



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

**Resolutividad en APS en pacientes con Trastorno
Somatomorfo: Un estudio piloto realizado en la comuna de
Chillán.**

Profesor Guía: Nieves Schade Yancovic
Dpto. de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, con mención en
Psicología de la Salud.

Dirección de Postgrado de la Universidad de Concepción

MARCELA RIQUELME IRIBARRA
CONCEPCIÓN-CHILE
2013

INDICE

1. RESUMEN.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1. Preguntas de Investigación.....	7
2.2. Objetivo General.....	7
2.3. Objetivos Especificos.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1. Capítulo I: Somatización.....	9
3.2. Capítulo II: Trastorno Somatomorfo.....	13
3.3. Capítulo III: Los Costos.....	21
3.4. Capítulo IV: Resolutividad.....	24
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5. HIPÓTESIS.....	28
6. METODOLOGÍA.....	29
6.1. Diseño.....	29
6.2. Participantes.....	29
6.3. Variables.....	30
6.4. Instrumentos.....	31
6.5. Análisis de datos.....	31

6.6. Procedimiento.....	32
7. RESULTADOS.....	34
7.1. Características psicosociales.....	34
7.2. Relación del paciente con su centro de salud.....	36
7.3. Motivos de consulta.....	37
7.4. Historia clínica.....	37
7.5. Características de la atención recibida.....	38
7.5.1. Profesional más consultado.....	38
7.5.2. Medicamentos y exámenes.....	40
7.6. Percepción de resolutivead.....	41
8. DISCUSIÓN.....	44
9. CONCLUSIONES.....	48
9.1. Limitaciones de la investigación.....	50
9.2. Proyecciones de la investigación.....	51
10. REFERENCIAS.....	52
11. ANEXO N°1: Pauta de cotejo atención pacientes con trastorno somatomorfo en APS.....	57
12. ANEXO N°2: Encuesta de Resolutivead Usuarios Cesfam	59
13. ANEXO N°3: Consentimiento Informado	61
14. ANEXO N°4: Carta de Solicitud.....	62
15. ANEXO N°5: Plan de trabajo.....	63

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

1. Tabla N°1: Características psicosociales de pacientes con trastorno somatomorfo.....	35
2. Tabla N° 2: Motivos de consulta frecuente.....	37
3. Tabla N° 3: Diagnósticos más frecuentes.....	38

1. Grafico N°1: Antigüedad de pacientes en sus Cesfam.....	36
2. Grafico N°2: Frecuencias de consultas en Cesfam.....	36
3. Grafico N°3: Segundo profesional más consultado.....	39
4. Grafico N°4: Número de consultas en 6 meses.....	39
5. Grafico N°5: Medicamentos y Exámenes.....	40
6. Grafico N°6: Distribución promedio percepción de resolutivead.....	41
7. Grafico N°7: Percepción de resolutivead de los pacientes con Trastorno Somatomorfo.....	43

1. RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito, describir las características psicosociales de los pacientes con Trastorno Somatomorfo, las características de la atención brindada por sus Cesfam y la capacidad resolutive de estos centros con respecto a su diagnóstico.

El objetivo de este estudio fue que los usuarios pudieran manifestar su percepción acerca de la resolución de sus demandas de salud, así como las características de las respuestas brindadas por los Cesfam para resolver los motivos de consulta de estos pacientes.

La muestra, estuvo constituida por 25 pacientes, pertenecientes a 3 Cesfam de la comuna de Chillán. Los resultados mostraron que los pacientes perciben que sus demandas de salud sólo a veces son resueltas en sus centros de salud familiar, pese a los notables costos en recurso humano, farmacológico y reiterados exámenes. Los resultados son discutidos en relación a sus limitaciones y proyecciones futuras.

2. INTRODUCCION

Los pacientes con Trastorno Somatomorfo y/o manifestaciones somáticas son un problema frecuente en los centros de salud, ya que representan una dificultad de gran envergadura cuando se traduce a costos para el sistema de salud local, así como a la insatisfacción del usuario frente a la no resolución de su demanda.

La somatización es un proceso por el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial utilizando síntomas físicos. “La expresión somática es una expresión emocional donde el cuerpo ha sustituido a las palabras” (Zegarra y Guzmán, 2007).

Según el CIE-10 el Trastorno Somatomorfo se define como una presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de estos exámenes y continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática (OMS, 2003).

El paciente con este diagnóstico genera una alta utilización de recursos, expresada a través de la solicitud de exámenes innecesarios e interconsultas a especialistas, sumado a la cantidad de tiempo de trabajo del personal de APS y la refractariedad que presentan a los tratamientos medicamentosos (Quiroz, 2004).

En Chile los estudios en el tema son escasos, uno de ellos, ejecutado por la OMS encontró que en Santiago de Chile la prevalencia de este trastorno en consultantes de atención primaria alcanza un 17,7%, siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10.

Otro aspecto, que se suma a lo ya mencionado, es la baja o nula resolutivez de la problemática, es decir, la percepción que tiene este usuario y el profesional tratante respecto a la demanda de atención y la respuesta obtenida por los centros de salud, ya que ambos sienten insatisfacción por la atención otorgada.

A partir de lo anterior, el propósito del presente estudio fue conocer el nivel de resolutivez que se logra con pacientes con Trastorno Somatomorfo, usuarios de atención primaria chilena.

2.1. Preguntas de Investigación

Este estudio tuvo las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué capacidad resolutivez tienen los centros de atención primaria para responder a las necesidades de atención de los pacientes con Trastorno Somatomorfo?
2. ¿Qué tipo de atención entregada por el centro de salud familiar resuelve la demanda de atención de los pacientes con este diagnóstico?
3. ¿Cuál es la percepción que tienen estos pacientes respecto de la atención recibida en los centros de salud primaria?

2.2. Objetivo General

- Conocer la resolutivez de los Centros de Salud Familiar en cuanto a la atención otorgada a los pacientes con Trastorno Somatomorfo.

2.3. Objetivos Específicos

- a) Conocer la resolutiveidad de la atención brindada por el Cesfam a los pacientes con Trastorno Somatomorfo.
- b) Conocer la percepción que tienen estos pacientes con respecto a la resolución de su demanda por parte de los centros de atención primaria.
- c) Determinar las características de la atención otorgada a los pacientes con Trastorno Somatomorfo.



3. MARCO TEORICO

3.1. Capítulo I: Somatización

Entre las definiciones propuestas para el término “somatización”, una de las más conocidas es la de Lipowsky: “tendencia a experimentar y comunicar malestar somático y síntomas no explicados por una patología definida, atribuirlos a enfermedades físicas y buscar ayuda médica para ellos” (Lipowsky, 1998).

Para enfoques como el psicoanálisis el fenómeno de somatización necesita una comprensión más profunda, afirmando que la intencionalidad es el concepto clave en estas manifestaciones. Según Freud y su maestro de filosofía Franz von Brentano, la conversión, del malestar psíquico en somático, es un claro síntoma histérico que expresa un deseo oculto al Yo consciente del sujeto, cuya intencionalidad puede ser develada por la interpretación, encontrándose ésta en un plano sub-simbólico, donde el paciente expresa un deseo, que muchas veces está insatisfecho: una carencia (Florenzano y cols., 2002).

En tanto que el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) define somatización como “un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas medicas y dificultades sociales secundarias (APA, 1994).

Cabe destacar que la experimentación de síntomas somáticos es un suceso muy habitual en el ser humano. Estudios sobre el tema muestran que el 75% de los adultos sanos padecen de algún tipo de dolor o malestar físico en el plazo de una semana. Las causas que pueden producir estos síntomas son tres: 1) los procesos fisiológicos diarios, tales como la respiración, digestión, circulación y las modificaciones hormonales del sistema endocrino; 2) las circunstancias que no

son enfermedad: como las modificaciones en la dieta, exceso de fatiga física o infecciones víricas subclínicas que producen molestias mínimas; y 3) el medio ambiente: a través de factores ambientales como el calor o frío extremo, exceso de luz, humedad o ruido, contaminación ambiental, entre otros. Es decir, la condición normal del hombre es experimentar síntomas somáticos de forma frecuente y eso no constituye ninguna enfermedad psiquiátrica (García-Campayo, 2007).

Según García-Campayo (2007) sólo debe hablarse de somatización, y catalogarse como un problema médico, cuando el individuo atribuye estas molestias a una enfermedad orgánica y busca un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente, pese a las reafirmaciones de los médicos de que no padece ninguna enfermedad física grave que esté produciendo los síntomas.

Quando se define el concepto de somatización este incluye la presencia de síntomas medicamente inexplicables, la coexistencia de trastornos o síntomas psiquiátricos, el hecho de que los pacientes frecuentemente atribuyen sus síntomas a enfermedades físicas, una conducta de búsqueda activa de atención médica y el uso frecuente de los servicios de salud (Jiménez y Saiz, 2002).

Para los autores Kirmayer y Robbins el término somatización hace referencia al menos a tres patrones, superpuestos pero conceptualmente diferentes, de conducta de enfermedad, somatización “funcional”, que consiste en elevados niveles de síntomas somáticos no explicables por causas médicas en múltiples sistemas fisiológicos; somatización “hipocondríaca”, caracterizada por niveles de preocupación corporal o por miedo a la enfermedad más allá de lo esperable para una enfermedad física demostrable, y somatización “de presentación”, definida como la presentación predominante o exclusivamente somática de un trastorno psiquiátrico, sobre todo ansiedad o depresión (Kirmayer, y Robbins, 1991).

Otra teoría que ayuda a comprender a estos pacientes, planteada por Quiroz en el 2004, indica que el usuario somatizador manifiesta su estrés o sus situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos mediante:

- La amplificación de las sensaciones corporales: preocupación sobre una posible enfermedad provoca que el paciente se centre en variaciones normales de las sensaciones corporales y piense que son patológicas, aumentando su ansiedad.
- La necesidad de identificar un “paciente” dentro de un grupo familiar patológico o desestructurado: la familia se organiza en torno al “enfermo”, para olvidar conflictos.
- Necesidad de estar enfermo: manifestar un sufrimiento que no puede expresar de otra manera, en ocasiones para conseguir una ganancia.
- La disociación: refiriéndose a la capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial; las sensaciones así percibidas son “reales”.

La somatización es con frecuencia un diagnóstico de exclusión, y es este el motivo por el cual se traduce en un problema de coste y frustración, deteriorando la relación medico paciente (Quiroz, 2004). En el nivel primario de salud es una situación habitual, y su manejo por parte de los médicos no especialistas resulta inadecuado; al practicarse numerosos estudios de laboratorio y derivarse habitualmente al nivel hospitalario (Florenzano, y cols., 2002).

La complejidad del abordaje y la respuesta ambigua que se les da a estas manifestaciones en la práctica médica, y más específicamente en la salud pública, dan lugar a importantes dificultades en su diagnóstico y tratamiento afectando la calidad de vida del paciente y generando crecientes costes económicos, debido a

sus reiterados intentos de verificación de su malestar, pese a los repetidos resultados negativos en sus exploraciones.

Estos pacientes son considerados como “hiperfrecuentadores” o “policonsultantes”, ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando importantes cantidades de horas profesional y recursos económicos significativos. Se denomina hiperfrecuentador al paciente que acude un número “excesivo” de veces a los equipos de atención primaria, de forma que supera con creces el número de visitas necesarias para su proceso. Es sabido que un 30% de pacientes consume un 80% de las consultas de los centros de salud (Insalud, 2001).



Capítulo II: Trastorno Somatomorfo

Según el DSM-IV y el CIE-10, los malestares de la somatización se traducen en un trastorno diagnosticable cuando los síntomas superan los seis meses de manifestación.

De acuerdo a su definición, los trastornos somatomorfos son un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son los suficientemente serios como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social. Los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, la gravedad y duración de los síntomas, que no son producidos intencionalmente (Noguera, Bayona y Dávila, 2007).

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que surgieren una enfermedad médica que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos de una sustancia o por otro trastorno mental (APA, 1994).

Noguera, Bayona y Dávila en el 2007 describieron el consenso actual de las características de estos trastornos:

- Interpretación alterada de los estímulos benignos corporales como signos de enfermedades.
- Atención selectiva en las sensaciones corporales y los procesos fisiológicos.
- Inhabilidad para tolerar los síntomas corporales desagradables.
- Comportamiento anormal consistente en verificar con varios médicos los diagnósticos, tomar medicaciones no indicadas o incitar a los médicos a solicitar pruebas diagnósticas innecesarias.

Según el CIE-10, publicado en el año 2003:

“Trastorno Somatomorfo se define como una presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. El enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que incluso ocurre en presencia de síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el paciente como para el médico.”

En el mismo manual se menciona que a este trastorno frecuentemente se asocia un comportamiento de demanda de atención, particularmente en pacientes “resentidos” por su fracaso en convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza somática, así como de la necesidad de realizar exámenes y/o exploraciones adicionales (OMS, 2003).

Muchos de estos pacientes no aceptan ser catalogados como pacientes con problemas de salud mental, más bien señalan que el médico no le ha entregado una respuesta adecuada a su dolencia física. Esto incide en que la relación médico-paciente se deteriore, ya que el paciente insiste en que su caso necesita más diagnósticos y más exámenes (Schade, y cols., 2010).

Para ser diagnosticado como Trastorno somatomorfo, los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los Trastornos Facticios y en la simulación los síntomas físicos no son intencionados.

Los Trastornos Somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticada que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos (APA, 1994).

La característica más destacada del Trastorno de Somatización es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, frecuentemente, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporal, siendo lo más habituales las molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales también son frecuentes (OMS, 2003).

Es importante señalar que estos pacientes sufren discapacidades y disminuyen su calidad de vida en forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del ánimo, con la desventaja de que son más persistente y refractarios al tratamiento médico (Zegarra, y Guzmán, 2007). El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. En algunos países se ha determinado que este cuadro es mucho más común en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta. Otro rasgo habitual es que como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (generalmente sedantes y analgésicos) (OMS, 2003).

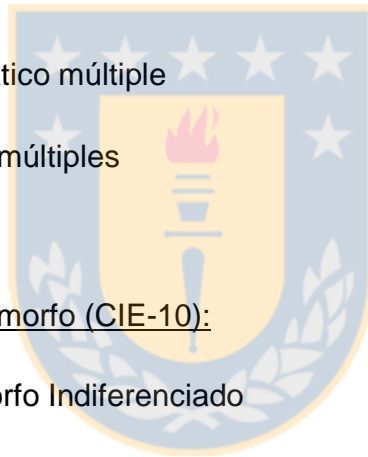
Según estudios realizados en España los Trastornos Somatomorfos son frecuentes en la atención primaria, con una prevalencia del 16% aproximada, estimándose que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa entre el 15 a 25% de las consultas en APS y que entre el 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de la evaluación (Zegarra y Guzmán, 2007).

Pautas para el diagnóstico (CIE-10):

- a) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática, y que han persistido al menos durante dos años.
- b) La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- c) Cierta grado de deterioro en el comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

Incluye:

- Trastorno psicossomático múltiple
- Trastorno de quejas múltiples



Tipos de Trastorno Somatomorfo (CIE-10):

1. Trastorno Somatomorfo Indiferenciado
2. Trastorno Hipocondríaco
3. Disfunción Vegetativa Somatomorfa
 - a. Del corazón y el sistema cardiovascular
 - b. Del tracto gastrointestinal alto
 - c. Del tracto gastrointestinal bajo
 - d. Del sistema respiratorio
 - e. Del sistema urogenital

- f. Otra disfunción vegetativa somatomorfa
4. Trastorno de Dolor Somatomorfo Persistente
 5. Otros Trastornos Somatomorfos
 6. Trastorno Somatomorfo sin Especificación

Clasificación de Trastornos Somatomorfos según DSM-IV:

- Trastorno de somatización.
- Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- Trastorno de conversión.
- Trastorno por dolor.
- Hipocondría.
- Trastorno dismórfico corporal.
- Trastorno somatomorfo no especificado.



Con respecto al tratamiento brindado a estos pacientes en APS, cabe destacar que frecuentemente se cometen errores de diagnóstico, se incurre en reiteradas e innecesarias toma de exámenes y se dan medicamentos que resuelven la queja de cada consulta, pero no el problema de salud de fondo.

Actualmente, se están comenzando a poner en práctica nuevas iniciativas con mayor enfoque integral en pos de la resolución de este problema, del tipo consejerías familiares, donde algunos miembros del equipo de salud se encuentran con estos usuarios con la finalidad de disminuir el número de consultas, generar en estos usuarios autorresponsabilidad por su salud, reforzar un uso racional de la canasta de prestaciones, prevenir la aparición de otras enfermedades como resultados de un proceso de malestar permanente que no se

resuelve y disminuir la derivación no pertinente a programas específicos, generalmente salud mental.

Schade y cols. han desarrollado un modelo de intervención donde consideran las características de estos pacientes y que puede ser usada por profesionales no especialistas en salud mental. Proponen desarrollar una consejería denominada Abordaje Familiar Breve (AFB), que puede ser aplicada por los equipos de atención primaria.

Dicha consejería integra técnicas Rogerianas, de escucha activa, psicoeducación, mediación e intervención en crisis, y en forma especial técnicas de Terapia Breve. Estas últimas fueron incorporadas a partir de una experiencia en España, en la cual se le traspasaron los conocimientos de esta terapia a médicos de familia, logrando demostrar a través de un ensayo clínico, que la Terapia Breve puede ser una alternativa efectiva en el tratamiento de pacientes con trastornos somatomorfos (Schade y cols., 2010).

El Abordaje Familiar Breve (AFB) es un modelo de consejería que recoge las premisas del Enfoque de Salud Familiar y trabaja con el supuesto de que los pacientes tienen los recursos y las fuerzas suficientes para resolver sus problemas. Se trabaja en función de objetivos que ellos desean conseguir, lo que se ha visto en Terapia Breve, es que esta puede ser más rentable en el tiempo, ya que acorta el número de intervenciones y otorga una pronta sensación de alivio a los pacientes (Beyebach, 2006). El modelo AFB tiene sus fundamentos en: la teoría General de los Sistemas, el Constructivismo, la teoría de la Comunicación Humana, la Cibernética y la Terapia Breve.

Este modelo comprende tres grandes etapas: la pre-consejería, la consejería y la post-consejería familiar (Schade y Torres, 2007):

I. La pre-consejería familiar tiene como objetivo, por parte del profesional, la interiorización acerca del caso antes de ser intervenido.

II. La Consejería familiar tiene varias sub-etapas:

1) La primera sub-etapa comprende la co-construcción de la relación lo que corresponde al contacto social con la familia o el paciente, que incluye la actualización o creación del genograma, el conocimiento de las necesidades, peticiones y quejas del paciente. En esta sub-etapa se deben definir los objetivos de la familia o paciente en relación a lo que desean conseguir con la consejería.

2) La segunda sub-etapa se denomina reflexión y análisis para la toma de decisiones, en la cual se sugiere que el consejero haga una reflexión en solitario o con sus colegas, los que pueden estar detrás de una sala espejo, para buscar la mejor forma de ayudar a estas personas o familia. Con dicha reflexión se deberá tomar la decisión del tipo de abordaje a utilizar.

3) La tercera sub-etapa corresponde al abordaje que puede ser: informativo, orientativo o estratégico.

Abordaje informativo, consiste en entregar información lo más adecuada posible al nivel de comprensión del paciente, por ejemplo: información acerca de los programas que se desarrollan en el centro de salud.

Abordaje orientativo plantea entregar un “consejo u orientación”, es decir entregar directrices y psicoeducación, por ejemplo acerca de crisis normativas y no normativas del ciclo vital, conductas de autocuidado, manejo familiar de pacientes crónicos, entre otros.

Abordaje estratégico, se concibe como una intervención que incorpora esencialmente técnicas de la Terapias Breves como la búsqueda de excepciones, la pregunta milagro, cambios pretratamiento, entre otras.

4) Cuarta sub-etapa corresponde a la negociación, asignación de tareas y establecimiento de un contrato. En esta sub-etapa se entrega al paciente un elogio que reconozca las fortalezas de la familia, de tal forma que los haga sentirse

capaces de realizar las tareas o indicaciones que se desprenden de la aplicación de uno o varios de los abordajes. Finalmente, se negocia y se establece el contrato para futuros encuentros.

III. Post-consejería: corresponde a la tercera etapa, en la que con posterioridad a la intervención el consejero anota los aspectos centrales y la fecha de la nueva citación.

Si bien este modelo se encuentra ya instaurado como una forma de intervención en los modernos centros de salud de salud familiar, su aplicación en casos de pacientes con trastorno somatomorfo se encuentra en etapa de investigación y desarrollo, pero muestra un enfoque promisorio acerca de cómo intervenir a estos pacientes.



Capítulo III: Los costos

Los costos son un tema relevante en lo que se refiere a los pacientes con el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo, pues provocan un aumento exponencial de los costos de los servicios sanitarios. Se calcula que en Chile 9 millones de personas utilizan el sistema municipal de atención primaria de salud (APS), por lo que la eficiente utilización de los recursos es un desafío constante. La eficiencia supone ahorro de medicamentos, menor derivación a especialidades y a atención secundaria, sumado a lograr que los pacientes se sientan satisfechos con la atención recibida (Raña, Ferrer & Bredegal, 2008 en Schade y cols., 2009).

Un número importante de pacientes se presenta en el nivel primario con síntomas orgánicos sin causa aparente. Aquellos casos con síntomas múltiples, recurrentes e inexplicables colocan una carga mayor en el sistema de salud a través de policonsulta, exámenes de laboratorio y otros procedimientos diagnósticos costosos y hospitalizaciones reiteradas (Florenzano y cols., 2002).

Los pacientes con trastorno somatomorfo tienen una atención particularmente dirigida a las sensaciones corporales y fisiológicas, incapacidad para tolerar los síntomas corporales desagradables, y recurren en forma persistente en búsqueda de un diagnóstico y un tratamiento médico (Rief & Sharpe, 2004, García-Campayo, Sanz-Carrillo & Montón, 1999). Tienden a consumir medicamentos no indicados, pedir exámenes médicos innecesarios y ser refractarios a cualquier tratamiento indicado (Allen, Woolfolk, Escobar, Gara, & Hamer, 2006). Son “pacientes policonsultantes” (Florenzano y cols., 2002).

Por lo mencionado anteriormente, se caracterizan por un consumo excesivo de recursos sanitarios. Algunos estudios señalan que estos pacientes suponen el 10% del gasto sanitario total de cualquier país desarrollado (Barsky & Klerman, 1983), con un costo anual medio estimado por paciente somatomorfo, que podría alcanzar los 1.000 dólares (Smith, Rost & Kashner, 1995). Consumen recursos 9 veces más que el paciente medio que asiste a atención primaria en salud (Servan-Schreiber, Randall & Tabas, 2000).

En Estados Unidos se ha estimado que cerca de 256 billones al año del costo en salud a nivel nacional son atribuibles al efecto incremental generado por la atención de pacientes somatomorfos. Estos pacientes, en general, gastan anualmente el doble de cualquier otro tipo de paciente (Barsky, Orav & Bates, 2005).

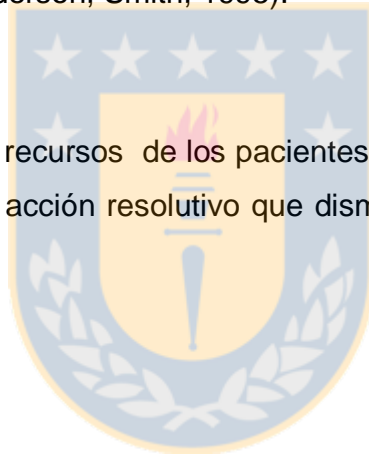
Existen algunas opciones de tratamiento, pero estas son muy limitadas (Dickinson & cols., 2003) y con poca adherencia, ya que les cuesta a los pacientes aceptar que su padecimiento tenga un origen más bien psicológico (Noguera, Bayona & Dávila 2007). Muchos de ellos son derivados a especialistas como los neurólogos, psiquiatras o psicólogos. Lo cual genera un incremento de los costos en el sistema de salud.

Se han obtenido algunos éxitos con psicoterapia. En un estudio donde se implementaron técnicas de psicoterapia psicodinámica breve, se encontró que después de 6 meses de terminada la intervención, había una reducción en los costos de salud (Guthrie cols., 1999). De igual modo, aplicando terapia cognitiva conductual se ha encontrado una importante reducción de síntomas y disminución de costos en salud (Allen, Woodfolk, Escobar, Gara, Hamer, 2006). Algunos investigadores han evaluado la posibilidad de usar la Terapia Breve

(TB) para tratar pacientes con trastornos somatomorfos en atención primaria de salud, obteniendo muy buenos resultados.

Se ha evaluado asimismo, la efectividad de una intervención psiquiátrica estandarizada denominada Recomendaciones Escritas para la atención primaria de los síntomas físicos de los pacientes somáticos que asisten a psiquiatría. Los resultados mostraron que la intervención individual reducía anualmente el consumo de medicamentos en 289 dólares, que correspondía a un 32.9 % del consumo en salud (Smith, Rost, Kashner, 1995), y con la intervención grupal, el 52% de los pacientes presentó mejorías en su salud y una disminución en gastos (Kashner, Rost, Cohen, Anderson, Smith, 1995).

La alta utilización de recursos de los pacientes con trastorno Somatomorfo, hace necesario un plan de acción resolutivo que disminuya los costos y aumente la salud de estos usuarios.



Capítulo IV: Resolutividad

Unas de las preguntas más frecuentemente formuladas con respecto a la reforma de salud insertada en nuestro país es si ¿las atenciones de salud en su nivel primario tienen la capacidad suficiente para resolver los problemas de salud de su población a cargo?

El sistema de salud chileno, adherido a los postulados de Alma Ata, declaró, hace 25 años aproximadamente, que privilegiará y reforzará la atención primaria, dando lugar a la reforma de salud y a la transformación de los antiguos consultorios municipales a los actuales Cefam (Centros de Salud Familiar).

Según la planificación propuesta en esta reforma el Cefam se caracterizaría por desarrollar el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, cuyo eje central sería la implementación de los equipos de cabecera, responsables de la atención integral de un sector delimitado de población. Con distintas herramientas lograrían un diagnóstico biopsicosocial de la realidad de su población a cargo y orientarían su tarea privilegiando a las familias de mayor riesgo (Infante, 2011).

De la mano de la reforma de la salud en Chile, la reorientación de los procesos asistenciales busca entender y mejorar los aspectos de la continuidad de la atención y del trabajo mancomunado en salud donde intervienen múltiples profesionales, de manera que se de mayor auge a la resolutividad y al trabajo en equipo, elementos que fundamentan la obligación ética de todo trabajador de la salud, que es entregar una atención de calidad (Figuroa y Muñoz, 2011).

La calidad de la atención en salud es, en la actualidad, una de las principales preocupaciones de los sistemas de salud en el mundo (Rief & herpe, 2004). La atención de calidad supone una relación directa entre eficiencia, eficacia, accesibilidad, competencia profesional y satisfacción usuaria; factores

que se conjugan bajo dos premisas: resolutivez y trabajo en equipo (Figueroa y Muñoz, 2011).

A modo de definición, la capacidad resolutivez se ha considerado como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente de salud (Donabedian, 1984).

Los objetivos que persigue la resolutivez son: compensar a los pacientes, disminuir sus factores de riesgo, disminuir sus problemas de salud, aumentar sus factores protectores individuales, familiares y comunitarios, curar, aliviar y/o consolar y conseguir la satisfacción del usuario por el servicio otorgado (Segovia, 2007).

Otra forma de concebir la resolutivez es como la capacidad que tiene un establecimiento para acoger personas que solicitan atención, se ha considerado como capacidad resolutivez aquella vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud. Cuyo contraparte es el “rechazo”, que se define no sólo como la falta de atención cuando ésta es solicitada, sino que además se incorporan temas como la demora o dificultades que enfrenta el usuario para acceder a instancias de diagnóstico y tratamientos oportunos. La capacidad resolutivez se ve comprometida por largos tiempos de espera y tratamientos poco oportunos (Figueroa y Muñoz, 2011).

En el año 2009, el Ministerio de Salud chileno decidió impulsar el Programa de Resolutivez en Atención Primaria, cuyo propósito es optimizar la calidad técnica y capacidad resolutivez de los establecimientos de Atención Primaria en sus aspectos preventivos, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral de forma ambulatoria, como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial (Servicio de Salud Maule, 2009). Para ello el Servicio de Salud asigna a las Municipalidades recursos destinados a financiar todas o alguna de las siguientes estrategias del “Programa de Resolutivez en Atención Primaria”:

- Resolución de Especialidades en APS
- Laboratorio Básico
- Cirugía menor en Atención Primaria
- Atención domiciliaria en su componente: Estipendios y Cuidadores
- Atención Odontológica Integral para mujeres y hombres de escasos recursos

La falta de resolutivead es, sin duda, la mayor critica al sistema de salud. La población no encuentra solución a sus problemas, se siente tramitada por interconsultas con largos tiempos de espera, solicitudes de exámenes que se demoran o se pierden, además de ausencia de medicamentos. Por otra parte, la capacidad resolutivead de nuestros Centros de Salud Familiar recae en los médicos y sus adecuados diagnósticos, tratamientos y derivaciones, de ser necesarias (Román, 2011).

El análisis de la capacidad resolutivead de los establecimientos de APS, informado por el Ministerio de Salud estima un 86% de resolutivead entre los años 1994-2002 (Román, 2011). Desde una perspectiva cualitativa se informan resultados limitados, reducidos y empobrecidos en sus contenidos, brindando una atención restringida, de regular calidad, con un fuerte énfasis asistencial y curativo, esto explicado en parte por la lógica del antiguo sistema de salud FAPEM (Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales), la cual promueve la contabilización de actividades para obtener financiamiento. Esto ha generado una evidente debilidad en la evaluación de la función del sistema de salud a nivel local. La orientación centrada en la producción, con mínimas referencias a la calidad de la atención, no entrega elementos para desarrollar una capacidad resolutivead de calidad, ni para comprobar si se están corrigiendo las

brechas de la inequidad en la atención del sistema público de salud (CORSAPS, 1999).

El nivel de resolutiveidad que brindan los centros de atención primaria, disminuye notablemente en los casos de los pacientes con trastorno somatomorfo. Provoca que el sistema de salud invierta en exámenes, medicación y horas profesional innecesarios, además de derivaciones al nivel secundario, ayudando a trabar el sistema; así como a aumentar su insatisfacción por la atención recibida.

Las características de las creencias y conducta de este tipo de pacientes con respecto a su salud y la exigencia de tratamientos, se traduce en una necesidad de modificación en la forma en que se intenta resolver su problema de salud, de acuerdo a los principios de la Salud Familiar que actualmente se practica en los Cesfam, y así lograr resolver la somatización constante que mantiene enfermos a estos pacientes.

Es debido a lo expuesto anteriormente, que se hace necesario continuar investigando en el tema, con la finalidad de disminuir los costos en salud, utilizar los recursos de mejor manera, aliviar a estos pacientes y así resolver el problema de salud que aqueja a los pacientes con Trastorno Somatomorfo.

4. ASPECTOS ETICOS

La obtención de la información a recabar se realizó a través de fichas clínicas y encuesta a los usuarios, lo cual requiere de permisos ministeriales que autoricen la revisión y extracción de información de la historia clínica de los pacientes en estudio. Para ello se solicitó vía carta formal a la Directora de Salud Municipal de Chillán, Sra. Ximena Meyer, la autorización correspondiente. Se anexa la carta a presentar. (Anexo N°4)

Además, para la obtención de la información a través de la Encuesta de Resolutividad, se solicitará la firma del Consentimiento Informado por parte de los usuarios. (Anexo N°3)



5. HIPOTESIS

Se propone como hipótesis para el presente estudio que los pacientes con Trastorno Somatomorfo no resuelven sus demandas de salud en las atenciones entregadas por su Cesfam.

6. METODOLOGIA

6.1. Diseño

El diseño del estudio corresponde a un enfoque cuantitativo, transversal, de tipo descriptivo.

6.2. Participantes

La población investigada es el total de las personas inscritas en los Cefam de la comuna de Chillán. La comuna de Chillán cuenta con cinco Cefam ubicados en radio urbano, dependientes del Departamento de Salud de esta comuna, de los que se seleccionaran tres para este estudio. Los Cefam seleccionados son: Cefam Isabel Riquelme, Cefam Los Volcanes, Cefam San Ramón Nonato.

La muestra estuvo constituida por 25 adultos, 20 mujeres y 5 hombres, cuyo rango etario varía entre los 40 y los 64 años, periodo de edad que corresponde a la adultez media y a la etapa de nido vacío, de acuerdo al ciclo vital familiar (Papalia et al., 2004).

La muestra fue seleccionada de forma intencionada y se enfocó en aquellos pacientes que presentan el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo y/o que cumplieran los criterios del CIE-10 o DSM-IV del mismo. Los y las participantes fueron seleccionados y reclutados en tres establecimientos de salud de la ciudad

de Chillán, centros de características urbanas, con enfoques de atención integral de la salud, todos con el rango de Cesfam hace más de 10 años.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en esta muestra sólo a pacientes adultos (entre 18 y 64 años), que vivan en radio urbano y que pertenezcan a los Centros de Salud seleccionados.

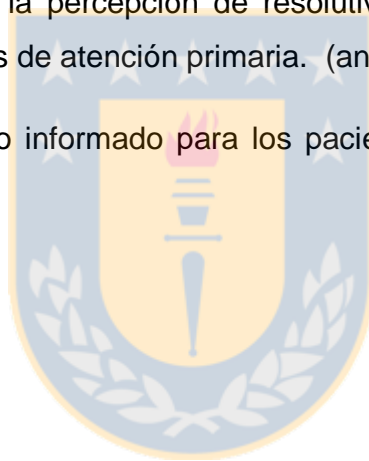
Criterios de exclusión: Se excluyeron a pacientes con enfermedades crónicas y embarazadas.

6.3. Variables

- Trastorno Somatomorfo: para efectos de este estudio se consideró como paciente con Trastorno Somatomorfo a aquellas personas que estén señaladas con esta clasificación diagnóstica o a aquellas personas que cumplan los criterios CIE-10 o DSM-IV, según descripción médica en ficha.
- Características del tratamiento y la atención brindada: se consideró: el tipo de tratamiento recibido, las altas de sus tratamientos, los diagnósticos establecidos, los motivos de consulta frecuente, las derivaciones intracesfam, las interconsultas emitidas, además de los exámenes y medicamentos indicados.
- Resolutividad: se refiere a la capacidad del Cesfam para dar respuesta adecuada a los problemas de salud de sus usuarios, en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y derivaciones.

6.4. Instrumentos

- Ficha Clínica: documento reservado, confidencial, sujeto al secreto profesional, en el cual el equipo de salud registra la historia medica del paciente y de su proceso de atención de salud.
- Pauta de Cotejo: registro de información acerca de las características sociodemográficas, de atención y tratamiento de los pacientes seleccionados. (anexo 1)
- Encuesta de Resolutividad: cuestionario tipo Likert que consta de 6 preguntas, cuyo objetivo es medir la percepción de resolutividad acerca de la atención brindada por los centros de atención primaria. (anexo 2)
- Carta de consentimiento informado para los pacientes seleccionados. (anexo 3)



6.5. Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través de pruebas estadísticas, descriptivas, de frecuencias y porcentajes.

6.6. Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en tres Cesfam de la comuna de Chillán, que fueron seleccionados por sus características de urbanidad y fácil acceso, además, de que contaban con la acreditación de Centros de Salud Familiar hace más de 10 años.

El contacto inicial se realizó con la Directora de Salud Municipal, Sra. Ximena Meyer, solicitando mediante carta y entrevista, autorización para hacer uso de las instalaciones de los centros de salud y acceder a las fichas clínicas de los pacientes seleccionados (ver anexo 4). Además, se explicaron los objetivos del estudio, la necesidad de ayudantes en el proceso y se dejó en claro el uso del consentimiento informado de los posibles participantes. Esta autorización y los consentimientos informados respaldaron los criterios éticos del proceso investigativo.

Con la finalidad de dar validez y obtener datos como la duración de la aplicación de los instrumentos creados para obtener la información, se realizó una aplicación piloto a una usuaria del Cesfam Isabel Riquelme, esto por parte de la investigadora. Esta aplicación responde a la solicitud de la comisión evaluadora.

Para el entrenamiento de los ayudantes de la aplicación de la Encuesta de Resolutividad se realizaron educaciones acerca de los objetivos y metodología de la investigación, además de role playing de la aplicación de las mismas. Cabe destacar que en estas educaciones se hizo hincapié en la necesidad de fomentar la conversación y la confianza de los usuarios para obtener la mayor información posible. Para obtener al grupo de ayudantes, se solicitó la ayuda de siete alumnos de 5to año de la carrera de Psicología de la Universidad Bolivariana, quienes voluntariamente realizaron la labor solicitada.

Para la selección de la muestra, se estableció contacto con las Coordinadoras de Docencia Asistencial de cada Cesfam, a quienes se les solicitó

un listado de 15 pacientes, mínimo, que cumplieran con los requisitos y que incluyeran el número de teléfono del paciente. Requisitos que fueron entregados por escrito para ser seleccionados por los médicos de cada centro de salud. No fue excluyente que presentaran otros trastornos de salud mental, por no ser consideradas patologías crónicas.

Posterior a la entrega de dichos listados, se realizó contacto telefónico para invitar a los pacientes a participar en forma voluntaria de la investigación, citándolos para el próximo día sábado, previa coordinación con el Cefam correspondiente, quienes facilitaron dos box de atención para realizar las entrevistas.

Las entrevistas y aplicación de encuestas por parte de los ayudantes, fueron realizadas en un clima de confianza y colaboración, donde los pacientes resaltaron el agradecimiento de ser incluidos en una investigación, de que se considerara su opinión y de que se hicieran estudios sobre estos temas en salud. Por lo tanto, el levantamiento de información fue un proceso enriquecedor tanto para la investigación, como para el alumno ayudante y para los participantes. Todos los encuestados firmaron el consentimiento informado.

Posteriormente, la investigadora aplicó la Pauta de Cotejo, creada para obtener datos demográficos y sobre las características de la atención, a las fichas de los usuarios participantes del estudio.

La recolección de la información (aplicación de entrevistas y encuestas, además, de la aplicación de la pauta de cotejo a la ficha del paciente) se realizó dentro del mes de Junio de 2013.

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de las Encuestas de Resolutividad, así como de la Pauta de Cotejo a las fichas clínicas de los usuarios:

7.1. Características psicosociales

Los participantes del presente estudio se distribuyeron en un 80% mujeres y 20% hombres, completando una muestra de 25 adultos con Trastorno Somatomorfo usuarios de atención primaria de la comuna de Chillán. El rango etario varía entre los 40 y los 64 años, periodo de edad que corresponde, mayormente, a la adultez media y a la etapa de hijos en edad adolescente pasando a nido vacío, de acuerdo al ciclo vital familiar (Papalia et al., 2004).

La estructura familiar de los participantes es predominantemente biparental, en un 56 % de los casos, seguido por 24% de familias monoparentales, el 12 %de ellas corresponde a familias biparentales extendidas y el 8% a monoparentales extendidas.

El estado civil predominante en la muestra es Casados con 64% de los usuarios, le sigue Viudos con 16%, Separados con 12% de los participantes y Solteros con 8%.

La etapa de ciclo vital familiar por el que cursan las familias de estos usuarios corresponde, en su mayoría, a Nido Vacío en un 52% de los casos y a Cuando los hijos son adolescentes en un 44%. Sólo un 4% cursa la etapa de La familia se abre al mundo.

Otra característica a destacar es la ocupación principal de los participantes, donde ser Dueña de Casa corresponde al 64% de los usuarios; le sigue en

trabajar de forma Independiente con un 16%; trabajar como Empleado 12% y estar Jubilado 8%.

Con respecto al nivel educacional de estas personas la distribución indica que el 44% de los encuestados obtuvo Educación Básica Incompleta, el 40% corresponde a pacientes que lograron Enseñanza Media Completa, el 8% enseñanza Universitaria, 4% Enseñanza Media Incompleta y 4% es Analfabeta.

Tabla N°1: Características Psicosociales de Pacientes con Trastorno Somatomorfo

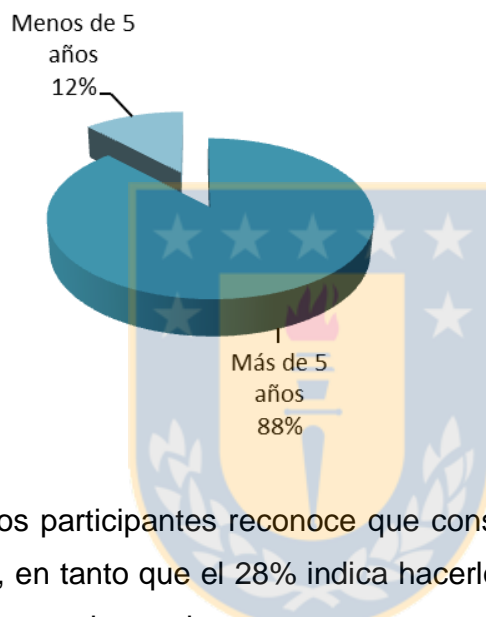
Variable		f	%
Sexo	Hombre	5	20%
	Mujer	20	80%
Ocupación	Dueña de Casa	16	64%
	T. Independiente	4	16%
	Empleado	3	12%
	Jubilada	2	8%
Escolaridad	Básica Incompleta	11	44%
	Media Completa	10	40%
	Universitaria	2	8%
	Media Incompleta	1	4%
	Analfabeta	1	4%
Estado Civil	Casados	16	64%
	Viudos	4	16%
	Separados	3	12%
	Solteros	2	8%
Estructura Familiar	Biparental	14	56%
	Biparental extendida	3	12%
	Monoparental	6	24%
	Monoparental extendida	2	8%
	Solo	0	0%
Ciclo Vital	Hacia el encuentro del otro	0	0%
	Recién casados	0	0%
	Camino a la familia		
	Ahora somos tres	0	0%
	La familia se abre al mundo	1	4%
	Cuando los hijos son adolescentes	11	44%
	Nido vacío	13	52%

*f= frecuencias; %= porcentajes

7.2. Relación del paciente con su centro de salud

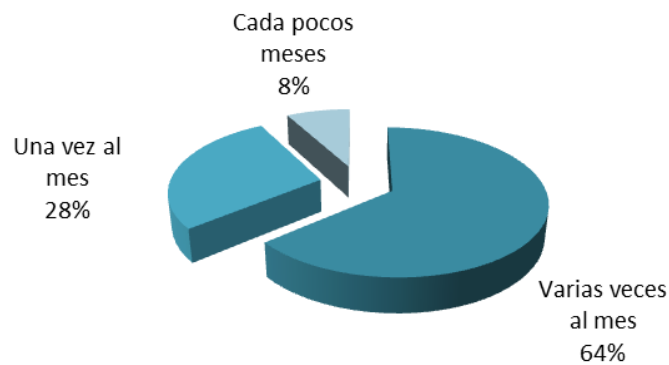
El 88% de los pacientes tiene una antigüedad mayor a 5 años de pertenencia a su centro de salud, el resto dice tener menos de 5 años acudiendo a este Cesfam.

Grafico N° 1: Antigüedad de Pacientes en sus Cesfam



El 64% de los participantes reconoce que consulta varias veces al mes en su centro de salud, en tanto que el 28% indica hacerlo al menos una vez al mes y el 8% de ellos dice consultar cada pocos meses.

Grafico N° 2: Frecuencia de Consulta en Cesfam



7.3. Motivos de consulta

Entre los motivos de consulta señalados por los participantes de este estudio están: la dolencia física con un 48% de consultas, le siguen los problemas para dormir con 24% y los problemas del ánimo con un 16% de consultas, en tanto que el 12% restante se distribuye en otras quejas somáticas como erupciones en la piel, problemas auditivos o visuales, náuseas, entre otras. En la tabla N° 2 se muestra el motivo de consulta más frecuente para cada participante.

Tabla N° 2: Motivos de Consulta frecuente

Motivos de Consulta	f	%
Dolor (Cabeza, brazos, piernas, estomago, etc.)	12	48%
Problemas para Dormir	6	24%
Animo (disminuido, alterado, etc.)	4	16%
Otras quejas somáticas (erupción en la piel, náuseas, problemas auditivos, y visuales, etc.)	3	12%
Total	25	100%

*f= frecuencias; %= porcentajes

7.4. Historia clínica

Pese a que todos los participantes cumplían con los criterios diagnósticos del Trastorno Somatomorfo, sólo el 20% de ellos tenía el diagnóstico señalado en su historia clínica, los demás usuarios fueron incluidos previa revisión médica de su historia clínica, señalando la correspondencia o no de este diagnóstico. Dentro

de las clasificaciones diagnósticas para estos pacientes, las indicadas por los médicos de la atención primaria más frecuentemente son Depresión Moderada, Paciente Sano, Trastorno de Personalidad, Gastritis, Menopausia y Trastorno Ansioso. Por otro lado, entre las menos frecuentes destacan Lumbago, Cefalea Tensional, Trastorno del Ánimo, Trastorno Adaptativo, Trastorno del Sueño, Dorsalgia, entre otras.

Tabla N°3: Diagnósticos más frecuentes

Diagnósticos	f	%
Trastorno Somatomorfo	5	20%
Depresión Moderada	5	20%
Paciente sano	4	16%
Trastorno de Personalidad	3	12%
Gastritis	2	8%
Trastorno del Animo	2	8%
Otras (Dorsalgia, lumbago, cefalea tensional, entre otras)	4	12%
Total	25	100%

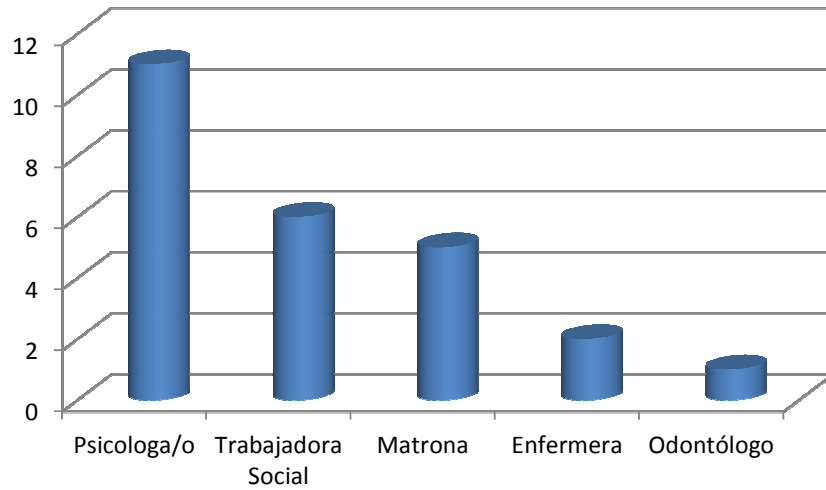
*f= frecuencias; %= porcentajes

7.5. Características de la atención recibida

7.5.1. Profesional más consultado

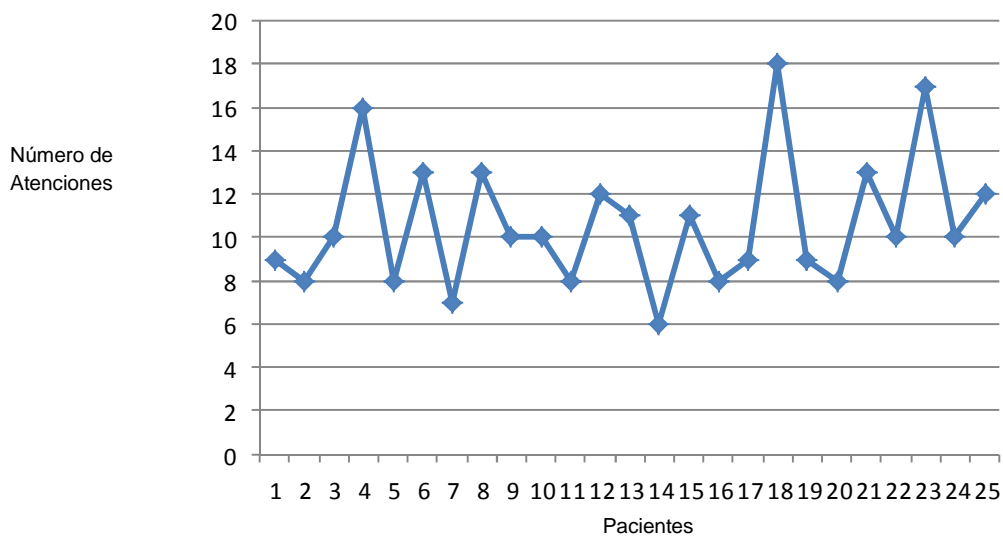
La atención recibida por estos usuarios presenta como características que el 100% de ellos consulta principalmente al médico de los centros de salud, siendo éste quien le otorga la mayor satisfacción de atención, ya que sienten que resuelve su problema al entregarle medicamentos y ordenes de exámenes. Como segunda opción el profesional más consultado es el/la psicólogo/a, le sigue la Trabajadora Social, Matrona, Enfermera y finalmente el Odontólogo.

Grafico N°3: Segundo Profesional más consultado



El número de consultas realizadas a cualquier profesional por estos pacientes varía entre 6 y 18 atenciones en un periodo de 6 meses, promediando 10,6 consultas en medio año o 1,8 atenciones en el plazo de 1 mes.

Grafico N°4: Número de Consultas en 6 meses



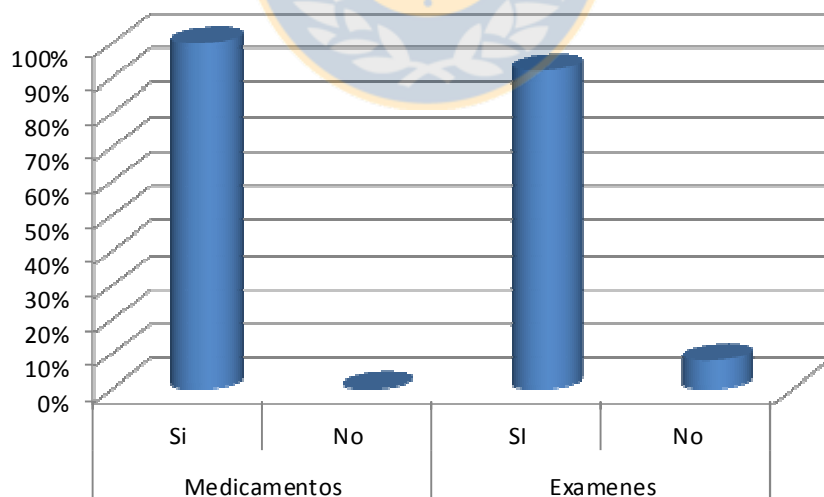
7.5.2. Medicamentos y exámenes

La entrega de medicamentos a los usuarios se realiza en el 100% de los casos, de los cuales en el 84% de las atenciones se dan fármacos del stock de salud mental, a saber; sertralina, fluoxetina, clonazepam, ciclobenzaprina, clorpromazina y amitriptilina.

Los medicamentos más frecuentemente entregados son Diclofenaco e Ibuprofeno, ambos desinflamatorios, además de Paracetamol, siendo los tres inhibidores del dolor, seguidos por Omeprazol y Aspirina, fármacos que producen alivio sintomático de molestias tensionales.

La orden de exámenes para estos pacientes está presente en el 92% de las atenciones, exámenes que varían entre Pesquisas de Hipertensión Arterial, Hemograma completo, Baciloscopía, PAP, Radiografía, Urocultivo, Hoja Hepática, Mamografía, Otoscopia y Examen Médico Preventivo del Adulto.

Grafico N°5: Medicamentos y Exámenes

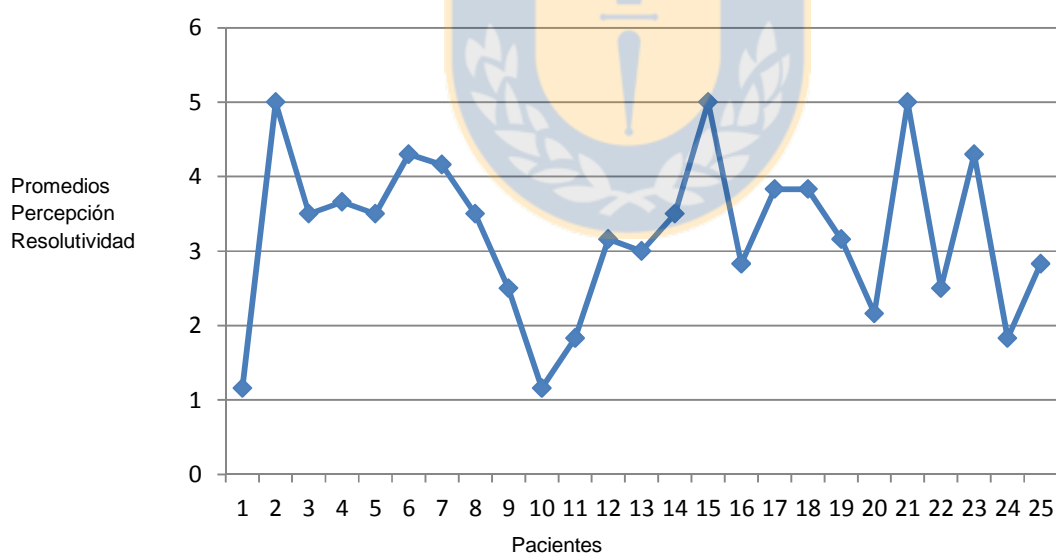


7.6. Percepción de resolutiveidad

La percepción de los participantes fue evaluada a través de una Escala tipo Lickert donde el puntaje 1 significa “nunca” y 5 “siempre”. La percepción de los usuarios acerca de la resolución de sus consultas en las atenciones de salud recibidas por los Centros de Salud Familiar, señala que los pacientes con Trastorno Somatomorfo tienen una opinión intermedia, con un puntaje promedio de 3,3 sobre la capacidad resolutive de los mismos. Es decir, consideran que sólo “a veces” su motivo de consulta es resuelto por la atención recibida en el Cesfam.

En el grafico N°5 se observa la distribución promedio, del total de respuestas de la encuesta, dadas por los pacientes con Trastorno Somatomorfo acerca de su percepción sobre la capacidad resolutive de los Centros de Salud.

Grafico N°6: Distribución Promedio Percepción de Resolutiveidad



*1= Nunca, 2= Rara Vez, 3= A veces, 4= Con frecuencia y 5 = Siempre

Desglosando las respuestas de los participantes ítem a ítem, la percepción señalada cuando que cuando se les consulta acerca de si el profesional y el equipo de salud que lo atienden explican de forma sencilla el problema que presenta, el promedio de las opciones escogidas es 3. Es decir, los pacientes con Trastorno Somatomorfo opinan que sólo “a veces” el profesional o equipo que lo atiende es capaz de explicarle en palabras simples su padecimiento, lo cual afecta la percepción resolutive de los usuarios, que no tienen información clara o no logran entender la patología que padecen.

En el segundo ítem “El equipo de salud me da tratamiento que resuelve mi problema”, el promedio de respuesta alcanzó un puntaje de 3,2. Este puntaje indica que los pacientes con Trastorno Somatomorfo perciben que los tratamientos indicados sólo “a veces” resuelven sus problemas de salud, pese a que en todos los casos se les entrega medicación en la atención.

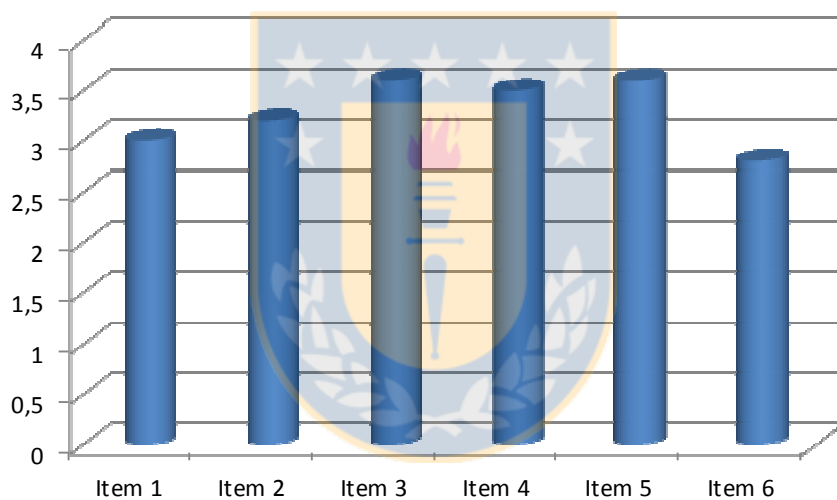
El ítem tres “El equipo de salud me solicita una serie de exámenes que permite resolver el problema” obtiene como respuesta promedio un puntaje de 3,6, lo cual señala que los usuarios con Trastorno Somatomorfo tienden a percibir que “con frecuencia” se les dan órdenes de exámenes que ayudarían a resolver su problema de salud.

El cuarto ítem “Encuentro en el centro de salud la ayuda que busco” logra como promedio un puntaje de 3,5. Es decir, los usuarios con este diagnóstico perciben que “con frecuencia” obtienen la ayuda que necesitan en sus Cesfam para resolver sus problemas de salud.

El ítem cinco “El profesional que me atiende resuelve mis problemas” puntúa en promedio 3,6, lo cual indica que los pacientes con Trastorno Somatomorfo perciben que sus problemas de salud son resueltos “con frecuencia” por los profesionales que lo atienden.

Finalmente, el ítem seis “El equipo de salud me ha derivado a los especialistas del hospital” obtiene en promedio 2,8 de puntaje, siendo el nivel más bajo de los consultados. Con respecto a esta afirmación los usuarios de atención primaria con Trastorno Somatomorfo perciben que sólo “a veces” son derivados a nivel secundario para resolver sus problemas de salud, lo cual indicaría que generalmente los motivos de consulta son resueltos en APS.

Grafico N°7: Percepción de Resolutividad de los Pacientes con Trastorno Somatomorfo



*1= Nunca, 2= Rara Vez, 3= A veces, 4= Con frecuencia y 5 = Siempre

8. DISCUSION

Antes de comenzar con el análisis de los resultados es necesario señalar que este trabajo no permite, en rigor, hacer ninguna afirmación acerca de la resolutivez en la atención de pacientes con Trastorno Somatomorfo, ya que sólo el 20% de la muestra poseía el diagnóstico señalado en su ficha clínica, el resto de los participantes si bien cumplía con sus criterios diagnósticos, no se le había clasificado con dicha patología, siendo necesario para efectos de esta investigación, solicitar al médico que explicitara si correspondía o no a un trastorno somatomorfo a través de la revisión de sus antecedentes clínicos. Otro punto a destacar es el pequeño tamaño de la muestra.

Teniendo presente las limitaciones de este estudio, debido al carácter descriptivo de la investigación, se realizará una discusión e interpretación de los resultados, con la finalidad de realizar algunas posibles conclusiones.

Las características psicosociales de los pacientes con Trastorno Somatomorfo señalan que en su mayoría corresponde a mujeres, casadas, dueñas de casa, con estudios básicos incompletos, con familias biparentales en etapa de nido vacío según el ciclo vital familiar. Estas usuarias poseen más de cinco años de antigüedad en sus centros de salud y acuden al Cesfam varias veces al mes. Lo cual es concordante con datos de estudios anteriores, como el de Schade, y cols., 2010, tratándose, en su mayoría, de mujeres que suelen quedarse por horas solas en casa, probablemente, encubriendo con somatizaciones su necesidad de compañía, cariño y atención; ya que por etapa de ciclo vital corresponde a madres de hijos adolescentes o ya en proceso de salida de los hijos del hogar.

Las somatizaciones de estos usuarios responden a la conversión de un malestar psíquico en somático, según Florenzano y cols. en el 2002, malestares

del índole de dificultades sociales y/o de adaptación vital, sumado a la coexistencia de trastornos o síntomas psiquiátricos, lo cual señala la falta de diagnósticos adecuados o de la comorbilidad no diagnosticada de este diagnóstico.

Con respecto a los motivos de consulta más frecuentemente señalados en las historias clínicas de estos usuarios corresponden a dolencias físicas, seguidas de problemas para dormir y alteraciones del ánimo, lo cual concuerda con la teoría de la conversión del malestar. Como Quiroz señaló en el 2004, las personas al somatizar manifiestan estrés o sus situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos que pueden darse por amplificación de sus sensaciones corporales, por la necesidad de identificar un paciente en la familia, por la necesidad de estar enfermo o por disociación de su malestar psíquico.

Un importante punto a destacar es que el Trastorno Somatomorfo es un diagnóstico de exclusión, y se confirma en esta investigación en que sólo el 20% de los participantes manifestaba en su historia clínica la confirmación diagnóstica de esta patología, encubriéndose tras calificativos de “policonsultante” o “hiperfrecuentador”, con diagnósticos variados en que suelen estar presentes enfermedades de salud mental como Depresión Moderada, Trastornos de Personalidad, del Ánimo, Ansioso, Adaptativo, del Sueño, y otras como Cefalea Tensional, Lumbago, Gastritis, Climaterio (menopausia). Lo anterior pone en duda la capacidad de nuestros médicos y/o equipos de salud de cabecera de la atención primaria para diagnosticar, intervenir y resolver adecuadamente en esta patología, ya sea a través de consejerías familiares u otras intervenciones más ad hoc como la trabajada por Schade y cols. en el 2010, intervenciones que terminen con la constante sensación de malestar y la sobrediagnóstico de estos pacientes.

Dentro de los equipos multiprofesionales de salud instalados en los Cesfam, los más consultados por este tipo de pacientes son los médicos, quienes entregan fármacos y órdenes de exámenes al 100% de estos usuarios, fármacos que en el

84% de las atenciones, corresponden al stock de salud mental; le siguen las(os) psicólogas(os) probablemente debido a los frecuentes diagnósticos de salud mental. En tercer lugar de preferencia de consulta se encuentra la Asistente Social, a quienes acuden por problemas familiares, de inclusión social o solicitud de algún beneficio social. Cabe resaltar que son los integrantes del equipo psicosocial quienes reciben las derivaciones intracesfam.

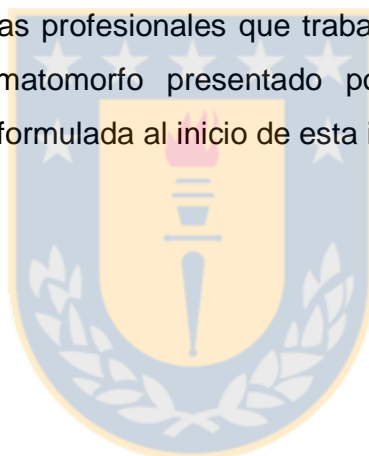
Otro aspecto a considerar es que no se perciben diferencias de importancia en las características de atención entre los pacientes diagnosticados con Trastorno Somatomorfo y aquellos que no cuentan con esta clasificación, lo cual indica que no se aplican, según lo consignado en ficha, las actividades de consejería familiar u otras intervenciones, más resolutivas en estos casos.

Los pacientes con Trastorno Somatomorfo, participantes de este estudio, consultaron entre 6 y 18 veces en un plazo de seis meses, promediando 10,6 atenciones en este periodo de tiempo, lo cual significa que contando los 25 pacientes de esta muestra multiplicado por 10,6 atenciones suman 265 consultas en medio año, principalmente consultas de morbilidad (15 minutos hora medico), muchas consultas con psicóloga (45 minutos) y varias consultas con Asistente Social (30 minutos), trabando el sistema y ocupando muchos recursos, esto sumado al alto porcentaje de entrega de fármacos y ordenes de exámenes solicitados, confirmando las características de la atención señaladas por Florenzano y cols., en el 2002. En la atención psicológica, estos usuarios consultan bajo otros diagnósticos, que si bien pueden ser comórbidos, no logran impactar en una disminución de consultas médicas por múltiples afecciones.

La percepción de resolutiveidad de los usuarios de atención primaria con Trastorno Somatomorfo es que sus problemas de salud son resueltos a veces por las atenciones brindadas por su Cesfam, señalando que sólo en ocasiones encuentran la ayuda que necesitan, a veces le explican de forma sencilla su diagnóstico y resuelven su necesidad de saber qué ocurre con su cuerpo, así como que el tratamiento indicado algunas veces es el indicado y resuelve su

problema de salud. Consideran que con frecuencia les solicitan exámenes que ayudan a resolver su motivo de consulta y que frecuentemente el profesional que le atiende resuelve su necesidad de atención. Las derivaciones a nivel secundario para resolver sus problemas de salud son emitidas sólo en algunas ocasiones, según perciben estos pacientes.

De lo anteriormente expuesto se desprende que los pacientes con este diagnóstico consideran que las intervenciones realizadas por sus Centros de Salud dan una respuesta parcial a sus requerimientos y que sólo “a veces” obtienen una respuesta adecuada a la demanda de salud hecha. Por otro lado, el excesivo gasto en recursos humanos que no logra resolver este problema de salud, en medicamentos que no dan la respuesta esperada, en exámenes innecesarios, en cupos/horas profesionales que traban el sistema, tampoco logra resolver el Trastorno Somatomorfo presentado por estos usuarios, lo cual concuerda con la hipótesis formulada al inicio de esta investigación.



9. CONCLUSIONES

La resolutiveidad es una de las premisas centrales de la reforma de salud en Chile, y se puede evaluar a través de las características de la atención brindada por los Centros de Salud Familiar de atención primaria, así como a través de la percepción que tienen los usuarios acerca de ella.

En el presente estudio, enfocado hacia los pacientes con Trastorno Somatomorfo atendidos en los Cesfam de la comuna de Chillán, se logra vislumbrar como se da la capacidad resolutive de dichos centros con respecto al diagnóstico presentado por estos usuarios. Donde por una parte, los centros de salud otorgan a sus pacientes las atenciones que creen resuelven los problemas de salud, motivo de las reiteradas consultas solicitadas, pese a reconocer a dichos pacientes como policonsultantes y de difícil manejo. Sin embargo, por otro lado, los usuarios sienten que sólo a veces son resueltas sus quejas por las intervenciones entregadas por su Cesfam, lo cual se traduce en insatisfacción para ambas partes, según indican estudios anteriores.

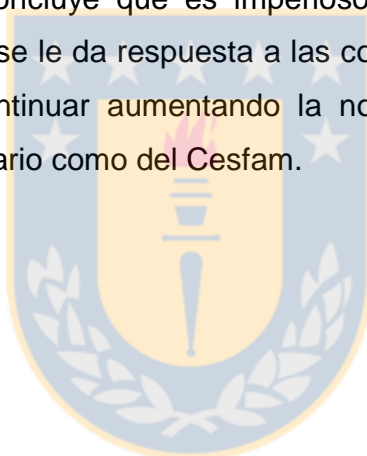
Un aspecto muy relevante, y que fue poco abordado en este estudio, es la necesidad de atención que presentan estos pacientes, reflejado en las entrevistas hechas por los ayudantes, donde los usuarios expresaron sus frustraciones con respecto a las atenciones brindadas por su centro de salud, así como el agradecimiento por participar de un estudio que considerara su opinión en este tema. Otro aspecto que hicieron notar, fue la necesidad de que se hicieran más estudios donde los usuarios pudieran dar su opinión acerca de la atención de los Cesfam.

El Trastorno Somatomorfo es un diagnóstico de descarte, esto según informan los resultados obtenidos como en investigaciones previas, lo cual conlleva a que en tanto el equipo de salud logre determinar efectivamente su

patología se gastaran muchos recursos de salud. Esto podría resolverse de manera más oportuna si los equipos de cabecera de atención primaria contaran con los conocimientos necesarios para clarificar este diagnóstico.

Al analizar las características de la atención brindada por los centros de salud primaria, donde estos usuarios consultan 10,6 veces en un periodo de 6 meses, el principal referente es el médico, la entrega de medicamentos y la orden de realización de exámenes son otorgados al 100% de los pacientes con este diagnóstico, da a lugar a la necesaria conclusión de que el gasto tras la resolución parcial de los motivos de consulta de estos pacientes genera un gasto enorme para el sistema de salud público.

De lo anterior se concluye que es imperioso buscar y usar alternativas acerca de la forma en que se le da respuesta a las consultas realizadas por estos pacientes, y así evitar continuar aumentando la no resolución, además de la insatisfacción tanto del usuario como del Cesfam.



9.1. Limitaciones de la Investigación

Dentro de las limitaciones que se presentaron en la investigación se encuentran las siguientes:

- La resolutivead, al tratarse de un tema poco estudiado, no tiene suficientes investigaciones sobre la materia, de modo que no se pudo tener un referente de este estudio. Por lo anterior, se tuvo que construir una Escala de Resolutivead para medir la percepci3n de los pacientes.
- Con respecto al tama1o de la muestra se considera peque1o, esto debido en parte a las limitaciones de tiempo de la investigaci3n y a las dificultades de horario y espacio f3sico de los centros de salud para citar a los pacientes a participar de la entrevista y encuesta de resolutivead.
- Otra limitaci3n de importancia es que el diagn3stico de los pacientes estudiados fue determinado en la minor3a de la muestra, s3lo el 20% de los participantes contaba con el diagn3stico de Trastorno Somatomorfo en ficha, el resto de los participantes fueron incluidos en la muestra, previa corroboraci3n m3dica, por contar con los criterios diagn3sticos de esta patolog3a seg3n lo indicado en sus fichas.

9.2. Proyecciones de la Investigación

De acuerdo a lo investigado se desprenden las siguientes proyecciones:

- Se propone hacer un estudio longitudinal para analizar la evolución de estos pacientes, contabilizando sus gastos efectivos de los recursos de salud para conocer el real impacto que tienen estos pacientes en el sistema de salud chileno.
- Se propone estudiar la resolutivez en otras patologías de atención frecuente en los centros de salud familiar, para así dar respuesta oportuna y resolutivez a las demandas de salud de los pacientes de atención primaria.
- Otra proyección que puede tener este estudio es la realización de una investigación en el tema desde un enfoque cualitativo, donde se pueda ahondar en los motivos que los pacientes tienen para sostener que las atenciones recibidas en los Cesfam resuelven sólo parcialmente sus problemas de salud.

10. REFERENCIAS

Allen, L., Woolfolk, R., Escobar, J., Gara, M. & Hamer, H. (2006). Cognitive-Behavioral therapy for somatization disorder *Arch Intern Med.* 166, 1512-1518.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. ed.). Washington,DC, EE. UU.: Autor.

Barsky, A. J. and Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am. J. Psychiatry*, 140, 273- 283.

Barsky, A., Orav, M. & Bates, A.J. (2005). Somatization increases Medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 62, 903-910.

Beyebach, M. (2006). 24 ideas para una psicoterapia breve. Herder. Barcelona, España.

Dickinson, M., Dickinson L., de Gruy F., Main D., Candib L.& Rost K. (2003). A randomized Clinical Trial of a Care Recommendation letter intervention for somatization in primary care. *Annals of family medicine* 4, 228-235

Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención medica. Ediciones científicas. La prensa medica mexicana S.A.

Brazier, J., Harper, R., Jones, N., Thomas, K., Usherwood, T & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care, *BMJ*; volume 305.

Corporación de Salud y Políticas Sociales (1999). Capacidad resolutive de redes descentralizadas de atención de salud. Santiago, Chile. corsaps@reuna.cl

Figueroa, F. y Muñoz, R. (2011). Capacidad resolutive y trabajo en equipo, factores de la calidad de atención. Modulo I: Tendencias en salud pública; Diplomado en Salud Publica y Salud Familiar. Universidad de Concepción.

Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J. y Escalona, R. (2002). Somatización, aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40; 47-55.

García-Campayo, J., Sanz Carrillo, C. & Montón, C. (1999). Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): reacciones del profesional y tipos de relación. *Med. Clin.*, 112, 147-150

García-Campayo, J. (2007). Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Rev. Esp. Sanid. Penit.*; 9: 84-91.

Guthrie E, Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson, B. & Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 519-26.

Infante, A. (2011). Crisis del Modelo de Atención: ¿tiene salida? Revista Chilena de Salud Pública, Vol 15 (2).

INSALUD, (2001). Los equipos de atención primaria: propuestas de mejora. Madrid.

Jiménez, D. y Saiz, J. (2002). Tres formas de somatización en pacientes psiquiátricos ambulatorios: un estudio comparativo. Psiquiatría Biológica, 1; 3-12.

Guthrie E, Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson, B. & Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. Arch Gen Psychiatry, 56: 519-26.

Kirmayer, L. y Robbins, J. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-ocurrence, and sociodemographic characteristics. Journal of Nervous and Mental Disease. 179; 647-655.

Noguera, E., Bayona, H. y Dávila, A. (2007). Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización. Revista Colombiana de Psiquiatría., vol. XXXVI, N°2.

Lipowsky, Z. (1998). Somatization: the concept and its clinical application. Am. J. Psychiatry, 145; 1358-1368.

Organización Mundial de la Salud (2003) Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª. Ed.).

Papalia, D., Olds, S. y Duskin, R. (2004). Desarrollo humano. Mexico D. F.: McGraw-Hill.

Quiroz, E. (2004). Cuadernos de psiquiatría comunitaria y salud mental para la atención primaria de salud N°4: Manejo de salud mental del paciente somatizador en la atención primaria de salud. Universidad de Santiago de Chile.

Román, O. (2011). Resolución clínica en la atención primaria de la salud. Revista Médica de Chile.

Rief, W. & Sharpe, M. (2004). Somatoform disorders: new approaches to classification, conceptualization and treatment. *J. Psychosom Res.* (54), 387-90

Schade, N. y Torres, P. (2007). Manual de consejería familiar en salud. Cosmigonon Ediciones. Concepción, Chile

Schade, N., Beyebach, M., Torres, P. y González, A. (2009). Terapia familiar breve y atención primaria: un caso de trastorno somatomorfo. *Terapia Psicológica*, 27; 239-246.

Schade, N., González, A., Beyebach, M. y Torres, P. (2010). Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48; 20-28.

Segovia, I. (2010). Potenciando el Recurso Médico en la Atención Primaria.

Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Universidad de Chile.

Servan-Schreiber, D., Randall, N. y Tabas, G. (2000). Somatizing Patients: Part I.

Practical Diagnosis. *Am. Fam. Physician.*; 61:1073-8.

Servicio de Salud Maule (2009). Convenio Programa de Resolutividad en Atención

Primaria.

Smith, G., Rost, K. & Kashner, T. (1995). A trial of the standardized psychiatric

consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen psychiatry*, 52(3):238-43.

Zegarra, H. y Guzmán, R. (2007). Trastorno de Somatización. *Revista Pacheña de*

Medicina Familiar, 4; 244-148.



11. ANEXO N° 1
PAUTA DE COTEJO ATENCION PACIENTES CON TRASTORNO
SOMATOMORFO EN APS

Ps. Marcela Riquelme

*Se consideran los datos de los últimos seis meses de atención.

DATOS DEMOGRAFICOS

NUMERO PACIENTE	SEXO		EDAD	N° FICHA
	Femenino	Masculino		
OCUPACION		ESCOLARIDAD	CESFAM	

DATOS DE LA CONSULTA Y TRATAMIENTO

PROFESIONAL A QUIEN CONSULTA MÁS	Profesional			Número de Consultas	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES	Motivo Consulta			Número de Consultas	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
SINTOMAS MÁS FRECUENTES	Síntomas Señalados				
	1		6		
	2		7		
	3		8		
	4		9		
	5		10		
DIAGNOSTICOS SEÑALADOS EN FICHA	Diagnóstico			Fecha	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

DERIVACION INTRACESFAM (¿A QUÉ PROFESIONAL?)			
No	SI (Señalar profesional a quien se deriva)	Fecha	
1			
2			
3			
4			
5			

INTERCONSULTA ESPECIALIDADES			
No	SI (Señalar Especialidad)	Fecha	
1			
2			
3			
4			
5			

EXAMENES 2012 (¿CUALES?)			
No	SI (Tipo de Examen)	Fecha	
1			
2			
3			
4			
5			

MEDICAMENTOS INDICADOS (¿Cuáles?)	Medicamentos			
	1		6	
	2		7	
	3		8	
	4		9	
	5		10	

ALTAS A TRATAMIENTOS	Alta por fin de tratamiento		Alta Administrativa	
	Tratamiento	Fecha	Tratamiento	Fecha

CANTIDAD DE ATENCIONES MENSUALES ULTIMOS SEIS MESES					
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

12. ANEXO N° 2

ENCUESTA DE RESOLUTIVIDAD USUARIOS CESFAM

Soy alumna tesista del Magister de Psicología Mención Salud de la Universidad de Concepción y estamos realizando un estudio sobre la Resolutividad de los Centros de Salud Familiar de Chillán.

Vamos a hacerle una serie de preguntas. No existen respuestas mejores o peores, para nosotros es muy importante su opinión.

Frente a cada una de las conductas que aparecen a continuación y en relación a su grado de percepción de resolución de sus problemas de salud marque con una **cruc** en la tabla la alternativa que mejor refleja su opinión:



ALTERNATIVAS	Nunca	Rara Vez	A Veces	Con frecuencia	Siempre
El profesional y el equipo de salud que me atienden me explican de forma sencilla el problema que tengo					
El equipo de salud me da tratamiento que resuelve mi problema					
El equipo de salud me solicita una serie de exámenes que permite resolver el problema					
Encuentro en el centro de salud la ayuda que busco					
El profesional que me atiende resuelve mis problemas					
El equipo de salud me ha derivado a los especialistas del hospital					

Muchas gracias por su cooperación.

ENCUESTA DE RESOLUTIVIDAD USUARIOS CESFAM

Datos del Usuario: _____ Número: _____

SEXO: Mujer _____ Hombre _____ EDAD: _____

Ocupación: _____ Número de Ficha: _____

Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____

Estado civil: casado (a) _____ conviviente/pareja _____
 soltero (a) _____ anulado(a) _____
 separado (a) _____ viudo (a) _____

Número de hijos: _____

Con quien vive: _____

Desde cuando usted es paciente de este centro de salud: _____

Con que frecuencia consulta usted: Una vez al mes _____ Cada pocos meses _____
 Varias veces al mes _____ Una vez al año _____



13. ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha invitado a participar y colaborar en un estudio sobre resolutiveidad de los centros de salud de atención primaria de la comuna de Chillán.

Entiendo que mi colaboración implica participar en una entrevista donde responderé a una encuesta sobre el tema anterior, que durará 20 minutos y se realizará en la sala de espera del Cesfam. Las respuestas de la encuesta se registraran en la pauta creada para ello. Además, autorizo al equipo de investigación para que accedan a mi ficha clínica para obtener la información que requiera esta investigación.

Toda la información acerca de mi persona será confidencial, sólo conocida por el equipo de investigación.

Los datos que genere esta investigación serán analizados y publicados sin dar a conocer mi identidad.

Sé que puedo negarme a participar y retirarme en cualquier momento, sin expresión de causa.

La información que proporcione será usada únicamente con fines de investigación para lograr mayor conocimiento y aportar con esta información a una mejoría en la forma de atención de los centros de salud familiar.

Firma

10 de Diciembre de 2012

14. ANEXO N° 4

CARTA DE SOLICITUD

Sra. Ximena Meyer
Directora Salud Municipal Chillán
Presente

Junto con saludarle, quisiera comunicar que soy tesista del Magister en Psicología mención Salud, de la Universidad de Concepción; además de Psicóloga del Cesfam Isabel Riquelme de Chillán, y que me encuentro en el proceso de finalización de mis estudios.

Es por ello que me dirijo a usted, para solicitar su autorización para acceder a la ficha clínica de alrededor de 30 pacientes, usuarios de tres de los Cesfam de la comuna de Chillán, con fines de investigación académica.

Mi proyecto de tesis “Resolutividad en APS con pacientes con Trastorno Somatomorfo: un estudio piloto en la comuna de Chillán”, implica la participación de al menos 30 usuarios de los centros seleccionados que presenten Trastorno Somatomorfo, esto a través de una pauta de cotejo y un encuesta de resolutividad creadas para ello. Se adjuntan ambos documentos.

Los centros de salud seleccionados son: Cesfam Isabel Riquelme, Cesfam Los Volcanes y Cesfam San Ramón Nonato.

En espera de su respuesta y agradeciendo por su atención.

Chillán, 14 de Diciembre de 2012

Marcela Riquelme Iribarra
Psicóloga
Tesista Magister en Psicología mención Salud, Universidad de Concepción.

15. ANEXO N°5
PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDAD	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Tomar contacto con DISAMU Chillán y CDA de Cesfam seleccionados	X				
Aplicación piloto de encuesta y pauta		X			
Entrenar a grupo de ayudantes		X			
Tomar contacto con la muestra			X		
Aplicación de Encuesta y Carta Consentimiento			X	X	
Recolectar la información de Ficha Clínica			X	X	
Análisis de los datos					X

