



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Granmegna S., Gloria; Lora L., Rocío; Ahumada F., Paulina
Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (UHCE). Psiquiatría. Hospital Dr.
Sótero del Río
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 44, núm. 1, enero-marzo, 2006, pp. 23-38
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527699004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (UHCE). Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río

Short term unit database analysis (UHCE). Psychiatry Dr. Sótero del Río Hospital

Gloria Granmegna S.¹, Rocío Lora L.¹ y Paulina Ahumada F.²

The Southeastern Metropolitan Health Service launched in 2003 the Short Residential Hospitalisation Unit (UHCE). The professional team, developed a pre-codified form that aimed at registering the characteristics of the attending population. Of a total number of 156 registered patients, it was possible to analyse 114 forms (73,07%). The information analysis allowed to determine biosociodemographic data; to identify psychiatric records of the people who benefit from these attentions; and to know statistical data from the UHCE. The results: The population was young (82% between 14 –50); mostly female (81,6%); well educated (25,5% only primary school against a 74,6% of secondary or higher education); with a diverse family situation (36,8% single; 17,5% divorced; 43% married and living in partnership). The major attention requirements are located at the boroughs of Puente Alto and La Florida. A 65,5% arrived as a consequence of suicidal attempt. Within the methods used in these attempts it is possible to highlight: drugs (80%); hanging (5,6); white weapons (4%); asphyxia (4,4%). Therefore, and considering that suicidal rates in Santiago has risen, specially among males, where it reaches 15 cases for every 100 thousand people, and that the most frequent method used by suicides is hanging, we conclude that we are treating the suicidal attempts that use the lesser effective and violent methods. Then it is necessary to rethink policies in order to make an early diagnosis of these cases. The pre-codified form has allowed to diagnose population treatments and redesign a new instrument.

Key words: Short residencial hospitalisation, descriptive study.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(1): 23-38

Recibido: 5 Julio 2005

Aceptado: 28 de Octubre 2005

¹ Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente Hospital Doctor Sótero del Río. Unidad de Hospitalización de Corta Estadía. Psiquiatría.

² Enfermera Universitaria.

No existe apoyo financiero externo.

Introducción

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en cumplimiento del Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental⁽¹⁾ se inaugura el año 2003 la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Psiquiátrica (UHCE). El equipo profesional se constituye con una enfermera, una psicóloga, un terapeuta ocupacional, una asistente social y un psiquiatra.

El equipo en conjunto diseñó una ficha precodificada, instrumento que permite obtener datos de los pacientes atendidos en la unidad.

Se revisan las fichas de los hospitales Barros Luco, Capredena, Clínica Sur Este y Hospital Psiquiátrico Sanatorio el Peral, y se rediseña un instrumento, el cual comienza a usarse en agosto 2003 por el período de un año.

Objetivo

1. Evaluación instrumento diseñado (Anexo 1).
2. Análisis de datos biosociodemográficos de la población usuaria de la Unidad.
3. Identificación antecedentes psiquiátricos de la población usuaria de la Unidad.
4. Conocer datos estadísticos de la UHCE.
5. Obtención de un nuevo instrumento.

Proceso

Durante el año 2003-2004 el equipo colaboró en obtener la información, la cual quedó registrada en la ficha clínica del hospital. Posteriormente, se trasladó la información en base de datos con Programa Epi Info6.

Análisis base de datos UHCE Psiquiatría Hospital Dr. Sótero Del Río

Criterio de inclusión: Todos los pacientes ingresados, menos los hospitalizados al momento del corte.

Del universo de 156 fichas egresadas del servicio se lograron rescatar 114, que representa un 73,07% del total (Tabla 1).

Distribución Etárea

La población es joven, 82% tiene entre 14 y 50 años (Tabla 2).

Distribución por sexo

Predomina el sexo femenino, siendo el 81,6% mujeres (Tabla 3).

Características de la población estudiada

La mayoría de la población tiene algún tipo de educación. Un 25,5% tiene educación básica y un 74,6% media o superior (Tabla 4).

Se consideró como soltero y separados aquellas personas que al momento del ingreso vivían sin pareja (N62), 54,3%. Los casados y convivientes viven en pareja (N49) 43% (Tabla 5).

Tabla 1.

Nº fichas	Nº no ingresadas	Nº fichas ingresadas	Nº fichas no encontradas
156	12	114	30
100 %	7,69 %	73,07 %	19,23 %

Tabla 2. Distribución Etárea

	n = 114	%
10-29 años	45	39
30-49 años	49	43
50-69 años	18	16
70 y más años	2	2

Tabla 3. Distribución por sexo

	Frecuencia	%
Femenino	93	81,6
Masculino	21	18,4

Tabla 4. Distribución según escolaridad

		Analfabeta	Básica		Media		Superior
			Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	
Escolaridad	n	2	10	17	31	24	30
	%	1,8	8,8	14,9	27,2	21,1	26,3

Tabla 5. Distribución según estado civil

		Soltero	Casado	Separado	Conviviente	Otro
Estado civil	n	42	39	20	10	3
	%	36,8	34,2	17,5	8,8	2,6

Tabla 6. Distribución según número de hijos

		Sin hijos	1 – 2	3 – 4	5 – 6
N° de hijos	n	39	44	25	6
	%	34,2	38,6	21,9	5,2

Tabla 7. Distribución según ocupación

		Estudiante	Dueña de casa	Trabajador		Cesante	Jubilado	Pensionado
				Dependiente	Independiente			
Ocupación	n	18	52	19	5	11	2	7
	%	15,8	45,6	16,7	4,4	9,6	1,8	6,1

Se decidió especificar la categoría de convivencia, independiente de si estos eran previamente casados, separados o viudos, ya que establece claramente vida en pareja.

El 34,2% no tiene hijos y el 63,7% tiene entre uno y seis hijos (Tabla 6).

Un 21,1% de los pacientes son trabajadores activos. El resto, que constituye la mayoría, 78,9%, son estudiantes dueñas de casa, cesantes, jubilados o pensionados (Tabla 7).

Distribución según comuna de residencia

El 70% de la demanda corresponde a las comunas de Puente Alto y La Florida (Gráfico 1).

Según estadísticas biodemográficas de la Región Metropolitana, la población estimada por el INE por comunas y por grupos quinquenales entre 1990 y 2004⁽²⁾, habría crecido en la comuna de La Florida un 52,26% y en la de Puente Alto en un 110% (Gráfico 2).

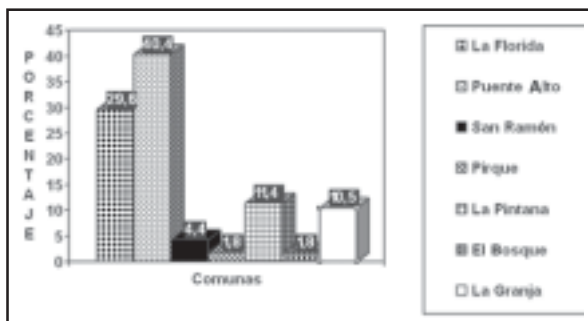


Gráfico 1. Distribución según comuna de residencia.

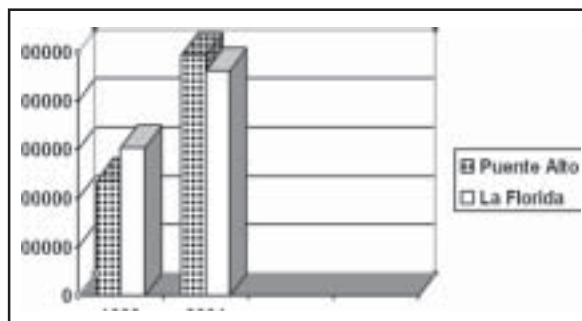


Gráfico 2. Distribución según número de habitantes por comuna.

Distribución según motivo de consulta

- Psicosis Aguda: 19,3%
 - Psicosis Crónica: 5,4%
 - Desajustes Conductuales: 32,8%
 - Reacción de Adaptación: 5,4%
 - Agitación psicomotora: 9%
 - Riesgo suicida: 65,1%
 - Otros: 8,9%
- (EQZ 1º brote, Insomnio, Manejo y compensación diabetes, Neutropenia Alarma III, Psicosis post-parto, stress post-traumático)

El motivo de consulta se obtiene de datos aportados por los centros derivadores, ya sean de nivel primario, secundario o terciario y puede ser uno o más. Destaca que el 65% presenta riesgo suicida.

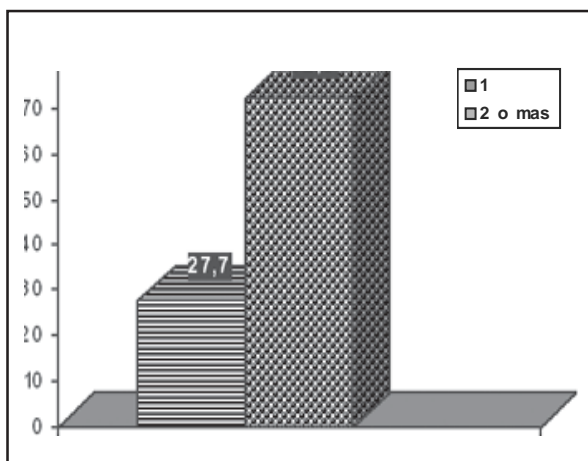


Gráfico 3. Distribución según antecedentes psiquiátricos.

Antecedentes Psiquiátricos

Sólo el 27,7% consulta por un primer episodio de enfermedad, el resto registra tratamiento previo (Gráfico 3).

Distribución según tipo de tratamiento previo recibido

El 73,4% de los pacientes tenían tratamiento antidepresivo previo. Un 59,7% son usuarios de Benzodiazepinas, y un 47,7% ha usado neurolépticos (Tabla 8).

Distribución según diagnósticos de epicrisis

Los diagnósticos obtenidos en la epicrisis muestran un 54,9% Trastorno del Humor, un 11,5% de Esquizofrenia y Psicosis no orgánica.

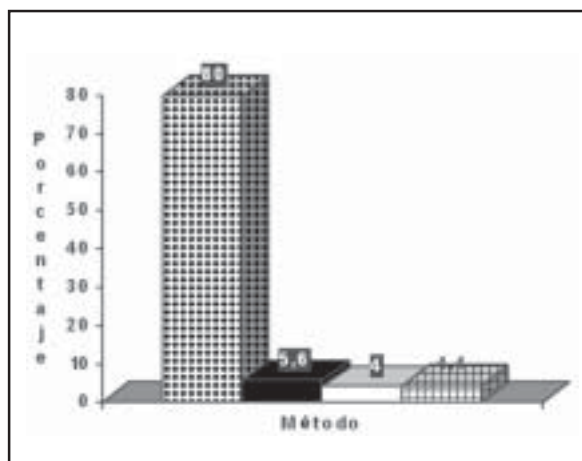


Gráfico 4. Distribución según método de suicidio.

Tabla 8. Distribución según tipo de tratamiento previo recibido

Tratamiento	%
Tratamiento psicológico exclusivo	10
Antidepresivos	73,4
Benzodiazepinas	59,7
Neurolépticos	47,7
Tec-Mod	11

Tabla 9. Distribución según diagnósticos de epicrisis

Diagnósticos	% (CIE-10)
Demencia y trastornos mentales	7,1
Abuso de alcohol y drogas	4,4
Esquizofrenia y psicosis no orgánica	11,5
Trastornos del humor	54,9
Trastornos de ansiedad y del comportamiento	23,9
Trastornos de la personalidad	77,1

Tabla 10. Distribución según diagnósticos específico: Esquizofrenia y psicosis no orgánica

Diagnósticos	%
Paranoide	72,7
Indiferenciada	9,1
Residual	9,1
Sin especificación	9,1

Tabla 11. Distribución según diagnósticos específico: Trastornos de personalidad

Diagnósticos	%
Paranoide	1,8
Esquizoide	3,6
Disocial	3,6
Inestabilidad impulsivo	12,5
Inestabilidad límite	28,6
Histriónico	25

Un 77,1% presenta un Trastorno de Personalidad. Estos diagnósticos corresponden al eje uno o dos, pudiéndose darse solos o asociados (Tabla 9).

Distribución según diagnósticos específico: Esquizofrenia y psicosis no orgánica

La psicosis paranoide es la más frecuente.

Distribución según diagnósticos específico: Trastornos de personalidad

Los Trastornos de Personalidad más frecuentes son los Inestables Límite 28,6% e Histriónico 25% (Tabla 11).

De los datos anamnésicos destaca que un porcentaje importante de 82%, ha intentado suicidarse algún periodo de su vida (aquí se incluyen todos los intentos previos). El 65% es un hecho reciente.

Dentro de los métodos tenemos:

- Fármacos: 80%
- Ahorcamiento: 5,6%
- Arma Blanca: 4%
- Asfixia: 4,4%

Discusión

El área Sur Oriente ha experimentado entre los años 1990 al 2004 un importante crecimiento demográfico, según estadísticas biodemográficas de la Región metropolitana, estimadas por el INE por comunas y por grupos quinquenales, donde la comuna de La Florida creció en un 52,26% y la de Puente Alto en un 110%⁽²⁾.

La población asignada al hospital Sótero del Río es de 1.347.210 habitantes aproximadamente, de los cuales el 60% son beneficiarios de Fonasa.

Estudios de prevalencia de patología (Vicente, 2002) Psiquiátrica de Chile⁽³⁾ define que dentro de los trastornos más prevalentes están: la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia de alcohol (6,4%), referente a esto, en el presente análisis se obtiene que los diagnósticos de epicrisis más frecuentes son los Trastornos del Humor 54,9%, un 11,5% de Esquizofrenia y Psicosis no orgánica, lo cual, nos refiere que nuestra unidad esta dando atención a sólo uno de los trastornos más prevalentes en Chile.

La unidad de hospitalización de corta estadía, fue creado dentro de un hospital general con el fin de dar atención a cuadros psiquiátricos graves o que se definen como prioritarias (no siendo todos estos los más prevalentes): trastornos psiquiátricos severos psicosis, trastornos depresivos con riesgo suicida o refractarios a tratamiento, intento suicida grave, pacientes que requieren estudio diagnóstico y pacientes con co-morbilidad médica. El presente estudio tiene como objetivo el registro claro de información por un lado, por otro el conocer las características de la población que se está atendiendo. En este aspecto no existen estudios comparables ni datos publicados de Unidades de Corta Estadía, probablemente este es uno de los primeros estudios relacionados.

El área sur oriente no cuenta con servicios de urgencia psiquiátrica exclusiva por lo que parte de nuestros consultantes son atendidos en servicios de urgencia del Hospital Barros Luco y Hospital Psiquiátrico Hortvitz Barak, por lo que este estudio refleja atención de derivación de nivel primario y secundario, no de urgencia.

Los datos de la población atendida en la UHCE, quedaron registrados en la ficha precodificada, lo que permite obtener datos biosocio-demográficos de la población; promedio de edad, distribución por sexo, escolaridad, estado civil, número de hijos y ocupación. Este instrumento registra además información de tratamientos previos, antecedentes personales y familiares. Consignados los datos anteriores, los pacientes ingresados a la unidad fueron diagnosticados se-

gún criterio diagnóstico CIE 10⁽⁴⁾. Estos datos así registrados hacen posible hacer un estudio descriptivo, que entrega promedios y proporciones, se utilizó el programa EPI-info para hacer inferencias sobre la población objetivo.

Quisiéramos destacar que este servicio se inaugura en agosto del 2003, se desarrolla como parte del Programa Nacional de la Reforma en Salud Mental, el cual proyecta que las unidades de corta estadía estén insertas en hospitales generales y que a su vez los pacientes que están en este servicio, reciban un tratamiento completo que dependa de red asistencial, en todos sus niveles, desde el primario al terciario y que además exista coordinación entre ellos.

Este estudio descriptivo permite conocer las características de la población atendida:

La población es joven, el 82% tiene entre 14 y 50 años, predomina el sexo femenino con un 81,6%, este resultado es explicable ya que el servicio atiende entre otras patologías a trastornos del ánimo, y no recibe a patología por dependencia a drogas. Estudios de prevalencia señalan que: "Los trastornos afectivos y ansiosos fueron significativamente más frecuentes en mujeres, en cambio el uso de sustancias claramente de mayor prevalencia en hombres"⁽³⁾.

La población tiene educación: el 25,5% básica y el 74,6% tiene media o superior. Estos datos son concordantes con los publicados para la población de la región metropolitana por el INE⁽⁵⁾, en la región metropolitana (25% básica y 70% media y superior).

Se decidió agrupar a los solteros y separados (53%) y casados y convivientes (43%), pues esto define la vida con o sin pareja, lo que permite estimar mayor o menor soporte social. Los datos aquí encontrados no difieren de los datos censales de INE⁽⁵⁾, donde para Santiago estiman, que el 43% de la población mayor de 15 años esta casado o convive mientras que el 56% esta viudo, soltero, anulado o separado.(INE, 2002). El 34,2% no tiene hijos y el 63,7% tiene entre uno y seis hijos.

La demanda es concordante con la población de cada comuna asignada, siendo según lo espe-

rado la mayor demanda de las comunas de Puente Alto y la Florida.

Un porcentaje importante viene derivado por intento suicida. La tasa de suicidio en Santiago por datos publicados⁽⁶⁾ entre los años 1989-1990 fue de 7,5 por 100 mil habitantes, esta se incrementa a 8,4 por 100 mil habitantes entre los años 1999-2000. La tasa de intentos es desconocida. Pero según estándares internacionales sería de 52-65 por 100.000 habitantes. Ya que los intentos suicidas no letales son uno de los predictores más poderosos de muerte por suicidio, estos pacientes son derivados y prioritarios, ya que hay una probabilidad 100 veces mayor de suicidarse durante el año siguiente al intento índice⁽⁷⁾.

En nuestros hallazgos destaca que un 65% de los pacientes viene derivado por este problema como hecho reciente (considerado así cuando el intento es dentro de los treinta días previos a su ingreso). Considerando los datos anamnésicos, donde se consignan todos los intentos suicidas de la vida este porcentaje se incrementa a un 82%.

Si bien se da atención a los intentadores de suicidio, cabe discutir si nuestros esfuerzos están bien orientados ya que la tasa de suicidio en general ha aumentado y que la mayor tasa de suicidalidad esta en el sexo masculino y nuestra población es mayoritariamente femenina. Según datos publicados las diferencias por sexo en los años 1989-1990; en varones la tasa fue de 12,5 en mujeres 2,8. Entre los años 1999-2000 la tasa en varones se incrementa a 15,0 en mujeres disminuye a 2,3⁽⁶⁾.

Dentro de los métodos de suicidio registrados en la ficha destacan: fármacos (80%); ahorcamiento (5,6%); arma blanca (4%) y asfixia (4,4%). Datos publicados para Santiago destacan: dentro de los procedimientos para intento consumados en varones el principal es ahorcamiento (74,4%), seguido por arma de fuego (16,2%) y envenenamiento por sustancias tóxicas (3,5%); y dentro

de los métodos más utilizados por las mujeres, ahorcamiento (66%); armas de fuego (15,3%) y envenenamiento por sustancias tóxicas (15,3%)⁽⁶⁾.

Con estos datos podemos pensar que estamos atendiendo a los intentadores de suicidio, que usan los métodos menos efectivos o menos violentos pero no menos grave, ya que como se menciono los intentos de suicidio no letales son uno de los predictores más poderosos de muerte por suicidio. Teniendo en cuenta que dentro de los objetivos sanitario del ministerio de salud se encuentra el reducir la tasa de suicidio, resulta importante redefinir las coordinaciones de ingreso y priorizar aquellos paciente con conductas más riesgosas.

Quedan muchas interrogantes por responder, actualmente se lleva a cabo un estudio: "autopsia psicológica de los intentos consumados", lo cual arrojará información sobre éstos y probablemente dará luces sobre esta problemáticas.

Debido a que la UHCE forma parte del hospital general, concuerda que un 42% de los pacientes ingresados a la unidad presenten una enfermedad general concomitante, dentro de las cuales tenemos: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) Asma, Hipotiroidismo, Colon irritable, Leucemia, Neumonía e Infección urinaria.

En estudios sobre patología crónicas⁽⁸⁾ se constata que los registros en psiquiatría adolecen de defectos como: registros incompletos, falta de homogeneidad en el diagnóstico y subregistro de información. Con la ficha precodificada se espera tener registros completos con toda la información y más adelante poder hacer cruce de variables. En cuanto al diagnóstico este continua siendo clínico y es de responsabilidad del médico a cargo del servicio. Se espera implementar en el futuro investigaciones usando instrumentos validados en Chile y otros países⁽⁵⁾.

Actualmente se rediseña un nuevo instrumento.

Anexo 2. Instrumento inicial

[illegible]

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐

1000

I. IDENTIFICACION:

1. NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO:

2. SEXO: 3. EDAD: 4. NOMBRE:

5. SEXO: 6. FECHA DE FALLECIMIENTO:

7. ESTADO CIVIL: _____

8. DIRECCION: _____

9. TELÉFONO: _____

10. PROFESION: _____

11. IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____

CÓDIGO PATRISTICO: _____

CÓDIGO SEXO: _____

IDENTIFICACION: SEXO: PROFESION: SEXO:

8. REPRESENTACIÓN:

COPIA ☐ DIB ☐ B. OR ☐ P. OR ☐ S. H. LT ☐ H. P. OR ☐

B. P. H. OR ☐ B. L. OR ☐

10. MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN (P. 1): _____

11. MOTIVO DE CONSULTA (PREVENIR POR PACIENTE O ACOMPAÑANTE): _____

12. MOTIVO DE CONSULTA DE INTERÉS (ENTRE PARÉNTESIS):

PROCESO AGUDO	<input type="checkbox"/>	ACCIÓN PREVENTIVA	<input type="checkbox"/>
PROCESO CRÓNICO	<input type="checkbox"/>	REVISIÓN AGUDO	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA COMPLICADO	<input type="checkbox"/>	REVISIÓN PREVENTIVA	<input type="checkbox"/>
REVISIÓN AGUDO	<input type="checkbox"/>	REVISIÓN PREVENTIVA	<input type="checkbox"/>

OTRO: _____

III. ANTECEDENTES CLÍNICOS PRESENTADOS:**12. EPISODIO N°**

1	
2	
3	

13. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO EPISODIO

--

--

14. TRATAMIENTO PRECIO:SI ☐ NO ☐

REGULACIÓN
SUSCRIPCIÓN

LUGAR Y FECHA: _____

5. SÍNDROME
ANTIDEPRESIVO
BIPOLAR
DEPRESIÓN
OTROS

NEUROPSICÓTICO
BAJO EL USO
NEUROPSICÓTICO DE DEFECTO
OTROS

15. DESCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO:SI ☐

--

NO ☐

--

ABANDONO VOLUNTARIO
INTERRUPCIÓN DEBIDA
PROBLEMAS ECONÓMICOS
FALTA DE CONTROL
NO SE REPORTA EN POC

16. ANTECEDENTES DE SUICIDIO:SI ☐

--

NO ☐

--

(DETALLE): _____**17. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS PARALELOS:**

[illegible]

17. TATTOOS PERSONALIZADO: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
18. LINEAS: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> BLANCO: <input type="checkbox"/> NEGRO: <input type="checkbox"/> </div> <div> VERDE: <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> </div> </div>	

19. ENTREVISTA MEDICA GENERAL:	
20. ENTREVISTA GENERAL: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
21. ENTREVISTA: _____	
22. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
23. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	24. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
25. ENTREVISTA: _____	
26. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
27. ENTREVISTA: _____	
28. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
29. ENTREVISTA: _____	
30. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
31. ENTREVISTA: _____	
32. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
33. ENTREVISTA: _____	
34. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
35. ENTREVISTA: _____	
36. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
37. ENTREVISTA: _____	
38. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
39. ENTREVISTA: _____	
40. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
41. ENTREVISTA: _____	
42. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
43. ENTREVISTA: _____	
44. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
45. ENTREVISTA: _____	
46. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
47. ENTREVISTA: _____	
48. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
49. ENTREVISTA: _____	
50. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
51. ENTREVISTA: _____	
52. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
53. ENTREVISTA: _____	
54. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
55. ENTREVISTA: _____	
56. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
57. ENTREVISTA: _____	
58. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
59. ENTREVISTA: _____	
60. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
61. ENTREVISTA: _____	
62. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
63. ENTREVISTA: _____	
64. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
65. ENTREVISTA: _____	
66. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
67. ENTREVISTA: _____	
68. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
69. ENTREVISTA: _____	
70. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
71. ENTREVISTA: _____	
72. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
73. ENTREVISTA: _____	
74. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
75. ENTREVISTA: _____	
76. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
77. ENTREVISTA: _____	
78. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
79. ENTREVISTA: _____	
80. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
81. ENTREVISTA: _____	
82. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
83. ENTREVISTA: _____	
84. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
85. ENTREVISTA: _____	
86. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
87. ENTREVISTA: _____	
88. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
89. ENTREVISTA: _____	
90. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
91. ENTREVISTA: _____	
92. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
93. ENTREVISTA: _____	
94. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
95. ENTREVISTA: _____	
96. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
97. ENTREVISTA: _____	
98. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
99. ENTREVISTA: _____	
100. ENTREVISTA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

[illegible]

VII.

17. COMPRENSIÓN DE LECTURA: _____

18. GRADO DE AUTONOMÍA (AUTOMÍA)

ALTERNANTE	<input type="checkbox"/>
SOLAMENTE	<input type="checkbox"/>
DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>

VIII. ANTECEDENTES SOCIOFAMILIARES:

19. PRESENTE SI ☐ NO ☐

20. DISTINTOS TIPOS DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS SI ☐ NO ☐

Completar: _____

21. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>
DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>
TRAST. OBSESIVO	<input type="checkbox"/>
OTRO PROBLEMA	<input type="checkbox"/>

22. SÍNTOMAS LABORALES

TRAST. ESTABLE	<input type="checkbox"/>
TRAST. INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>
ALICIA EN TIEMPOS	<input type="checkbox"/>
DESPERTE	<input type="checkbox"/>
DESPERTE	<input type="checkbox"/>
DE CAER	<input type="checkbox"/>
DESPERTE	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>

23. SÍNTOMAS: _____

10. INDICADORES DE MONITORIA

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

NOMBRE DEL ALUMNO

NOMBRE DEL PROFESOR

NOMBRE DEL ALUMNO

NOMBRE DEL PROFESOR

PLANTILLA AUTO. _____ DE _____ DE 200_____



Resumen

*El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente inauguró el año 2003 la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía (UHCE). El equipo profesional diseña una ficha precodificada con el objetivo de hacer un diagnóstico de la población, de un total de 156 pacientes registrados se rescatan 114 fichas (73,07%). El análisis de la información hace posible determinar datos biosociodemográficos, identificar antecedentes psiquiátricos de la población usuaria, conocer datos estadísticos de la UHCE. **Resultados:** La población es joven, (82% entre 14 y 50 años); mayormente femenina (81,6%); con educación (25,5% básica y el 74,6 tiene media o superior); diversa situación familiar (36,8% solteros; 17,5% separados; 43% casados y convivientes). La mayor demanda de atención la proporcionan las comunas de Puente Alto y la Florida. Un 65,5% viene derivado por intento suicida. Dentro de los métodos registrados destacan: fármacos (80%); ahorcamiento (5,6%); arma blanca (4%); asfixia (4,4%). Considerando que la tasa de suicidio en Santiago especialmente para varones aumentó a 15 x cien mil habitantes y que el método más utilizado es el ahorcamiento, nosotros concluimos que estamos atendiendo a los intentadores de suicidio, que usan los métodos menos efectivos o menos violentos. Se hace necesario redefinir políticas para la detección precoz de estos casos. La ficha precodificada ha permitido un diagnóstico de la población atendida y rediseñar un nuevo instrumento.*

Palabras clave: Hospitalización de corta estadía, estudio descriptivo.

Referencias

1. Equipo Técnico y Profesional de Salud Mental del Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. Editorial Gobierno de Chile Ministerio de Salud Santiago Chile. 2001.
2. www.ssmso.cl/estadisticas/biodemograficos/tabla/poblacionambossexos.
3. Vicente P, Benjamín, Rioseco S, Pedro, Saldivia B, Sandra et al. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Méd Chile 2002; 130: 527-536. ISSN 0034-9887.
4. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico. Ed Meditor Prof J. J. López Ibor. Madrid 1993.
5. www.ine.cl
6. Kirshbaum y cols. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2002; 4.
7. Gómez A, Barrera A. Evaluación Clínica y Psicológica de la conducta suicida. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1993; 31 (4 Supl): 19-42.
8. Valdivia G, Bastías G, Márquez P. Magnitud de la enfermedad crónica en Chile-Boletín. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994; 23: 35-401.

Correspondencia:

Gloria Granmegna S.

Avenida Concha y Toro 3459.

E-mail: gloria.granmegna@terra.cl.

Fono: 3536279.