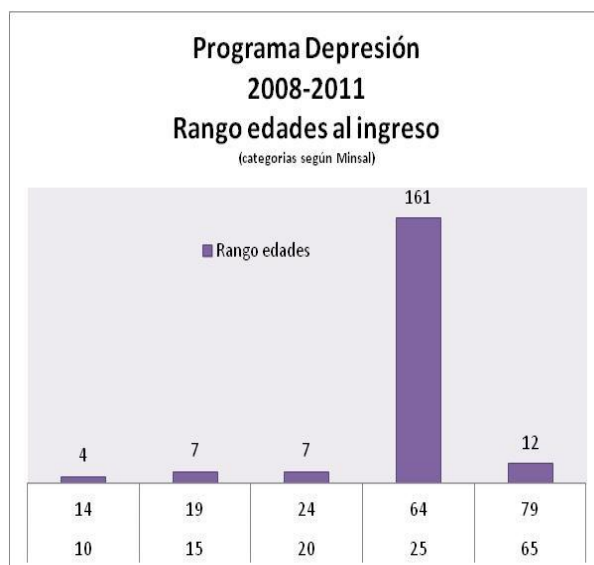


Tabla Nº 20 Programa Depresión, rango edades al ingreso 2008- 2011

Rango edad	Nº	%
0-4		0
5-9		0
10-14	4	2
15-19	7	3,6
20-24	7	3,6
25-64	161	84,3
65-79	12	6,2
Total	191	99,7

PERFIL INDIVIDUAL

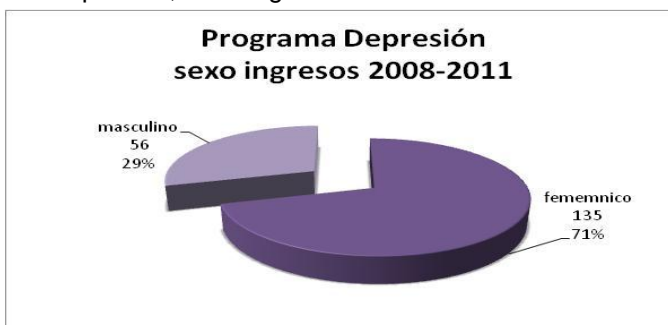
Programa depresión grave

Objetivo N° 1

1.b. Sexo

En cuanto al sexo de los usuarios/as del programa depresión, en su mayoría corresponden al sexo femenino representando un 71% y el sexo masculino se encuentra representado por un 29%. (n=191)

Gráfico N° 26 Programa depresión, sexo ingresos 2008-2011



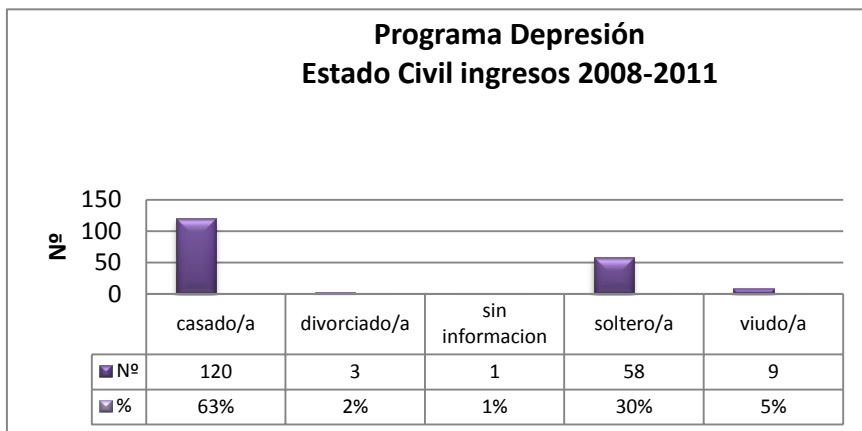
PERFIL INDIVIDUAL Programa depresión grave

Objetivo N° 1

1.c. Estado civil

En cuanto al Estado Civil de los usuarios/as ingresados al Programa Depresión, se aprecia que más de la mitad se encuentra "casado/a" en un porcentaje de 63%, seguido de la categoría "soltero/a" con un 30%. (n=191)

Gráfico N° 27
Programa depresión,
estado civil ingresos
2008-2011



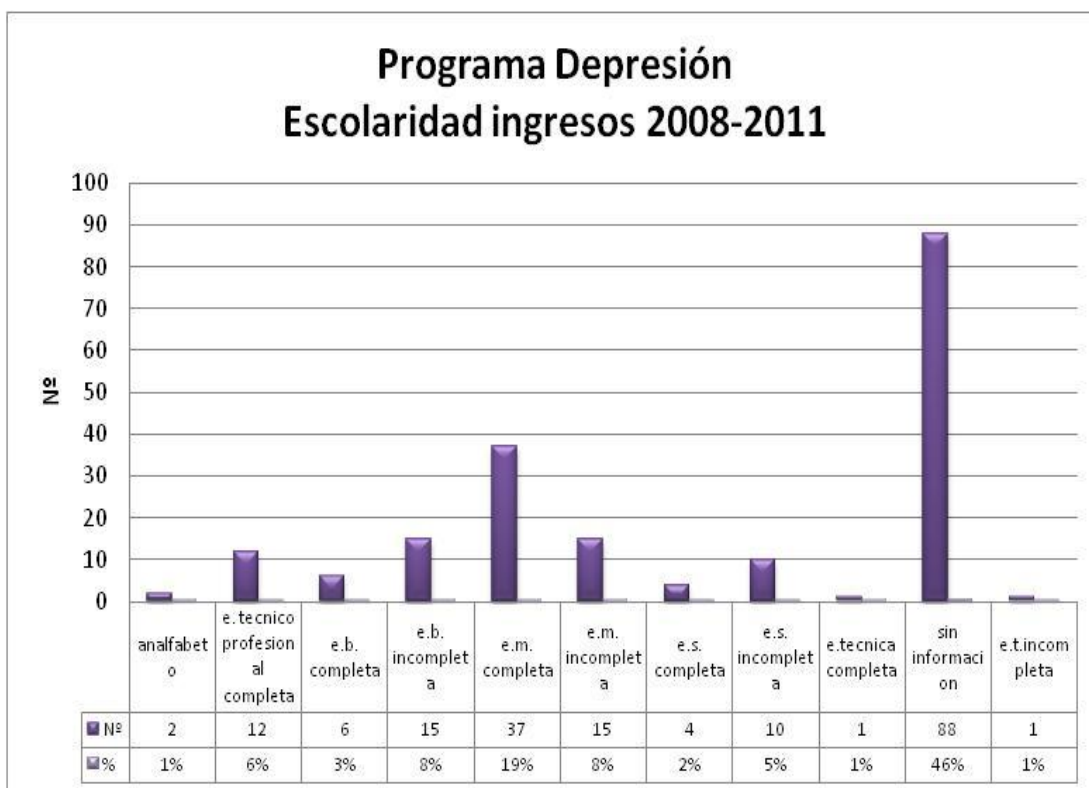
PERFIL INDIVIDUAL Programa depresión grave

Objetivo N° 1

1.d. Escolaridad

Se puede observar en cuanto a la escolaridad de los usuarios/as del programa depresión que el 19% registra E. Media completa, el 15% se encuentra con E. Básica incompleta y E. Media incompleta. Es importante considerar que del 47% de esta población no registra información respecto a esta variable en ficha clínica.

Gráfico N° 28 Programa depresión, escolaridad ingresos, 2008-2011



Se agrega la variable ocupación al ingreso de los usuarios con el propósito de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM, la cual no estaba considerada originalmente

PERFIL INDIVIDUAL
Programa depresión grave

Objetivo N° 1

1.e. Ocupación

Observando las ocupaciones de los usuarios/as ingresados al programa depresión, se aprecia que el porcentaje más alto se encuentra en la categoría "dueña de casa" con un 28%, "sin información" en ficha clínica el 12% y el 9% indica estar "cesante". En general se puede concluir que casi la mitad de esta población (49%), no se encuentra activa laboralmente. Las otras categorías se encuentran en porcentajes menores a los anteriormente mencionados.

Gráfico N° 29 Programa depresión, ocupación al ingreso, 2008-2011

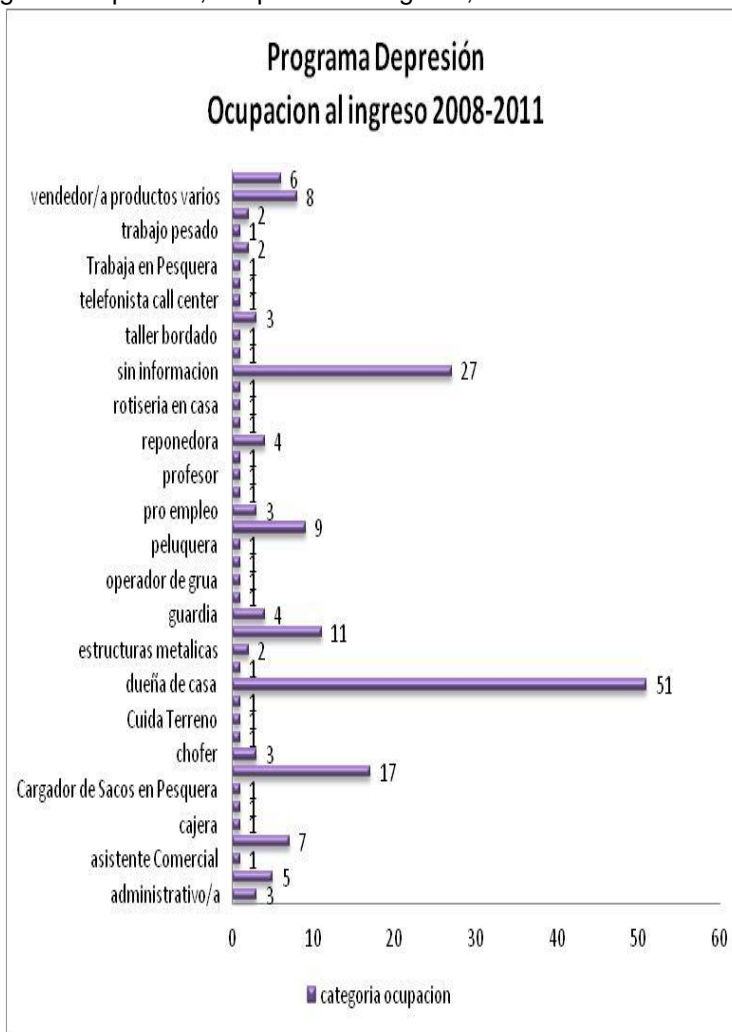


Tabla Nº 21 Programa depresión, ocupación al ingreso 2008 -2011

categoria ocupacion	Datos	
	Nº	%
administrativo/a	3	2%
asesora de hogar	5	3%
asistente Comercial	1	1%
auxiliar aseo	7	4%
cajera	1	1%
camionero	1	1%
Cargador de Sacos en Pesquera	1	1%
cesante	17	9%
chofer	3	2%
control de calidad	1	1%
Cuida Terreno	1	1%
desocupada	1	1%
dueña de casa	51	27%
en supermercado	1	1%
estructuras metalicas	2	1%
estudiante	11	6%
guardia	4	2%
Maestra de Cocina	1	1%
operador de grua	1	1%
operador pesquera itata	1	1%
peluquera	1	1%
pensionado/a	9	5%
pro empleo	3	2%
Procuradora	1	1%
profesor	1	1%
promotora	1	1%
reponedora	4	2%
Rotisera en Supermercado	1	1%
rotiseria en casa	1	1%
Secretaria	1	1%
sin informacion	27	14%
Soldador	1	1%
taller bordado	1	1%
tec. Ed. Pavularia	3	2%
telefonista call center	1	1%
trabaja en biblioteca	1	1%
Trabaja en Pesquera	1	1%
Trabajo no especificado	2	1%
trabajo pesado	1	1%
Tripulante	2	1%
vendedor/a productos varios	8	4%
vendedora tiendas	6	3%
Total general	191	100%

PERFIL INDIVIUDAL

Programa depresión grave (Depresión)

Objetivo N° 2

Identificar por programa de atención, los diagnósticos psiquiátricos del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

2.a. Diagnósticos al ingreso

Se puede observar que la patología más presente al momento del ingreso al programa depresión es el diagnóstico de "depresión severa" representando el 36%, seguido en porcentajes considerablemente más bajos por el "trastorno adaptativo" con un 18% y en tercer lugar el "trastorno de personalidad" al igual que "depresión moderada", ambas con un 10%. Las otras patologías representan porcentajes menores a los anteriormente expuestos.

Gráfico N° 30 Programa depresión, ocupación al ingreso, 2008-2011

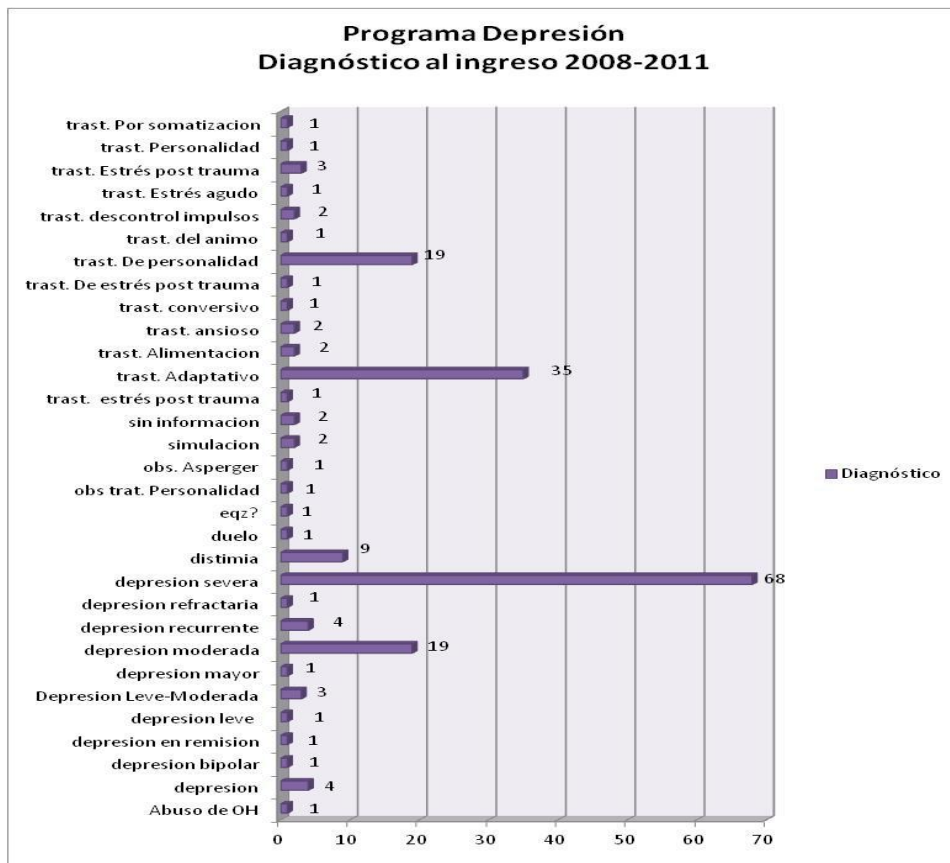


Tabla Nº 22 Programa depresión,
diagnóstico al ingreso 2008 -2011

Diagnóstico	Datos	
	Nº	%
Abuso de OH	1	1%
depresion	4	2%
depresion bipolar	1	1%
depresion en remision	1	1%
depresion leve	1	1%
Depresion Leve-Modera	3	2%
depresion mayor	1	1%
depresion moderada	19	10%
depresion recurrente	4	2%
depresion refractaria	1	1%
depresion severa	68	36%
distimia	9	5%
duelo	1	1%
eqz?	1	1%
obs trat. Personalidad	1	1%
obs. Asperger	1	1%
simulacion	2	1%
sin informacion	2	1%
trast. estrés post traum	1	1%
trast. Adaptativo	35	18%
trast. Alimentacion	2	1%
trast. ansioso	2	1%
trast. conversivo	1	1%
trast. De estrés post traum	1	1%
trast. De personalidad	19	10%
trast. del animo	1	1%
trast. descontrol impuls	2	1%
trast. Estrés agudo	1	1%
trast. Estrés post traum	3	2%
trast. Personalidad	1	1%
trast. Por somatizacion	1	1%
Total general	191	100%

PERFIL INDIVIDUAL

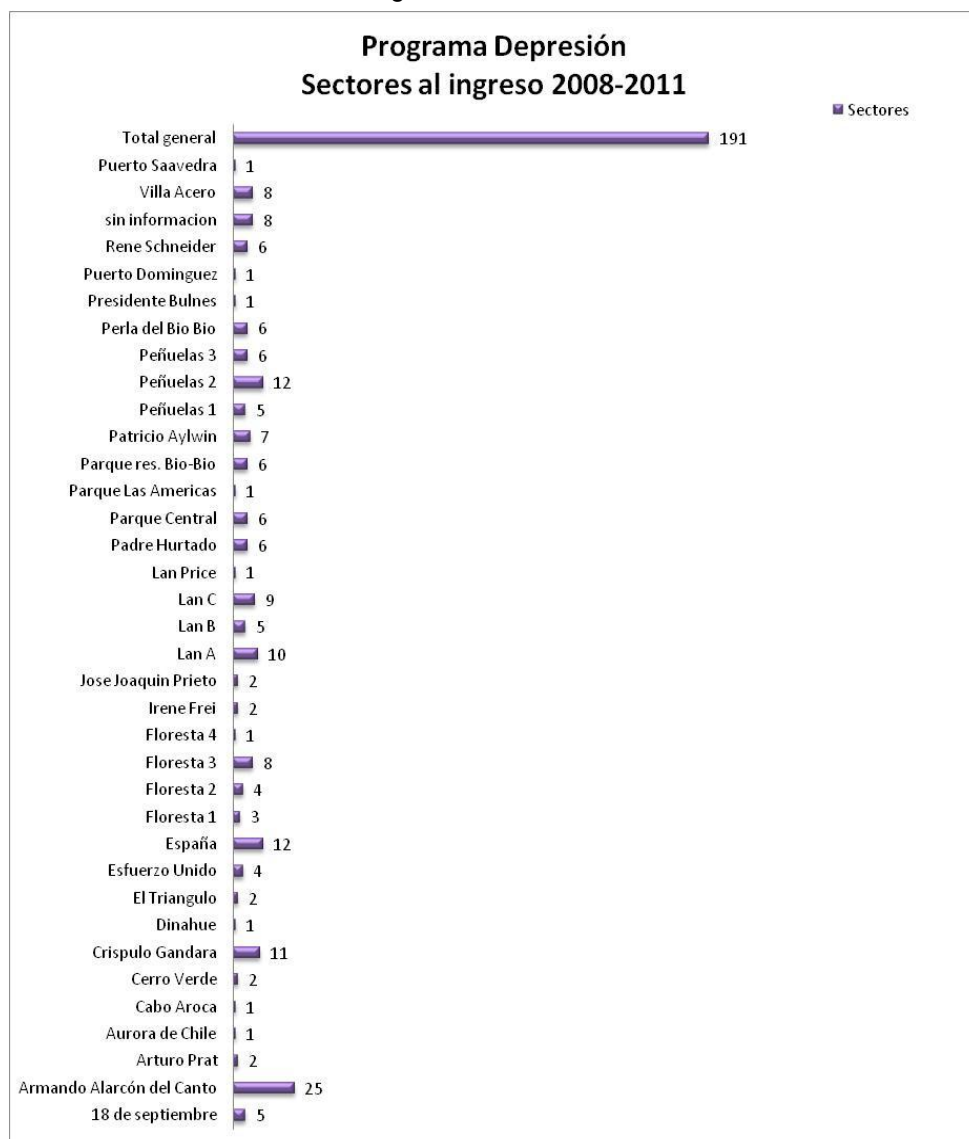
Programa depresión grave (Depresión)

Objetivo N° 3

Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.

3.a. Sectores de residencia

Gráfico N° 31 Programa depresión, sectores al ingreso, 2008-2011



En cuanto al sector de residencia de los usuarios del programa depresión, el porcentaje más alto vive en el sector de Armando Alarcón del Canto con un 13%, luego coinciden en porcentajes los sectores de población España, "Crispulo Gándara" y " Peñuelas II" con un 6%. Los otros sectores representan porcentajes más bajos a los anteriormente mencionados.

Tabla Nº 23 Programa depresión, sectores de residencia al ingreso 2008 -2011

Sectores	Datos	
	Nº	%
18 de septiembre	5	3%
Armando Alarcón de	25	13%
Arturo Prat	2	1%
Aurora de Chile	1	1%
Cabo Aroca	1	1%
Cerro Verde	2	1%
Crispulo Gandara	11	6%
Dinahue	1	1%
El Triangulo	2	1%
Esfuerzo Unido	4	2%
España	12	6%
Floresta 1	3	2%
Floresta 2	4	2%
Floresta 3	8	4%
Floresta 4	1	1%
Irene Frei	2	1%
Jose Joaquin Prieto	2	1%
Lan A	10	5%
Lan B	5	3%
Lan C	9	5%
Lan Price	1	1%
Padre Hurtado	6	3%
Parque Central	6	3%
Parque Las America	1	1%
Parque res. Bio-Bio	6	3%
Patricio Aylwin	7	4%
Peñuelas 1	5	3%
Peñuelas 2	12	6%
Peñuelas 3	6	3%
Perla del Bio Bio	6	3%
Presidente Bulnes	1	1%
Puerto Dominguez	1	1%
Rene Schneider	6	3%
sin informacion	8	4%
Villa Acero	8	4%
Puerto Saavedra	1	1%
Total general	191	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa depresión grave (Depresión)

Objetivo N° 4

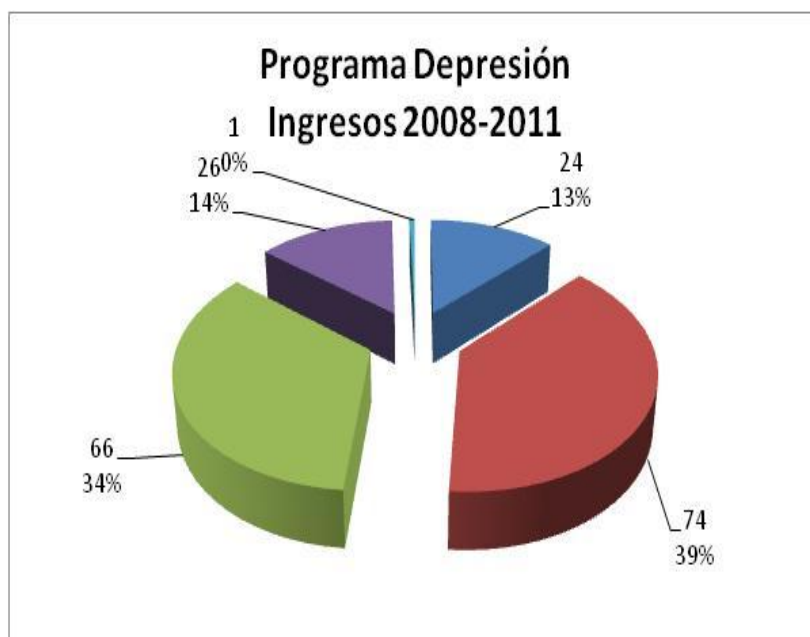
Describir por programas de atención, procesos clínicos ingresos, altas, causas del alta y tiempo de tratamiento, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén entre los años 2007 a 2011

4.a. Ingresos

Se puede observar que el año 2009 se registra el mayor número de ingresos al programa Depresión con un 39%, seguido del año 2010 con un 35% y el año 2011 con un 14%, respecto de éste último con un porcentaje considerablemente más bajo en comparación a los años anteriores.

Siendo de vital importancia conocer el funcionamiento de la coordinación en red de salud local, se agrega la variable, instituciones derivadoras para el ingreso de usuarios/as, con el fin de caracterizar mejor a la población usuaria del Cosam.

Gráfico N° 32 Programa depresión, ingresos 2008-2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa depresión grave

Objetivo N° 4

4.b. Instituciones derivadoras

En cuanto a las instituciones que derivan al Programa Depresión, casi la totalidad está dada por los tres Cesfam de la comuna de Hualpén, representando un 90%, registrándose en primer lugar cesfam Talcahuano sur con un 49%, seguido por cesfam hualpencillo con un 34% y en un menor porcentaje cesfam la floresta con un 6%. Las otras instituciones están representadas en porcentajes considerablemente más bajos

Gráfico N° 33
Programa depresión,
instituciones
derivadoras
2008-2011

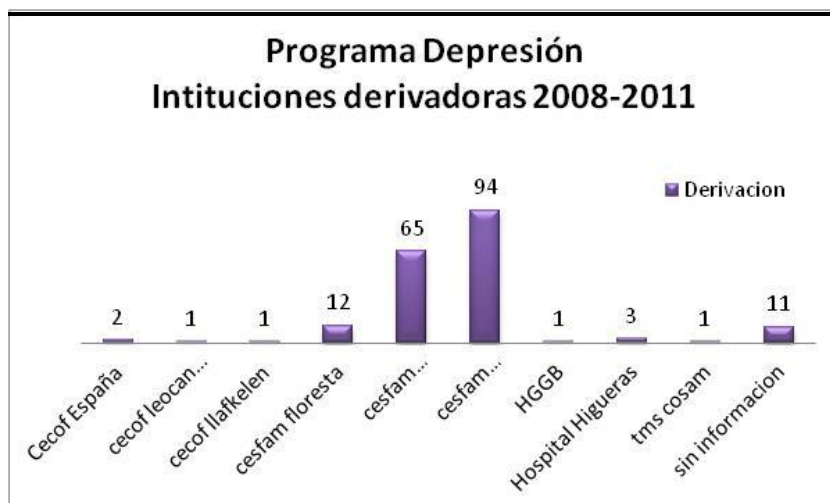


Tabla N° 24 Programa
depresión, Instituciones
derivadoras, 2008 -2011

Derivacion	Datos	
	Nº	%
Cecof España	2	1%
cecof leocan pc	1	1%
cecof llafkelen	1	1%
cesfam floresta	12	6%
cesfam hualper	65	34%
cesfam talcahu	94	49%
HGGB	1	1%
Hospital Higuera	3	2%
tms cosam	1	1%
sin informacion	11	6%
Total general	191	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa depresión grave

Objetivo N° 4

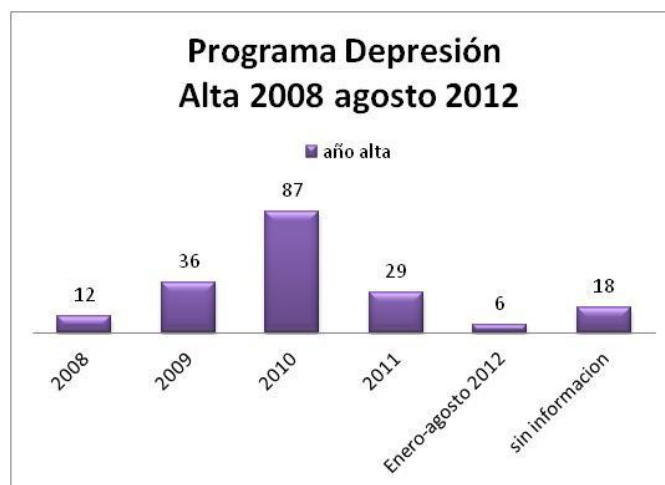
4.c. Altas

Se puede apreciar que el año 2010 se registró el mayor número de altas representado por el 46%, seguido del año 2009 con un 19% y el año 2011 con el 15%.

Tabla N° 25 Programa depresión, altas 2008 agosto 2012

año alta	Datos	
	Nº	%
2008	12	6%
2009	36	19%
2010	87	46%
2011	29	15%
Enero-agosto 2012	6	3%
sin informacion	18	10%
Total general	188	100%

Gráfico N° 34 Programa depresión, altas 2008 agosto 2012



PERFIL INDIVIDUAL

Programa depresión grave

Objetivo N° 4

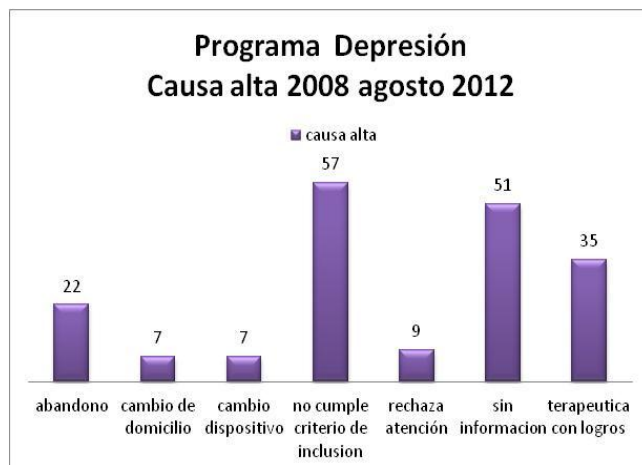
4.d. Causas al alta

En relación a las causas que generan altas del programa depresión, el porcentaje más alto se relaciona con que “no cumple criterio de inclusión” (no cumple requisito) con un 30%, luego se observan las categorías "terapéutica con logros" con un 19% y levemente inferior "abandono" con un 12%. Es importante señalar que la categoría “sin información”, registra un 27%, es decir que no se encontraba registrado la causal de alta, en la ficha clínica. Las otras causales de alta, como son el “rechazo de la atención, “cambio de domicilio y “cambio de dispositivo”, se encuentran en porcentajes más bajos a los anteriormente mencionados.

Tabla N° 26 Programa depresión, causa al alta 2008 agosto 2012

causa alta	Datos	
	N°	%
abandono	22	12%
cambio de domicilio	7	4%
cambio dispositivo	7	4%
no cumple criterio de inclusion	57	30%
rechaza atención	9	5%
sin informacion	51	27%
terapeutica con logros	35	19%
Total general	188	100%

Gráfico N° 35 Programa depresión causa al alta 2008



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Depresión grave

Objetivo N° 4

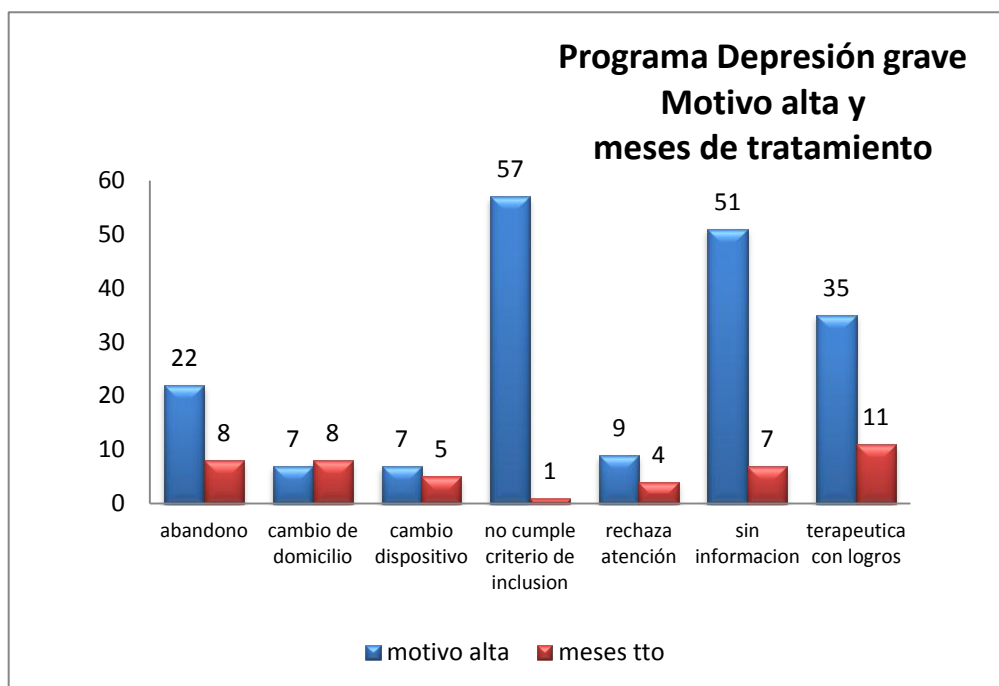
4.e. Tiempo de tratamiento

En la tabla se puede observar que la categoría “no cumple criterio de inclusión” es la que concentra el número más alto con 57 casos, seguido por la categoría “sin información” con 51 casos y “terapéutica con logros” con 35 casos. La mayor cantidad de meses en tratamiento se concentra en la categoría “terapéutica con logros” con 11 meses

Tabla N° 27 Programa depresión, causa al alta 2008 agosto 2012

Motivo alta categoria causa	Total	meses tto
abandono	22	8
cambio de domicilio	7	8
cambio dispositivo	7	5
no cumple criterio de inclusión	57	1
rechaza atención	9	4
sin informacion	51	7
terapeutica con logros	35	11
Total general	188	

Gráfico N° 36 Programa depresión causa al alta 2008
agosto 2012



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Este programa se define claramente en el COSAM a partir de diciembre del año 2008, debido a la necesidad de integrar en un programa a personas que no cumplían criterios de ingreso al programa depresión severa de AUGE, pero debían permanecer en el COSAM para recibir tratamiento de nivel secundario. Paulatinamente se incorporaron a este programa patologías como trastornos de personalidad descompensados, trastornos alimenticios, trastornos adaptativos con otras patologías psiquiátricas, depresión leve o moderada con otras patologías. Para el presente estudio se revisaron 180 ingresos entre los años 2008 a 2011.

Objetivo N° 1

Identificar variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

1.a. Edad

El gráfico y la tabla siguientes, muestran que la mayor cantidad de personas ingresadas a tratamiento desde el 2008 a 2011, fue en el rango de edad de 25 a 64 años de edad, lo que representa un significativo, 86,6 % del total. (n-191). La persona de menor edad fue de 18 años y la mayor de 77 años. La moda para esta categoría fue de 34 años y el promedio de 42 años.

Gráfico N° 37 Programa Indiferenciado, rango de edades, 2008 -2011

Tabla N° 28 Programa indiferenciado rango edades, 2008 2011

Rango edades	Nº	%
0-4	0	
5-9	0	
10-14	0	
15-19	4	2,2
20-24	13	7,2
25-64	156	86,6
65 y mas	5	3
sin informacion	2	1
Total	180	100



PERFIL INDIVIDUAL Programa Indiferenciado

Objetivo N° 1

1.b. Sexo

Se puede observar, que el mayor porcentaje de usuarios/as en el Programa Indiferenciado, corresponde al sexo femenino representado a través de un 78% de los ingresos desde el año 2008 a 2011.

Gráfico N° 38 Programa Indiferenciado, rango de edades, 2008 -2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Objetivo N° 1

1.c. Estado Civil

En cuanto al estado civil de los ingresos totales en programa indiferenciado, es posible indicar que está centrado casi en cantidades similares entre los usuarios/as casados/as (49%) como los solteros (41%).

Gráfico N° 39 Programa Indiferenciado, estado civil ingresos 2008 -2011



Tabla N° 29 Programa indiferenciado estado civil ingresos, 2008 2011

Estado civil	Datos	
	Nº	%
casado/a	89	49%
divorciado/a	8	4%
s/i	2	1%
soltero/a	73	41%
viudo/a	8	4%
Total general	180	100%

PERFIL INDIVIDUAL Programa Indiferenciado

Objetivo N° 1

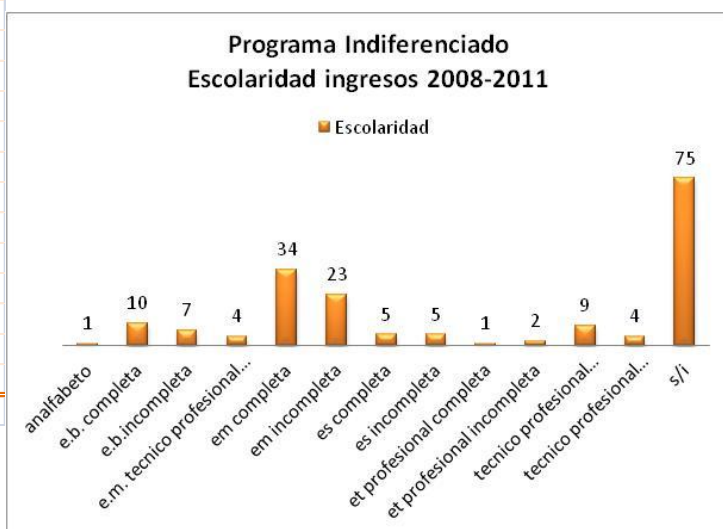
1.d. Escolaridad

Es posible advertir que el mayor número de usuarios/as registra, E. media completa (34 usuarios/as) y E. media incompleta (23 usuarios/as) y en último lugar en número significativo es la E. básica completa (10 usuarios/as).

Tabla N° 30 Programa indiferenciado escolaridad al ingresos, 2008 -2011

Escolaridad	Total
analfabeto	1
e.b. completa	10
e.b.incompleta	7
e.m. tecnico profesional	4
em completa	34
em incompleta	23
es completa	5
es incompleta	5
et profesional completa	1
et profesional incompleta	2
tecnico profesional completa	9
tecnico profesional incompleta	4
s/i	75
Total general	180

Gráfico N° 40 Programa Indiferenciado, escolaridad al ingreso 2008 -2011



Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del Cosam, se agrega la variable Ocupación al ingreso de los usuarios, la cual no estaba considerada originalmente.

PERFIL INDIVIDUAL Programa Indiferenciado

Objetivo N° 1

1.e. Ocupación

En cuanto a la ocupación de los de los usuarios/as del programa Indiferenciado, la categoría, "dueña de casa" es la que registra el mayor porcentaje (16%) con 28 usuarias, seguido por la categoría de "cesante" con 11 personas (6%). Es importante destacar que un número significativo de 95 usuarios/as (53%) no registra esta información en la ficha clínica.

Gráfico N° 41 Programa Indiferenciado, ocupación al ingreso 2008 -2011

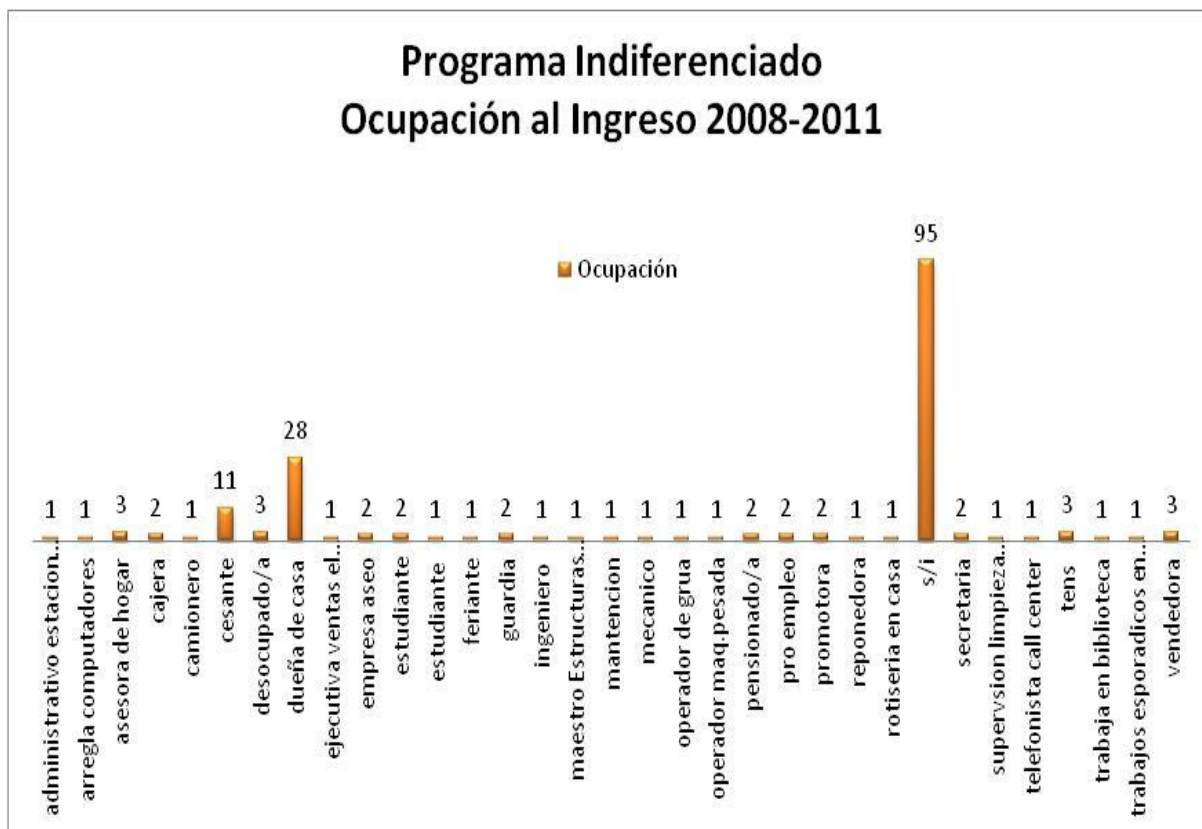


Tabla Nº 31 Programa indiferenciado
ocupación al ingreso, 2008 -2011

Ocupación	Nº	%
administrativo estacion de servicio	1	1%
arregla computadores	1	1%
asesora de hogar	3	2%
cajera	2	1%
camionero	1	1%
cesante	11	6%
desocupado/a	3	2%
dueña de casa	28	16%
ejecutiva ventas el parque	1	1%
empresa aseo	2	1%
estudiante	2	1%
estudiante	1	1%
feriante	1	1%
guardia	2	1%
ingeniero	1	1%
maestro Estructuras metalicas	1	1%
mantencion	1	1%
mecanico	1	1%
operador de grua	1	1%
operador maq.pesada	1	1%
pensionado/a	2	1%
pro empleo	2	1%
promotora	2	1%
reponedora	1	1%
rotiseria en casa	1	1%
s/i	95	53%
secretaria	2	1%
supervision limpieza empresa de aseo	1	1%
telefonista call center	1	1%
tens	3	2%
trabaja en biblioteca	1	1%
trabajos esporadicos en electricidad	1	1%
vendedora	3	2%
Total general	180	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Objetivo N° 2

Identificar por programa de atención, los diagnósticos psiquiátricos del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

2.a. Diagnósticos al ingreso

Dentro de los diagnósticos psiquiátricos de los usuarios/as del programa indiferenciado, los porcentajes más importantes corresponden a “trastorno de personalidad” con 65 casos (36%), “trastorno adaptativo” con 37 casos (21%) y “trastorno por estrés post traumático” con 18 casos (10%).

Gráfico N° 42 Programa Indiferenciado, diagnóstico al ingreso 2008 -2011



Tabla N° 32 Programa indiferenciado diagnóstico al ingreso, 2008 -2011

Diagnósticos	N°	%
agorafobia	1	1%
deterioro cogn. 2rio a ave	1	1%
distimia	5	3%
fobia social	1	1%
ludopatía	1	1%
rasgos personalidad cluster B	1	1%
s/i	2	1%
simulación	2	1%
trast. conversivo	1	1%
trast. adaptativo	37	21%
trast. alimentación	6	3%
trast. ansioso	9	5%
trast. bipolar	3	2%
trast. deficit atencional adulto	1	1%
trast. depresivo	12	7%
trast. descontrol impulsos	2	1%
trast. esquizoefectivo	1	1%
trast. no organico de personalidad	1	1%
trast. obsesivo compulsivo	3	2%
trast. panico	3	2%
trast. personalidad	65	36%
trast. por estrés traumático	18	10%
trast. somatomorfo	3	2%
trats. disociativo	1	1%
Total general	180	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Objetivo N° 3

Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.

3.a. Sectores de residencia

Se puede observar que los usuarios/as del programa indiferenciado registran domicilio principalmente en el sector de "Armando Alarcón del Canto" (11%), seguido en un porcentaje levemente inferior al sector "Críspulo Gándara" (9%) y "Villa Acero" en tercer lugar(7%). Se hace presente que en el presente programa la distribución es amplia, existiendo representatividad de la mayoría de los sectores de la comuna de Hualpén.

Gráfico N° 43 Programa Indiferenciado, sectores de residencia 2008 -2011



Tabla N° 33 Programa indiferenciado
sectores de residencia, 2008 -2011

Sectores	Datos	
	Nº	%
18 septiembre	5	3%
Armando Alarcón del Canto	20	11%
Arturo Prat	3	2%
Aurora de Chile	4	2%
Blanco Encalada	2	1%
Cabo Aroca	2	1%
Cerro verde	1	1%
Crispulo Gándara	17	9%
Dinahue	1	1%
El Triangulo	2	1%
Esfuerzo Unido	4	2%
España	11	6%
Floresta 1	1	1%
Floresta 2	3	2%
Floresta 3	9	5%
Fuera de la comuna	5	3%
Irene Frei	2	1%
José Joaquín Prieto	4	2%
Lan A	7	4%
Lan B	5	3%
Lan C	11	6%
Lan Price	3	2%
Nueva Sicilia	1	1%
Padre Hurtado	4	2%
Parque Central	6	3%
Parque Res, Bio Bio	2	1%
Patricio Aylwin	7	4%
Peñuelas 1	3	2%
Peñuelas 2	5	3%
Peñuelas 3	5	3%
Perla del Bio Bio	5	3%
Rene Schneider	3	2%
sin informacion	4	2%
Villa Acero	13	7%
Total general	180	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Objetivo N° 4

Describir por programas de atención, procesos clínicos ingresos, altas, causas del alta y tiempo de tratamiento, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén entre los años 2007 a 2011.

4.a. Ingresos

Respecto de usuarios/as ingresados al Programa Indiferenciado, el porcentaje más importante corresponde al año 2010 con un 51% (91 ingresos), observando un descenso en las derivaciones en el año 2011 con un 33% (59 ingresos).

Gráfico N° 44 Programa Indiferenciado, ingresos nov. 2008 a 2011



Tabla N° 34 Programa indiferenciado ingresos nov. 2008 a 2011

Ingresos		
	N°	%
Nov. 2008	2	1%
2009	28	16%
2010	91	51%
2011	59	33%
Total general	180	100%

Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del Cosam, se agrega la variable instituciones derivadoras para el ingreso de usuarios/as, ya que es de vital importancia para conocer el funcionamiento de la coordinación en red de salud local.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Objetivo N° 4

4.b. Instituciones derivadoras

En cuanto a las derivaciones al Programa Indiferenciado, éstas se realizan mayoritariamente desde el programa “Depresión” del COSAM con 81 casos (45%), y en un número menor, desde los “CESFAM Talcahuano Sur” con 44 casos (24%) y “CESFAM Hualpencillo” con 26 casos (14%).

Gráfico N° 45 Programa Indiferenciado, instituciones derivadoras, nov. 2008 a 2011



Tabla Nº 35 Programa indiferenciado instituciones derivadoras nov. 2008 a 2011

Derivaciones	Nº	%
cecof Leocan Portus	2	1%
cesfam Floresta	12	7%
cesfam Hualpencillo	26	14%
cesfam Thno Sur	44	24%
demanda tmt	9	5%
Hospital de dia Talcahuano	2	1%
Hospital las Higueras	1	1%
otros programas Cosam	2	1%
programa depresion cosam	81	45%
servicio salud	1	1%
Total general	180	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Objetivo Nº 4

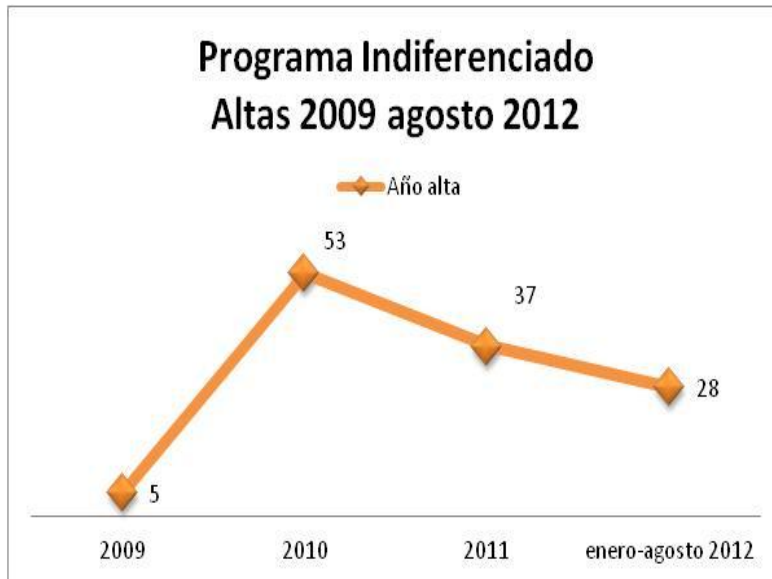
4.c. Altas

Se puede observar que el año 2010 registró el porcentaje más importante en cuanto a altas de usuarios/as del programa Indiferenciado con un 43% (53 casos), observando un descenso en el porcentaje en los años 2011 con un 30% (37 casos) y en el año 2012 con un 23% (28 casos), a la fecha de cierre del estudio.

Tabla Nº 36 Programa indiferenciado altas 2009 a agosto 2012

Año alta	Datos	
	Nº	%
2009	5	4%
2010	53	43%
2011	37	30%
enero-agosto 2012	28	23%
Total general	123	100%

Gráfico N° 46 Programa Indiferenciado, altas 2009 a agosto 2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

Objetivo N° 4

4.d. Causas alta

Dentro de los motivos de alta de los usuarios/as del programa indiferenciado, el mayor número de casos, corresponde a la categoría de “abandono” con 61 casos (50%), seguido en número menor, las categorías “con logros terapéuticos” con 17 casos (14%), “rechazo a tratamiento” con 15 casos (12%) y en cantidades similares se encuentran las categorías de “sin información” y “no cumple criterio de inclusión” con 10 casos cada uno. (8% cada uno).

Gráfico Nº 47 Programa Indiferenciado, causa altas 2009 a agosto 2011

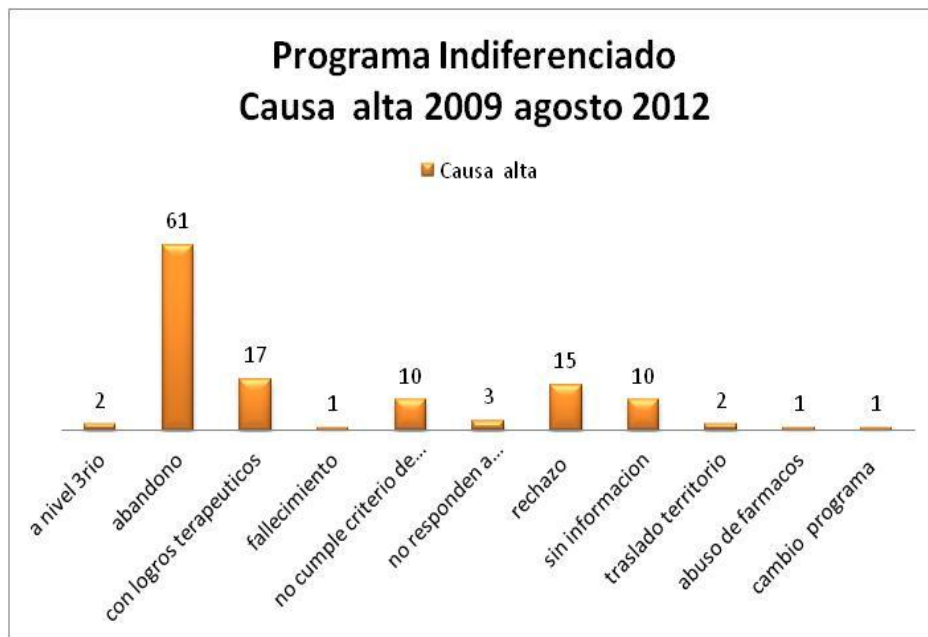


Tabla Nº 37 Programa indiferenciado, causa altas 2009 a agosto 2012

Causa alta	Datos	
	Nº	%
a nivel 3rio	2	2%
abandono	61	50%
con logros terapeuticos	17	14%
fallecimiento	1	1%
no cumple criterio de inclusion	10	8%
no responden a tratamiento	3	2%
rechazo	15	12%
sin informacion	10	8%
traslado territorio	2	2%
abuso de farmacos	1	1%
cambio programa	1	1%
Total general	123	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Indiferenciado

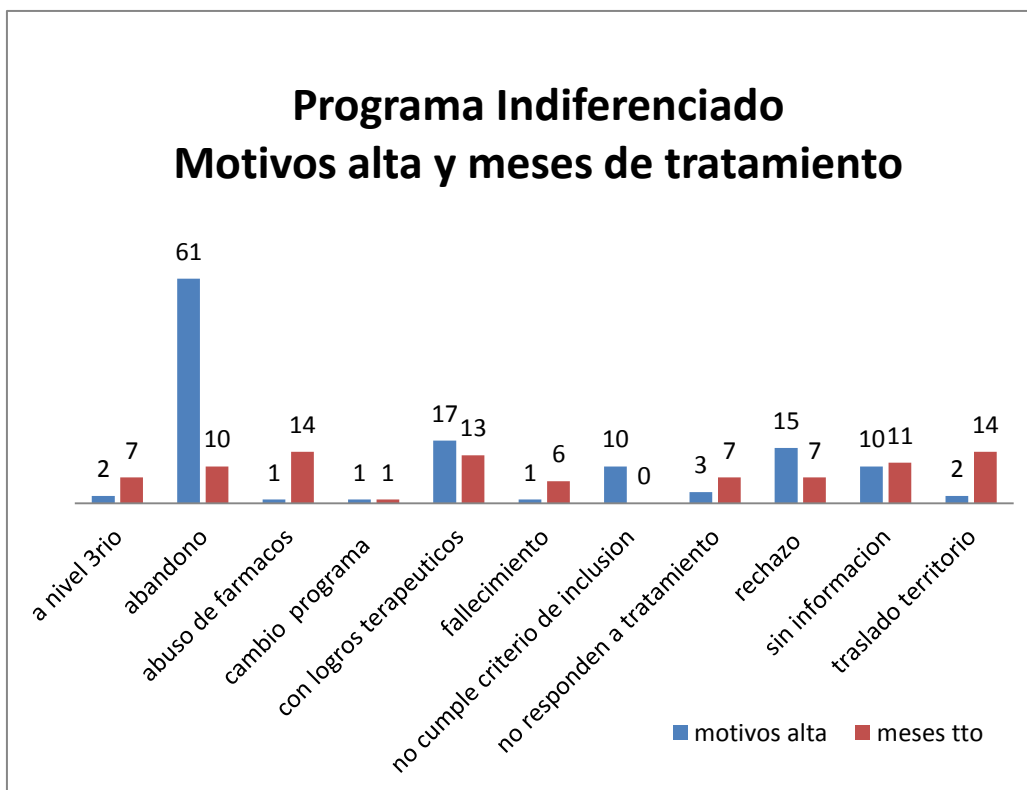
Objetivo N° 4

4.e. Tiempo de tratamiento

En cuanto al programa indiferenciado se observa que el principal motivo de alta se relaciona con la variable “abandono” con 61 casos.

En relación a los meses de tratamiento, se puede apreciar que las categorías más altas son “abuso de fármacos” y “traslado territorio”, ambas con 14 meses de tratamiento.

Gráfico N° 48 Programa Indiferenciado, causa altas 2009 a agosto 2011



|

Motivos altas	meses	
	Total	tto
a nivel 3rio	2	7
abandono	61	10
abuso de farmacos	1	14
cambio programa	1	1
con logros terapeuticos	17	13
fallecimiento	1	6
no cumple criterio de inclusion	10	0
no responden a tratamiento	3	7
rechazo	15	7
sin informacion	10	11
traslado territorio	2	14
Total general	123	8,2

Tabla Nº 38 Programa indiferenciado, causa altas 2009 a agosto 2012

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia severa (VIF severa)

Este programa se define en el COSAM el año 2010, debido a la necesidad de atender a personas afectadas por violencia intrafamiliar severa de la comuna, aprovechando la cercanía del dispositivo a la población de la comuna.

Este programa recibe a usuarios/as no sólo de los centros de atención primaria de la comuna, sino además de la red de social de la comuna, con el requisito que un profesional del área confirme la severidad de la problemática, ya que la violencia leve y moderada, son áreas de intervención de los CESFAM. Para el presente estudio se tomó como referencia a un total de 14 personas ingresadas entre los años 2010 a 2011.

Objetivo N° 1

Identificar variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

1.a. Edad

El gráfico y tabla muestran, que el 100% de las personas ingresadas a tratamiento desde el 2010 a 2011, se encuentra en el rango de edad de 25 a 64 años de edad. (n=14). La persona de menor edad fue de 40 años y la mayor de 42 años. El promedio es de 41 años.

Gráfico N° 49 Programa VIF severa, rango edades al ingreso 2010 - 2011

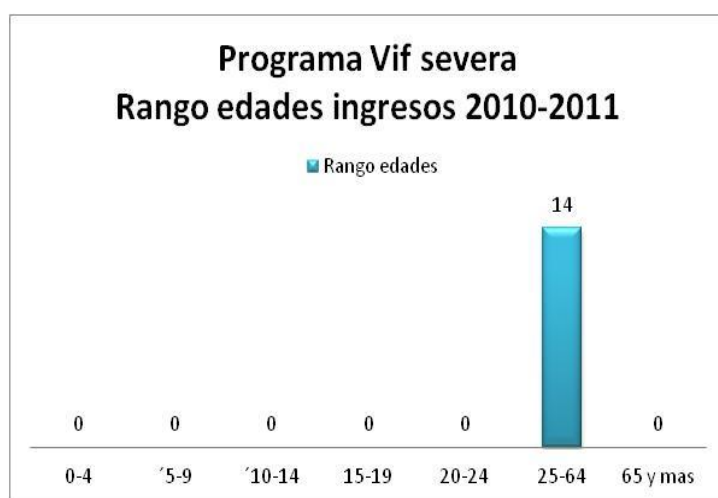


Tabla N° 39 Programa VIF severa, rango edades al ingreso 2010-2011

Rango edades	Nº	%
0-4	0	0
5-9	0	0
10-14	0	0
15-19	0	0
20-24	0	0
25-64	14	100
65 y mas	0	0
Total	14	100

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa

Objetivo N° 1

1.b. Sexo

Se puede observar que la totalidad (100%) de los usuarios/as ingresados al programa VIF severa entre los años 2010-2011, corresponde al sexo femenino.

Gráfico N° 50 Programa VIF severa, sexo ingresos 2010 - 2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa

Objetivo N° 1

1.c.- Estado civil

En cuanto al estado civil de los ingresos totales al programa VIF severa durante los años 2010 y 2011, casi la totalidad corresponde a la categoría de “casada” con 13 casos (93%), seguido de la categoría de “soltera” que corresponde a 1 sólo caso (7%).

Tabla N° 40 Programa Vif severa estado civil ingresos 2010-2011

Estado Civil	Nº	%
casada	13	93%
soltera	1	7%
Total general	14	100%

Gráfico N° 51 Programa VIF severa, estado civil ingresos 2010 - 2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia severa

Objetivo N° 1

1.d. Escolaridad

Es posible observar que el mayor número de usuarios/as del programa VIF severa, registra porcentajes iguales en las categorías de “E. Media Completa”, “E Media Incompleta” y “E. Media Técnica Completa”, 14 % en cada uno de ellos.

Destacando también que el porcentaje más alto de la tabla (29%) corresponde a la categoría de “Sin Información”, debido a que no registra dicho ítem en la ficha clínica del usuario/a.

Gráfico N° 52 Programa VIF severa, escolaridad ingresos 2010 - 2011



Tabla N° 41 Programa VIF severa escolaridad ingresos 2010-2011

Escolaridad	Nº	%
analfabeta	1	7%
eb completa	1	7%
em completa	2	14%
em incompleta	2	14%
emt completa	2	14%
es incompleta	1	7%
et. profesional incompleta	1	7%
sin informacion	4	29%
Total general	14	100%

Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM, se agrega la variable ocupación al ingreso de los usuarios, la cual no estaba considerada originalmente.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa

Objetivo N° 1

1.e. Ocupación

En cuanto a la ocupación de los de los usuarios/as del Programa VIF severa, las categorías de “manipuladora de alimentos” y “dueña de casa” son las que registran el mayor porcentaje con 3 personas cada una, seguido por la de “cesante” con 2 personas.

Gráfico N° 53 Programa VIF severa, ocupación ingresos 2010 - 2011

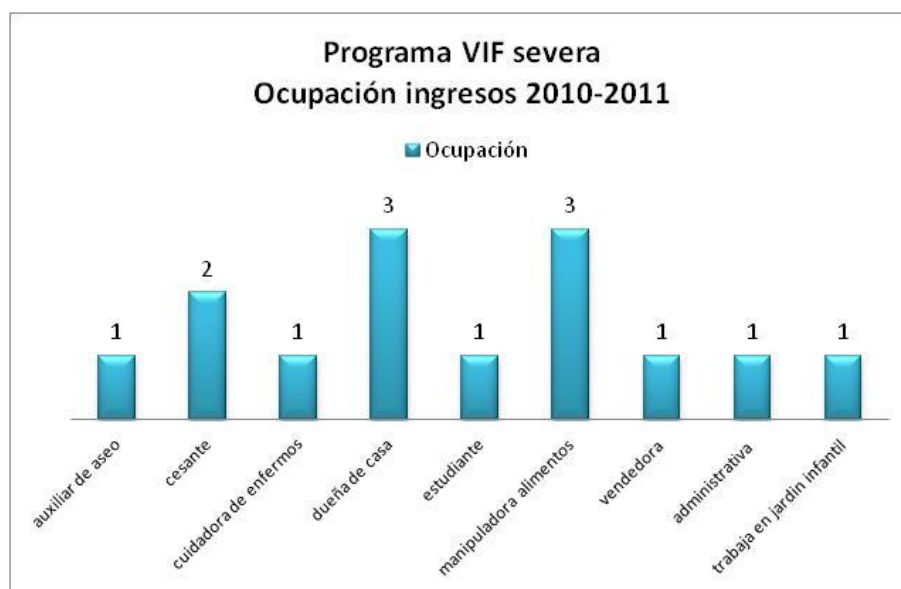


Tabla N° 42 Programa VIF severa ocupación ingresos 2010-2011

Ocupación	Nº	%
auxiliar de aseo	1	7%
cesante	2	14%
cuidadora de enfermos	1	7%
dueña de casa	3	21%
estudiante	1	7%
manipuladora alimentos	3	21%
vendedora	1	7%
administrativa	1	7%
trabaja en jardín infantil	1	7%
Total general	14	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia severa (VIF severa)

Objetivo N° 2

Identificar por programa de atención, los diagnósticos psiquiátricos del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

2. a. Diagnósticos al ingreso

Gráfico N° 54 Programa VIF severa, diagnóstico al ingreso 2010 - 2011



En el gráfico N° 54, se puede observar el total de usuarios/as ingresos durante los años 2010 a 2011, presenta el diagnóstico de Violencia Intrafamiliar Severa.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa (VIF severa)

Objetivo N° 3

Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.

3.a. Sector residencia

Se puede observar que las usuarias del Programa VIF Severa registran domicilio principalmente en el sector de "Parque Residencial Bío-Bío" con un 29%, seguido del sector "Armando Alarcón del Canto" con un 14% y levemente inferior se encuentra el resto de los sectores en porcentajes iguales (7% cada una).

Gráfico N° 55 Programa VIF severa, diagnóstico al ingreso 2010 - 2011



Tabla N° 43 Programa VIF severa sector de residencia ingresos 2010-2011

Sectores	Nº	%
Armando Alarcon del Canto	2	14%
España	1	7%
floresta 2	1	7%
floresta 3	1	7%
parque resid. Bio Bio	4	29%
peñuelas 1	1	7%
peñuelas 3	1	7%
rene schneider	1	7%
Villa Acero	1	7%
Aurora de Chile	1	7%
Total general	14	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa (VIF severa)

Objetivo N° 4

Describir por programas de atención, procesos clínicos ingresos, altas, causas del alta y tiempo de tratamiento, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén entre los años 2007 a 2011.

4.a.- Ingresos

Se puede observar que los ingresos al Programa VIF Severa durante los años 2010 y 2011 corresponden a porcentajes iguales (50%), con 7 usuarios/as cada uno.

Gráfico N° 56 Programa VIF severa, ingresos 2010 - 2011



Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM, se agrega la variable instituciones derivadoras para el ingreso de usuarios/as, ya que es de vital importancia para conocer el funcionamiento de la coordinación en red de salud local:

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa (VIF Severa)

Objetivo N° 4

4.b. Instituciones derivadoras

La tabla N° 57, muestra que el porcentaje más alto de derivaciones al Programa VIF Severa, es realizado por el “CESFAM Talcahuano Sur” con un 64%, seguido en porcentaje muy inferior por el “CESFAM Hualpencillo” con un 14% al igual que derivaciones internas desde otro programa del Cosam (14%).

Gráfico N° 57 Programa VIF severa, instituciones derivadoras 2010 - 2011



Tabla N° 44 Programa Vif severa instituciones derivadoras 2010-2011

Derivaciones	Nº	%
cesfam hualpencillo	2	14%
cesfam thno sur	9	64%
oficina de la mujer talcahuano	1	7%
cosam2	2	14%
Total general	14	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia severa (VIF Severa)

Objetivo N° 4

4.c. Altas

El gráfico y tablas siguientes, muestran que el año 2012, a pesar de no estar aún concluido, es el que registra el porcentaje mayor de “altas” del Programa VIF Severa (56%), seguido de un porcentaje levemente menor e igual durante los otros años 2010 y 2011 (22% cada año) .

Gráfico N° 58 Programa VIF severa, altas 2010 agosto 2012

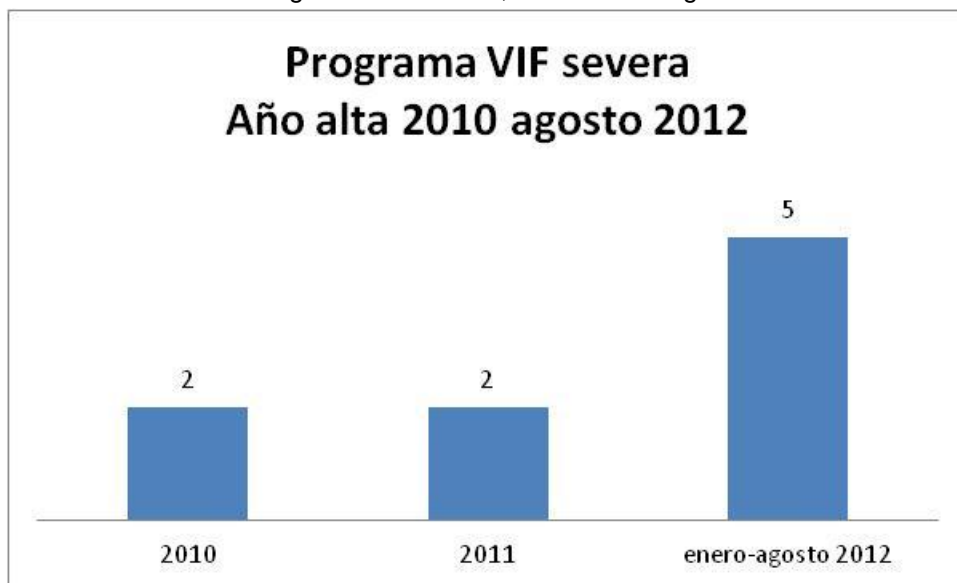


Tabla N° 45 Programa VIF, altas 2010 agosto 2012

Año alta	Datos	
	Nº	%
2010	2	22%
2011	2	22%
enero-agosto 2012	5	56%
Total general	9	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa (VIF Severa)

Objetivo N° 4

4.d. Causas de alta

En cuanto al motivo de alta de los usuarios/as del Programa VIF Severa, durante los años 2010-2011, el porcentaje más alto corresponde a la categoría de "terapéutica con logros" con un 67% (6 usuarias), seguida de las categorías "abandono" con un 22 % (2 usuarias) y "fallecida" con un 11% (1 usuaria).

Gráfico N° 59 Programa VIF severa, causa altas 2010 agosto 2012



Tabla N° 46 Programa VIF, causa altas 2010 agosto 2012

Causa Alta	Nº	%
abandono	2	22%
fallecida	1	11%
terapeutica con logros	6	67%
Total general	9	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Violencia Severa (VIF Severa)

Objetivo N° 4

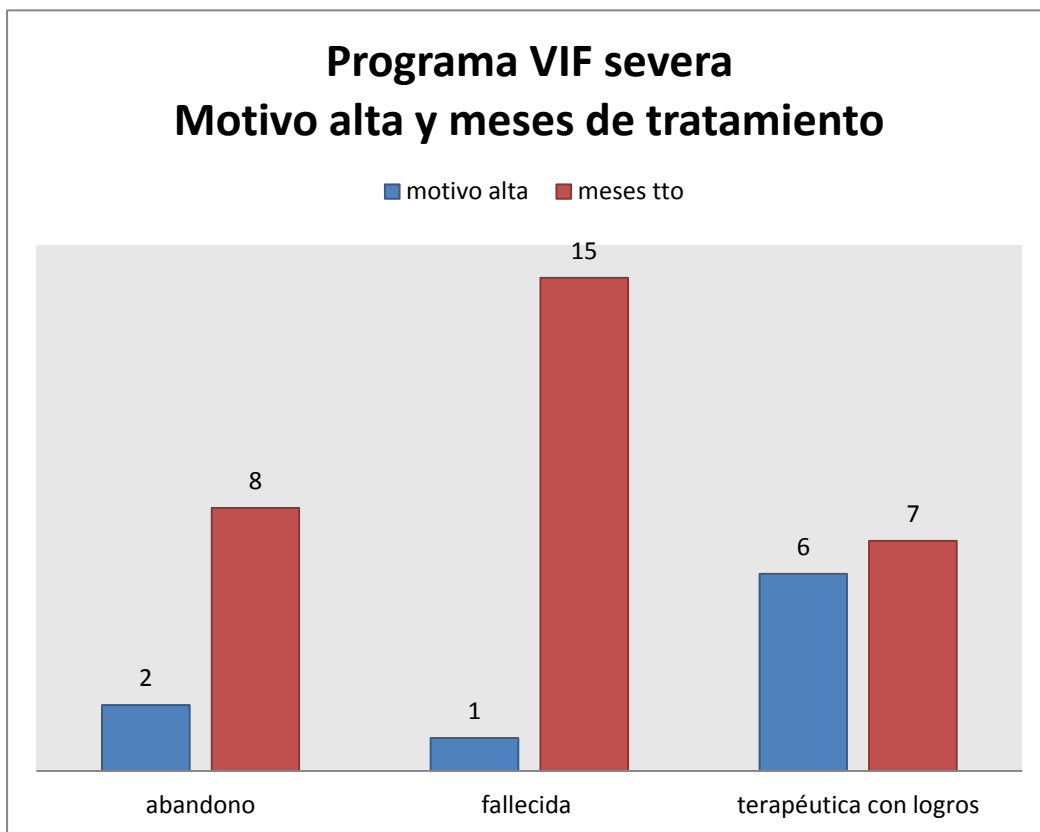
4.e. Tiempo de tratamiento

En cuánto al tiempo de tratamiento, el más extenso corresponde a 15 meses, teniendo como causa de alta la situación de “fallecida”, las otras categorías son más bajas a la anterior y similares a su vez, 8 usuarias en la categoría de “abandono” y 7 usuarias en la categoría de “terapéutica con logros”. A su vez se puede observar que la causa de alta “terapéutica con logros” es la que se presenta en 6 usuarias siendo el más alto.

Tabla N° 47 Programa VIF, causa altas y meses de tratamiento

Causa Alta	meses	
	Total	tto
abandono	2	8
fallecida	1	15
terapéutica con logros	6	7
Total general	9	

Gráfico N° 60 Programa VIF severa, causa altas y meses de tratamiento



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Este programa se incorporó al COSAM en marzo del año 2010, tiempo desde el cual se cuenta con psiquiatra infanto-juvenil. Inició su funcionamiento con usuarios/as de la comuna de Hualpén, que esperaban atención por Hospital Higuera. Actualmente el programa integra patologías del área infantil como déficit atencional con y sin hiperactividad, trastorno conductual, depresión infantil, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del desarrollo de la personalidad, abuso sexual, entre otros. Se analizaron un total de 145 ingresos entre marzo de 2010 a diciembre de 2011.

Objetivo N° 1

Identificar variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

1.a. Edad

El gráfico muestra que la mayor cantidad de personas ingresadas a tratamiento entre marzo de 2010 a diciembre de 2011, fue en el rango de edad de 10 a 14 años, lo que representa un 49.1 % del total. La persona de menor edad fue de 2 años y la mayor de 23 años. La moda para esta categoría fue de 7 años y el promedio de 11 años.

Gráfico N° 61 Programa Infantil, rango edades

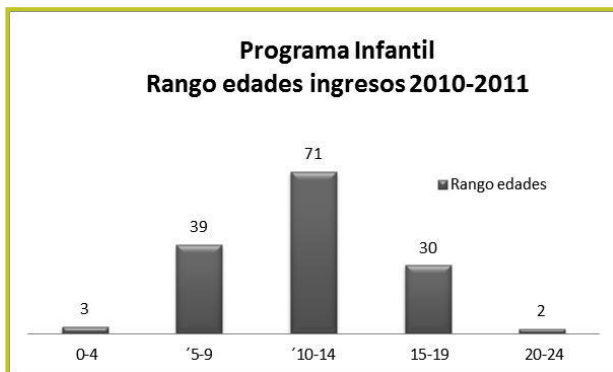


Tabla N° 48 Programa Infantil, rango edades ingresos marzo 2010 -2011

Rango edades	N°	%
0-4	3	2
5-9	39	26,8
10-14	71	49,1
15-19	30	20,6
20-24	2	1,5
Total	145	100

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 1

1.b. Sexo

En cuanto al sexo de los usuarios ingresados al programa infantil durante los años 2010-2011, se observa que el porcentaje mayor corresponde al sexo masculino con un 68% (98 casos), en cambio el sexo femenino corresponde a un 32% (47 casos)

Gráfico N° 62 Programa Infantil, sexo ingresos marzo 2010-2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 1

1.c. Estado civil

En cuanto al Estado Civil de los usuarios ingresados al programa infantil, el porcentaje mayor se encuentra en la categoría de "no corresponde" y en número menor la categoría de "soltero" con 11 casos

Gráfico N° 63 Programa Infantil, estado civil ingresos marzo 2010-2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 1

1.d. Escolaridad

Es posible observar que el mayor número de usuarios/as ingresados al Programa Infantil registra E. básica con un 61% (88 casos), y en porcentaje considerablemente menor se encuentran las categorías de E. media y escuela especial, ambos con un 13 % (19 casos cada uno). Las otras categorías se encuentran en porcentajes menores a los anteriormente mencionados.

Gráfico N° 64 Programa Infantil, escolaridad ingresos marzo 2010-2011

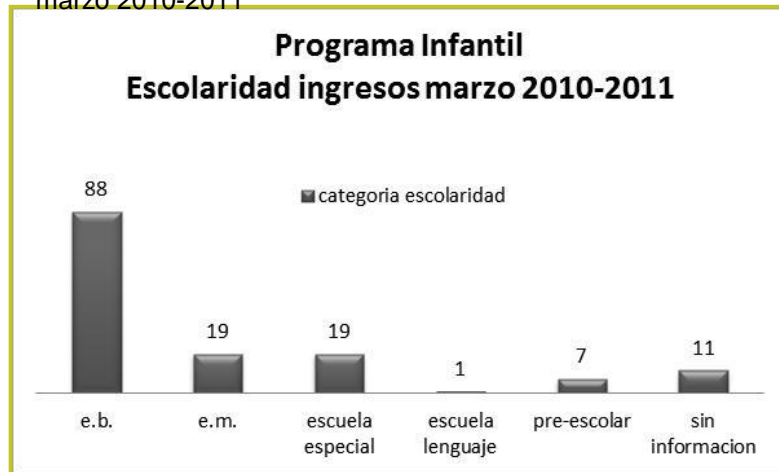


Tabla N° 49 Programa Infantil, escolaridad ingresos marzo 2010 -2011

categoria escolaridad	Datos	
	Nº	%
e.b.	88	61%
e.m.	19	13%
escuela especial	19	13%
escuela lenguaje	1	1%
pre-escolar	7	5%
sin informacion	11	8%
Total general	145	100%

Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM, se agrega la variable ocupación al ingreso de los usuarios, la cual no estaba considerada originalmente.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 1

1.e. Ocupación

Se puede observar que la categoría "estudiante" corresponde a la ocupación de la mayoría de los usuarios/as ingresados al programa Infantil con un representación del 68%, y en porcentaje menor 32%, se encuentra la categoría de "sin información", debido a que no se encontraba esta variable registrada en la ficha del usuario/a.

Gráfico N° 65 Programa Infantil, ocupación al ingreso marzo 2010-2011



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 2

Identificar por programa de atención, los diagnósticos psiquiátricos del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

2.a. Diagnóstico al ingreso

Con porcentajes iguales y muy superiores a las demás categorías se encuentran las patologías de "trastorno déficit atencional (h) y "trastorno conductual" como las más presentes en los usuarios/as ingresados al programa Infantil durante los años 2010-2011 con 30% cada uno, en porcentajes inferiores se encuentra las patologías de "trastorno ansioso" y "trastorno depresivo" con un 6% y un 5 % respectivamente. Las otras categorías registran porcentajes menores a los anteriormente mencionados.

Gráfico Nº 66 Programa Infantil, diagnóstico al ingreso marzo 2010-2011

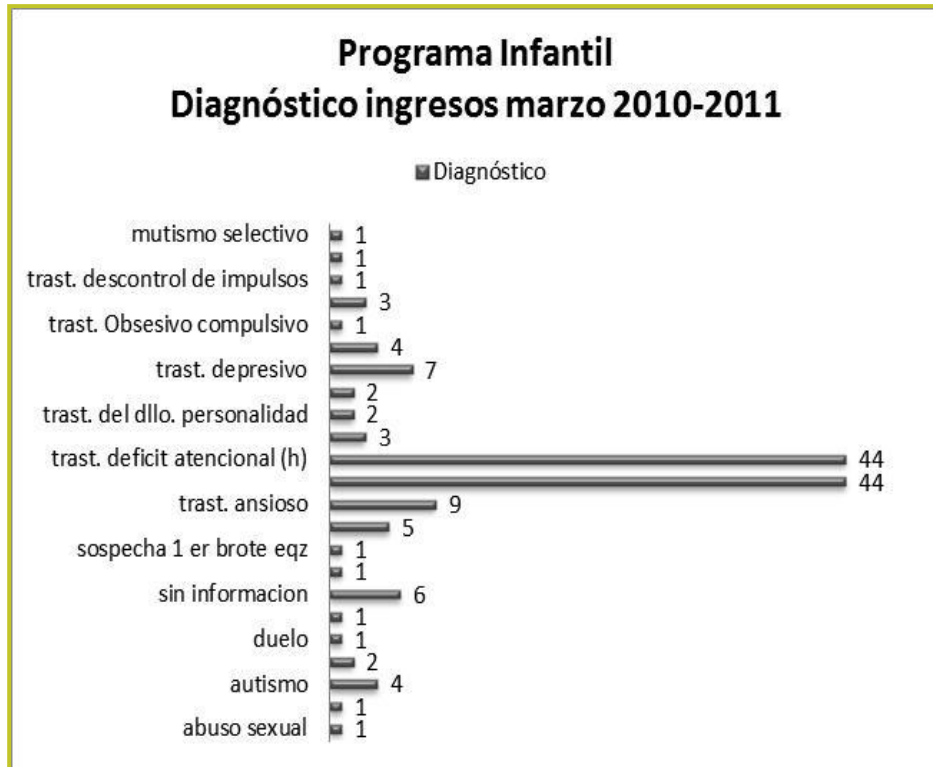


Tabla Nº 50 Programa Infantil, diagnóstico ingresos marzo 2010 - 2011

Diagnóstico	Datos	
	Nº	%
abuso sexual	1	1%
anorexia nerviosa	1	1%
autismo	4	3%
crisis de panico	2	1%
duelo	1	1%
maltrato	1	1%
sin informacion	6	4%
sindrome asperger	1	1%
sospecha 1 er brote	1	1%
trast. adaptativo	5	3%
trast. ansioso	9	6%
trast. conductual	44	30%
trast. deficit atencior	44	30%
trast. del aprendizaje	3	2%
trast. del dlo. person	2	1%
trast. del vinculo	2	1%
trast. depresivo	7	5%
trast. emocional	4	3%
trast. Obsesivo comp	1	1%
trast. por estres	3	2%
trast. descontrol de i	1	1%
tricotilomania	1	1%
mutismo selectivo	1	1%
Total general	145	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N°3

Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.

3.a. Sector residencia

Es posible observar que los usuarios/as del Programa Infantil registran domicilio principalmente en el sector "Armando Alarcón del Canto" con un 26 casos, seguido de la Institución COANIL con 17 casos y en número menor del sector Villa Acero con 10 casos. Las otras categorías se encuentran en porcentajes menores a los anteriores.

Gráfico N° 67 Programa Infantil, diagnóstico al ingreso marzo 2010-2011

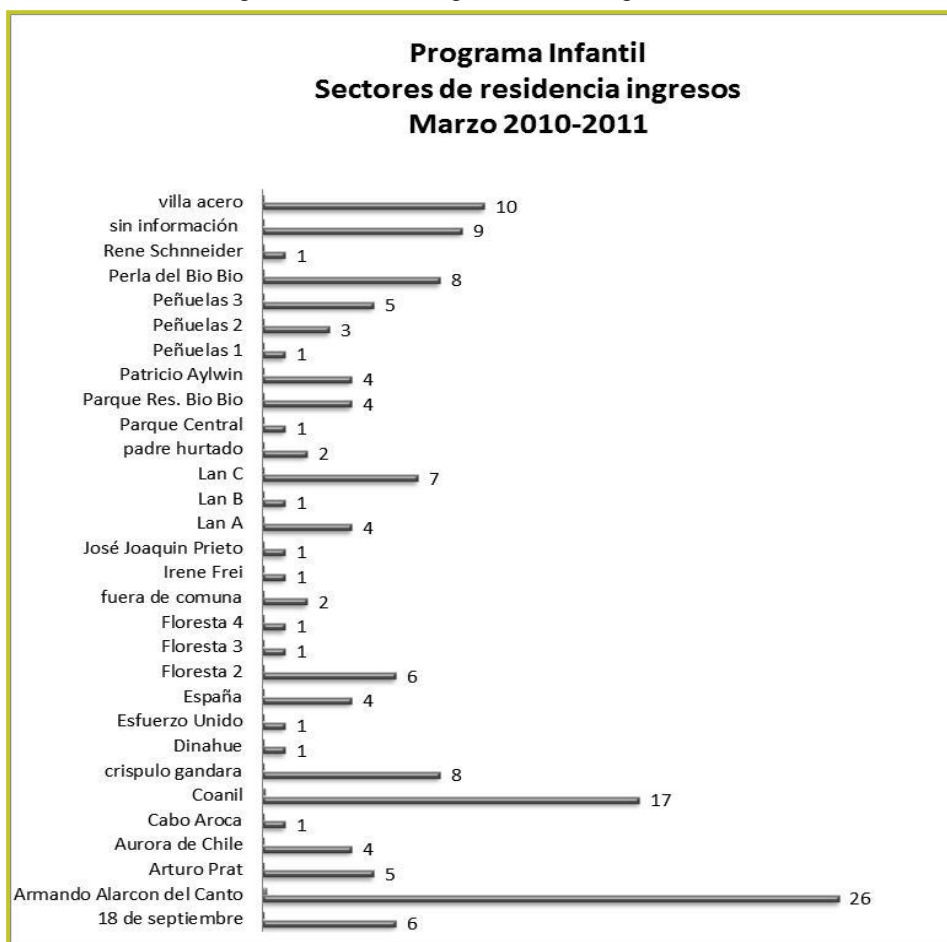


Tabla Nº 51 Programa Infantil sectores de residencia al ingreso marzo 2010 -2011

Sectores	Datos	
	Nº	%
18 de septiembre	6	4%
Armando Alarcon de	26	18%
Arturo Prat	5	3%
Aurora de Chile	4	3%
Cabo Aroca	1	1%
Coanil	17	12%
crispulo gandara	8	6%
Dinahue	1	1%
Esfuerzo Unido	1	1%
España	4	3%
Floresta 2	6	4%
Floresta 3	1	1%
Floresta 4	1	1%
fuera de comuna	2	1%
Irene Frei	1	1%
José Joaquin Prieto	1	1%
Lan A	4	3%
Lan B	1	1%
Lan C	7	5%
padre hurtado	2	1%
Parque Central	1	1%
Parque Res. Bio Bio	4	3%
Patricio Aylwin	4	3%
Peñuelas 1	1	1%
Peñuelas 2	3	2%
Peñuelas 3	5	3%
Perla del Bio Bio	8	6%
Rene Schnneider	1	1%
sin información	9	6%
villa acero	10	7%
Total general	145	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

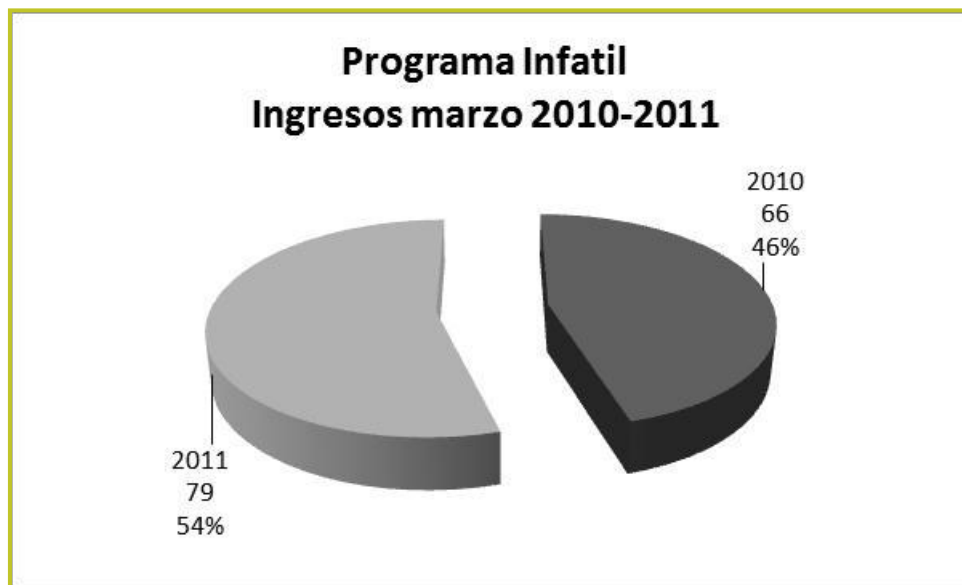
Objetivo N°4

Describir por programas de atención, procesos clínicos, ingresos, altas y causas de alta, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007-2011.

4.a. Ingresos

Se puede observar que durante el año 2010 hubo 66 ingresos de usuarios/as al programa Infantil (46%), registrando un leve aumento durante el año 2011 con 79 ingresos (54%).

Gráfico N° 68 Programa Infantil, ingreso marzo 2010-2011



Se agrega la variable instituciones derivadoras para el ingreso de usuarios/as, con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM.

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 4

4.b. Institución derivadora

En cuanto a las derivaciones realizadas al Programa Infantil durante los años 2010-2011, el Cefsam Talcahuano Sur es el establecimiento que realiza la mayor cantidad de derivaciones (52 casos), seguido del Cefsam Hualpencillo con una derivación de 26 casos y en tercer lugar se encuentran COANIL y Hospital Las Higueras con 17 y 16 casos respectivamente.

Gráfico N° 69 Programa Infantil, instituciones derivadoras Marzo 2010-2011



Tabla Nº 52 Programa Infantil
instituciones derivadoras
marzo 2010 -2011

Programa Infantil	
Derivacion	Total
cecof leocan portus	2
cesfam floresta	12
cesfam hualpencillo	26
cesfam thno sur	52
coanil	17
colegio	1
cosam	6
demanda espontanea	4
Hospital Higueras	16
sin informacion	9
Total general	145

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo Nº 4

4.c. Alta

En cuanto al total de altas del programa Infantil, el porcentaje mayor se registra durante el año 2011 con un 41 % (26 casos), seguido de los años 2010 y 2012, con porcentajes iguales de 25% (16 casos cada uno).

Gráfico Nº 70 Programa Infantil Altas 2010 - Agosto 2012



Tabla N° 53 Programa Infantil Alta 2010 agosto - 2012

año alta	Datos	
	N°	%
2010	16	25%
2011	26	41%
2012	16	25%
sin informacion	6	9%
Total general	64	100%

PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 4

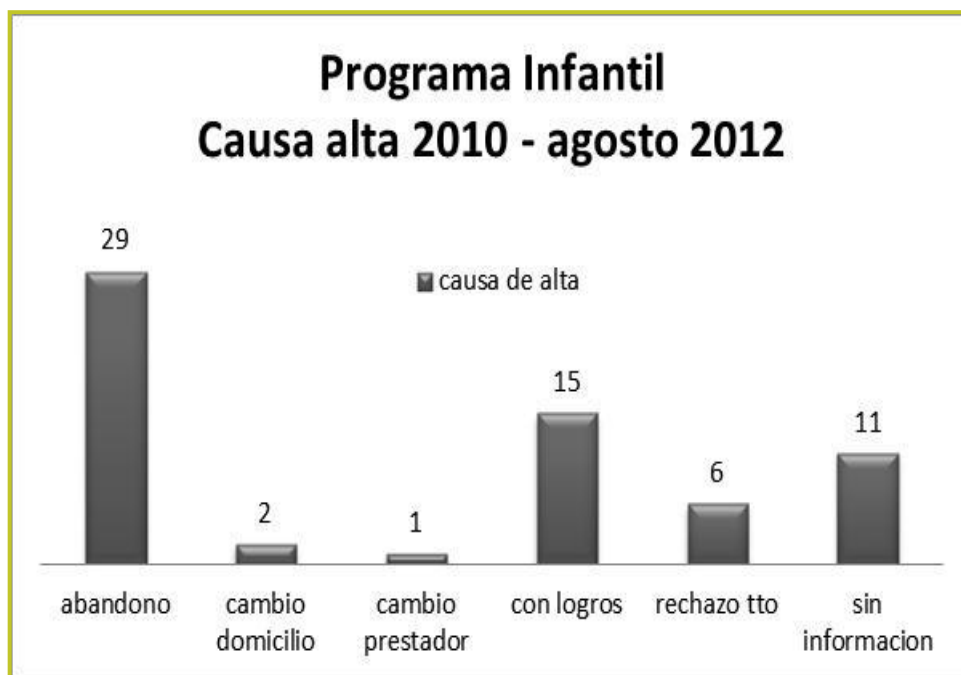
4.d. Causa Alta

En cuanto a los motivos de alta del Programa Infantil durante los años 2010-2011, el porcentaje más alto está dado por el "abandono" con un 45% (29 casos), seguido de "con logros" con un 23% (15 casos) y "sin información" con un 17% (11 casos). Las otras categorías se encuentran en porcentajes menores a las antes mencionadas.

Tabla N° 54 Programa Infantil causa altas 2010 - agosto 2012

causa de alta	Datos	
	N°	%
abandono	29	45%
cambio domicilio	2	3%
cambio prestador	1	2%
con logros	15	23%
rechazo tto	6	9%
sin informacion	11	17%
Total general	64	100%

Gráfico N° 71 Programa Infantil Causa altas 2010 - Agosto 2012



PERFIL INDIVIDUAL

Programa Infantil

Objetivo N° 4

4.e. Tiempo de Tratamiento

En el programa infantil se puede apreciar que el principal motivo de alta es el “abandono” representado por un total de 29 casos. En relación a los meses de tratamiento, la categoría más alta se relaciona con el “cambio de domicilio” con 10 meses de intervención.

Gráfico Nº 72 Programa Infantil Tiempo de Tratamiento 2010 - Agosto 2012

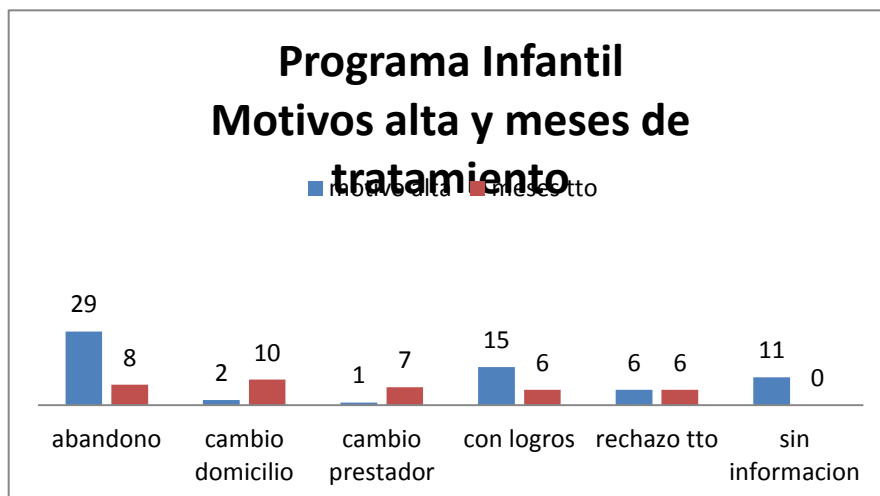


Tabla Nº 55 Programa Infantil Tiempo de tratamiento 2010 - agosto 2012

Motivo alta	meses	
CATEGORIA MOTIVO	Total	tto
abandono	29	8
cambio domicilio	2	10
cambio prestador	1	7
con logros	15	6
rechazo tto	6	6
sin informacion	11	?
Total general	64	

ANALISIS INTEGRADO DE LOS DATOS

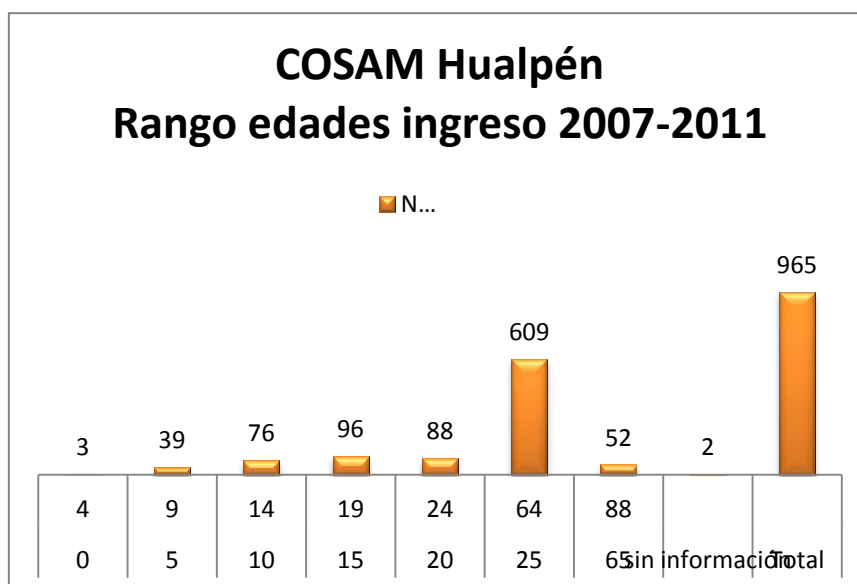
Objetivo N° 1

Identificar por programas de atención, variables de edad, sexo, estado civil y escolaridad del total de usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

1.a. Edad

En cuanto al rango de edad que presentan los usuarios/as al ingresar al COSAM Hualpén, el porcentaje más alto se encuentra en el rango de 25 a 64 años alcanzando un 63.1 % , seguido de los rangos 15-19 años con un 9.9% y 10-14 años con un 7,9%. (n=965)

Gráfico N° 73 Rango edades al ingreso COSAM Hualpén, 2007-2011



Rango edades		f	f%
0	4	3	0,3
5	9	39	4,0
10	14	76	7,9
15	19	96	9,9
20	24	88	9,1
25	64	609	63,1
65	88	52	5,4
sin información		2	0,2
		965	100,0

Tabla N° 56 Rango edades ingresos, Cosam Hualpén, 2007-2011

1.b.-Sexo

En cuanto al sexo de los usuarios/as del COSAM Hualpén, se puede apreciar que en el programa depresión e indiferenciado los porcentajes más altos corresponden a usuarios/as del sexo femenino, en cambio en los programas infantil y OH los usuarios/as son en su mayoría de sexo masculino, el programa vif sólo tiene ingresos de sexo femenino y el programa tms es el que presenta mayor equilibrio entre ambos sexos. (n=965)

Gráfico N° 74 Sexo ingresos por programa, COSAM Hualpén 2007-2011

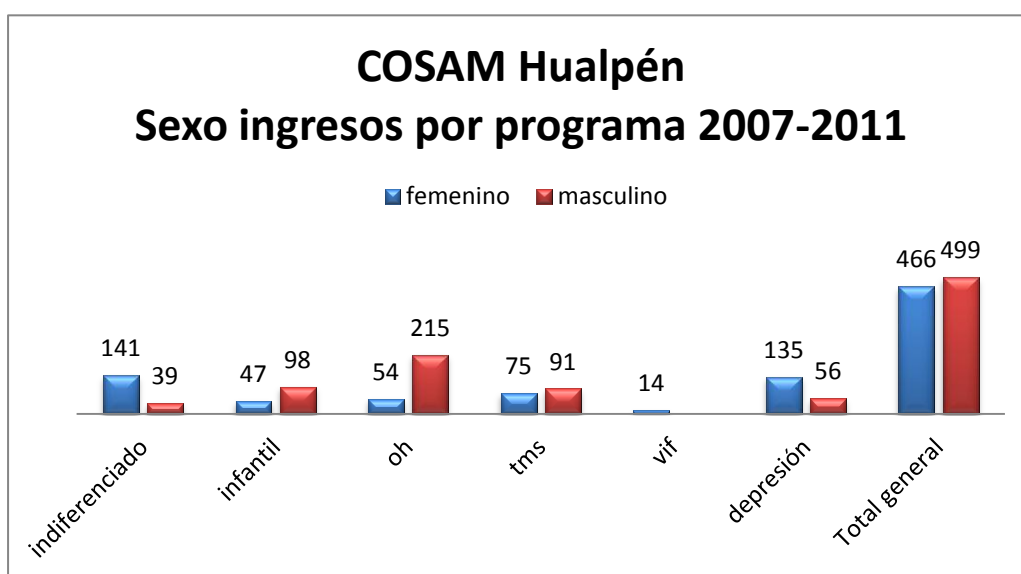


Tabla N° 57 Sexo ingresos por programa, COSAM Hualpén 2007-2011

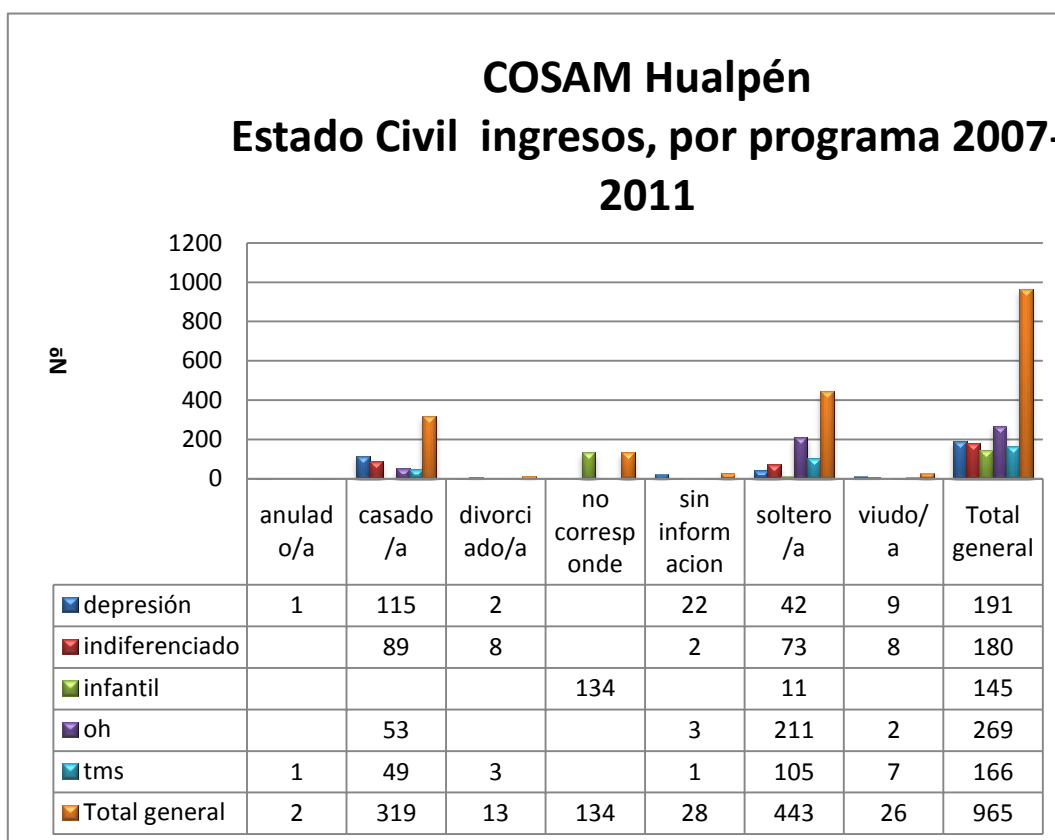
Cosam Hualpén Programas	sexo		Total general
	femenino	masculino	
indiferenciado	141	39	180
infantil	47	98	145
oh	54	215	269
tms	75	91	166
vif	14	0	14
depresión	135	56	191
Total general	466	499	965

1.c. Estado Civil

En cuanto al estado civil de los usuarios/as del COSAM Hualpén, el porcentaje más alto se encuentra en la categoría "soltero/a", seguido de "casado/a". Las otras categorías se encuentran en número más bajo a las anteriormente expuestas. (n=965)

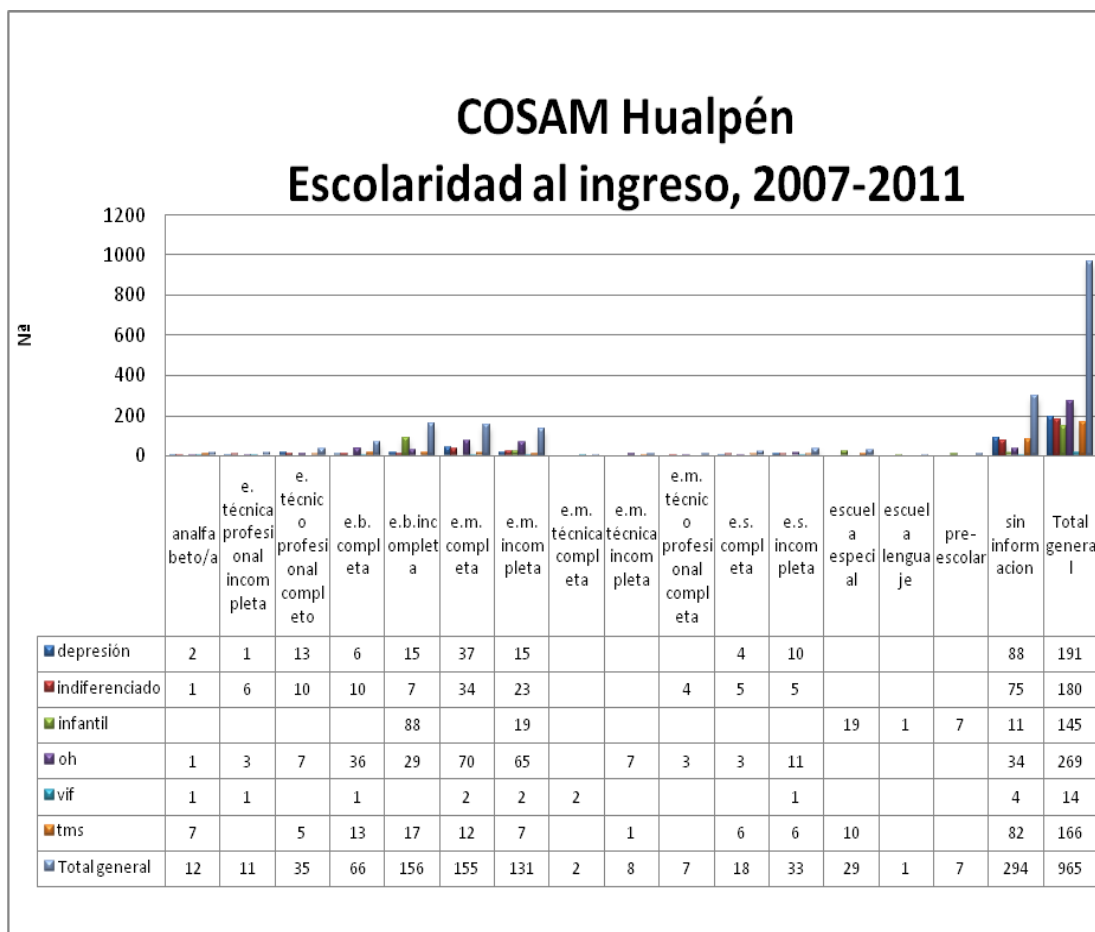
El gráfico N° 75, muestra que los programas de "oh" y "tms" tienen usuarios los cuáles en su mayoría se encuentran "soltero/ra", en cambio en los programas de "depresión" y "vif" se encuentran en su mayoría "casado/da". El programa "indiferenciado", existen cantidades más cercanas en las categorías de "soltero/ra" y "casado/da". Las otras categorías se presentan considerablemente más bajas a las anteriormente expuestas.

Gráfico N° 75 Estado civil al ingreso por programa, COSAM Hualpén 2007-2011



1.d. **Escolaridad**

Gráfico N° 76 Escolaridad al ingreso por programa, COSAM Hualpén 2007-2011



En relación a la escolaridad de los usuarios/as del COSAM Hualpén, el Gráfico N° 76, da cuenta que el porcentaje más alto, lo da la categoría “sin información”, lo que indica que esta variable no se considera en los registros de las fichas clínicas en 293 casos, siendo más considerable en los programas TMS, Indiferenciado y depresión.

Cabe señalar que de los usuarios/as que se registra esta información el mayor número se encuentra ubicado en la categoría E. media completa, estando centrada la mayoría en el programa alcohol y drogas.

Con el objetivo de caracterizar mejor a la población usuaria del COSAM, se agrega la variable Ocupación al ingreso de los usuarios, la cual no estaba considerada originalmente dentro de los objetivos del estudio.

1.e. Ocupación

En cuanto a las ocupaciones al ingreso, registradas por los usuarios/as del COSAM, los porcentajes más altos de las 20 mayores frecuencias, se encuentran en actividades sin remuneración como "estudiante", "dueña de casa", "sin actividad" y "cesante". Es importante señalar que de un porcentaje cercano al 25% de los usuarios/as no se cuenta con esa información.

(n=965 ; 20 mayores frecuencias=811)

Gráfico Nº 77 Ocupación al ingreso por programa, COSAM Hualpén 2007-2011

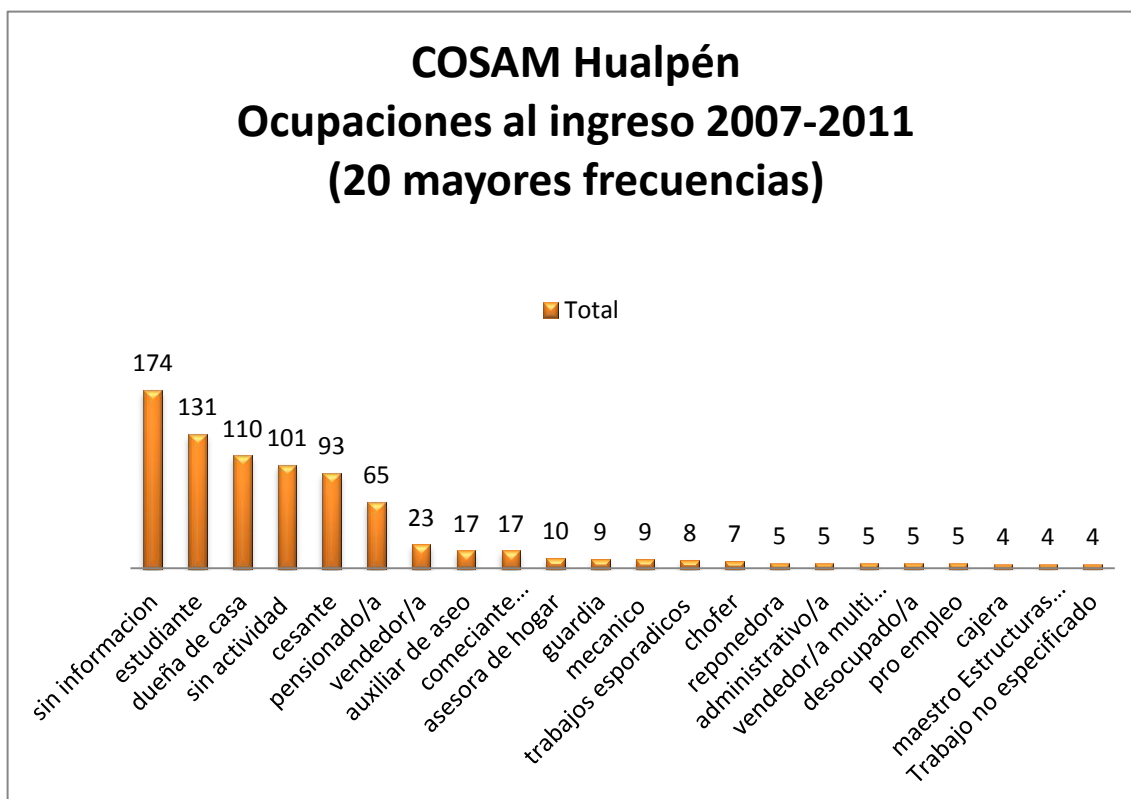


Tabla Nº 58 Ocupación al ingreso por programa, COSAM Hualpén 2007-2011

Cuenta de categoría ocupacion	
categoria ocupacion	Total
sin informacion	174
estudiante	131
dueña de casa	110
sin actividad	101
cesante	93
pensionado/a	65
vendedor/a	23
auxiliar de aseo	17
comerciante independiente/ambulante	17
asesora de hogar	10
guardia	9
mecánico	9
trabajos esporádicos	8
chofer	7
reponedora	5
administrativo/a	5
vendedor/a multitiendas	5
desocupado/a	5
pro empleo	5
cajera	4
maestro Estructuras metálicas	4
Trabajo no especificado	4
Total general	811

Objetivo N° 2

Identificar por programa de atención, los diagnósticos psiquiátricos del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011.

2.a. Diagnósticos al ingreso

El gráfico N° 78, muestra las 10 mayores frecuencias de los diagnósticos que presentan los usuarios/as al ingreso del programa, dando cuenta que el mayor número se encuentra agrupado en el diagnóstico “consumo perjudicial/dependencia a sustancias correspondiente al programa “OH”, seguido del diagnóstico depresión, que se encuentra principalmente en el programa “depresión”. En la tabla N° 59, se muestra la distribución del total de diagnósticos al ingreso de los usuarios/as (n=965)

Gráfico N° 78 Diagnóstico, al ingreso por programa, COSAM Hualpén 2007-2011

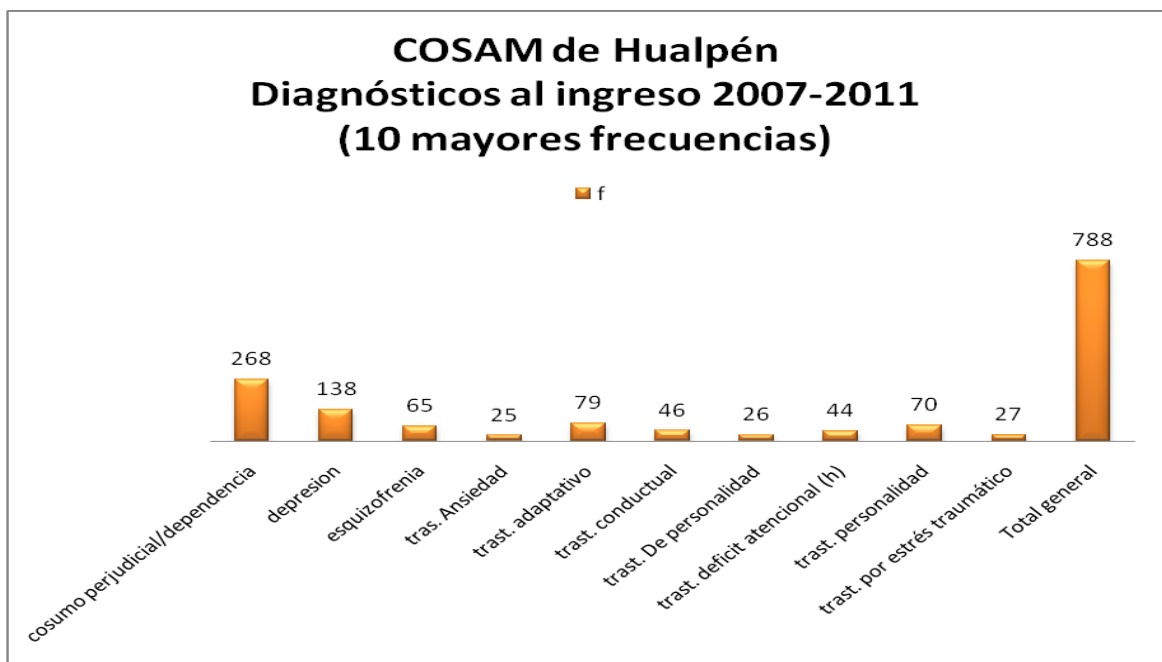


Tabla Nº 59 Diagnóstico, al ingreso por programa, COSAM Hualpén 2007-2011

categorias patologia 1	Datos	
	F	F%
abuso sexual	1	0,1%
autismo	1	0,1%
consumo perjudicial/dependencia	268	27,8%
daño orgánico cerebral	2	0,2%
demencia	14	1,5%
depresión	138	14,3%
Deterioro Psicorganico	4	0,4%
duelo	2	0,2%
esquizofrenia	65	6,7%
ludopatía	1	0,1%
maltrato	1	0,1%
Otro trast. de la conducta y el comportamiento por daño cerebral	3	0,3%
psicosis	6	0,6%
retardo mental	18	1,9%
sda h	1	0,1%
simulación	4	0,4%
sin información	17	1,8%
sospecha 1 er brote eqz	2	0,2%
trast. Ansiedad	25	2,6%
trast. conversivo	1	0,1%
trast. adaptativo	79	8,2%
trast. alimentación	9	0,9%
trast. bipolar	24	2,5%
trast. conductual	46	4,8%
trast. conversivo	1	0,1%
trast. De personalidad	26	2,7%
trast. deficit atencional (h)	44	4,6%
trast. deficit atencional adulto	1	0,1%
trast. del animo	2	0,2%
trast. del aprendizaje	3	0,3%
trast. del dllo. personalidad	2	0,2%
trast. del vinculo	2	0,2%
trast. Delirante	10	1,0%
trast. descontrol impulsos	4	0,4%
trast. emocional	4	0,4%
trast. esquizoefectivo	1	0,1%
trast. Generalizado del desarrollo	7	0,7%
trast. Mental orgánico	2	0,2%
trast. no orgánico de personalidad	1	0,1%
trast. obsesivo compulsivo	4	0,4%
trast. pánico	3	0,3%
trast. personalidad	70	7,3%
trast. por estrés traumático	27	2,8%
trast. somatomorfo	4	0,4%
tricotilomania	1	0,1%
vif severa	14	1,5%
Total general	965	100,00%

Objetivo N° 3

Sectorizar en relación al territorio comunal, por programas de atención, a los usuarios/as en tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007 a 2011, según lugar de residencia.

Se puede apreciar en el Gráfico N° 79 y Tabla N° 60, en relación a las 20 mayores frecuencias obtenidas, que en cuanto al sector de residencia de los usuarios/as del COSAM, el porcentaje más alto vive en el sector "Armando Alarcón del Canto", con porcentajes bastante inferiores al anterior, y en cifras más cercanas entre sí, se encuentran los otros sectores de la comuna de Hualpén.

Gráfico N° 79 Sectores de residencia al ingreso por programa, COSAM Hualpén 2007-2011

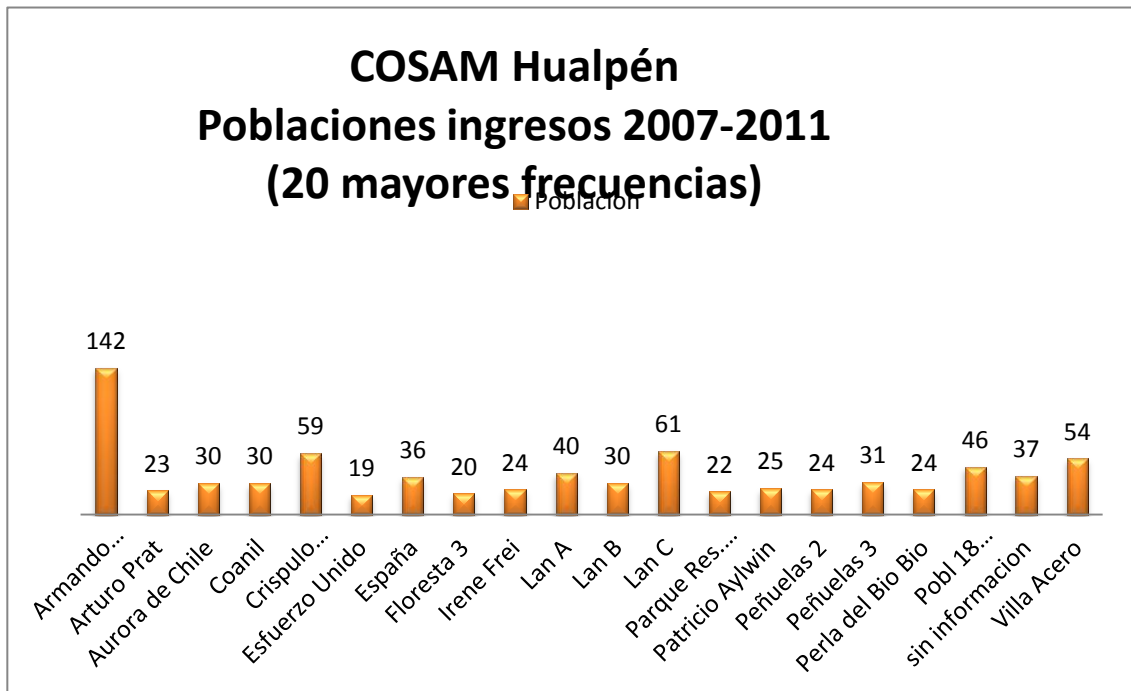


Tabla Nº 60 Sectores de residencia por programa, COSAM Hualpén 2007-2011
 N=965 ; 20 mayores frecuencias =777

Poblacion	Total
Armando Alarcón del Canto	142
Arturo Prat	23
Aurora de Chile	30
Coanil	30
Crispulo Gándara	59
Esfuerzo Unido	19
España	36
Floresta 3	20
Irene Frei	24
Lan A	40
Lan B	30
Lan C	61
Parque Res. Bio Bio	22
Patricio Aylwin	25
Peñuelas 2	24
Peñuelas 3	31
Perla del Bio Bio	24
Pobl 18 septiembre	46
sin informacion	37
Villa Acero	54
Total general	777

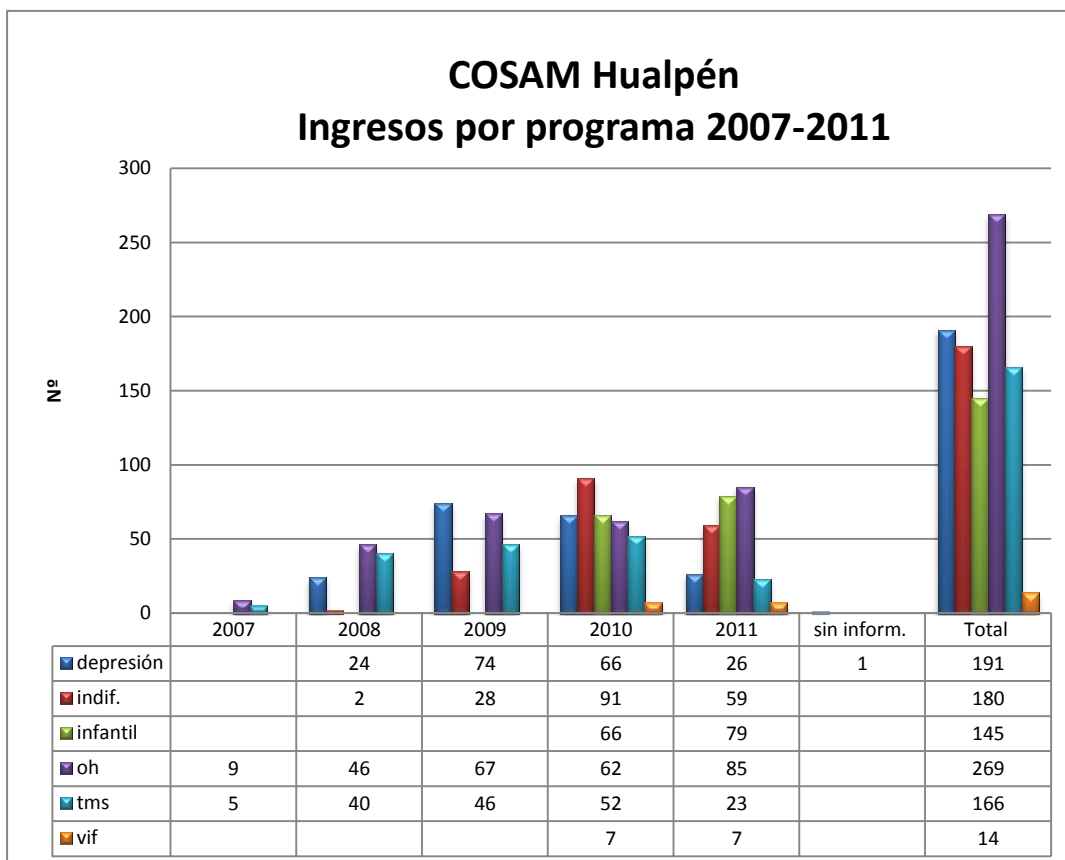
Objetivo N° 4

Describir por programas de atención, procesos clínicos, ingresos, altas, causas de alta y tiempo de tratamiento, del total de usuarios/as en tratamiento, en el centro comunitario de salud mental de Hualpén, entre los años 2007-2011.

4.a. Ingresos

Se puede observar que desde la apertura del Cosam, el número de programas ofrecidos ha ido en aumento, ya que en el año 2007 se comenzó con 2 programas y al año 2011 existen 6 programas. También se aprecia un aumento sostenido hasta el año 2010 en la demanda de atención, manteniéndose durante el año 2011.

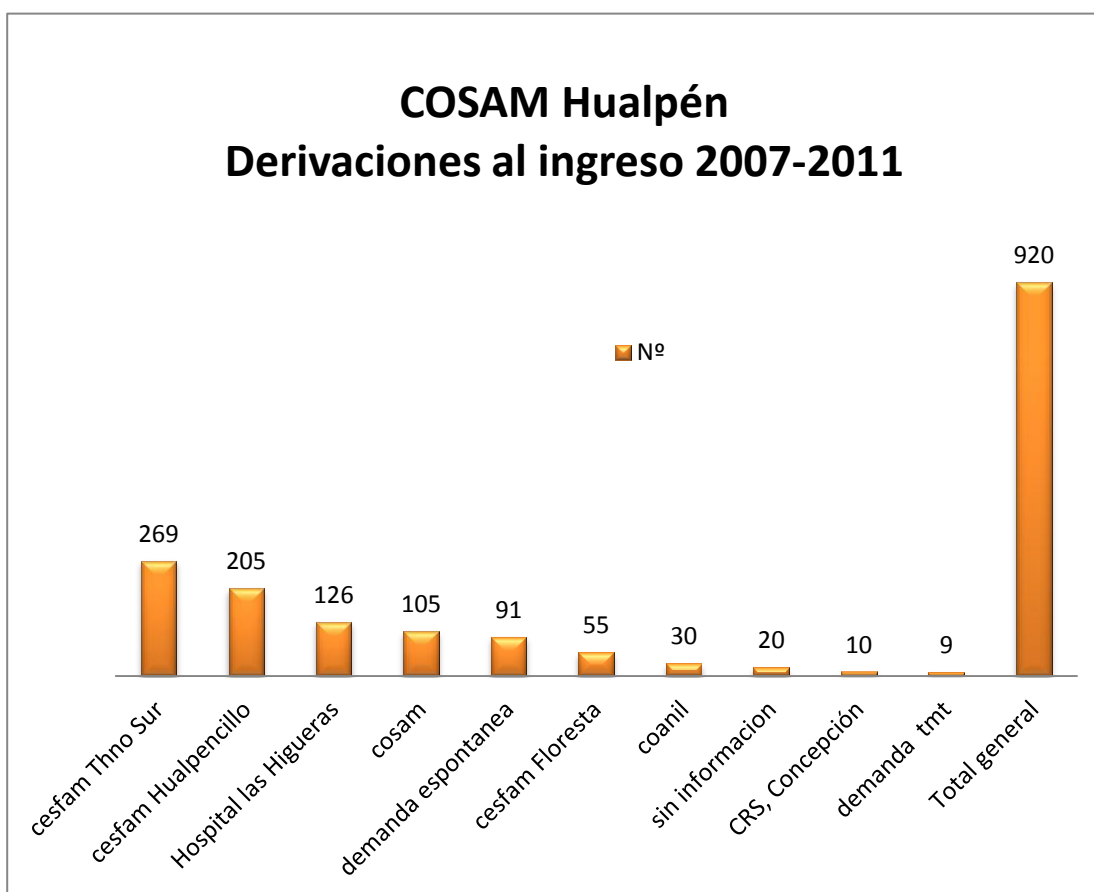
Gráfico N° 80 Ingresos por año y programas, COSAM Hualpén 2007-2011



4.b. Instituciones derivadores

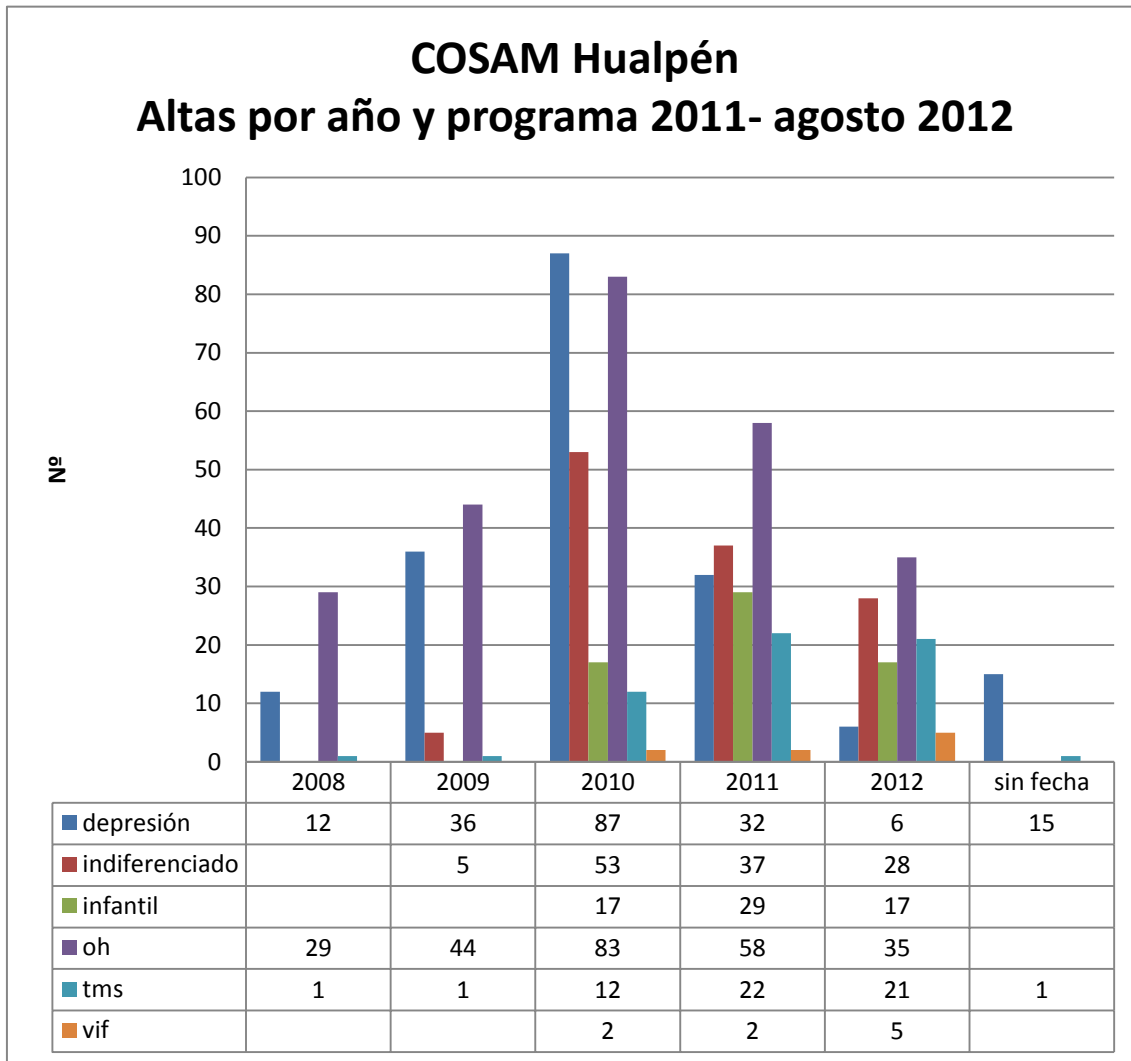
En cuanto a la Red de derivaciones realizadas al COSAM, se observa que el "Cesfam Talcahuano Sur" y "Cesfam Hualpencillo" son las instituciones que realizan el número más alto de derivaciones, alcanzando la cifra cercana al 50 % del total de derivaciones. Se considera para el presente análisis las derivaciones de 920 casos, considerando que las otras instituciones derivadores se presentan en un número inferior, no significativo.

Gráfico Nº 81 Derivaciones a programas, COSAM Hualpén 2007-2011



4. c. Altas

Gráfico N° 82 y Tabla N° 61 Altas por año y programas, COSAM Hualpén 2007-2011



El Gráfico N° 82 junto a Tabla N° 61 , indica que en el año 2010, se concentró el mayor número de altas, principalmente en los programas “Depresión” y “OH”, seguido del año 2011, en los programas “OH” e “Indiferenciado”

De igual forma se observa que en cuanto al Programa VIF, es el que presenta menor número de altas en los años 2010 a 2011, desde su inicio en el año 2010.

4. d. Causa alta

El gráfico N° 83, en relación a las causas de alta de los usuarios /as del COSAM Hualpén más significativas, da cuenta que el mayor porcentaje se registra en la causal de “abandono” con un 36.57%, seguido de “logros terapéuticos” con un 13,79% y en tercer lugar y con porcentajes similares aproximados lo dan las causales de “no cumple criterio de inclusión” (9.87%) , rechazo tratamiento” (9.72%) y los caos que registran “sin información” (9,58%). (n=965 ; Motivos de alta =690)

Gráfico N° 83 Causa de alta, COSAM Hualpén 2007-2011

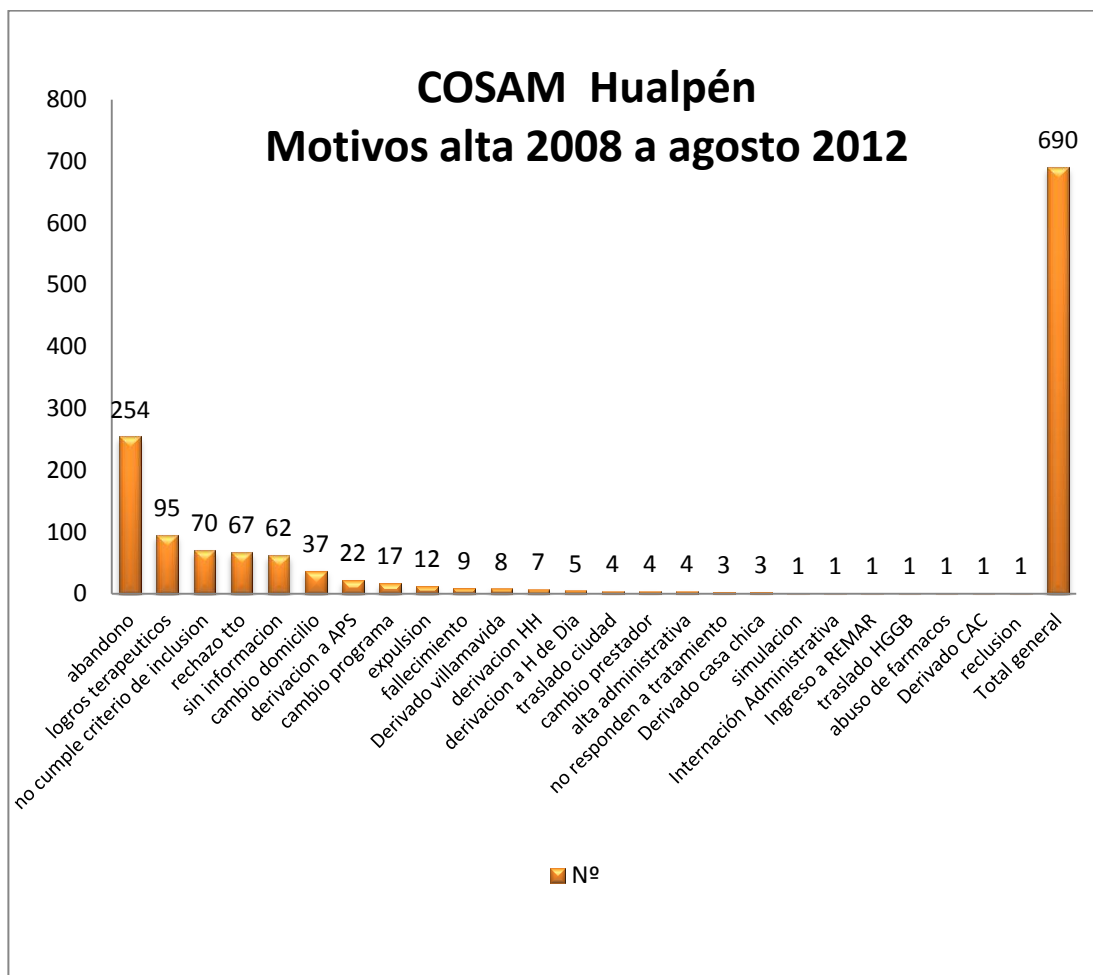


Tabla Nº 62 Causa de alta, COSAM Hualpén 2007-2011

Motivos alta	Total
abandono	254
logros terapéuticos	95
no cumple criterio de inclusión	70
rechazo tto	67
sin información	62
cambio domicilio	37
derivación a APS	22
cambio programa	17
expulsión	12
fallecimiento	9
Derivado Villamávida	8
derivación HH	7
derivación a H de Día	5
traslado ciudad	4
cambio prestador	4
alta administrativa	4
no responden a tratamiento	3
Derivado casa chica	3
simulación	1
Internación Administrativa	1
Ingreso a REMAR	1
traslado HGGB	1
abuso de fármacos	1
Derivado CAC	1
reclusión	1
Total general	690

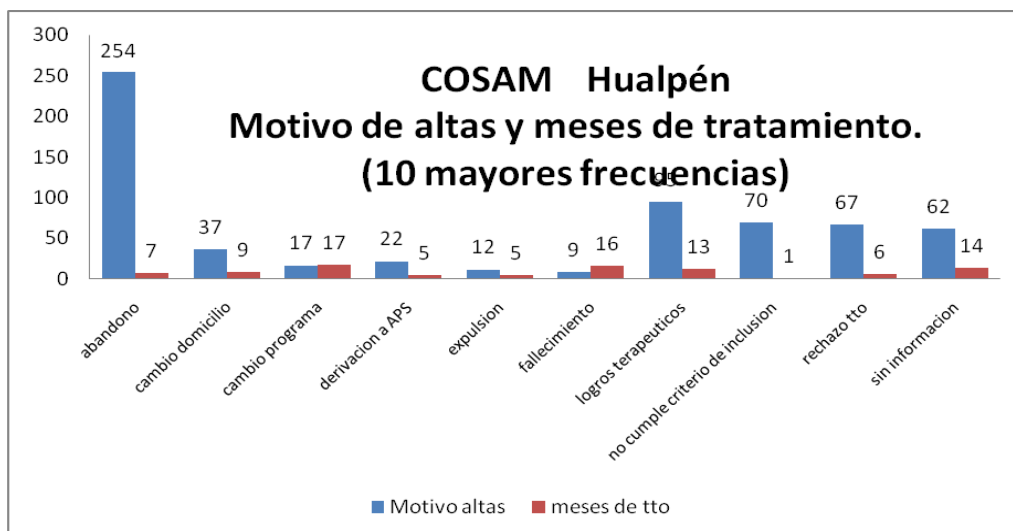
4.e. Tiempo de tratamiento

Tabla Nº 63 Tiempo de tratamiento COSAM Hualpén 2007-2011

Motivos alta y meses de tratamiento	programa							Total	Meses de tratamiento
	depresión	indifer.	infantil	oh	tms	vif	Total		
abandono	22	61	29	136	4	2	254	7	
cambio domicilio	5		2	23	7		37	9	
cambio programa	14	1			2		17	17	
derivacion a APS	19			3			22	5	
expulsion				12			12	5	
fallecimiento		1			7	1	9	16	
logros terapeuticos	32	17	16	17	7	6	95	13	
no cumple criterio de inclusion	59	10	1				70	1	
rechazo tto	9	15	6	35	2		67	6	
sin informacion	18	10	7	2	25		62	14	
Total	178	115	61	228	54	9	645		

En cuánto a los motivos del alta, se observa que la categoría “abandono” es la que presenta el número más alto con 254 casos, seguido de “logros terapéuticos” con 95 casos y “no cumple criterio de inclusión” con 70 casos. Respecto a los meses de tratamiento la categoría más alta es “cambio programa” con 17 meses de tratamiento, seguido de “fallecimiento” con 16 meses y “sin información” con 14 meses de tratamiento.

Gráfico Nº 84 Motivos de altas y meses de tratamiento COSAM Hualpén 2007-2011



PERFIL FAMILIAR

Este perfil se elaboró a través de una entrevista estructurada a una muestra de 46 usuarios/as activos a agosto de 2012, de los distintos programas de Cosam. Dicha muestra tiene un 98% de coeficiente de confianza y un 10% de error muestral. Las entrevistas fueron realizadas por el equipo investigador en conjunto con los profesionales tratantes del centro de salud.

Gráfico N° 85 Universo-muestra Perfil familiar COSAM Hualpén 2012

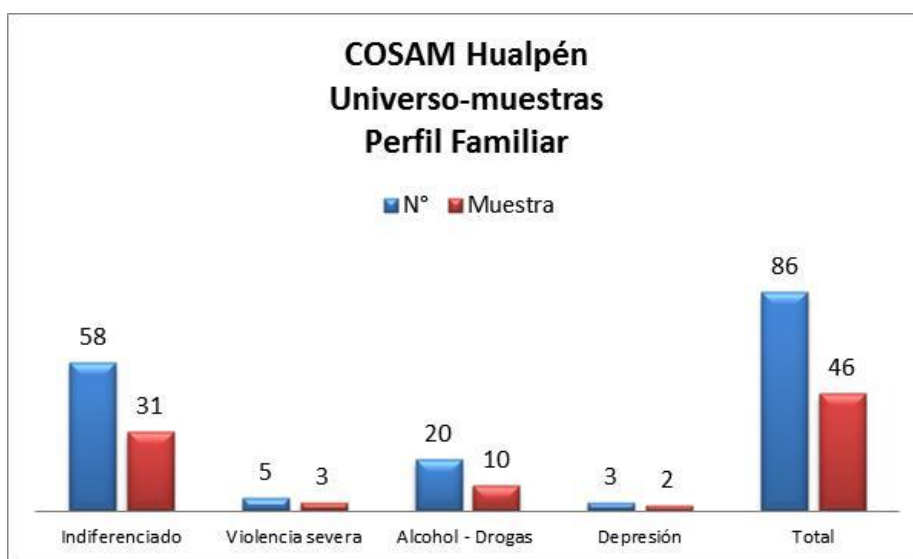


Tabla N° 64 Universo-muestra perfil familiar, COSAM Hualpén 2012

Universo activos a Agosto 2012	N°	Muestra	% muestra
Indiferenciado	58	31	67%
Infantil	20	10	22%
Violencia severa	5	3	7%
Depresión	3	2	4%
Total	86	46	100%

Tipo de Hogar

Objetivo N° 5

Identificar el tipo de hogar a través de la composición de la familia en términos de parentesco, de los usuarios/as ingresados a tratamiento entre los años 2007 al 2011 y que se encuentren activos, en tratamiento a la fecha de estudio, en el centro comunitario de salud mental (COSAM) de Hualpén.

Se puede observar que el tipo de familia que se presenta en mayor porcentaje (34%) en los usuarios/as del COSAM es el de tipo "extensa", es decir, hogar que puede presentar un núcleo conyugal completo o incompleto, más otros parientes del jefe de hogar. En este tipo de hogar, no hay presencia de miembros no parientes del jefe de hogar. En porcentaje levemente menor (23%), se encuentra el tipo de familia "nuclear biparental con hijos", es decir, hogar que presenta un núcleo conyugal constituido por el jefe de hogar y su cónyuge, y uno o más hijos, no habiendo presencia de otros miembros y en tercer lugar se encuentra la categoría de familia "monoparental con jefatura femenina" (17%), es decir, hogar que presenta un núcleo conyugal incompleto, constituido por el jefe de hogar de sexo femenino y uno o más hijos de éste. No hay presencia de otros miembros. Las otras categorías señalan porcentajes más bajos a los anteriormente expuestos.

Gráfico N° 86 Tipo de familias, COSAM Hualpén 2012

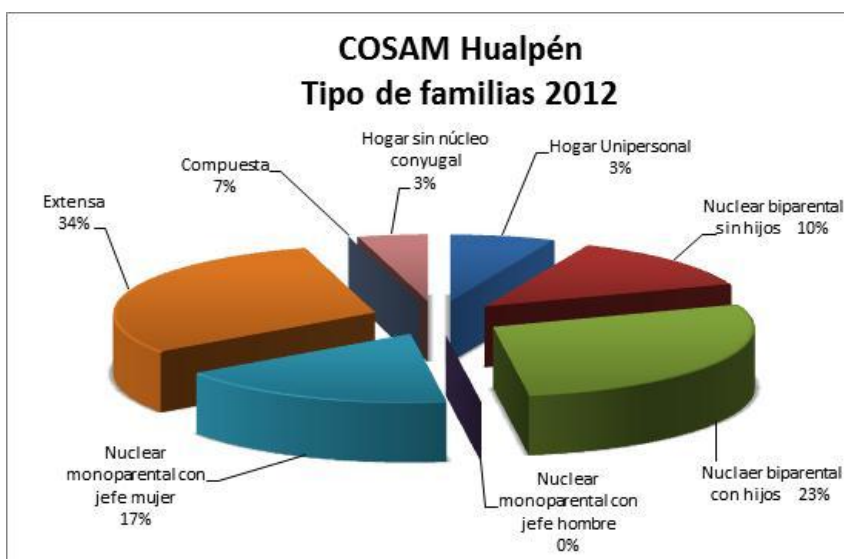


Tabla N° 65 Tipo de familias, COSAM Hualpén 2012

Tipo de familias		
Hogar Unipersonal	1	3
Nuclear biparental sin hijos	2	6
Nuclaer biparental con hijos	3	13
Nuclear monoparental con jefe h	4	0
Nuclear monoparental con jefe	5	8
Extensa	6	14
Compuesta	7	0
Hogar sin núcleo conyugal	8	2
		0
	Total	46

Integración Familiar

Objetivo N° 6

Describir la funcionalidad de la integración familiar, de los usuarios/as ingresados a tratamiento entre los años 2007 al 2011 y que se encuentren en tratamiento a la fecha del estudio, en el centro comunitario de salud mental (COSAM) de Hualpén.

En relación a la aplicación del instrumento APGAR Familiar que mide, el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar, se puede observar que de la muestra de usuarios/as del COSAM, el mayor porcentaje 56%, se encuentra con un "alto grado de satisfacción", considerablemente menor se encuentra la categoría "bajo grado de satisfacción" con un 28% y en tercer lugar se encuentra la categoría "mediano grado de satisfacción" con un 16%.

Gráfico N° 87 Funcionalidad familiar, COSAM Hualpén 2012

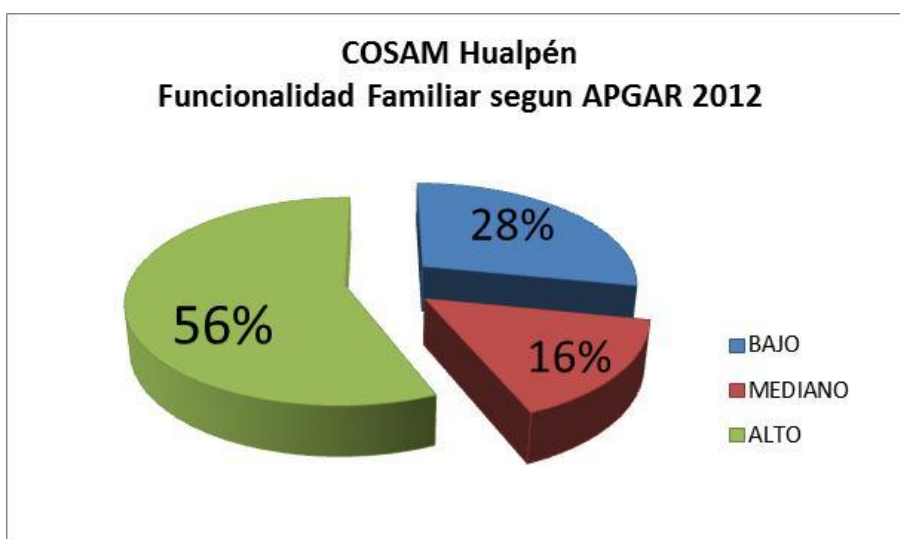


Tabla N° 66 Funcionalidad familiar, COSAM Hualpén 2012

APGAR FAMILIA	Rango	Punta
BAJO	0-3	9
MEDIANO	4-6	5
ALTO	7-10	18

Quintiles de Ingreso

Objetivo N° 7

Clasificar por Quintiles de ingreso a las familias de los usuarios/as ingresados a tratamiento entre los años 2007 al 2011 y que se encuentren en tratamiento a la fecha de estudio, en el centro comunitario de salud mental (COSAM) de Hualpén.

Es posible señalar que el porcentaje más alto de la muestra de usuarios/as del COSAM 46%, se encuentra en el primer quintil de ingresos (I quintil) es decir, familias cuyo ingreso per-cápita es igual o inferior a \$61.911, y que pertenecen a las familias con los ingresos más bajos del país. El segundo porcentaje más alto 17%, corresponde a usuarios/as que pertenecen al segundo quintil (II quintil) es decir, familias cuyo ingreso per-cápita es igual o inferior a \$105.907 y superior a \$61.911.

Gráfico N° 88 Quintiles de ingreso, COSAM Hualpén 2012.

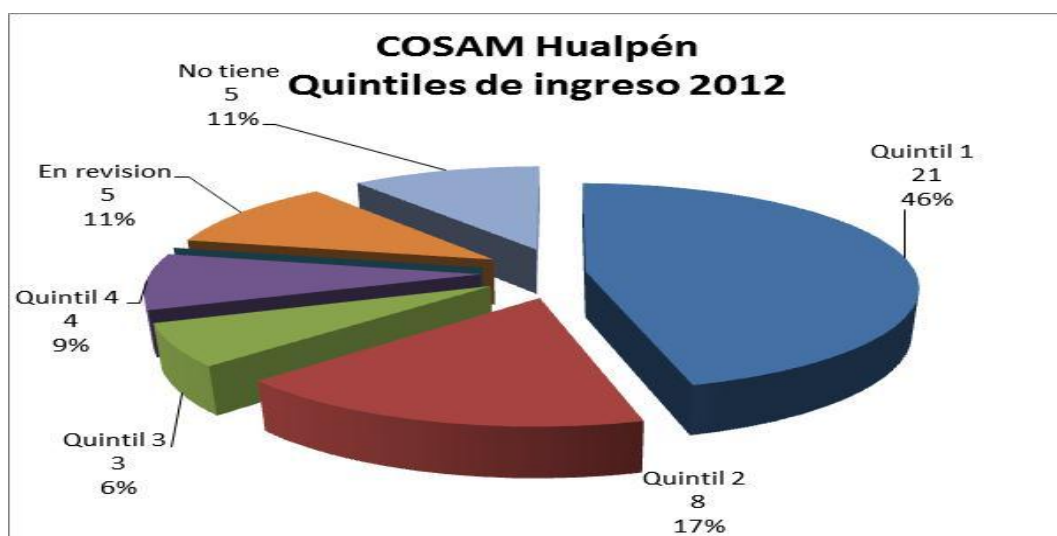


Tabla N°67 Quintiles de ingreso, COSAM Hualpén 2012

Quintiles de ingr	Puntaje F.P.S	N°
Quintil 1	2072-8500	21
Quintil 2	8501-11734	8
Quintil 3	11735-13484	3
Quintil 4	13485-14557	4
Quintil 5	14558-16316	0
	En revisión	5
	No tiene	5

VIII.- CONCLUSIONES GENERALES

El equipo de trabajo valora esta experiencia como una importante oportunidad para fortalecer el perfil científico de nuestra área de intervención. Podemos concluir que los proceso de rehabilitación e inserción social de personas con problemas de salud mental deben nutrirse de investigaciones empíricas y locales que permitan adecuar las intervenciones a la realidad de las personas y familias con las cuales trabaja.

Las conclusiones que se extraen en este documento, son un primer aporte al equipo tratante del COSAM, ya que cada variable individual y familiar estudiada, requiere de un análisis permanente, motivando a este equipo para que mantenga un perfil actualizado de sus usuarios en forma anual, contribuyendo esto a la búsqueda permanente de intervenciones innovadoras y mejoras técnicas que faciliten la integración plena de sus usuarios a la vida familiar y social.

En lo referido a datos concretos y como se definió anteriormente el presente estudio constituye una línea de base representativa de las personas atendidas en el periodo 2007 a 2011 en el COSAM de Hualpén, debido a que permitió describir variables relevantes para el trabajo con familias, tanto socio demográficas y de procesos clínicos (perfil individual) , así como aquellas que muestran el perfil familiar, relacionadas con el conocimiento del tipo de familias en el que se encuentran insertos los usuarios/as, quintil de ingresos estratificados de acuerdo a la vulnerabilidad socioeconómica que representan al momento de la aplicación de la ficha de protección social y funcionalidad familiar que describe la percepción del usuario acerca de la comunicación, adaptabilidad, participación familiar, expresión de afecto y apoyo emocional.

Según el modelo ecológico de Uri Bronfenbrenner, el ambiente ecológico en que se desarrolla la conducta humana está integrado por una serie de niveles que interactúan entre sí (microsistema, mesosistema, exosistema y el macrosistema).

A nivel de microsistema podemos concluir que las personas que ingresaron a tratamiento al COSAM de Hualpén son principalmente hombres que se encuentran en el ciclo vital individual de adulto joven a adulto mayor, implicando esto, una serie de desafíos a nivel personal y responsabilidades a nivel familiar. Estas dos etapas se desarrollan desde la formación de la pareja e integra la fase principal de la etapa productiva, hasta llegar al nido vacío.

A nivel de mesosistema podemos concluir que la mayoría de las personas que ingresaron a tratamiento son estudiantes, cesantes y dueñas de casa; todas categorías que muestran un nivel de inactividad laboral. Estas personas dependerían económicamente de su entorno familiar y social más inmediato y esto podría ser en sí mismo, un factor de mayor estrés que conllevaría al desarrollo y/o mantención de una patología psiquiátrica.

El nivel de escolaridad de los usuarios/as ingresados a tratamiento se centra en la enseñanza media completa, lo que nos demuestra que han logrado un desarrollo adecuado de sus capacidades cognitivas, sin embargo no se encuentran activos laboralmente. Dicha situación también podría ser un factor de de estrés, debido a que tienen las capacidades para integrarse a nivel social, pero son dependientes económicamente de terceros, en especial de sus familias.

Las patologías que afectan a las personas ingresadas a tratamiento, en su mayoría tienen diagnóstico de dependencia a drogas y depresión. La primera, resulta ser una patología con una alta influencia del medio social en el cual se inserta el individuo y genera a la vez una serie de complicaciones tanto

a nivel individual (psicológico, físico, social, legal) como a nivel familiar, como se señala en marco teórico, “la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, trae como consecuencia una alta carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad”. OMS, 2004.

La depresión es también una patología con importante influencia del medio social y cultural, debido a que es una causa-efecto de complicaciones a nivel interno, así como de problemáticas sociales de distintas características que estarían facilitadas por el medio social y cultural en el que se desarrollan los individuos.

A nivel familiar se concluyó que la mayoría de los usuarios/as entrevistados pertenecían a familias extensas, o sea aquellas integradas por una familia nuclear y otros miembros con parentesco con el jefe de hogar. La amplitud del tipo de familia podría ser un factor protector en sí o una instancia de mayor estrés familiar, situación que no fue posible definir en este estudio.

En cuanto a los ingresos económicos familiares, el número de integrantes del tipo de familia extensa, de igual forma influye en el ingreso familiar, el cual a mayor número de miembros del grupo familiar menor es el ingreso per cápita, categorizando a la familia en el I Quintil de ingresos a nivel nacional, que los posiciona en el nivel más vulnerable socialmente a nivel económico.

A nivel de mesosistema tenemos que las personas ingresadas a tratamiento, fueron derivadas en su mayoría por los centros de salud primaria y Hospital Higuera, siendo por tanto pesquisadas en sus respectivos centros de salud, donde fueron diagnosticados en primera instancia por equipos de salud mental multidisciplinarios, indicando la necesidad de una atención especializada

y con mayor profundidad, en el tratamiento necesario para su patología. Cabe señalar que de igual forma a pesar de no presentarse como un número significativo en relación a los porcentajes más altos de derivación, se encuentra la categoría “demanda espontánea”, pero los casos pesquisados posteriormente al terremoto del año 2010 y los que tienen problemas de consumo de drogas.

Respecto al sector de residencia de los usuarios/as, cabe señalar que la población Armando Alarcón del Canto, desde donde proviene el mayor porcentaje de los usuarios/as, representando a 5 de los 6 programas existentes en el COSAM, es uno de los sectores más antiguos de la comuna de Hualpén y que abarca un gran porcentaje de la población y de gran extensión territorial, con características de pobreza y vulnerabilidad socio-económica.

En cuanto a las causales de alta, el presente estudio arroja que el principal motivo se relaciona con el “abandono de tratamiento” por parte de los usuarios/as, o sea, que dejan de asistir a sus controles, a pesar de ser citados en forma permanente por parte del centro de salud. . Estos usuarios pudieran haber tenido logros durante el periodo de intervención y abandonar por varios motivos, sin embargo la revisión de las fichas clínicas no permite concluir más detalles por falta de registro.

En relación a la funcionalidad familiar definida a través de la aplicación APGAR familiar, la mayoría de los entrevistados/as informan de un “alto grado de satisfacción a nivel familiar”, pero se condice con la complejidad de las patologías que afectan al usuario/a, no quedando claro si existió una tendencia a contestar en forma positiva, por ser entrevistados por parte del equipo del Cosam; por no ser un instrumento validado en personas con patología psiquiátrica o efectivamente sería un factor protector de la dinámica familiar y la recuperación de las personas.

Se podría concluir que el ambiente ecológico en que se desenvuelven las personas y sus familias (usuarios/as ingresados a tratamiento en el COSAM de Hualpén) está relacionado por un importante nivel de pobreza (1er quintil de vulnerabilidad, inactividad laboral del usuario, familia con mayor número de personas); presencia de patología psiquiátrica de moderada a severa complejidad, con importante influencia sociocultural en el desarrollo de la misma y un aceptable nivel de escolaridad y familias que pudieran ser un factor protector en la recuperación de la enfermedad.

IX.- RECOMENDACIONES

El equipo investigador recomienda a los equipos de salud, profundizar en el estudio de las familias y los usuarios/as con los que trabaja, ya que efectivamente la familia puede ser o debe transformarse en el principal factor protector que genere un cambio a nivel individual y social.

El estudio de las determinantes sociales en salud (género, pobreza, escolaridad, ocupación, entre otros) debe ser un foco de estudio e intervención de los equipos tanto a nivel de prevención, tratamiento como de recuperación.

Los equipos de salud mental debieran profundizar la intervención con familias, más allá del aporte que éstas puedan hacer en la intervención individual, apoyando la generación de mayores factores protectores para todo el grupo familiar en contextos adversos de pobreza y presencia de patologías psiquiátricas.

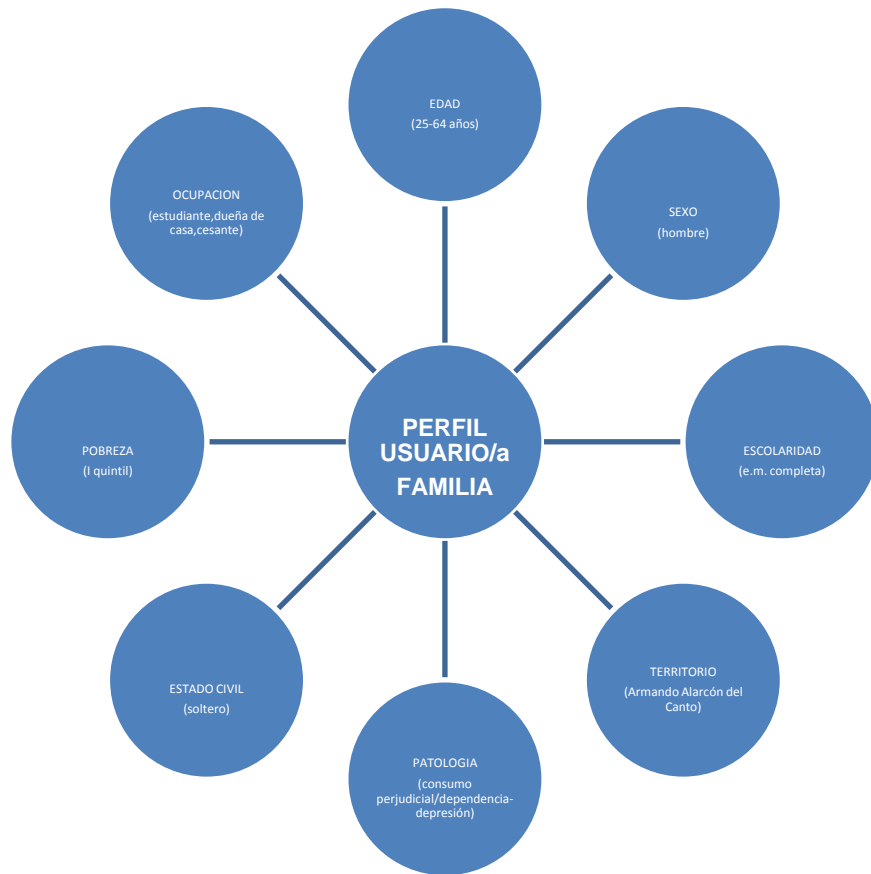
Se recomienda además incentivar la investigación local en salud mental y mejorar el registro de antecedentes socios demográficos de los usuarios, tipologías familiares y procesos clínicos (ingresos, altas, planes de intervención) todo lo cual permita evaluar procesos de intervención en patologías psiquiátricas y mejorar la efectividad de las mismas.

A nivel del equipo de intervención y en el área de gestión del COSAM de Hualpén se sugiere, por tanto:

- Debido a que el COSAM de Hualpén incorporó un programa computacional para hacer un registro electrónico de la ficha clínica, se sugiere gestionar a nivel informático, la incorporación de todas las variables del presente estudio, para continuar la definición de perfiles anuales de usuarios ingresados a tratamiento en el dispositivo.

- Se debiera contar con informes de población atendida, por año en el perfil individual y familiar, ya que la información estadística del Registro Estadístico Mensual (REM) no permite sacar conclusiones eficientes en todas las variables estudiadas.
- Se sugiere a nivel clínico incorporar el APGAR familiar, como una técnica básica para medir la percepción de los miembros de la familia en relación al afecto, apoyo emocional y participación en la toma de decisiones.
- Se sugiere incorporar la variable ocupación y quintiles de ingreso socioeconómico, que faciliten la intervención con los usuarios, elemento que no se considera en la ficha actual.
- Se sugiere que el equipo del trabajo del Cosam, incorpore la necesidad de sistematizar la información de los datos socio demográficos de la población atendida, debido a la importancia del conocimiento del usuario/a, para la incorporación de las diversas técnicas de intervención a nivel individual, familiar y comunitaria.
- Además, se requiere a nivel del equipo técnico profesional, la incorporación de planes de intervención, con el fin de medir al término del proceso los avances del mismo y determinar al egreso la causal de la misma.
- Se hace evidente la necesidad de incorporar más profesionales del área de intervención familiar, para hacer efectivo un enfoque familiar, definido en los principios fundadores de los centros comunitarios de salud mental.
- Este estudio concluye que el COSAM aún no logra incorporar a las familias en el proceso de tratamiento, desde la etapa diagnóstica hasta el proceso de alta, focalizándose principalmente en las intervenciones individuales con los usuarios.

- Se sugiere la incorporación de profesional TERAPEUTA OCUPACIONAL que incorpore sus habilidades al equipo tratante, debido a que el estudio de la variable ocupación, muestra claramente que los usuarios ingresados al COSAM adultos jóvenes inactivos o cesantes en su gran mayoría, lo que podría fortalecer un circuito nocivo de enfermedad-desocupación-pobreza- delito- descompensación y familias distantes en el proceso de intervención.
- Se plantea a nivel de Red de salud mental, una propuesta de FACTORES DE RIESGO, de ingreso a dispositivo de nivel secundario de atención, definido desde el perfil individual y familiar estudiado en tres años trabajo de intervención.
- El equipo investigador plantea que no puede ser “casualidad”, que personas con este perfil, sean ingresadas mayoritariamente a este dispositivo de atención, debiendo estudiarse en un futuro la asociación existente entre estas variables y /o el peso relativo que cada variable tiene para que la persona ingrese a un dispositivo con problemas de salud mental de moderados a severo.
- Se sugiere al equipo del COSAM focalizar su intervención comunitaria en la Población Armando Alarcón del Canto, territorio con mayor presencia de usuarios en el COSAM, para desarrollar acciones en todos los niveles de intervención en salud mental, sobre todo en promoción de salud mental positiva, prevención de factores de riesgo y prevención terciaria en familias ya dañadas, para evitar la cronicidad de los problemas de salud mental.



A nivel de hipótesis surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la influencia de la familia en la recuperación de las patologías psiquiátricas?

¿Qué tipo de intervenciones potencian la resiliencia de las familias?

¿El APGAR familiar permite medir funcionalidad familiar en personas con patología psiquiátrica?

¿Son las patologías psiquiátricas una proyección de la vulnerabilidad social de la población con la cuál trabajamos?

¿Qué influencia tienen las determinantes sociales estudiadas, en la mantención de la enfermedad?

¿Una mayor intervención familiar del equipo tratante, permitirá disminuir el tiempo de intervención o aumentar logros terapéuticos?

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALEGRE, Y y SUAREZ, M. (2006). El Familiograma y el Apgar Familiar

Fascículos Cadec, Rampa. 1(1):48 – 57.

<http://es.scribd.com/doc/37435853/Familiograma-y-Apgar-Familiar>

[Consultada: Septiembre, 14 de 2012]

ALESSANDRI, A., SOMARRIVA, A. y VODANOVIC, M. (1998). Tratado de derecho civil, partes preliminar y general, tomo 1.

<http://es.scribd.com/doc/22575390/Tratado-de-derecho-civil-Alessandri-Somarriva-Vodanovic>

[Consultada: Julio 26 de 2012]

ALVARADO, R. (2007). Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. Revista chilena de salud pública, 11 (3): 117-126.

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2886/2779>

[Consultada: Julio 27 de 2012]

ARAUJO, M. (2010). Indicadores de calidad: manual de muestreo para prestadores, serie monografías de apoyo para la acreditación, N°1.

Superintendencia de salud.

<http://es.scribd.com/doc/53392795/DefinicionUmbralesSuper>

[Consultada: Agosto 01 de 2012]

ARCOS, E ., MOLINA, I ., REPOSSI, A ., MYRNA, U ., RITTER, P & ARIAS, L. (1999). Violencia doméstica y sexualidad, 127 (11).

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001100006 [Consultada: Septiembre 15 de 2012]

ARRIAGADA, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas, Revista de la CEPAL 77, División de desarrollo social, CEPAL, Chile.

http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/19349/lcg2180e_Arriagada.pdf
[Consultada: Julio 29 de 2012]

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE-BCN (2012). La persona: Tipos de persona.

<http://www.bcn.cl/ecivica/tiper> [Consultada: Septiembre 18 de 2012]

BRIONES, G. (2002). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Colombia.

<http://es.scribd.com/doc/23545531/Briones-Metodologia-de-la-investigacion-cuantitativa-en-las-ciencias-sociales> [Consultada: Agosto 04 de 2012]

CEAP (1993). Familia y salud doc de trab N° 55 , departamento de psiquiatría y salud mental, facultad de medicina, Universidad de Chile.

CEPAL. (2004). Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidades de políticas públicas y eficaces .Comisión económica para América Latina y el Caribe, 20.

<http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/9/19679/RAguirre.pdf>

[Consultada: Julio 18 de 2012]

CONCHA, M. y RODRÍGUEZ, C .(2005) .Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Departamento de ciencias sociales, facultad de educación y humanidades, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile, 19 (1),p 41-50.

<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v19-1/3.pdf>

[Consultada: Junio 15 de 2012]

DEFINICIÓN DE MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, CIE 10 (2012).

http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales#Definici.C3.B3n_de_trastorno

[Consultada: Agosto 15 de 2012]

ESTADÍSTICA TREK (2012). Generador de números aleatorios.

<http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>

[Consultada: Agosto 15 de 2012]

INNOVA CHILE CORFO (2012). Glosario de términos referenciales concurso programa de innovación y emprendimiento social, p.2.

LAFFERTE, C. y ACUÑA, J. (2003). Estructura, procesos, flujos, clasificación de unidades de atención ambulatoria e impacto modelo comunitario en salud mental y psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el sistema público de salud – 2002. CISOC L & Q asociados, consultora de interés social, Lafferte & Quirland profesionales asociados Ltda.
http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/MINSALCL/G_PROTECCION/G_SALUD_MENTAL/AREASPRIORITARIAS/ESTUDIOIMPACTOATENCIONAMBULATORIAESQUIZOFRENIA.PDF [Consultada: Agosto 18 de 2012]

LOURO, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. Revista cubana salud pública, 31(4). http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu11405.htm
[Consultada: Agosto 16 de 2012]

MIDEPLAN (2009). Caracterización de los niños y niñas perfil familia, Informe nacional dirección de gestión y desarrollo, 70.
http://bibliotecas.integra.cl/pmb/pdf/caracterizacion_%20de_ninos_ninas_perfil_familia_informe_nacional_2009.pdf [Consultada: Junio 13 de 2012]

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (2012). Encuesta casen.
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/preguntas_frecuentes.html
[Consultada: Agosto 09 de 2012]

MINISTERIO DE SALUD (1999). Norma técnica: organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría y orientaciones para su aplicación, p. 2-7.
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>
df [Consultada: Junio 13 de 2012]

MINISTERIO DE SALUD (2008). En el camino a centro de salud familiar. Subsecretaría de redes asistenciales.
<http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/camino.pdf>
[Consultada: Septiembre 13 de 2012]

MINISTERIO DE SALUD (2008). Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria. Subsecretaria de salud pública división de prevención y control de enfermedades departamento de salud mental.

MINISTERIO DE SALUD (s/f). Programas de rehabilitación psicosocial de los COSAM de zona occidente en la región metropolitana de santiago. p.1.
<http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/programas-rehabilitacion-psicosocial-personas-ezquizofrenia/programas-rehabilitacion-psicosocial-personas-ezquizofrenia.pdf>
[Consultada: Noviembre 20 de 2012]

MINOLETTI, Z. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. Revista panamericana de salud pública/pan am j public health 18(4/5). www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf
[Consultada: Junio 06 de 2012]

MINSAL (2000). Plan nacional salud mental Chile 2000 completo.
<http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=27&lid=302> [Consultada: Junio 14 de 2012]

MINSAL (2008). Norma general técnica N^a 106 para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria.
[www.rostrosnuevos.cl/.../Norma-Tecnica-Centros-de-Salud-Mental-Comunitaria MINSAL.pdf](http://www.rostrosnuevos.cl/.../Norma-Tecnica-Centros-de-Salud-Mental-Comunitaria-MINSAL.pdf) [Consultada: Junio 13 de 2012]

MINUCHIN, S. (1999). Familias y terapia familiar, séptima reimpresión.
Barcelona España, edit. Geodisa, p.79.

MUNICIPALIDAD DE HUALPÉN (2012). Ubicación.
<http://www.hualpenciudad.cl/Ubicacion.html> [Consultada: Septiembre 18 de 2012]

OMS (2004). Invertir en salud mental. Departamento de salud mental y abuso de sustancias, Ginebra.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>

[Consultada: Agosto 12 de 2012]

OPS Y OMS (2.000). Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción, p.12.

http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf

[Consultada: Noviembre 29 de 2012]

OPS y OMS (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas. Washington, D.C.

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf> [Consultada: Agosto 11 de 2012]

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Departamento de salud mental y abuso de sustancias en colaboración con la fundación Victorian para la promoción de la salud y la universidad de Melbourne.

http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=3&lid=293_SWHO-AIMS [Consultada: Agosto 09 de 2012]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental, 49 consejo directivo, 61.a sesión del comité regional, Washington.

http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/planes/Estrategia_plan_accion_salud_mental.pdf [Consultada: Agosto 01 de 2012]

PATEL, V. y KLEINMAN, A. (2003). Pobreza y trastornos mentales comunes en los países de desarrollo, bulletin of the world health organization, 81(8): 609-615. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862003000800011&script=sci_abstract&tlng=es [Consultada: Junio 12 de 2012]

RANGEL, J., VALERIO, L., PATIÑO, J y GARCÍA, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista de la facultad de medicina, 47 (1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf> [Consultada: Agosto 17 de 2012]

SANDOVAL, J. y RICHARD, M. (s/f). Servicio de investigación y análisis, división de política social. La salud mental en México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf> [Consultada: Agosto 18 de 2012]

SINCHE, E y SUÁREZ, M, (2006). Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. Fascículos Cadec, Rampa, 1(1):38-47.

<http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA%20V1N1%20Parte2.pdf>

[Consultada: Septiembre 16 de 2012]

SULLIVAN, K. (2012). Tamaño de la muestra para una proporción o estudio descriptivo. <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>

[Consultada: Agosto 10 de 2012]

SUPERINTENDENCIA DE SALUD (2010). Indicadores de calidad: Manual de muestreo para prestadores.

TORRES, R y SEPULVEDA, R. (2001). Experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile.

TORRICO, E., SANTÍN, C., ANDRÉS, M., MENENDEZ, S. y LÓPEZ, M. (2002). Anales de psicología, 18 (1): 45-59 . El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología.

http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf.

[Consultada: Agosto 01 de 2012]

VICENTE, B., RIOSECO, P., SALDIVIA, S., KOHN, R. y TORRES, S. (2002).

Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica, Revista Médica de

Chile, 130 (5). <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034->

98872002000500007&script=sci_arttext

[Consultada: Agosto 07 de 2012]

VILLALBA, C. (1993). Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria e intervención psicosocial, revista sobre igualdad. y calidad de vida, p. 8-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION y MINISTERIO DE SALUD (2007). Sistema de salud mental en Chile, informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile, Versión Española Junio 2007.

http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf

[Consultada: Julio 29 de 2012].

XI.- ANEXOS

ANEXO Nº 1 RESUMEN GRAFICO DE PERFIL POR PROGRAMAS


Programa ALCOHOL –DROGAS

- Hombre
- 28 años
- Soltero
- Enseñanza Media Completa
- Cesante y Sin actividad
- Diagnóstico “dependencia”
- Sector residencia A. Alarcón del Canto
- Ingreso por demanda espontánea
- Causa alta “abandono”
- Familia tipo extensa.
- Primer Quintil Socio-Económico.
- “Alto” grado de satisfacción y armonía familiar.




Programa TMS

- Hombre
- 50 años
- Soltero
- Enseñanza básica incompleta.
- Pensionado
- Diagnóstico ingreso “Esquizofrenia”
- Sector residencia A. Alarcón del Canto
- Derivado del Hospital Las Higueras
- Causa alta “cambio domicilio”
- Familia tipo extensa
- I quintil socio-económico
(ingreso \$ 61.911 per cápita)
- “Alto” grado de satisfacción y armonía familiar.”




Programa DEPRESION



- **Mujer**
- 28 años
- Casada (separada)
- Enseñanza Media Completa
- Dueña de Casa
- Vive en Armando Alarcón del Canto
- Diagnóstico “Depresión Severa”.
- Derivada del Cesfam Talcahuano Sur
- Motivo de alta “No cumple requisito”.
- Familia tipo extensa.
- Primer Quintil Socio-Económico.
- “Alto” grado de satisfacción y armonía familiar.



Programa VIF

- **Mujer**
- 41 años
- Casada (separada)
- E. Media Completa o
- Incompleta” y/o “E. Media Técnica Completa
- “manipuladora de alimentos” y “dueña de casa
- Diagnóstico de VIF Severa
- Vive en “Parque Residencial Bio-Bio”
- Derivada del Cesfam Talcahuano Sur
- Motivo de alta “terapéutica con logros”
- Familia tipo extensa.
- Primer Quintil Socio-Económico.
- “Alto” grado de satisfacción y armonía familiar.



<ul style="list-style-type: none">● Programa Indiferenciado● Mujer● 42.años● Casada (separada)● Enseñanza Media Completa● Dueña de Casa● Diagnóstico ingreso "trast. de personalidad"● Vive en Armando Alarcón del Canto● Derivada del Programa Depresión del COSAM● Motivo de alta "abandono"● Familia tipo extensa.● Primer Quintil Socio-Económico.● "Alto" grado de satisfacción y armonía familiar.		<ul style="list-style-type: none">● Programa INFANTIL● Hombre● 11 años● Derivado del Cesfam Thno sur Sur● Enseñanza Básica● Estudiante● Sector residencia Armando Alarcón del Canto● Diagnóstico de ingreso "trast. Déficit atencional" y "trast. Conductual"● Motivo de alta "abandono"● Familia tipo extensa.● Primer Quintil Socio-Económico.● "Alto" grado de satisfacción y armonía familiar.	
---	---	--	---

ANEXO Nº 2 Instrumento



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

MAGISTER EN FAMILIA-MENCION INTERVENCION FAMILIAR

“Perfil individual y familiar de personas con patologías psiquiátricas en tratamiento ambulatorio especializado, en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Hualpén, Servicio de Salud Talcahuano, años 2007 a 2011”

ENTREVISTA ESTRUCTURADA Y APLICACIÓN TEST DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN Nº _____ Programa COSAM: _____

I.- INDIVIDUALIZACION:

Sexo: _____
 Fecha Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
 Escolaridad (último curso): _____ Ocupación: _____

II FAMILIA

Puntaje Ficha Protección Social: _____ Ingreso Total Familiar: _____
 Con quien vive: _____ Nº personas: _____
 Tipo de familia: a. Hogar Unipersonal b.- familia Nuclear Biparental sin hijos
 c.- Familia Nuclear Biparental con hijos d.- Familia Nuclear Monoparental con jefe hombre
 e.- Familia Nuclear monoparental con jefe mujer f.- Familia extensa
 g.- Familia compuesta h.- Hogar sin núcleo conyugal

II.- TEST APGAR FAMILIAR

CRITERIOS DE UBICACION	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tiene en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			
e) ¿Siente que su familia lo quiere?			

EVALUACIÓN

1. A.F.ALTO	07-10
2. A.F.MEDIANO	04-06
3. A.F.BAJO	00-03

III.- Aplicado por: _____ IV.- Fecha Aplicación: _____

IV.- Consentimiento informado: _____

Smilkstein,6 (1978).The Family Apgar:
 a Proposal for a Family Function Test and
 Fis. Use by Physician Journal of Family
 Practice 6, 1231 – 1239

ANEXO N° 3 Entrevista y aplicación de APGAR



TÍTULO
ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE
MAGISTER EN FAMILIA-MENCION INTERVENCION FAMILIAR

"Perfil individual y familiar de personas con patologías psiquiátricas en tratamiento ambulatorio especializado, en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Hualpén, Servicio de Salud Talcahuano, años 2007 a 2011"

APLICACIÓN TEST DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

Nº _____

Programa COSAM: OH-Drogen

I.- INDIVIDUALIZACION:

Nombre: Marta [redacted] RUT: _____ Sexo: F
 Dirección: Recomposta 4111 Bldg 3 Depto 13 Cuspulo Bando
 Fecha Nacimiento: 26/11/79 Estado Civil: soltera Situación de pareja: -
 Escolaridad (Ultimo curso): 5º E. Comercial Ocupación: dueña de casa

II.- FAMILIA:

Puntaje Ficha Protección Social: 6.700 Ingreso Total Familiar: _____
 Con quién Vive: papa, mama, hija, hermanos solo yo Nº personas: _____
 Tipo de familia: a. Hogar unipersonal b.- familia Nuclear biparental sin hijos
 c.-Familia Nuclear biparental con hijos d.-Familia nuclear monoparental con jefe hombre
 e.-Familia nuclear monoparental con jefe mujer f.-Familia extensa
 g.-Familia compuesta h.-Hogar sin núcleo conyugal

III.- TEST APGAR FAMILIAR

CRITERIOS DE UBICACION	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?		✓	
b) Conversan, entre ustedes, los problemas que tiene en la casa?		✓	
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?	✓		
d) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			✓
e) ¿Siente que su familia lo quiere?			✓

EVALUACIÓN

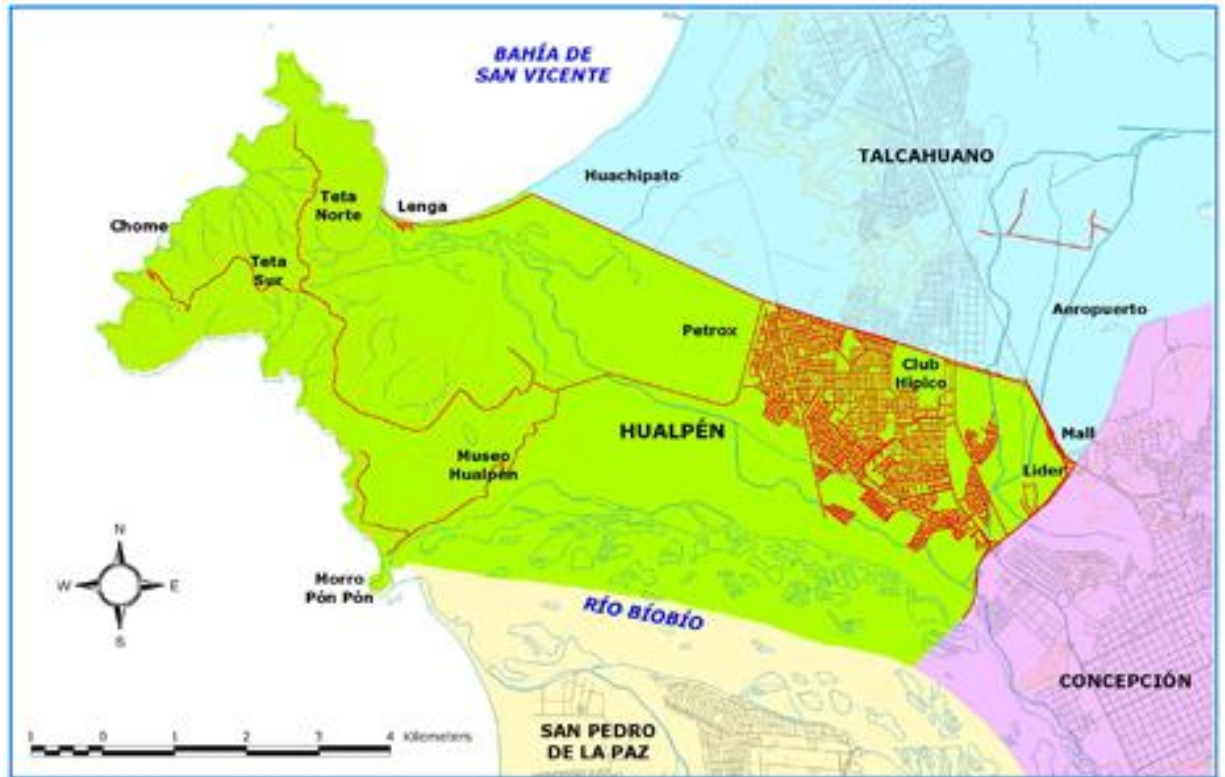
1. A.F.ALTO	07-10
2. A.F.MEDIANO	<u>04-06</u>
3. A.F.BAJO	00-03

III.- Aplicado por: Valeria Tenada IV.- Fecha Aplicación: 24/08/12

Smilkstein,6 (1978).The Family Apgar:
a Proposal for a Family Function Test and
Fis. Use by Physician Journal of Family
Practice 6, 1231 - 1239

Autoriza uso de
datos investigación

ANEXO Nº 4 Mapa comuna de Hualpén



ANEXO Nº 5 Comuna sectorizada por poblaciones mayores porcentajes



ANEXO N° 6 Selección de la muestra