

GESTIÓN EN SALUD MENTAL: CONCILIANDO A CLÍNICOS Y GESTORES.

Carlos Cruz¹ , Andrea Vacarezza² , Edgardo Pérez³

RESUMEN

En el presente trabajo se busca dar cuenta de una aproximación al concepto de calidad en salud mental. Se describen brevemente los esfuerzos realizados por reunir información común y relevante para clínicos y gestores.

La investigación se basa en el uso de un sistema de información clínico, utilizado internacionalmente, llamado RAI (Resident Assessment Instrument). Este sistema recolecta información del paciente, basándose en las habilidades del clínico para evaluarlo y tratarlo. Permite obtener mediciones de resultados y de costos, lo que proporciona información respecto a la calidad del tratamiento y respecto a los recursos necesarios, de acuerdo a la complejidad de cada caso.

Se describe un estudio piloto realizado en Chile el año 2006, con 50 pacientes (25 de una unidad de hospitalización y 25 ambulatorios). Este estudio da cuenta del perfil de los pacientes y del tratamiento otorgado y refleja las características y utilidad de este sistema en un país latinoamericano.

Palabras Claves: InterRAI; evaluación de calidad; Salud Mental.

MENTAL HEALTH MANAGEMENT: CONCILIATING CLINICIANS AND MANAGERS

ABSTRACT

This paper presents an approach to the concept of quality in mental health activities. A brief description of the efforts to gather relevant and common clinical data useful to clinicians as well as to managers is presented.

The core of this presentation is centered in an international clinical system of information named RAI (Resident Assessment Instrument) that facilitates the use of skills of clinicians to evaluate and treat patients connected with the measurements of their outcomes. Indicators of quality to the managers are generated with the use of this data. Besides, it gives an idea of the amount of resources needed to treat specific groups of patients.

Finally, a pilot study done in Chile during 2006 is described. In this, 50 patients were evaluated (25 from hospital unit and 25 from an ambulatory unit), and it gave an overview of the patients and the treatments given to them. Also, it highlights the characteristics and utility of this system in a latinamerican country.

Key Words: InterRAI; Quality measurement; Mental Health.

1 Médico psiquiatra, Magister en Salud Pública, Docente Universidad Adolfo Ibáñez. Director Cosam Lo Barnechea. Luis Thayer Ojeda Norte 0130 oficina 607 Providencia. carlosacruzmar@hotmail.com

2 Psicóloga, Magíster © en psicología clínica. Psicóloga Cosam Lo Barnechea. Guardia Vieja 181. of. 606. avacarez@gmail.com

3 M.D., MPH. Clinical Professor of Psychiatry, U. of Toronto, McMaster and Ottawa. CEO and President, Homewood Health Center: 150 delhi st, guelph, ont, canada, n1e6k9 Email: pereeedge@homewood.org.

Dirección de correspondencia: Luis Thayer Ojeda Norte 0130 oficina 607. Providencia

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas existe un creciente interés y preocupación por la salud mental en Chile y el mundo. Diversos investigadores nacionales han precisado el perfil epidemiológico de los trastornos psiquiátricos (5,18). Por otra parte, si bien el desarrollo de criterios diagnósticos estandarizados se ha aceptado universalmente como herramientas útiles y confiables en la clínica y la investigación (DSM-IV y CIE-10), en los últimos años el debate se ha centrado en la adecuada asignación de recursos a estos pacientes y su eficiente utilización (16,4).

Hemos planteado la necesidad de conceptualizar la atención en salud mental como un proceso, con entradas y salidas o productos, donde cada etapa es susceptible de ser analizada e intervenida (11,1). Estas ideas nos hacen plantear que los pacientes son de diversa complejidad, no sólo en términos en su patología, sino también en sus expectativas y necesidades de atención (5,14).

El desafío actual es como obtener información útil para tales propósitos. Una primera dificultad es su definición: habitualmente nos encontramos con que distintos grupos clínicos concentran su atención en distintas variables. En este sentido el desarrollo de bases de datos flexibles como la que ha desarrollado la Fundación Lundbeck (12) permite recolectar de manera más uniforme información básica. Al mismo tiempo se acerca a lo que hoy llamamos círculos de calidad: compartir y comparar entre grupos de terapeutas los resultados obtenidos con sus intervenciones. Un paso adicional que proporciona esta base es que favorece la comunicación internacional y la creación de un estándar de calidad para las actividades clínicas.

Sin embargo, para el gestor de servicios clínicos puede resultar de mayor valor otros datos que se acerquen más a su perspectiva global de evaluación de calidad. Finalmente, el financiador de estos servicios pondrá énfasis en los costos y el uso de los recursos que se entregan al prestador.

Es en este proceso donde un sistema que permita

aunar criterios e intereses de grupos que trabajan en torno a pacientes cobra importancia.

En Diciembre de 1996, el comité de políticas y planificación de Ontario (Ontario, Join Policy and Planning Comittee, JPPC), miembro del Ministerio de Salud de Ontario y de la Asociación de Hospitales de Ontario, junto con un consorcio internacional de investigadores, conocidos como InterRAI, comenzaron a trabajar en busca de respuestas frente a los cambios y dificultades existentes en el área de la Salud Mental (7,8).

El RAI o Resident Assessment Instrument es una herramienta que permite la evaluación de las personas con problemas médicos, aunando datos útiles para el clínico, el gestor y el financista. El equipo InterRAI, formado por más de 40 investigadores y clínicos de 26 países de Norteamérica, Europa, la Cuenca del Pacífico y el Medio Oriente, ya contaba con amplia experiencia en la creación de instrumentos de evaluación tales como: RAI-NH (Nursing homes o instituciones), RAI-HC (Home Care ó domiciliario), RAI-PAC (Post acute ó post agudos). El nombre de InterRAI surge como una manera de denominar a este sistema internacional de evaluación que consta de una serie de instrumentos, mencionados previamente.

Clínicos e investigadores de Canadá, Estados Unidos, Gran Bretaña, Noruega y Japón, se vieron involucrados en la creación de RAI para Salud Mental (RAI-MH en inglés), intentando crear un instrumento que fuera compatible con los instrumentos RAI desarrollados anteriormente y que permitiría planificar los cuidados, mejorar la calidad, hacer mediciones de salidas o resultados y planificar fondos para pacientes que requieren altos montos de recursos (case mix based funding) (9).

El RAI-MH es un instrumento amplio y estandarizado para evaluar las necesidades, fortalezas y preferencias de los pacientes psiquiátricos. Este instrumento promueve una evaluación centrada en la persona; utiliza las habilidades de observación del clínico e incorpora la información proveniente de múltiples fuentes,

incluyendo preguntas directas al paciente, preguntas a los profesionales a cargo, una observación del paciente en el entorno de salud mental y la revisión de los documentos disponibles. El RAI-MH no entrega planes automáticos de tratamiento, este instrumento tiene como objetivo organizar la información para apoyar las decisiones que hacen los clínicos, no para remplazarlas.

El RAI-MH está formado por un Set Mínimo de Datos de Asistencia en salud mental (MDS-MH) y por Protocolos de Evaluación de la Salud Mental (MHAPs):

- **El Set Mínimo de Datos de la Salud Mental (MDS-MH):** es el instrumento de valoración que le permitirá al proveedor del servicio poder valorar múltiples situaciones claves del estado funcional, físico y mental, así como de la ayuda social y el uso de los recursos. Los ítems de este instrumento describen la actuación y capacidad del paciente en una serie de áreas. No es un cuestionario con el objetivo de analizar las características de la población, ni tampoco pretende incluir toda la información necesaria para constituir un plan de atención (7)
- **Protocolos de Valoración de la Salud Mental (MHAPs):** Como los otros instrumentos RAI, el RAI MH incluye ítems “desencadenantes” (triggers) que indican la presencia o el inminente riesgo de un problema que afecta la capacidad del paciente de funcionar de forma independiente. Estos ítems gatillantes se asocian a algoritmos clínicos, los cuales están incluidos en los Protocolos de Valoración de salud mental (Mental Health Assessment Protocols, MHAPs). Cada MHAP señala los “desencadenantes” que sirven para asociar al paciente con determinado problema, entregan información con respecto al problema, señalan preguntas que pueden hacerse al paciente para obtener más información y sugieren intervenciones que pueden usarse en caso que la presencia del problema se confirme Actualmente hay 28 MHAPs que responden a las necesidades del paciente en diferentes situaciones (**Ver anexo N° 1**).

En la actualidad se dispone de 3 instrumentos en el área de la salud mental: el de tamizaje psiquiátrico en crisis, para las situaciones de urgencia que requieren una evaluación del riesgo en el que se encuentra el paciente; el de Salud Mental para pacientes psiquiátricos en servicios cerrados y el de Salud Mental Comunitaria para pacientes ambulatorios. El primero y el último tienen la validación de lenguaje para nuestro país. Estos tienen en común, además, que sus ítems son compartidos, estando el primero incluido en el segundo y éste en el tercero, de modo que la información se integra a medida que la persona transita por los diferentes servicios.

Surge entonces la primera pregunta ¿Cómo puede ayudar el interRAI en Salud Mental a la integración de la atención?

Primero, porque proporciona una terminología homogénea; segundo, evaluando ítems centrales comunes a cada instrumento (por ejemplo, cognición, actividades de la vida diaria [ADL], depresión); tercero, posee una base conceptual común: los problemas funcionales sobre el diagnóstico del paciente y cuarto, tiene un método común de evaluación/recogida de datos.

¿Qué tipo de protocolos clínicos usa el InterRAI en Salud Mental?

Entre muchos incluye los siguientes, a modo de ejemplos:

- Violencia/Actividad criminal
- Auto-cuidado: Evaluación de actividades de la vida diaria y cognición
- Desempeño de roles: Función social e Integridad decisional
- Recursos sociales: Sistemas de apoyo con los que cuenta el paciente
- Supervisión psiquiátrica: Disposición de recursos al alta
- Uso de drogas: Evaluación de conductas adictivas
- Problemas de salud y funcionales: Nutrición, salud oral y dolor, así como trastornos de la comunicación.

Sin embargo, es fundamental destacar que éstos son sólo guías para el clínico y es él quien define que abordar y cómo hacerlo en un paciente dado. Los protocolos ayudan al personal a la identificación de un problema y a la posibilidad de concentrarse en las oportunidades, como el impedir el deterioro del paciente o apoyar sus fortalezas.

¿Qué utilidad tiene para la actividad del clínico adicionalmente?

El instrumento contiene una serie de escalas clínicas, cuya validación se espera continúe realizándose. Como ejemplos de medición de resultados para el clínico esta el uso de las Escalas de funcionalidad cognitiva, de depresión, de actividades de la vida diaria, de síntomas positivos, de riesgo suicida, que al ser aplicadas antes y después de la intervención permiten valorar el efecto de ésta.

¿Permiten medir calidad de los procesos terapéuticos?

La ventaja del sistema InterRAI es que esta pensado para el gestor también, y así le entrega indicadores tales como:

- Intentos de suicidio en los dispositivos
- Índice de letalidad de los pacientes internados
- Conducta agresiva/disruptiva

Finalmente, el RAI ha diseñado, desarrollado e implementado un potencial sistema de pago que sea más equitativo, dependiendo de las características funcionales de los pacientes, y no solo basado en su diagnóstico.

Nuestro equipo, en ese momento liderado por el Dr. Ramón Florenzano, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador de Santiago, fue invitado a participar en el uso de estos instrumentos (10, 2). Para tal efecto recibimos un entrenamiento en Abril de 2005, junto a otros profesionales del Servicio, incluyendo a los de la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía (UHCE) y del Hospital de Día (HD).

Con este propósito se diseñó un estudio piloto para

evaluar la utilidad y aceptabilidad de uno de los instrumentos InterRAI canadiense, el de uso hospitalario (InterRAI-Salud Mental) que entrega información clínica relevante y activa protocolos para el cuidado del paciente.

Material y Métodos:

Se aplicó una versión española no validada, a una muestra seleccionada por conveniencia, que incluyó a pacientes de la Unidad de Corta estadía (n=25) y de hospital diurno (n=25).

La información clínica fue revisada e ingresada al formulario que está disponible en la página Web de la Universidad de Waterloo, lo que permitió su envío vía internet, desde donde se extrajo información instantánea de los pacientes (puntajes de escalas clínicas y protocolos activados). La información se procesó con el paquete estadístico SPSS versión 13.0. Se observó consistencia interna de la información ingresada en las distintas áreas del instrumento.

Además, se realizó la comparación con otras muestras internacionales para estimar cuan sesgada podía ser la muestra analizada por nosotros. Se usaron basa de datos de Canadá y EE.UU.

Resultados:

Hubo predominio de mujeres (60%) con edad promedio de 38,9 años; 14% de los pacientes estaban casados y sólo un 22% de ellos tenía trabajo.

En relación al motivo de hospitalización, en la UHCE fue más frecuente el peligro para sí mismo (88%, $p=0,001$), en tanto en el Hospital Diurno lo fue el consumo de alcohol o drogas (64%, $p=0,011$). En ambos grupos la presencia de síntomas psiquiátricos severos fue alta (87% en la UHCE y 72,7% en Hospital Diurno).

Al evaluar las capacidades del paciente se apreció que la mayoría podía autorizar su tratamiento, aunque en la UHCE hubo mayor dificultad para aportar información que en los pacientes del

Hospital Diurno (59,1% versus 100%; $p<0.01$). Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos

afectivos (56%), abuso de sustancias (44%) y psicosis (28%) (Tabla N°1).

TABLA N° 1
Diagnóstico provisorio en una muestra de pacientes psiquiátricos, según unidad de procedencia: Hospitalizados (UHCE) y ambulatorio (H. Día) (n = 50)

Diagnóstico provisorio (%)	TOTAL	UCE	H. Día
Trastornos afectivos	56.0	68.0	44.0
Trastornos por uso de sustancias	44.0	32.0	56.0
Esquizofrenia/otras psicosis.	28.0	28.0	28.0
Trastornos ansiosos	14.0	24.0	4.0
Delirium/Demencia	14.0	16.0	12.0
Trastornos del control de impulsos.	8.0	4.0	12.0
Trastornos de personalidad	68.0	64.0	72.0

Escalas:

Como ya lo señalamos previamente, el instrumento contiene varias escalas clínicas abreviadas, que incluye la escala DRS (Depression Rating Scale), que es un instrumento de tamizaje para trastornos depresivos, cuyos puntajes superiores a 3 indican un probable trastorno (5). En la UHCE se observaron puntajes más altos que en Hospital Diurno (84% vs. 60%)

Para la detección del abuso de sustancias, se usó una escala basada en el modelo CAGE y que varía entre 0 y 4. Un puntaje de dos o más indica una potencial adicción. El Hospital Diurno duplicó los puntajes de 2 o más en relación a la UHCE (48% vs. 24%).

Para precisar las alteraciones conductuales se usó la escala de conducta agresiva (ABS), que se basa en la presencia de 4 conductas: abuso verbal, abuso físico, conducta socialmente inapropiada y resistirse al cuidado. Sus puntajes varían entre 0 a 12. Puntajes altos indican mayor agresividad. El Hospital Diurno cuadruplicó el puntaje promedio en relación a la UHCE: Promedio (DS) =2,4(0.8) vs. 0,6 (1.0).

Se aplicaron, además, escalas abreviadas de síntomas psicóticos positivos y negativos. (PSS y NSS), cuyos rangos varían entre 0 y 8 (a mayor puntaje mayor gravedad). Un tercio de los pacientes presentó puntajes superiores a 4 en la escala de síntomas negativos (NSS), indicando el compromiso psicótico de éstos.

Un aspecto interesante del RAI-SM es que evalúa la funcionalidad del paciente (capacidades del paciente para desenvolverse por sí mismo), en términos de entender y comunicarse (según escala CPS o Cognitive Performance Scale, que evalúa memoria de corto plazo, habilidades cognitivas para las decisiones diarias, comunicación expresiva y comer, validada contra MMSE), y en la realización de tareas cotidianas. Los puntajes más altos reflejan mayor restricción en la autonomía del paciente. En general, los pacientes del Hospital Diurno presentaron una mayor incapacidad para su desempeño independiente.

11 de 28 protocolos de orientación terapéutica se activaron en más de la mitad de los casos: conductas clínicas severas (auto-agresión, adicción), asociado

a factores socio-económicos deficitarios resumen el perfil clínico de estos pacientes. Se apreciaron

notables diferencias entre las dos unidades estudiadas (**Ver Tabla N° 2**).

TABLA N° 2
Tipo y porcentaje de activación de protocolos según Unidad de procedencia de paciente: Hospitalizados (UHCE) y ambulatorio (H. Día) (n =50)

Protocolos activados (%)	UHCE	Hospital Diurno	p
Autoagresión	95,7	54,6	0,001
Rehabilitación vocacional	22,7	47,8	0,001
Estado económico	65,2	90,9	0,038
Puerta giratoria	0	18,2	0,032
Cognición	52,2	86,4	0,013
Autonomía decisional	78,3	88,9	0,020

Así, al formular las áreas terapéuticas ofrecidas a los pacientes, este estudio mostró que en la UHCE predomina la reintegración comunitaria de los pacientes, mientras que el Hospital Diurno centró

sus esfuerzos en la rehabilitación psicosocial, mejorar el funcionamiento familiar, manejo conductual de los problemas y el abordaje de los problemas de alcohol y drogas (2) (**Ver Tabla N° 3**).

TABLA N° 3
Foco de intervención en pacientes psiquiátricos hospitalizados (UHCE) v/s ambulatorios (H. Día) (n = 50)

Ofrecida/Recibida (%)	TOTAL	UHCE	H. Día
Reintegración comunitaria	54.0	64.0	44.0
Funcionamiento familiar/social	86.0	76.0	96.0
Rehabilitación Psicosocial	58.0	32.0	84.0
Desintoxicación	40.0	16.0	64.0
Programa alcohol/Drogas	40.0	20.0	60.0
Manejo de agresividad	34.0	12.0	56.0
Manejo conductual	50.0	20.0	80.0
Estrés post-traumático	18.0	16.0	20.0

En cuanto a la comparación con otras muestras, los pacientes incluidos en éstas eran similares en edad (<40%) y estado marital (casados <25%). Chile tuvo la proporción más alta de mujeres (3/4) y Canadá la menor (2/4). En la muestra chilena la diferencia puede explicarse por el hecho que en

los dispositivos clínicos que se incluyeron, uno de ellos no dispone de camas para hombres. El otro dispositivo sólo tiene hospitalizaciones voluntarias y generalmente reciben pacientes con trastornos de personalidad e intento de suicidio. Además, estos hechos dan cuenta del perfil diagnóstico del

eje II observado en la muestra.

A lo menos el 50% de los pacientes fueron ingresados debido a que constituían un peligro

para sí mismos (89% en la muestra de Estados Unidos), y en menor grado debido a conductas adictivas o peligro para terceros, sin ser excluyentes estas categorías (**Ver Tabla N° 4**).

TABLA N° 4
Comparación de tres muestras internacionales según características sociodemográficas y clínicas.

Características de las muestras	Canadá	Chile	E. Unidos
Tamaño muestral	28.918	50	98
Edad (promedio)	43.4	40.4	41.5
Género (% hombres)	48,7	19.6	29.6
Casados (%)	25.1	23.9	26.8
Ingreso paciente (involuntario)	26.8	8.7	14.3
Razones para ingresar:			
Peligro para sí mismo	49.8	73.9	89.8
Peligro para terceros	20.1	26.1	10.2

En la comparación según patologías, en el Eje I los grupos diagnósticos más frecuentes (mayor del 10%) fueron similares en todas las muestras: trastornos del ánimo, psicosis, trastornos relacionados con el uso de sustancias y de ansiedad,

con la excepción de la muestra chilena que adicionalmente el trastorno por control de impulsos fue relevante y que probablemente se explica por las características de los dispositivos mencionadas anteriormente (**Tabla N° 5**).

TABLA N° 5
Diagnóstico provisorio en tres muestras internacionales de pacientes psiquiátricos internacionales (Canadá, Chile y Estados Unidos)

Diagnóstico provisorio (%)	Canadá	Chile	Estados Unidos
Trastornos afectivos	54.7	67.4	93.9
Trastornos por uso de sustancias	23.7	30.4	3.7
Esquizofrenia/otras psicosis.	37.1	32.6	17.5
Trastornos ansiosos	11.0	15.6	26.8
Delirium/Demencia	4.0	2.2	2.1
Trastornos del control de impulsos.	1.9	11.1	1.0
Trastornos de personalidad	12.0	47.7	13.7

La muestra de Estados Unidos mostró la mayor frecuencia de trastornos afectivos y ansiosos y la menor en los relacionados al uso de sustancias.

Los trastornos de personalidad estuvieron presentes en la muestra chilena cuatro a diez veces más que

en los otros países. (47,7%).

Para el análisis se presentan los 12 protocolos más activados en las muestras (50% o más) (**Tabla N° 6**).

TABLA N° 6
Protocolos activados (%) en tres muestras internacionales de pacientes psiquiátricos hospitalizados (Canadá, Chile y Estados Unidos)

Protocolo activado (%)	Canadá	Chile	Estados Unidos
Adherencia	81.4	78.3	91.8
Recursos al alta	79.1	78.3	73.5
Autonomía Decisional	77.9	87.0	91.8
Funcionamiento social	63.7	76.1	70.4
Autoagresión	67.1	84.8	92.9
Cognición	51.8	60.9	38.8
Conductas adictivas	62.8	80.4	66.3
Estado económico	60.9	80.4	80.6
Conflicto Interpersonal	45.0	73.9	61.2
Abuso por terceros	36.8	50.0	73.5
Estrés del cuidador	39.9	67.4	58.2
Nutrición	31.8	43.5	50.0

En la muestra estadounidense se observaron la mayor frecuencia de protocolos activados por pacientes (5/12).

Sin embargo, los primeros tres protocolos fueron similares en todas las muestras, mientras que en otros hay mayor frecuencia en los pacientes chilenos y estadounidenses en comparación con Canadá, como es el caso del estado económico y los conflictos interpersonales.

Discusión:

Si bien se trata de un estudio piloto con una muestra por conveniencia y sin validación del instrumento, la apreciación de los clínicos coincidió con los resultados arrojados por el sistema RAI.

Al comparar estos resultados con otras muestras, una de ellas de gran tamaño, ilustran el punto que, combinados con los diagnósticos psiquiátricos, los otros indicadores de salud mental recogidos por el instrumento InterRAI salud mental, proporcionan una visión más panorámica y completa del perfil de los pacientes hospitalizados en servicios psiquiátricos de diversos países, así como las diferencias existentes entre ellos.

Asimismo, los protocolos clínicos mostraron similitudes por el hecho que los más activados fueron comunes a todas las muestras (12/28), aunque con diferentes énfasis dependiendo del grupo de pacientes en cuestión.

Además, cabe destacar que el instrumento permite

tener una mirada más objetiva a la del propio paciente: en una comparación entre el RAI-SM y el OQ-45 (3), realizada a partir de la misma muestra de pacientes estudiados en el Servicio de Psiquiatría, sólo observamos concordancia estadísticamente significativa en la apreciación de síntomas, no así en las relaciones interpersonales y rol social (enviado a publicación).

Cualitativamente, en la UHCE el uso del instrumento fue visto como una sobrecarga por los clínicos y la información aportada resultó de poca utilidad dada la breve estadía de los pacientes. En el Hospital Diurno, el instrumento permitió una mejor sistematización de la información y reconocer aspectos que se escapan a la observación rutinaria.

Lo anterior es corroborado por los investigadores canadienses, en el sentido de que es necesario vencer una inercia institucional y crear “cultura de manejo sistemático de datos clínicos”. Por otra parte, la instauración de este modelo puede ser percibido por los profesionales como un modo de control y evaluación que revele deficiencias en su trabajo.

Retchin y cols. refieren que, al analizar estándares de servicio clínico en centros académicos, el 53% de ellos carecía de procedimientos formales (17). Más aun, debe considerarse que, en términos de Grol, “la introducción de procedimientos a menudo no cambia la conducta clínica” (6). McDonald describe, en un estudio cualitativo con equipos quirúrgicos, que mientras las enfermeras adhieren y se tranquilizan con el uso de protocolos “los médicos rechazan las reglas escritas y, en cambio adhieren a reglas implícitas lo que constituye una conducta aceptable para los miembros de la profesión médica” (13). Concluye que en el futuro debe profundizarse en la comprensión de estas reglas no escritas que gobiernan las conductas de sus miembros para integrarlas a las políticas de calidad.

Estos resultados surgen de un estudio en pequeña escala que necesitan ser replicados y que podrían facilitar la implementación de este sistema de información en otros servicios de la Región Metropolitana y en el resto del país (15). Sería

deseable realizar un estudio a mayor escala evaluando otras poblaciones clínicas y vincular mediciones del proceso y de la utilización del servicio (antes y después).

Hacia el futuro, hay muchos desarrollos importantes para el RAI-SM. Se espera hacer una mayor cantidad de estudios de validez y confiabilidad; se ha iniciado un programa internacional de investigación para hacer evaluaciones transculturales y transnacionales; investigadores con otros idiomas han comenzado con los esfuerzos de traducción del instrumento, de modo de poder hacer uso de él en otros países para comparar los servicios de salud mental en función de un mismo tipo de información.

ANEXO N° 1

ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA DEL FORMULARIO INTERAI SALUD MENTAL

- SECCION A. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN
Ejemplos: nombre, género, fecha de nacimiento, estado civil, modo de convivencia, inestabilidad de la vivienda
- SECCION B. ANTECEDENTES E HISTORIA INICIAL
Ejemplos: razones para su admisión, uso de servicios de salud mental
- SECCION C. INDICADORES DEL ESTADO MENTAL
Ejemplos: trastornos de ánimo, ansiedad, psicosis
- SECCION D. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y CONDUCTA DESAJUSTADA/ INCONTROLABLE
Ejemplos: uso de alcohol, drogas inyectables, pautas de consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en los últimos 90 días
- SECCION E. AGRESIÓN HACIA SI MISMO Y A OTROS
Ejemplos: ideas o intento de hacerse daño a si

mismo, otros indicadores de auto agresión, violencia, desajuste conductual severo, antecedentes de encarcelamiento.

- SECCION F. COMPORTAMIENTO/CONDUCTA

Ejemplos: agresión verbal o física, conducta socialmente inapropiada, conducta sexual públicamente inaceptable, resistencia al cuidado

- SECCION G. COGNICIÓN

Ejemplos: habilidades cognitivas para la toma diarias de decisiones, memoria/capacidad para recordar, cambios graves en el estado mental en comparación con su funcionamiento normal.

- SECCION H. ESTADO FUNCIONAL O FUNCIONALIDAD BÁSICA

Ejemplos: capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (aivd), capacidad de realizar actividades de la vida diaria (avd), total de horas de ejercicio o actividad física realizado en los últimos 3 días.

- SECCION I. COMUNICACIÓN Y VISION

Ejemplos: capacidad para hacerse entender (expresarse), habilidad para entender a otros (comprensión), audición y visión.

- SECCION J. CONDICIONES DE SALUD

Ejemplos: auto – evaluación de la salud, frecuencia en problemas de salud tales como cardíacos, gastrointestinales, disnea, fatiga, síntomas dolorosos, problemas en la piel o en los pies.

- SECCION K. EVENTOS ESTRESANTES Y TRAUMATICOS

Ejemplos: grave accidente o invalidez física, preocupación por la salud de otra persona, muerte de un familiar o amigo cercano, problemas con la custodia de hijos, nacimiento o adopción, conflictos problemas de pareja incluyendo divorcio.

- SECCION L. MEDICAMENTOS

Ejemplos: lista de todos los medicamentos, en

los últimos 90 días intencionalmente usó de manera inapropiada medicamentos ya sea recetados o no requieren receta, dejo de tomar en los últimos 90 días los medicamentos psicofarmacológicos debido a los efectos secundarios.

- SECCION M. USO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO Y TRATAMIENTO

Ejemplos: cuidado formal, tipo de tratamiento, foco de intervención.

- SECCION N. ESTADO NUTRICIONAL

Ejemplos: altura, peso, problemas nutricionales, presencia de posibles signos de trastornos de la alimentación en los últimos 30 días

- SECCION O. RELACIONES SOCIALES

Ejemplos: fuentes de apoyo claves, situación del cuidador de la persona, conflicto en las relaciones interpersonales, fortalezas personales.

- SECCION P. EMPLEO, EDUCACIÓN Y FINANZAS

Ejemplos: riesgo de desempleo o de abandonar estudios, finanzas.

- SECCION Q. EVALUACION DEL AMBIENTE

Ejemplos: ambiente del hogar, mugre, falta de seguridad personal.

- SECCION R. INFORMACION SOBRE EL DIAGNOSTICO

Ejemplos: DSM-IV categoría de diagnóstico provisional, diagnóstico médico.

- SECCION S. ALTA

Ejemplos: cuanto tiempo se espera que el paciente este recibiendo servicios y cuidado de esta unidad.

- SECCION T. INFORMACION DE LA EVALUACION

Ejemplo: firma de la persona coordinadora de la evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz C. Atención en salud mental: ¿Pacientes o clientes? En: Cruz C, editor. Los atributos del psiquiatra moderno. **Estudios en gestión y psiquiatría de enlace**. 1ª edición. Santiago de Chile: RIL Editores. p. 85-94. 2004
2. Cruz C., Florenzano R., Lara C., Vacarezza A., Hirdes J., Pérez E., Trapp A., Riedel K., Estudio piloto de aplicabilidad de un sistema clínico internacional de evaluación de calidad de atención en salud mental a pacientes psiquiátricos chilenos. **Acta Latinoamericana de Psiquiatría**, 6: 25-30. 2006
3. De la Parra, G. y Von Bergen, A. El instrumento OQ45.2 que mide resultados terapéuticos como herramienta de investigación psicoanalítica. En: **Revista Chilena de Psicoanálisis**. Vol. 17 (2): págs. 143- 156. 2000
4. Donabedian, Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care; Oxford University Press. 2003.
5. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. **Rev Méd Chile**, 126: 397-405. 1998
6. Grol R. Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. **International Journal for Quality in Health Care**, 12 (4): 297-304.2000
7. Hirdes, J.P., Fries, B.E., Morris, J.N., Steel, K., Mor, V., Frijters, D., LaBine, S., Schalm, C., Stones, M. J., Teare, G., Smith, T., Marhaba, M., Pérez, E., Jónsson, P. Integrated health information systems based on the RAI/MDS series of assessment instruments. **Healthcare Management Forum**,12: 30 – 40. 1999
8. Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Pérez, E., Curtin-Teledgi, N., Prendergast, P., Morris, J.N., Ikegami, N., Phillips, C., Fries, B.E. The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-Rater Reliability and Convergent Validity. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, 29 (4): 419 – 432. 2002
9. Hirdes, J. P., Marhaba, M., Smith, T. F., Clyburn, L., Mitchell, L., Lemick, R. A., Telegdi, N. C., Pérez, E., Prendergast, P., Rabinowitz, T., Yamauchi, K. Developments of the Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH). **Hospital Quarterly**, 4: 44 – 51. 2001
10. Hirdes, J. P., Pérez, E., Curtin-Teledgi, N., Prendergast, P., Morris, J. N., Ikegami, N., Fries, B., E., Phillips, C. **RAI-Salud Mental (RAI-MH) Manual de Instrucción y Versión Guía de Recursos 1.0 Toronto**: Queen's Printer for Ontario. 1999
11. Jiménez J.P., Florenzano R., Buguña C., Sarnoff R., Vega S. El sistema de servicios de atención de psicoterapia en Chile frente a los desafíos del presente y del futuro. Eds. CPU. **Estudios Sociales**, 79,(1): 85-115. 1994
12. Joubert A. PQM-Psychiatry Quality Measurement. **International Clinical Psychopharmacology**, 16 (3): S25-S33. 2001
13. Mcdonald R., Waring J, Harrison S., Walshe K. and Boaden R. Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. **Quality and Safety in Health Care**, 14:290-294. 2005

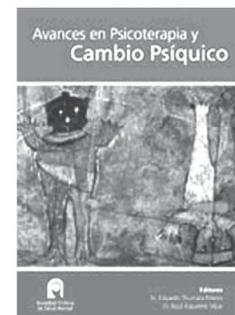
14. Mundi C., Cruz C., Rodríguez A. M., Aguirre P., Abarca M., Trapp A. Satisfacción en la atención de una población consultante a psiquiatría: Un estudio cuali-cuantitativo. En: Cruz C, editor. Los atributos del psiquiatra moderno. **Estudios en gestión y psiquiatría de enlace**. 1ª edición. Santiago de Chile: RIL Editores. p.137-160. 2004.
15. Narváz P., Álvarez N., Muñoz K. Instrumentos para evaluación de la calidad de la atención de salud mental en la red asistencial y establecimientos residenciales. Ediciones MINSAL 2006.
16. OMS-MINSAL. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, Santiago Chile 2006.
17. Retchin S., Perlin J., Clark R. Clinical service standards at academic health centers. **International Journal for Quality in Health Care**, 13 (3): 247 - 256. 2001
18. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Vielma M., Escobar B., Medina E. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. **Rev. Psiquiatría**, 4: 194-202. 1994



SOCIEDAD CHILENA DE SALUD MENTAL

“AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSIQUICO”

Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas. Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente ambos han ejercido como psicoterapeutas, el Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.



VALOR

\$ 15.000

Valor Socios

\$ 10.000

Número de páginas: 464

Av. La Paz 841, Santiago Chile • Fonos: (56-2) 777 8051 - 479 3461 • Fax: (56-2) 738 2503
e-mail: sociedad.saludmental@gmail.com • www.schilesaludmental.cl