

Estudio epidemiológico de la población asistida en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. Período 1999-2000

Dras. Natalia Díaz¹, Ana Inés Ruiz²

Resumen

La Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina asiste a los pacientes del Hospital de Clínicas en sus sectores de policlínica, emergencia y servicios de internación médico-quirúrgicos. El retraso en el sistema de registro y la ausencia de datos procesados y estandarizados sobre las características y enfermedades que afectan a la población asistida por la Clínica, ha dificultado, hasta ahora, todo intento confiable de investigación epidemiológica. Es con el propósito de comenzar a paliar estas importantes carencias que se ha realizado la presente investigación epidemiológica. Los principales objetivos fueron el aporte de información organizada y estandarizada en un banco de datos que continúe abierto y en permanente expansión, y el procesamiento y análisis estadístico de dicha información con el fin de caracterizar la población estudiada. Los datos se recabaron mediante fichas protocolizadas según criterios internacionales. Dicha información fue procesada y analizada con técnicas estadísticas, evaluándose un total de 864 pacientes. Las enfermedades psiquiátricas predominantes fueron: trastornos depresivos mayores en 26,3% de los pacientes y los trastornos adaptativo y de ansiedad con una frecuencia de aproximadamente 15% cada uno. Se establecieron conclusiones sobre la importancia de mantener la metodología utilizada por esta investigación cuyos resultados tienen un valor indudable en la toma de decisiones referentes a la planificación de estrategias de asistencia y prevención, y para la formación de recursos humanos y docentes.

Palabras clave: *HOSPITALES UNIVERSITARIOS.
TRASTORNOS MENTALES - epidemiología.
MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS.
URUGUAY.*

1. Asistente de Clínica Psiquiátrica - Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina - Universidad de la República.

2. Residente de Clínica Psiquiátrica - Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina - Universidad de la República.

Correspondencia: Dra. Natalia Díaz.
Líber Arce 3185. Montevideo. Uruguay
E-mail: truidiaz@adinet.com.uy
Recibido: 13/07/01.
Aceptado: 14/09/01.

Introducción

La epidemiología psiquiátrica es una disciplina de la salud mental que se ha desarrollado en las últimas décadas. Su objeto es el estudio cuantitativo de la distribución y causas de los trastornos mentales en la población humana⁽¹⁾. Se utiliza en: a) el estudio de los factores causales, b) la determinación de la evolución y resultado final de las enfermedades en personas y grupos (historia natural de las enfermedades), c) la descripción del estado de salud en grupos de población, y d) más recientemente en la evaluación de la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios⁽²⁾.

A nivel internacional, países como Estados Unidos, Francia⁽³⁾, Australia⁽⁴⁾, Canadá⁽⁵⁾, Noruega⁽⁶⁾ y otros, se han preocupado por realizar estudios epidemiológicos sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general⁽⁷⁻¹²⁾, en los hospitales generales⁽¹³⁻¹⁷⁾ y psiquiátricos. Dichos estudios aportan información útil en la planificación de los programas de asistencia^(18,19) y prevención psiquiátrica⁽²⁰⁾, en los métodos de investigación^(21,22), en la previsión de los costos⁽²³⁾, etcétera. De estas investigaciones en la población de interconsulta psiquiátrica en los hospitales generales, se desprende que las enfermedades prevalentes son los trastornos afectivos (depresiones y trastornos de ansiedad) y los trastornos vinculados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Otras conclusiones relevantes se refieren a la importante subestimación de la patología psiquiátrica por los médicos tratantes tanto en la población internada en sectores médico-quirúrgicos como en el área de la consulta externa médica general^(5,17,24).

Nuestro medio carece de estudios representativos y estandarizados en el campo de la psiquiatría epidemiológica, excepto en lo que se refiere a suicidios⁽²⁵⁻²⁷⁾ y a la evolución de la psiquiatría asilar⁽²⁸⁻³⁰⁾. Realizada una revisión de la bibliografía nacional, encontramos escasos artículos referentes al tema de la asistencia psiquiátrica en hospitales públicos generales⁽³¹⁻³⁶⁾. En general estas publicaciones presentan estudios retrospectivos.

En una publicación⁽³⁷⁾ se encontró información epidemiológica concerniente a la población asistida en el Servicio de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Pasteur. Se trata de un estudio realizado durante un mes con fichas protocolizadas según criterios diagnósticos estandarizados.

Con el presente trabajo se ha pretendido alcanzar los siguientes objetivos generales:

a) La creación de un banco de datos referentes a la población que demanda asistencia en nuestro Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, durante el período 1999-2000, en los sectores asistenciales de emergencia, equipo de recepción y servicios de internación médico-quirúrgicos.

- b) La obtención, mediante el procesamiento estadístico de los datos recabados, de información relevante respecto a las características socio-demográficas de dicha población y a la distribución de enfermedades psiquiátricas.
- c) La evaluación subjetiva, por parte de nuestros técnicos, de la calidad del trabajo en interdisciplina con los servicios que efectuaron la solicitud de interconsulta psiquiátrica en los sectores de internación médico-quirúrgicos y de emergencia.

Material y método

Se realizó una investigación prospectiva: se elaboraron las fichas de registro, se completaron posteriormente, luego se procesaron y analizaron.

Los técnicos que realizaron la evaluación de los pacientes y recabaron los datos en las fichas de registro fueron principalmente residentes de psiquiatría y asistentes de la Clínica Psiquiátrica.

Las fichas protocolizadas fueron esencialmente iguales en su estructura central, pero con algunas variaciones adaptadas a cada servicio de asistencia (*Anexo*) y se aplicaron en los diferentes sectores de:

- Servicio de emergencia en el período de 1/6/2000 al 30/11/2000 (un semestre).
- Servicios de internación médico-quirúrgicos en el período de 1/9/1999 al 31/10/2000 (14 meses).
- Policlínica de Psiquiatría en el equipo de recepción (que se encarga de evaluar los pacientes que llegan por primera vez a dicha policlínica), desde el 1/2/2000 al 30/11/2000 (10 meses).

La ficha tipo contiene información sobre:

- 1) Las variables socio-demográficas de nuestros pacientes: edad, sexo, ocupación, estado civil y procedencia.
- 2) Aspectos de interés psiquiátrico: antecedentes personales y familiares, motivo de internación en el servicio, motivo de consulta, diagnóstico multiaxial según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*⁽³⁸⁾. Este incluye cinco ejes diagnósticos en general compatibles con el sistema clasificatorio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), CIE-10⁽³⁹⁾.
- 3) Algunas características y calidad del abordaje terapéutico: demora (latencia) en la realización de la consulta, tratamiento farmacológico, otros abordajes psicológicos o psicosociales, o ambos, destino del paciente, número de controles, evolución clínica, si se otorgaron altas.
- 4) El trabajo en interdisciplina: se especificó si el abordaje diagnóstico o terapéutico, o ambos, fue realizado en conjunto con el servicio demandante de asistencia y de qué forma (satisfactoria, insatisfactoria).

Las fichas no sustituyeron la historia clínica psiquiátrica ordinaria habitual dado el valor básico imprescindible, descriptivo y legal de la misma.

Los investigadores se ocuparon de informatizar las fichas ingresándolas en el programa epidemiológico EPI-INFO6 distribuido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS, creando así el banco de datos.

Dada la inexistencia de datos correspondientes al año 2000 al momento de realizar la investigación, se tomaron como referencia para establecer comparaciones los registros médicos generales del Hospital de Clínicas del año 1999, aportados por el Departamento de Dirección del hospital.

Se realizó la investigación epidemiológica por medio de técnicas estadísticas^(40,41) que incluyeron dos niveles: descriptivo y analítico.

En el primer nivel se estudiaron las curvas de distribución, con determinación de tendencias centrales (media) y dispersión (desvío estándar) en los parámetros que correspondían. Se establecieron las diferentes proporciones y frecuencias en los ítems investigados.

En el segundo nivel se realizó el análisis comparativo pertinente con los resultados obtenidos en el plano descriptivo, procediéndose a la búsqueda de asociaciones o diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subgrupos de la población estudiada. Para ello se utilizaron los tests estadísticos que correspondían a las características de las variables (chi cuadrado, corrección de Yates y test exacto de Fisher), tomándose como valor aceptable de $p < 0,01$.

Resultados

Se expondrán los resultados en cada uno de los sectores investigados y los datos que surgen de las comparaciones con los registros médicos generales del hospital del año 1999.

Sector de interconsulta psiquiátrica en los servicios de internación médico-quirúrgicos

El total de pacientes registrados en el período 1/9/1999 al 31/10/2000 fue de 399, lo que representa un promedio mensual de 28,5 pacientes nuevos por mes; esto corresponde a 4,2% de los ingresos totales mensuales del hospital.

En cuanto a la *latencia* en la realización de la interconsulta se constató que 83% de los pacientes fue atendido en los tres primeros días de solicitado el pedido por el médico tratante, y 57% fue asistido al otro día de realizada la solicitud (media: $2 \pm 1,5$ días).

Con relación a los *servicios solicitantes* se puso en evidencia que 48,6% provenía de los servicios de medicina interna, 19,5% de los servicios de cirugía general; 12,9%

de neurología y neurocirugía, 5,8% de ginecología.

De los registros médicos del hospital durante el año 1999 se desprende que el número de ingresos anuales de las clínicas médicas, las quirúrgicas y el servicio de internación de ginecología, fueron similares (1.823 pacientes en las clínicas quirúrgicas, 1.984 en las médicas y 1.846 en ginecología) y el ingreso anual en el piso de neurología y neurocirugía fue de 618 pacientes. Si relacionamos los porcentajes de demanda de interconsulta con los ingresos anuales, podemos concluir que los servicios de medicina interna y los de neurología/neurocirugía son los que más frecuentemente requieren de la interconsulta psiquiátrica con respecto al número de pacientes internados, seguidos de los de cirugía general.

Los datos referentes al *perfil socio-demográfico* de los pacientes asistidos psiquiátricamente se muestran en la tabla 1.

Los *antecedentes personales psiquiátricos* estuvieron presentes en 45,9% de la población.

Aproximadamente la mitad de los pacientes (46%) *no estuvo en conocimiento de la solicitud de interconsulta psiquiátrica*.

Los *motivos de consulta* en más de 75% de los pacientes fueron los síntomas pertenecientes a la esfera anímica y emocional: síntomas de ansiedad, angustia, depresivos e intentos de autoeliminación (tabla 2).

Diagnóstico multiaxial:

- Eje I: predominaron los diagnósticos de trastorno depresivo mayor, trastorno adaptativo con síntomas depresivo-ansiosos, abuso o dependencia de alcohol y confusiones mentales (tabla 3).
- Eje II: destacamos la presencia de retardo mental en 5,8% y de rasgos acentuados o trastorno de personalidad del grupo B en 13% de los casos.
- Eje III: 22,3% de los pacientes presentó una enfermedad neoplásica, 17,3% hipertensión arterial, 13,3% cardiopatías, 11% infecciones graves (incluido sida). El resto presentó otras enfermedades.
- Eje IV: los factores estresantes más frecuentes fueron en 25,8% la propia enfermedad médica o quirúrgica, o ambas, por la que estaba internado; 10% conflictiva familiar; 9,3% estrés económico, y 8,3% duelo reciente. En aproximadamente la mitad de los pacientes no se constató ningún factor estresante medio-ambiental.

Destacamos que de los pacientes con enfermedad neoplásica, 48% presentó un trastorno adaptativo y 23% un episodio depresivo mayor.

De los pacientes diagnosticados como portadores de *trastorno adaptativo*, 70% no contaba con antecedentes personales psiquiátricos. También en 70% el factor estresor

Tabla 1. Perfil socio-demográfico de los pacientes asistidos psiquiátricamente en el sector de internación médico-quirúrgico del Hospital de Clínicas

Edad	media 53 ± 19 años (rango entre 14 y 89 años)
Sexo	51% femenino, 49% masculino
Estado civil	predominaron los casados (41%) y en segundo lugar los solteros (20,3%)
Vivían solos	22,3% de los pacientes
Ocupación	29,2% correspondió a jubilados o pensionistas, o ambos, 22,8% trabajaba y 19,3% estaba desocupado (el resto eran amas de casa o estudiantes)
Procedencia	53,4% de Montevideo, 28,5% del interior del país (18,1% no fue consignado)

Tabla 2. Motivos de las interconsultas psiquiátricas de los pacientes internados en salas médico-quirúrgicas (n=399)

Motivo de consulta	N° de pacientes	Porcentaje
Síntomas depresivos	151	37,9
Síntomas de ansiedad o angustia o ambos	131	32,8
Incumplimiento de tratamiento de sala	33	8,3
Excitación psicomotriz	33	8,3
Se desconoce	28	7,1
Alcoholismo o abstinencia de alcohol o ambos	25	6,3
Intento de autoeliminación	20	5,0
Heteroagresividad	20	5,0
Se sospecha causa psicógena del trastorno orgánico	14	3,5
Síntomas delirantes	11	2,8
Consumo de drogas o abstinencia de drogas o ambos	9	2,2
Insomnio	8	2,0
Trastornos en la alimentación	7	1,8
Desorientación	6	1,5
Dolor resistente al tratamiento	4	1,0
Alucinaciones	4	1,0
Mutismo	2	0,5

Tabla 3. Frecuencia de los diagnósticos de eje I en los pacientes internados en salas médico-quirúrgicas (n=399)

Diagnóstico	N° de pacientes	Porcentaje
Episodio depresivo mayor	107	26,8
Trastorno adaptativo con síntomas depresivo/ansiedad	95	23,8
Abuso o dependencia de alcohol	59	14,8
Delirium (confusión mental)	39	9,8
Trastornos de ansiedad (pánico y generalizada)	26	6,5
Demencia	16	4,0
Abuso o dependencia de otras sustancias	12	3,0
Trastorno conversivo	8	2,0
Esquizofrenia	8	2,0
Trastorno disociativo	5	1,3
Trastorno somatomorfo	3	0,8
Trastorno bipolar II	3	0,8
Distimia	2	0,5
Trastorno psicótico agudo puerperal	1	0,3
Trastorno delirante	1	0,3
No se llega a diagnóstico positivo	18	4,5

principal lo constituyó la propia patología médico-quirúrgica que había motivado la internación. Un 12% de los casos recibió tratamiento antidepressivo.

Con respecto a los *tratamientos farmacológicos* fueron utilizadas las benzodiazepinas en 59% de los casos (principalmente diazepam, alprazolam y clonazepam), antidepressivos en 31% (mayoritariamente ISRS: 92%) y antipsicóticos en 21% de los pacientes (haloperidol, tiaprida y risperidona en proporciones similares).

No fueron consignados los abordajes no farmacológicos.

En cuanto a *otras conductas* indicadas por el psiquiatra tratante, destacamos que en 11,5% fue solicitado el apoyo al servicio de Psicología Médica; en 6,8% se pidió interconsulta con Servicio Social y en 4,8% se derivaron los pacientes a grupos de Alcohólicos Anónimos.

El *destino* final de los pacientes evaluados fue consignado en 57% de los casos. Se desprende de ello que 18,3% fue dado de alta psiquiátrica (sin necesidad de tratamiento ambulatorio posterior); 25,3% fue derivado a policlínicas de Salud Pública, y 12% a Policlínica del Hospital de Clínicas. Sólo 1,5% requirió internación psiquiátrica.

Dentro de los pacientes que recibieron *controles* psiquiátricos durante la internación (consultas posteriores a la inicial), 25% lo obtuvo por lo menos en una oportunidad; 11,3% por lo menos en dos, y 5,3% en tres o más oportunidades. Se encontró que los controles psiquiátricos fueron consignados en las fichas en un porcentaje mucho menor al que se esperaba de acuerdo a la experien-

cia de trabajo.

La forma de realizar el *trabajo en conjunto* con los servicios solicitantes fue catalogada por nuestros técnicos como muy buena o aceptable en aproximadamente la mitad de los casos. El resto fue considerado como inexistente o escaso.

Sector de emergencia

El número total de consultas realizadas entre el 1° de junio de 2000 al 30 de noviembre de 2000 fue de 144. Esto representa un promedio mensual de 24 consultas. Dado que el promedio mensual de consultas totales a emergencia fue de 2.160, la proporción de los pacientes que recibió atención psiquiátrica fue de 1,1%.

Consultado el Archivo del Departamento de Emergencia, no se encontró un subregistro significativo de estas consultas. Sin embargo, en aproximadamente 20 pacientes por mes constaba la derivación al Servicio de Policlínica de Psiquiatría en la historia clínica de emergencia, sin haber sido llamado el psiquiatra de guardia. La mayoría de estos pacientes presentaba sintomatología de ansiedad o angustia, o ambos.

Se muestra el perfil socio-demográfico en la tabla 4.

Presentaron *antecedentes personales psiquiátricos* 72,9% de los pacientes asistidos y *antecedentes familiares psiquiátricos*, 33%.

Los *motivos de consulta* predominantes fueron el intento de suicidio en primer lugar, los síntomas depresivos

Tabla 4. Perfil socio-demográfico de los pacientes asistidos psiquiátricamente en el sector de emergencia del Hospital de Clínicas

Edad	media 35 ± 17 años (rango de 14 a 84 años)
Sexo	62% mujeres, 38% hombres
Estado civil	predominó la población de solteros en 46,5% y en segundo lugar los casados en 28,5%
Vivían solos	14,6%
Ocupación	trabajaban 25%, desocupados 23,6%, amas de casa 18,6%, jubilados o pensionistas 15,7% y estudiantes 9,3%
Procedencia	73% de Montevideo, 15% del interior (el resto no fue consignado)

Tabla 5. Motivos de consulta en el sector de emergencia (n=144)

Motivo de consulta	N° de pacientes	Porcentaje
Intentos de autoeliminación	44	30,5
Síntomas depresivos	41	28,4
Síntomas de ansiedad y angustia	34	23,6
Excitación psicomotriz	12	8,3
Sospecha de causa psicógena de síntomas orgánicos	9	6,2
Síntomas delirantes	9	6,2

Tabla 6. Diagnósticos de eje I en el sector de emergencia (n=144)

Diagnóstico	N° de pacientes	Porcentaje
Trastorno depresivo mayor	48	33
Trastorno adaptativo	32	22
Trastorno conversivo	13	12,5
Esquizofrenia	12	8,3
Abuso o dependencia de alcohol	10	7
Delirium	6	4
Demencia	6	4
Trastornos de ansiedad (pánico y generalizada)	5	3,5
Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas	4	2,7
Trastorno bipolar	3	2
Trastorno psicótico breve	3	2
No se llega a diagnóstico	15	10,4

Tabla 7. Perfil socio-demográfico de los pacientes atendidos en el equipo de recepción de la Policlínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas

Edad	media de 41 ± 18 (rango de 14 a 89 años)
Sexo	predominó la población de mujeres (72%)
Estado civil	solteros 35,8%, casados 32,9%, divorciados 15,5%
Vivían solos	11% de los pacientes
Ocupación	principalmente trabajadores (52%) y desocupados (24,7%)
Procedencia	fundamentalmente de Montevideo en 72% de los casos

y los síntomas de ansiedad y angustia (tabla 5).

En cuanto a los *motivos de consulta al Departamento de Emergencia* de los pacientes asistidos por un psiquiatra de guardia, cabe destacar que 40% lo hizo por motivos médicos o quirúrgicos, o ambos, no psiquiátricos, el resto consultó espontáneamente por una causa psiquiátrica.

Diagnóstico multiaxial:

- Eje I: predominaron los trastornos depresivos mayores, los trastornos adaptativos con síntomas depresivo-ansiosos y los trastornos conversivos (tabla 6).
- Eje II: destacamos que 32% de los pacientes presentó un trastorno de personalidad del grupo B o rasgos acentuados del mismo grupo. De ellos 60% correspondió al sexo femenino.
- Eje III: 64% de los pacientes no presentó enfermedad orgánica ostensible. Cuando ésta estuvo presente, los diagnósticos más frecuentes fueron: enfermedad neoplásica y epilepsia en bajos porcentajes (7% y 5,6% del total).

- Eje IV: se identificaron factores estresores psicosociales en 64% de los pacientes, siendo los más frecuentes la conflictividad familiar (24%) y el estrés económico (21%).

De los pacientes portadores de trastorno adaptativo (32 pacientes), 50% presentó antecedentes personales psiquiátricos. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de antecedentes personales psiquiátricos y la presencia de un trastorno adaptativo ($p < 0,003$). Los factores estresantes principales fueron los de tipo económico y conflictos familiares.

Los fármacos utilizados más frecuentemente en los tratamientos fueron las benzodiazepinas en 40% (principalmente alprazolam y diazepam), antipsicóticos 18% (tiaprida y haloperidol) y antidepresivos 13% (únicamente inhibidores de la recaptación de serotonina).

Debemos señalar que la mayoría de las conductas farmacológicas consignadas se refirieron al tratamiento de los síntomas emergentes y no a los tratamientos a largo plazo.

La mayor parte de los pacientes fue derivada a policlínicas de psiquiatría (29,8% a policlínicas del Ministerio de Salud Pública y 24,8% a la del Hospital de Clínicas). Requirió internación psiquiátrica 12% del total, derivándose la mayoría al Hospital Vilardebó. Permanecieron internados en el hospital por motivos médico-quirúrgicos 19%.

La *forma de realización de la interconsulta junto al personal de emergencia* fue evaluada por nuestros técnicos como muy buena o aceptable en 58% de los casos y ausente o escasa en 35%.

Sector de policlínica de psiquiatría

Según los registros médicos suministrados por la Dirección del Hospital, la consulta psiquiátrica representa 2%

Tabla 8. Diagnósticos en el eje I de los pacientes evaluados en el comité de recepción (n=321)		
<i>Diagnóstico</i>	<i>N° de pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Trastornos de ansiedad	96	32,3
Episodio depresivo mayor	72	24,3
Distimia	1	0,3
Trastorno conversivo	7	2,4
Trastorno bipolar	2	0,7
Trastornos vinculados al uso de alcohol y sustancias	4	1,4
Demencia	9	3,0
Trastorno por estrés postraumático	6	2,0
Trastorno adaptativo	5	1,7
Esquizofrenia	4	1,3
Trastornos de la sexualidad	3	1,0
Trastorno alimentario	2	0,7
No se llega a un diagnóstico	43	21,2
Otros	25	7,7

del total de pacientes vistos diariamente en consulta externa (que incluye pacientes nuevos y controles ulteriores).

En el presente trabajo fueron evaluados solo los pacientes que consultaron por primera vez en la policlínica psiquiátrica por el equipo de recepción. No figuran aquí los datos concernientes a los tres equipos que asisten a los pacientes en control permanente en este servicio debido a que no cuentan con un sistema de registro similar al utilizado en los otros sectores de atención. Tampoco se incluyeron los pacientes que permanecen en tratamiento psicoterapéutico*

Se muestran aquí los datos referentes a un total de 321 pacientes que consultaron por primera vez en el período de diez meses considerados, lo que representa un promedio de 32 pacientes nuevos por mes.

Se describe el perfil socio-demográfico en la tabla 7.

Con relación a los *servicios de los que fueron derivados*, la mayoría lo hizo desde otras policlínicas del mismo hospital (54,7%). El resto provenía de policlínicas de Salud Pública (11,4%), del servicio de emergencia (9,8%) y otros. En 9,8% de los casos consultaron espontáneamente.

Diagnóstico multiaxial

- Eje I: se encontró un predominio de trastornos de ansiedad y depresivos (tabla 8).
- Eje II: fue consignado un diagnóstico de este tipo en solo 6% de los casos. Se constató en 4% de los pacientes el diagnóstico de oligofrenia y 2% de los casos un trastorno de personalidad del grupo B.
- Eje III: 65,8% presentó enfermedades médicas concomitantes y 13% antecedentes quirúrgicos.
- No fueron consignados los factores estresantes medio-ambientales (eje IV).

Se constataron *antecedentes personales psiquiátricos* en 47,8% de los pacientes.

No fue indicado *tratamiento farmacológico* en 33,2% de los pacientes. 36,7% de los pacientes recibió un fármaco, 24% dos fármacos, el resto (6,1%) tres o más.

En cuanto al *destino* final de los pacientes evaluados, en 57,6% de los casos se derivó al servicio de policlínica del hospital para cumplir con un tratamiento ambulatorio, siendo dados de alta psiquiátrica 3,2% de los casos. El resto fue enviado a otras policlínicas de psiquiatría.

Se consignó en 48% de los pacientes, la solicitud de interconsulta con otras policlínicas médicas del mismo hospital.

Resultados referentes a la población total

Se calcularon los porcentajes de las enfermedades psiquiátricas predominantes en la población total estudiada (tabla 9).

En cuanto a la distribución por sexos de los cinco diagnósticos más frecuentes, se encontró que los diagnósticos de trastornos de ansiedad y de trastorno depresivo mayor eran significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p < 0,000...$ y $p < 0,03$ respectivamente). Los trastornos relacionados con alcohol y otras sustancias tuvieron

* Dentro de la Policlínica de Psiquiatría funciona un equipo de recepción que hace la evaluación de los pacientes que consultan por primera vez en este servicio, y tres equipos de asistencia psiquiátrica que se encargan del tratamiento permanente de los pacientes. También funciona un Departamento de Psicoterapias que maneja un volumen permanente aproximado de 100 pacientes, en diferentes líneas terapéuticas y que son vistos, en su mayoría, con una frecuencia semanal.

Tabla 9. Frecuencia de los diagnósticos psiquiátricos predominantes en la totalidad de la población estudiada (n=864).

<i>Diagnóstico</i>	<i>N° pacientes emergencia</i>	<i>N° pacientes internación</i>	<i>N° pacientes equipo de recepción</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje del total*</i>
TDM	48	107	72	227	26,3
Tr adaptativo	32	95	5	132	15,3
Tr de ansiedad	5	26	96	127	14,7
Tr OH y sust	10	71	4	85	9,8
Tr conversivo	16	8	7	31	3,6
Sin diagnóstico	15	18	43	76	8,8

TDM: trastorno depresivo mayor; Tr: trastorno; Tr OH y sust incluye todos los trastornos vinculados al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
*Porcentajes sobre el total de 864 pacientes.

ron un fuerte predominio en hombres ($p < 0,00...$). El resto no mostró diferencias estadísticamente significativas.

Los pacientes que realizaron intentos de autoeliminación ($n=64$) representaron 7,4% de la muestra. Los mismos presentaron un promedio de edad de 35 años y correspondieron al sexo femenino en 60% de los casos. El 30% de ellos estaba desocupado. Los diagnósticos más frecuentes correspondientes a este motivo de consulta fueron los trastornos depresivos mayores (42%), trastornos adaptativos (25%) y trastornos vinculados al uso de alcohol (12,5%).

Discusión

Se generó un banco de datos con un total de 864 pacientes en los tres sectores de consulta psiquiátrica. Si bien no coinciden estrictamente los períodos estudiados en cada uno de los mismos, se asumió la validez de las comparaciones entre ellos dado el amplio número de pacientes y la extensión de los períodos tomados. Este punto podría ser corroborado en estudios posteriores.

Destacamos que la confiabilidad de los datos obtenidos en los registros fue alta dado que los pacientes fueron evaluados por personal técnico (médicos psiquiatras), en general por más de un técnico a la vez, y que se utilizaron criterios estandarizados internacionalmente.

Las tasas de demanda mensual de consulta psiquiátrica fueron similares entre sí, pero cuando se compararon las mismas en relación a la población total que se atiende en los servicios mensualmente, la demanda resultó ser mayor en el sector de internación (4,2% de los ingresos mensuales), que en el área de consulta externa (2%) y emergencia (1,1%).

Se encontró que si bien existió un subregistro de pacientes nuevos por parte de nuestros técnicos, este no fue significativo.

De los datos anteriores se desprende que la demanda de interconsulta psiquiátrica es baja comparada con la de otros servicios especializados. De los registros médicos del Hospital de Clínicas se desprende, por ejemplo, que el promedio diario de pacientes en las policlínicas de oftalmología y otorrinolaringología es superior a 70 pacientes, en cardiología 21 pacientes, en neurología 26; contra ocho pacientes al día en la policlínica de psiquiatría.

Si se tienen en cuenta datos provenientes de otros países, es posible pensar que existe una subestimación de la enfermedad psiquiátrica en la población que se asiste en el hospital por parte del resto de los médicos no psiquiatras. Estudios internacionales muestran una prevalencia de 20% a 60% de enfermedad psiquiátrica tanto en poblaciones de pacientes internados en hospitales generales como en el área de consulta externa médica general. Se podría investigar en el futuro la prevalencia real de los trastornos psiquiátricos en la población total que se asiste en este hospital.

En cuanto al perfil socio-demográfico se constató una población de mayor edad en el sector de internación, una edad intermedia en el servicio de policlínica y un promedio de edades menor en el sector de emergencia. El sexo femenino predominó ampliamente en los sectores de consulta externa y emergencia. Pensamos que las diferencias en cuanto a ocupación y estado civil pueden deberse a los diferentes promedios de edades y de sexo en cada uno de los sectores investigados.

Se destaca el alto porcentaje de desocupación de la totalidad de los pacientes atendidos (promedialmente 22,5%), comparado con el porcentaje del país (cercano al 14%), lo que sugiere una asociación de este parámetro con la presencia de psicopatología.

El porcentaje de pacientes que vivía solo fue significativo, pero destacamos que no fue consignada la evaluación de la continencia familiar (de acuerdo a la experiencia

suponíamos una proporción importante de continencia insuficiente). La evaluación de la continencia socio-familiar podría ser incluida como ítem en futuras fichas protocolizadas.

Encontramos una asociación significativa entre el desconocimiento por parte del paciente de la solicitud de interconsulta psiquiátrica en los servicios de internación y la ausencia de antecedentes personales psiquiátricos. Esto podría deberse a que es más difícil plantearle a un paciente la necesidad de una evaluación psiquiátrica si este nunca estuvo en contacto con un psiquiatra. Pensamos que este factor puede tener una importancia en el vínculo médico-paciente, pues la consulta con un psiquiatra aún tiene un valor estigmatizante diferente de otras interconsultas médicas. Muchos pacientes rechazan esta consulta en una primera instancia. Sin embargo, este conocimiento previo por parte de los pacientes podría redundar en una mejor relación con el equipo médico tratante.

Con relación a los diagnósticos de eje I, el predominio de trastornos afectivos fue concordante con los resultados de estudios internacionales, sin embargo los trastornos vinculados al uso de alcohol y otras sustancias fueron constatados en porcentajes menores que lo que indican los mismos^(5,6) (entre 15% y 20% en grupos de pacientes internados en hospitales generales y atendidos en servicios de emergencia). Podría explicarse por una insuficiente evaluación de nuestros técnicos en los que se refiere a este tema específico (subdiagnóstico).

La proporción encontrada de trastornos adaptativos es algo mayor que la que muestran estudios similares en otros países⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ (10% a 13% en pacientes internados en hospitales generales). Destacamos que los estudios epidemiológicos internacionales que muestran este diagnóstico corresponden a la última década⁽⁴⁵⁾. En las publicaciones nacionales no figura este diagnóstico, tal vez debido a que se agrupaban estos trastornos dentro de los trastornos depresivos o ansiosos, o ambos. A su vez, es llamativo el alto porcentaje de trastornos adaptativos en los sectores de emergencia e internación (22% y 23,8% respectivamente) comparado con el hallado en el equipo de recepción (1,7%). Este hallazgo podría estar relacionado con que los técnicos que se desempeñan en este último sector son de mayor edad que los que lo hacen en la emergencia y salas de internación, pues el trastorno adaptativo es un diagnóstico que empezó a utilizarse en nuestro medio en los últimos años. Probablemente fueron incluidos junto a los trastornos de ansiedad, dado que el porcentaje de este diagnóstico fue mucho mayor que en los sectores de emergencia e internación (32,3% en equipo de recepción contra 3,5% y 6,5% de trastornos de ansiedad en los dos últimos). Otra hipótesis alternativa, aunque no excluyente, es que haya sido subestimada la cantidad de pacientes con trastornos de ansiedad en los sectores de emergencia

e internación, siendo calificados estos pacientes como portadores de trastornos adaptativos. La asociación encontrada entre la ausencia de antecedentes personales psiquiátricos y el diagnóstico de trastorno adaptativo puede deberse a que es más probable que los pacientes con una enfermedad psiquiátrica previa sufran una reanudación de la misma ante un factor estresante. Sería importante realizar un seguimiento a largo plazo de los pacientes con este diagnóstico a fin de esclarecer la confiabilidad del mismo⁽⁴⁶⁾.

Como era de esperarse dado el tipo de pacientes que llega a los sectores estudiados, se encontró una frecuencia de enfermedades médico-quirúrgicas comórbidas mucho mayor en el sector de internación (casi 100%), que en el área de emergencia (60% no presentó diagnósticos de eje III) y que en el sector de policlínica (35% sin diagnósticos de eje III).

Con respecto a los tratamientos farmacológicos indicados, en general se utilizaron promedialmente dos fármacos o menos por paciente y a las dosis recomendadas internacionalmente.

No pudieron establecerse conclusiones en cuanto a otros abordajes no farmacológicos ni a la evolución de los pacientes, pues no fue consignado en la mayoría de las fichas.

Los resultados relacionados con la forma de trabajo conjunto con los servicios solicitantes de interconsulta en emergencia y salas de internación sugieren que se deberían instrumentar nuevas estrategias a fin de mejorar el trabajo en interdisciplina. De esta manera aumentaría la calidad de la atención que reciben los pacientes.

Conclusiones

Se realizó un estudio epidemiológico prospectivo sobre 864 pacientes asistidos por el Departamento de Psiquiatría del Hospital General.

La tasa de mayor demanda de interconsulta psiquiátrica se presentó en los servicios de internación médico-quirúrgicos.

Se establecieron diferentes perfiles socio-demográficos en cada sector estudiado.

Los trastornos depresivos y de ansiedad fueron los diagnósticos predominantes en los tres sectores. Se encontró una asociación significativa entre el sexo femenino y los diagnósticos de trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad; así como el sexo masculino estuvo estadísticamente asociado a los trastornos vinculados al consumo de alcohol y otras sustancias.

El 7,4% de la población realizó intentos de suicidio, siendo el promedio de edad de la misma de 35 años, con un predominio del sexo femenino en una relación de 1,5 a 1. Los diagnósticos psiquiátricos predominantes en este

subgrupo estuvieron representados por trastornos depresivos mayores, trastornos adaptativos y trastornos vinculados al consumo de alcohol.

Destacamos la importancia de incorporar a nuestra labor diaria la metodología utilizada por esta investigación, llevando un control permanente por medio del registro estandarizado de los pacientes que se asisten. Los resultados estadísticos obtenidos de esta forma tendrían un valor fundamental en la toma de decisiones referentes a la planificación de estrategias de asistencia y prevención, y en la formación de recursos humanos y docentes en psiquiatría.

La continuidad en este tipo de estudios aportaría datos sobre las tendencias en el tiempo de las tasas de frecuencia de las diferentes enfermedades psiquiátricas y permitiría analizar la variabilidad e incidencia de factores de riesgo modificables.

Agradecimientos

A los docentes, residentes y posgrados del Hospital de Clínicas que colaboraron completando los formularios de registro. Sin ese trabajo, la presente investigación hubiera sido imposible.

A la Dra. María Castellanos, quien colaboró en el procesamiento de los datos referentes al equipo de recepción de la policlínica.

Al Prof. Dr. Ángel Ginés, quien permanentemente está impulsando la realización de investigaciones y nos apoyó para llevar a cabo esta, aportando ideas y correcciones de lo escrito.

Al Dr. Omar Trujillo-Cenoz, quien constituyó un "feedback" permanente en cuanto a la difícil tarea de llevar al papel la investigación con un formato "científico" estandarizado.

Summary

The Psychiatric Unit of the Faculty of Medicine attends emergency, in-patients and out-patients at the Hospital de Clínicas. Considering the record system slowdown and the lack of processed and standardized data on characteristics and pathologies affecting that population, epidemiological research could not have been done yet. As a first step to modify that trend a research able to characterize this population has been conducted, whose aims were to standardize an open up database and complete its further statistical analysis. Data were collected according to international criteria. The population was 864. Primary psychiatric pathologies were severe depressive disorders in 26,3% of the patients, anxiety and adjustment disorders in approximately 15% of the patients for each illness. Methodology was found to be adequate for this research whose

results were proved invaluable to assistance and prevention planning, as well as setting teaching and training strategies.

Résumé

La Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine assiste les patients de l' Hôpital de Clínicas dans ses polycliniques, son Urgence et ses services d'hospitalisation médicaux et chirurgicaux. Le retard au registre et l'absence de données standardisées sur les caractéristiques et les pathologies qui atteignent la population assistée par la Clinique, a empêché jusqu'à présent toute tentative sérieuse de recherche épidémiologique. C'est dans le but de commencer à pallier ces carences qu'on réalise cette recherche épidémiologique. Les objectifs principaux ont été de fournir de l'information organisée et standardisée dans une banque de données qui reste ouverte et en permanente expansion, et l'analyse statistique de cette information, afin de caractériser la population concernée. Les données ont été recueillies au moyen de fiches organisées selon des critères internationaux. Cette information a été analysée au moyen de techniques statistiques, pour un total de 864 patients. Les pathologies psychiatriques prédominantes: troubles dépressifs majeurs à 26,3% des patients et les troubles adaptatif et d'anxiété montrant une fréquence de 15% environ chacun. On a tiré des conclusions sur l'importance de maintenir la méthodologie employée pour cette recherche, dont les résultats ont une évidente valeur pour la prise de décisions en ce qui concerne les stratégies d'assistance et de prévention, ainsi que pour la formation des ressources humaines et des enseignants.

Bibliografía

1. **Regiere DA, Burke JD.** Quantitative and experimental methods in psychiatry. In: Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 377-429.
2. **Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T.** Epidemiología básica. Washington: OPS/OMS, 1994. (Publicación científica, N°551).
3. **Beaudoin V, Glouzman P.** Psychiatric emergency department of the Pinel hospital center. *Encephale* 1998; 24(1): 18-25.
4. **Smith GC, Clarke DM, Herrman HE.** Establishing a consultation-liaison psychiatry clinical database in an Australian general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15(4): 243-53.
5. **Michalon M.** Consultation-liaison psychiatry: a prospective study in a general hospital milieu. *Can J Psychiatry* 1993; 38(3): 168-74.
6. **Roadset JO, Martinsen EW.** Psychiatric consultations at a somatic central hospital. Review of 383 referrals over 3 years. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1992; 112(19): 2517-9.
7. **Bijl RV, Ravelli A.** Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Pub*

- lic Health 2000; 90(4): 602-7.
8. **Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G.** Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(12): 587-95.
 9. **Sorgaard KW, Sandanger I, Sorensen T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS.** Mental disorders and referrals to mental health specialists by general practitioners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(3): 128-35.
 10. **Bebbington P, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK.** Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med* 1981; 11(3): 561-79.
 11. **Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al.** One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(11): 977-86.
 12. **Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S.** Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60(4):335-74.
 13. **De Almeida JM, Xavier M, Nabais F, Santos F, Morais J.** Psychiatric morbidity in general hospital inpatients. *Acta Med Port* 1992; 5(11): 575-9.
 14. **Seguel M, Muñoz P, Nalegach E, Santander J.** Prevalence of mental disorders at emergency service. *Rev Med Chil* 1993; 121(6): 705-10.
 15. **Turner T, de Sorkin A.** Sharing psychiatric care with primary care physicians: the Toronto Doctors Hospital experience (1991-1995). *Can J Psychiatry* 1997; 42(9): 950-4.
 16. **Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, et al.** Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med* 1999; 29(4): 823-32.
 17. **Shevitz SA, Silberfarb PM, Lipowski ZJ.** Psychiatric consultations in a general hospital. A report on 1.000 referrals. *Dis Ner Syst* 1976; 37(5): 295-300.
 18. **Huysse FJ, Lyons JS, Strain JJ.** Evaluating psychiatric consultations in the general hospital. Multivariate prediction of concordance. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14(6): 363-9.
 19. **Gous P, Gagiano CA, Wich DJ.** Psychiatric disorders in internal medicine. *S Afr Med J* 1992; 82(6): 441-2.
 20. **Alaja R, Seppa K, Sillanaukee P, Tienari P, Huysse FJ, Herzog T, et al.** Psychiatric referrals associated with substance use disorders: prevalence and gender differences. *European Consultation-Liaison Work-group. Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21(4): 620-6.
 21. **Dean C, Surtees PG, Sashidharan SP.** Comparison of research diagnostic systems in an Edinburgh community sample. *Br J Psychiatry* 1983; 142 :247-56.
 22. **Leon AC, Olfson M, Wissman MM, Portera L, Sheehan DV.** Evaluation of screens for mental disorders in primary care: methodological issues. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32(3): 353-61.
 23. **Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Knapp M, Tansella M.** The use of a case register to evaluate de costs of psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(3): 189-98.
 24. **Fava GA, Pilowsky I, Pierfederici A, Bernardi M, Pathak D.** Depression and illness behavior in a general hospital: a prevalence study. *Psychother Psychosom* 1982; 38(1):141-53.
 25. **Lucero RK.** Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972-1992). *Rev Med Uruguay* 1998; 14: 236-47.
 26. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev Med Uruguay* 1990; 6: 203-15.
 27. **González Rea J.** Estudio epidemiológico de las muertes violentas en el Uruguay. Monografía de Posgrado de Psiquiatría, 1991: 27-50. Inédito.
 28. **Ginés A.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. *Rev Psiq Urug* 1998; 62(2): 37-40.
 29. **Arduino M, Cáceres D, Grasés E.** Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Dres. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. *Rev Psiq Urug* 1995; 59: 19-34.
 30. **Arduino M, Cáceres D, Grasés E.** Colonias Dres. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. *Rev Psiq Urug* 1994; 58: 10-22.
 31. **Curbelo G, Esmoris MV, Micheff M, Montalbán A.** Policlínico de Farmacodependencia. Cuatro años de funcionamiento. *Rev Psiq Urug* 1993; 57: 35-40.
 32. **Cau M, Irigoyen L, Larrosa D, Rilo I, Szabón C.** Morbilidad psíquica preoperatoria. *Rev Psiq Urug* 1987; 52: 89-103.
 33. **Ramírez F.** Sobre organización de la asistencia psiquiátrica. *Rev Psiq Urug* 1964; 29: 3-18.
 34. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Hospital Vilardebó.** Aporte metodológico para el conocimiento de un hospital psiquiátrico: diagnóstico de situación funcional. *Rev Psiq Urug* 1975; 40: 14-35.
 35. **Arduino M, De los Santos O.** La emergencia psiquiátrica en el Hospital General. Aspectos estadísticos. *Rev Psiq Urug* 1987; 52: 67-77.
 36. **Ramírez F.** Pasado, presente y esperanza de futuro de la psiquiatría nacional. *Rev Psiq Urug* 1980; 45: 154-68.
 37. **Belegotti R, Wolcan G, Lista A, Balparda S.** Hacia un servicio de Psiquiatría más eficiente. *Rev Psiq Urug* 1996; 60: 5-20.
 38. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV. 4ª ed. Barcelona: Masson, 1995.
 39. **World Health Organization.** CIE-10. Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª ed. Madrid: Meditor, 1992.
 40. **Esteve J, Benhamou E, Raymond L.** Méthodes statistiques en épidemiologie descriptive. Paris: INSERM, 1993.
 41. **Armitage P, Berry G.** Estadística para la investigación biomédica. Barcelona: Doyma, 1992.
 42. **Silverstone PH.** Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(1): 43-51.
 43. **Deshpande SN, Sundaram KR, Wig NN.** Psychiatric disorders among medical in-patients in an Indian Hospital. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 504-9.
 44. **Strain JJ, Simth GC, Hammer JS, Makenzie DP, Blumenfeld M, Muskin P, et al.** Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20(3): 139-49.
 45. **Newcorn J, Strain J.** Adjustment disorders. In: Kaplan HI, Sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry/VI.* 6ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996: 1418-24 (Vol 2).
 46. **Andreasen NC, Hoenk PR.** The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry* 1982; 139(5): 584-90.