

Prevalencia y diagnóstico de problemas psicosociales en población internada en hospital general

Dra. Teresita Ceretti¹, Psic. Ana Ibañez¹,
Psic. María del Carmen Abreu², Psic. Carla Francolino²,
Dr. Juan José Dapueto², Dr. Ricardo Bernardi³

Resumen

Objetivos: 1) estudiar la prevalencia de problemas psicosociales entre los pacientes internados en servicios de medicina de un hospital general. 2) Comparar el diagnóstico de problemas psicosociales realizado por un equipo médico-psicológico en entrevistas breves de 20 minutos con el efectuado por el médico tratante y por la enfermera.

Se estudiaron 54 pacientes internados en una sala de hombres y una sala de mujeres de cada uno de los tres servicios de medicina del hospital Universitario; se entrevistó a sus médicos tratantes y a las enfermeras a cargo de estos pacientes.

En los resultados se destaca una población con un promedio de edad de 57 años; con un elevado porcentaje de solteros, divorciados y viudos y 82% de afecciones crónicas. 88% de la población presenta algún tipo de problema psicológico; 76% algún tipo de problema sociofamiliar y 42% algún tipo de problema asistencial.

La identificación de problemas del paciente realizada por médico tratante y enfermera es numéricamente menor que el realizado por el equipo médico psicológico en los ejes psicológico y sociofamiliar. En cambio parecen ser más sensibles para la identificación de problemas en el eje asistencial.

Palabras clave: Problemas sociales
Pacientes internos
Hospitales generales

Introducción

El Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Uruguay interviene en distintos ciclos del pregrado de medicina. Su campo de trabajo está constituido por la psicología del hombre en el marco del pro-

ceso salud enfermedad y por las relaciones vinculares que éste establece con los distintos miembros del equipo que le asiste. En sentido amplio le compete el estudio de los problemas psicológicos y sociales que inciden sobre los estados de salud y enfermedad. Desempeña tareas asistenciales en el área de la interconsulta médico psicológica y sus integrantes –médicos, psicólogos y psiquiatras– cuentan con una formación específica en el diagnóstico situacional y tratamiento de problemas psicosociales.

En el desarrollo de estas tareas, en que no solo trabajamos con entidades psiquiátricas, hemos podido comprobar lo adecuado en la estrategia de atención primaria de salud (A.P.S.) de la Organización Mundial de la Salud

1. Prof. Adjunto Departamento de Psicología Médica.

2. Asistente Departamento de Psicología Médica.

3. Profesor del Departamento de Psicología Médica.

Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Correspondencia: Dra. Teresa Ceretti. Lucas Píriz 2593. CP 11600. Montevideo, Uruguay.

Recibido 31/8/95

Aceptado 3/11/95

(O.M.S.) al priorizar la extensión de la cobertura en salud y la detección precoz de aquellos problemas que puedan implicar daño o riesgo para la misma.

El médico generalista atiende un elevado número de consultas por problemas psicológicos que se presentan como tales, bajo la máscara de síntomas físicos o como comorbilidad en las afecciones somáticas.

Estos problemas, además de implicar un sufrimiento adicional para el paciente, afectan el curso de las enfermedades y el resultado de los tratamientos con el consiguiente aumento de los costos de atención médica⁽¹⁾.

Como lo señalan Goldberg⁽²⁾ y Florenzano⁽³⁾, de este elevado número de consultas realizadas al médico general sólo son diagnosticadas la mitad y llegan al psiquiatra entre 10 y 20%.

Sabemos que en la población general alcanzan a 25% y Kaufman –citado por Jiménez⁽⁴⁾- encuentra que en la población internada llega a 67%.

Considerando que una buena implementación del médico en el manejo de estos problemas puede modificarlos y dada la ausencia de estudios en nuestro medio, nos planteamos en este trabajo los siguientes objetivos:

- Estudiar la prevalencia de problemas psicosociales en los pacientes internados en servicios de medicina del hospital general.
- Comparar la identificación de problemas y la conducta frente a los mismos realizada por integrantes del Depto. de Psicología Médica en entrevistas breves (20 minutos) con el realizado por el médico tratante y la enfermera.

Material

Se utilizó para la recolección de datos un protocolo de identificación de problemas cuya utilidad se está poniendo a prueba en el Departamento. Fue confecionado a partir del Proyecto de Registro Triaxial de Problemas de la Salud de la O.M.S. y del listado de motivos de consulta del Microcare System (figura 1).

A los tres ejes clásicos –biomédico, psicológico y social– se le ha adicionado un eje asistencial, respondiendo a la necesidad de discriminar problemas específicos en esa área.

Las categorías de los cuatro ejes, no son excluyentes entre sí y han sido seleccionadas en base al criterio de mayor frecuencia, gravedad y modificabilidad.

El eje biomédico

Remite a situaciones clínicas, no a entidades nosográficas. Estas situaciones implican un conjunto característico de exigencias tanto para el paciente como para el equipo asistencial. Al registrar los datos, los encuestadores del Departamento de Psicología Médica realizan una catego-

rización de los datos consignados en la historia y de la información proporcionada por los entrevistados (pacientes, médicos, enfermeras).

El eje psicológico

Está constituido por situaciones clínicas, síndromes y entidades nosográficas que originan la mayor parte de los motivos de consulta o que representan indicadores de riesgo de distintos tipos.

El eje sociofamiliar

Jerarquiza dos conceptos reconocidos por su influencia en el proceso salud enfermedad: los sucesos vitales estresantes y el soporte social.

El eje asistencial

Reúne fenómenos y situaciones que implican exigencia, crisis o colapsos para el paciente o para el equipo asistencial o ambos.

Metodología

Se consideró población en estudio:

- los pacientes internados en los servicios de medicina del Hospital de Clínicas Dr. M. Quintela;
- los médicos tratantes de estos pacientes;
- las enfermeras a cargo de los pacientes.

Selección de la muestra en los 3 niveles

- Se tomó una muestra aleatoria sistematizada conformada por los pacientes que ocupaban las camas impares de cada uno de los servicios de medicina (si alguna de las camas estaba desocupada se entrevistaba al paciente que ocupaba la cama de número par a su derecha). Se seleccionaron los pacientes de una sala de hombres y una sala de mujeres en cada servicio.
- Los asistentes de clínica de estas salas en su carácter de médico tratante (o quien le subrogara en su ausencia).
- Las enfermeras a cargo de los pacientes (o quien les subrogue en su ausencia).

Se consideraron variables en estudio:

- El problema psicosocial del paciente, entendiendo como problema la presencia de síntomas o situaciones que implicaran daño o riesgo de daño para la salud del paciente.
 - La detección del problema por el médico tratante y por la enfermera y la conducta adoptada frente al mismo (vigilancia, intervención terapéutica o derivación).
- Se consideró como *variable de control* la detección del problema y actitud adoptada frente al mismo de los

Nº registro	Piso	Sala	Cama	Edad	Sexo	Estado civil
Biomédico	Psicológico		Socio-familiar		Asistencial	
- Enfermedad crónica	- Dificultad para adaptarse a la situación de enfermedad	Sucesos vitales estresantes	- Carenica o distorsión de la información sobre la enfermedad o tratamiento			
- Enfermedad aguda con riesgo de muerte	* Pérdidas	Agudos Crónicos	- Dificultad en la relación médico-paciente y equipo-paciente			
- Cáncer y enfermedad terminal	* Otros	Intensidad de I a IV	* polo paciente			
- Situación quirúrgica, maniobras traumáticas o ambas	- Miedo	- Soporte social	* polo médico			
- Dolor	- Ansiedad, angustia	S.M. S.I. S.E.	- No adherencia o rechazo al tratamiento			
- Paciente sin diagnóstico	- Síndrome depresivo	Observado	- Inadaptación a la sala o al hospital			
- Otros (especificar)	- Ideas, impulsos o actos suicidas	Percibido	- Problemas de alta			
- ¿Está recibiendo psicofármacos?	- Irritabilidad	Carenica de apoyo	* Resistencia al alta			
Si No	- Trastorno del sueño	* Familiar	* Alta contra voluntad médica			
- Conducta a seguir frente a problemas psicosociales detectados?	- Trastorno de la alimentación	* Social, informal	* Alta compulsiva			
V	- Trastorno de las conductas de relación	* Social, formal	- Dificultades en la asistencia a nivel de la comunidad			
T	* Conductas antisociales	S° Soc.	- Situación de sobrecarga emocional que afecten			
D	* Retraimiento	Otros	* al equipo			
	* Otros		* al paciente			
	- Trastornos sexuales		- Otros (especificar)			
	- Uso o abuso de:		- ¿Cuánto hace que está internado?			
	* Alcohol		- Entrevistados:			
	* Drogas		Paciente			
	* Tabaco		Médico			
	* Psicofármacos		Enfermera			
	- Déficit transitorio o permanente de funciones intelectuales (orientación, memoria, etc.)					
	- Problemas psicofisiológicos, incluyendo síntomas físicos exacerbados por problemas psicológicos					
	- Trastornos psiquiátricos definidos (especificar)					
	- Otros (especificar)					

Observaciones:

Entrevistadores:

Fecha:

Figura 1. Planilla de trabajo

miembros del Depto. de Psicología Médica que realizan la investigación.

Procedimiento y ejecución

1. A partir del Protocolo de Identificación de Problemas se confeccionó un formulario de recolección de datos con su instructivo.
2. Se adiestró a los encuestadores y se probó el instrumento de recolección de datos por medio de su aplicación a un número reducido de pacientes y médicos tratantes y enfermeras.

Las entrevistas se realizaron trabajando los encuestadores en parejas; se registró los puntos de discrepancia. Se discutió el origen de los mismos y se establecieron los criterios a seguir en cada caso.

Recolección de la información

- a) Dos integrantes del equipo investigador –uno de ellos, “ciego” a los objetivos de la investigación–realizaron una entrevista de 20 minutos a cada paciente seleccionado con el fin de detectar la presencia de problemas de índole psicosocial y determinar la conducta a seguir frente a los mismos.
- b) Dos integrantes del equipo investigador –uno de ellos, “ciego” a los objetivos de la investigación–distintos a los que entrevistaron al paciente, entrevistaron al médico tratante y a la enfermera por separado, solicitándoles la identificación de los problemas psicosociales que a su juicio presentaba el paciente y la definición de la conducta a seguir frente a los problemas detectados. Ni el médico ni la enfermera conocían el protocolo de identificación de problemas.

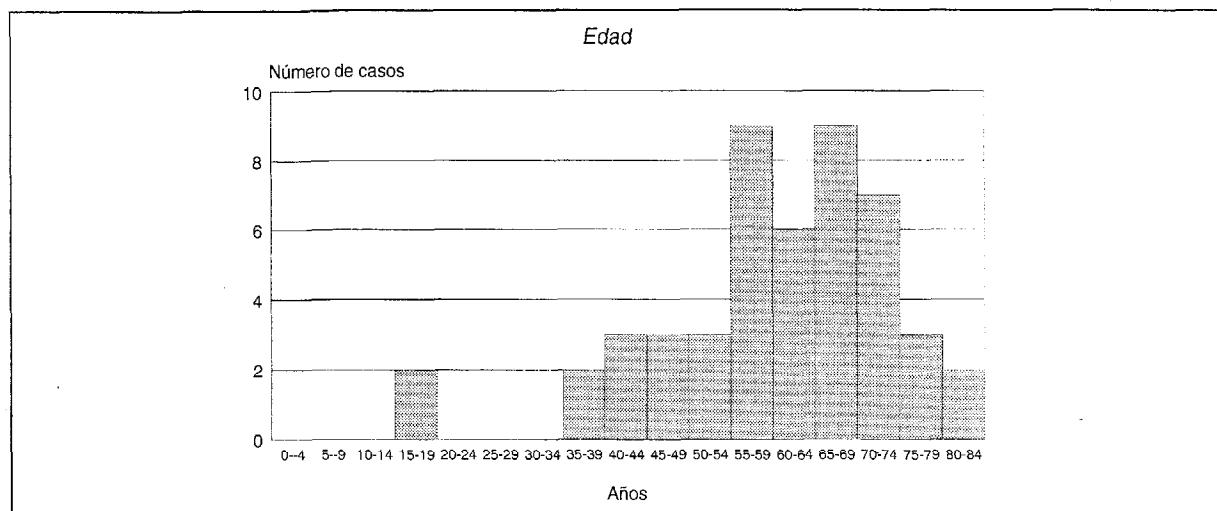


Figura 2. Edad de los pacientes, en grupos etarios

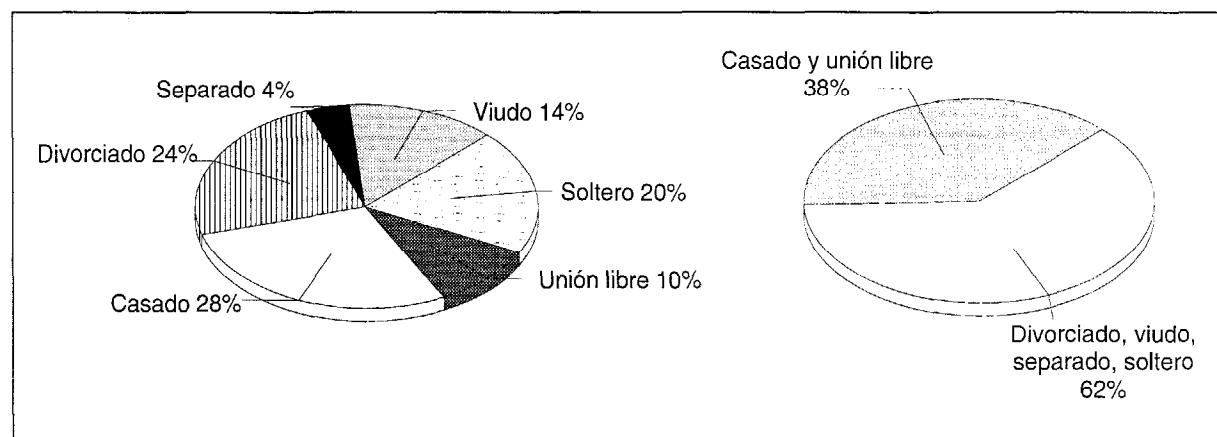


Figura 3. Estado civil de los pacientes

Finalizada cada entrevista, los integrantes de cada pareja entrevistadora compararon sus opiniones y consignaron los datos en la hoja correspondiente a cada entrevistado. La coincidencia en el diagnóstico entre los investigadores que conocían los objetivos y los "ciegos" a los mismos fue alta. Por esta razón, una vez completada la recolección de datos de las dos primeras salas (un tercio de los estudiados), se acordó continuar con un solo investigador por entrevista.

La entrevista de cada paciente se hizo el mismo día que la de su médico tratante y su enfermera.

De los 54 casos de la muestra, se perdieron 4 por distintas razones, por lo que el estudio se hizo en 50 pacientes.

Aspectos éticos

Dada la naturaleza de este estudio se implementaron medidas para brindar asistencia en aquellos casos que así lo requirieran.

Resultados

Parte 1: prevalencia de problemas psicosociales

En el histograma de edad (figura 2) podemos observar una población cuya media es de 57 años, con un desvío estándar de ± 17 .

En el gráfico de estado civil (figura 3) se destaca un elevado porcentaje (62%) de pacientes solteros, separados, viudos divorciados. Esto nos permite presumir una carencia de soporte social, factor de riesgo en situación de enfermedad.

Si observamos ahora el eje biomédico (cuadro 1) veremos que tiene un elevado porcentaje de afecciones crónicas, 82% con 42 casos. Otro elemento a destacar es que el síntoma dolor surgió de las entrevistas pues no estaba consignado en las historias clínicas.

Eje psicológico (cuadro 2): los problemas fueron encontrados en 88% de la población. Las dificultades para

Cuadro 1. Eje biomédico.

N=50	Frec.	%
Enfermedad crónica	41	82
Enfermedad aguda	10	20
Cáncer y enfermedad terminal	7	14
Situación quirúrgica	7	14
Dolor	9	18
Paciente sin diagnóstico	5	10
Otros	1	2

Cuadro 2. Eje psicológico.

N=50	Frec.	%
Dificultad para adaptarse a la situación de enfermedad	23	46
Miedo	18	36
Ansiedad	16	32
Síndrome depresivo	4	8
Ideas, impulso o actos suicidas	1	2
Irritabilidad	3	6
Trastornos del sueño	10	20
Trastornos de la alimentación	6	12
Trastornos de las conductas de relación. Retraimiento	4	8
Trastornos sexuales	2	4
Uso o abuso	14	28
Alcohol	6	12
Drogas	0	0
Tabaco	13	26
Psicofármacos	0	0
Déficit transitorio o permanente de funciones intelectuales	9	18
Problemas psicofisiológicos exacerbados por problemas psicosociales	0	0
Trastornos psiquiat. definidos	5	10
Otros	2	4

Cuadro 3. Eje socio-familiar

N=50	Frec.	%	% acumul.
Sin problemas detectados	12	24	24
Con un problema detectado	23	46	70
Con dos problemas detectados	15	30	100

Dpto. de Psicología Médica (Setiembre de 1994)
Facultad de Medicina – R.O. del Uruguay

adaptarse a la situación de enfermedad, el temor y la ansiedad fueron los problemas predominantes.

El uso de sustancias y los trastornos del sueño son también muy frecuentes.

Cabe destacar que sólo en 12% de la población no se detectó ningún problema.

Eje socio familiar (cuadros 3 y 4): 76% de la población presenta, por lo menos, algún problema de la esfera sociofamiliar.

En cuanto a los SVS, se destaca el elevado porcentaje de SVS crónicos (40%). Sólo 24% de la población no presenta ningún suceso vital estresante. En relación al soporte social, el número de casos sin datos es muy elevado (60%). Si observamos 40% de los que si tenemos datos, vemos que casi la totalidad de los mismos (38% de la población) carecen de algún tipo de soporte social.

En el eje asistencial (cuadro 5) 42% presenta problemas que se agrupan sobre todo en carencia o distorsión o ambos de la información acerca de la enfermedad; no

adherencia a rechazo al tratamiento y dificultades en la relación médico-paciente.

En resumen (figura 4): en cuanto a prevalencia de problemas psicosociales vemos que atendemos una población con neta predominancia de enfermedades crónicas (82%), elevado porcentaje de problemas psicológicos (88%), acompañados en muchos casos por problemas sociofamiliares (76%) y asistenciales (42%).

Discusión

Estos datos fueron recogidos por técnicos altamente capacitados, especialmente en el diagnóstico de problemas psicológicos. Muestran los hallazgos que es posible obtener en entrevistas breves (20 minutos).

El elevado porcentaje de personas solteras, viudas, divorciadas y separadas en una población con tan alto promedio de edad nos sugiere la carencia de soporte social en muchos de estos pacientes. Durante las entrevistas nos llamó la atención que los casos en los cuales no fue suficiente el tiempo para considerar razonablemente com-

Cuadro 4. Eje socio-familiar

N=49	Frecuencia	%
Sucesos vitales estresantes		
Agudos	5	10
Crónicos	20	40
S/clasificar	12	24
Sin problemas	12	24
Soporte social		
<i>Cualidad del soporte</i>		
Carencia de soporte social material	15	30
Carencia de soporte social informacional	19	38
Carencia de soporte social emocional	16	32
<i>Naturaleza del soporte</i>		
Carencia de soporte familiar	8	16
Carencia de soporte social formal e informal	12	24
Sin datos	30	60

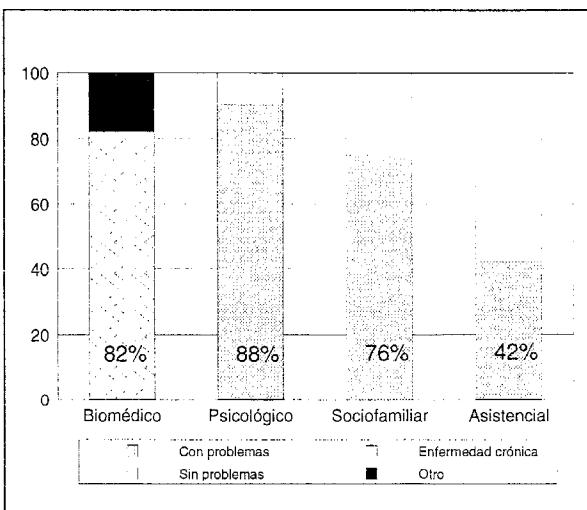
Cuadro 5. Eje asistencial

	Frecuencia	%
Carencia o distorsión de la información sobre la enfermedad	13	26
Diferencia en la relación médico-paciente	6	12
Diferencia en la relación equipo-paciente	1	2
Polo médico	1	2
Polo paciente	1	2
No adherencia o rechazo al tratamiento	8	16
Indaptación a la sala o el hospital o ambos	2	4
Problemas de alta	1	2
Resistencia al alta	1	2
Alta contra voluntad médica	0	0
Alta compulsiva	0	0
Dificultad en la asistencia a nivel de la comunidad	1	2
Situación de sobrecarga emocional que afecten:		
Al equipo		
Al paciente		
Otros	0	0

pletia una entrevista coincidieron con aquéllos en los que había una marcada falta de soporte social, independientemente de que esto fuera percibido o no por el paciente.

Los datos epidemiológicos sobre consumo de drogas en la población general⁽⁶⁾, arrojan las siguientes cifras: 2-5% de adicción a drogas globalmente consideradas, 20% de abuso de alcohol, 60% de consumo de alcohol y 20% de abstemios.

Un estudio realizado en población internada en nuestro medio⁽⁷⁾ encontró 28% de incidencia de alcoholismo. Con respecto al uso y abuso de sustancias, nosotros encontramos sólo 14%. Debemos considerar varios puntos: primero la metodología empleada –tests específicos para alcoholismo en el estudio citado; entrevistas breves semiestructuradas en el nuestro; en segundo lugar la dificultad diagnóstica del alcoholismo y el consumo de drogas de la que participan tanto el técnico como el paciente. Este es habitualmente reticente y el tema incluye prejuicios y aspectos socioculturales que dificultan la integración de un concepto claro de la enfermedad. Con respecto al tabaquismo, encontramos 26%. En un estudio realizado en población económicamente activa entre 15 y 29 años⁽⁸⁾ se encontró una prevalencia de 33% de fumadores regulares. Con respecto al uso de psicofármacos, realizamos una compulsa en un tercio de la población en-

**Figura 4.** Problemas psicosociales.

contrario 29% de uso de estas sustancias. Un estudio reciente realizado en el Departamento de Montevideo, encuentra 40% de consumo de psicofármacos.

Hemos encontrado dificultades en el registro y agrupación de los problemas sociofamiliares, claro ejemplo de esto es 60% de “sin datos” en soporte social. Pensamos que fue debido a una insuficiente e inhomogénea

jerarquización de los mismos, que seguramente hoy no tendríamos.

Los conceptos involucrados en el eje socio-familiar (SF) [sucesos vitales estresantes (SVS) y soporte social (SS)], son los más recientemente incorporados y esto también contribuye a acrecentar las dificultades de su manejo. No implican la mera recolección de información, sino una categorización.

El elevado porcentaje de problemas en relación a la información, a la adherencia al tratamiento y a las dificultades en la relación entre el paciente y el equipo asistencial, nos confirman en lo adecuado de la inclusión de un eje para los problemas específicos del área asistencial. Estos problemas deben incluirse en un diagnóstico situacional y requieren un abordaje particular.

En nuestro Departamento, que tiene responsabilidades docentes y asistenciales, las acciones están dirigidas tanto hacia el paciente como hacia el equipo asistencial, y forman parte del entrenamiento que deben recibir los médicos en el pre y posgrado.

Conclusiones

Desde el encuentro de Alma-Ata, el enfoque actual de los problemas de la salud plantean ofrecer cobertura a toda la población, especialmente a los más necesitados y a los que están en situaciones de riesgo.

Los datos de este estudio señalan que la población hospitalaria es un grupo que merece una atención especial en salud mental. Se encuentra en una situación vital en la que convergen la violencia instalada en el cuerpo; la conmoción de los vínculos, los problemas de la reinserción social, la afectación de la autoimagen.

Podemos concluir que se trata de un grupo con una vulnerabilidad muy alta.

El Departamento de Psicología Médica está muy interesado en estudiar la eficacia de intervenciones breves; combinando distintas técnicas y en las que el médico se convierta en un agente de cambio más activo.

Este estudio fue realizado con miras a obtener una instantánea de la situación global. Los datos encontrados y las reflexiones sobre la metodología nos obligan a encarar la realización de estudios subsiguientes con una mayor precisión en el diseño y en la ejecución. Pensamos que estos primeros datos pueden orientar nuestros próximos pasos, de los cuales la confección de una lista de definiciones operativas de los problemas, será prioritaria.

Resultados

Parte II: comparación de la detección de problemas psicosociales y de la conducta a seguir frente a los mismos

Para facilitar la comparación de los resultados hemos agrupado los datos (cuadro 6).

Recordamos que en el eje biomédico el síntoma dolor, recogido en la entrevista con el paciente, no estaba consignado en la historia, ni era registrado como problema por el médico (cuadro 1).

En el eje psicológico (cuadro 7), se destaca una falta de detección, por parte de médicos y enfermeras, de entidad variable, pero que llega a más de 30% en los ítems "dificultades para adaptarse a la situación de enfermedad" y "temor". En cambio, en "síndrome depresivo" y "ansiedad", los casos detectados alcanzan un número similar. Sin embargo, de los cuatro casos de síndrome depresivo diagnosticado por psicología médica, sólo uno es diagnosticado por el médico y ninguno por la enfermera. Esto nos plantea el problema de que se atribuye síndrome depresivo a pacientes que no lo tienen y no se diagnostica los que sí tienen síndrome depresivo claro con las consiguientes repercusiones en la terapéutica.

El ítem "uso y abuso de sustancias" requiere una mención especial, pues teniendo en cuenta que el subregistro afecta también al equipo de interconsulta, el diagnóstico realizado por psicología médica pierde su valor de referencia.

El ítem "otros" (que incluye trastornos de la alimentación, trastornos de las conductas relación, trastornos sexuales, etc.), muestra también una discrepancia en la identificación del problema que asciende a 20% comparando psicología médica y médicos y a 16% entre psicología médica y enfermería.

En el eje sociofamiliar (cuadro 8), los médicos y enfermeras no detectan 30% de los problemas del área.

En el eje asistencial (cuadro 9), llama la atención que el subregistro, no sólo es menor que en los otros ejes, sino que en el ítem *otros* (que incluye inadaptación a la sala o el hospital o ambos, problemas de alta, dificultades en la asistencia a nivel de la comunidad), los médicos y enfermeras detectan problemas que los pacientes no refieren en la entrevista hecha por psicología médica.

Con respecto a la conducta a seguir frente a los problemas sociales detectados (cuadro 10), ésta debe ser considerada como *intención de:* vigilar, intervenir y derivar, dado que no fue controlada la acción a posteriori.

Las cifras estarían mostrando que las situaciones que implican riesgo o daño para la salud del paciente no son detectadas y por lo tanto no generan conductas acordes. En cuanto a las conductas planteadas por psicología médica: en 20 casos se indicó vigilancia, en 6 casos tratamiento y derivación en 9. Se entendió por tratamiento toda acción considerada terapéutica: información, apoyo, medicación, etc.. Se indicó derivación cuando se entendió necesaria la participación de otros especialistas, tales como: neurólogo, psiquiatra, neuropsicólogo, servicio social, terapia del dolor, fisioterapia, etc.

Cuadro 6. Detección de problemas psicosociales por psicología médica, medicina y enfermería

N=50	P. médica	Médicos		Enfermería	
		Frec.	Frec.	N/det.	Frec.
Psicológico					
Dificultad para adaptarse a la situación de enfermedad (coping)	23	8	30%	9	28%
Temor	18	2	32%	0	36%
Ansiedad	16	10	12%	12	8%
Síndrome depresivo	4	5	5%	5	
Uso o abuso de sustancias	14	6	6%	3	22%
Tabaco	13	3	20%	1	24%
Alcohol	7	5	4%	2	10%
Psicofármacos	0	0		0	
Drogas	0	0		0	
Trastornos del sueño	10	2	16%	6	
Deficit de las funciones intelectuales transitorias o permanentes	9	6		5	
Otros	23	13	20%	15	16%
Sin problemas psicológicos	6	21	30%	22	32%
Socio familiar					
Con 1 problema detectado (S.V.S. o S.S.)	23	16	14%	18	16%
Con 2 problemas detectados (S.V.S. y S.S.)	15	7	15%	3	24%
Sin problemas socio familiares	12	27	30%	29	34%
Asistencial					
Carencia o distorsión de la información acerca de la enfermedad	13	6	14%	8	10%
Dificultad en la relación médico/paciente	10	15		9	
No adherencia al tratamiento	8	6		5	
Otros	8	29		15	
Sin problemas asistenciales	29	25		31	

Departamento de Psicología Médica – Facultad de Medicina – R.O.U. – Setiembre 1994.

El cuadro 10 muestra también las indicaciones realizadas por médicos y enfermeras. La falta de datos en un gran numero de casos se debería a variados factores: no hace diagnóstico, no plantea ninguna conducta, defecto en la recolección de datos, etc..

Conclusiones generales

Este estudio fue realizado en el Hospital Universitario, cuyas condiciones de funcionamiento son precarias. Esto tiene como consecuencia la prolongación de las internaciones, la dificultad en la puesta en marcha y coordina-

ción de los tratamientos médicos y quirúrgicos, la dificultad para la realización de los exámenes paraclínicos, la falta de recursos materiales y medicamentosos y el desgaste de los recursos humanos. Si bien este estudio no apunta a evaluar el impacto de estos hechos, no podemos dejar de señalar las consecuencias que tienen sobre los resultados del mismo.

Hay una clara diferencia en la detección de problemas hecho por psicología médica y por médicos y enfermeras.

Sorprende el paralelismo entre la detección hecha por médicos y enfermeras, pues habitualmente éstas tienen

Cuadro 7. Detección de problemas psicosociales por psicología médica, medicina y enfermería

	<i>P. médica</i>	<i>Médicos</i>		<i>Enfermería</i>	
N=50	Frec	Frec	N/det.	Frec.	N/det.
Dificultad para adaptarse a la situación de enfermedad (coping)	23	8	30%	9	28%
Temor	18	2	32%	0	36%
Ansiedad	16	10	12%	12	8%
Síndrome depresivo	4	5	5%	5	
Uso o abuso de sustancias	14	6	6%	3	22%
Tabaco	13	3	20%	1	24%
Alcohol	7	5	4%	2	10%
Psicofármacos	0	0		0	
Drogas	0	0		0	
Trastornos del sueño	10	2	16%	6	
Deficit de las funciones intelectuales transitorias o permanentes	9	6		5	
Otros	23	13	20%	15	16%
Sin problemas psicológicos	6	21	30%	22	32%

Departamento de Psicología Médica – Facultad de Medicina – R.O.U. – Set. 1994.

Cuadro 8. Detección de problemas psicosociales por psicología médica, medicina y enfermería

	<i>P. médica</i>	<i>Médicos</i>		<i>Enfermería</i>	
N=50	Frec	Frec	N/det.	Frec	N/det.
<i>Socio familiar</i>					
Con 1 problema detectado (S.V.S. y S.S.)	23	18	14%	18	10%
Con 2 problemas detectados (S.V.S y S.S.)	15	7	16%	3	24%
Sin problemas socio familiares	12	27	30%	29	34%

Departamento de Psicología Médica – Facultad de Medicina – R.O.U. – Setiembre 1994.

un mayor contacto con el paciente, que les daría acceso a una mayor información.

Las observaciones hechas durante las entrevistas a los enfermos sugieren que los datos no reflejan en forma fidedigna la capacidad de detección de problemas psicológicos y sociales por parte del personal de enfermería.

Con respecto a la detección realizada por los médicos,

coincidiendo con los hallazgos de Goldberg y de múltiples trabajos realizados en todo el mundo hay un elevado número de problemas psicosociales que el médico no registra.

Esto acarrea, entre otras, consecuencias directas en el área docente y asistencial.

En tanto el médico del hospital universitario es el mo-

Cuadro 9. Detección de problemas psicosociales por psicología médica, medicina y enfermería

N=50	P. médica	Médicos	Enfermería		
	Frec	Frec	N/det.	Frec.	N/det.
<i>Asistencial</i>					
Carencia o distorsión de la inf. acerca de la enfermedad	13	6	14%	8	10%
Dificultad en la relación médico-paciente	10	15		9	
No adherencia al tratamiento	8	6		5	
Otros	8	29		15	
Sin problemas asistenciales	29	25		31	

Departamento de Psicología Médica – Facultad de Medicina – R.O.U. – Setiembre 1994

Cuadro 10. Actitud adoptada frente a problemas psicosociales detectados

N=50	P. médica	Médicos	Enfermería
Vigilancia	20	8	9
Tratamiento	6	3	4
Derivación	9	5	2
Sin datos	15	34	35

Depto de Psicología Médica R. O. U. Setiembre 1994

delo de identificación del estudiante de medicina⁽⁹⁾, recae sobre él una exigencia antropológica a la que no estaría en condiciones de responder adecuadamente.

A través de la experiencia acumulada por los grupos Balint sabemos que el médico es el depositario de los afectos transferenciales del paciente, constituyéndose en su principal figura de referencia y por lo tanto le compete una función indelegable en el tratamiento del paciente.

Los hallazgos expuestos nos aportan niveles de aproximación distintos según el área de intervención posible.

En algunas –como la entidad incuestionable de la prevalencia de problemas psicológicos y sociales– nos confirman en la línea de trabajo que el Depto. de Psicología Médica reelabora en forma permanente.

En otros –como lo relativo a la comparación entre equipo médico-psicológico y médicos y enfermeras– nos muestran la necesidad de adquirir y de crear la metodología de investigación y de intervención adecuada a cada situación.

Uno de los valores agregados de este trabajo ha sido el de la motivación y el acicate para la profundización del conocimiento en ese sentido.

Résumé

Objectifs: 1) Etudier la prévalence des problèmes

psychosociaux parmi les patients hospitalisés aux Services de Médecine d'un Hôpital Général. 2) Comparer le diagnostic des problèmes psychosociaux réalisé par une équipe médicale et psychologique, au moyen de courtes entrevues de 20', à celui réalisé par le médecin responsable et l'infirmière.

De chacun des trois Services de Médecine de l'Hôpital Universitaire, on a étudié 54 patients hommes et une salle de femmes.

On relève une population d'une moyenne d'âge de 57 ans, à pourcentage élevé de célibataires, divorcés et veufs, et 82% de maladies chroniques. 88% de cette population a quelque problème psychologique; 76% quelque problème social et de famille et 42% quelque problème d'assistance.

L'identification des problèmes du patient réalisée par le médecin et l'infirmière est inférieure à celle réalisée par l'équipe médicale psychologique, dans le domaine psychologique et de famille. Cependant, ils semblent être plus sensibles aux problèmes d'assistance.

Summary

Aims: 1) to study the prevalence of psychosocial problems among patients admitted at the Medicine Services of a General Hospital. 2) To compare the diagnosis of psychosocial problems carried out by a medico-psycholo-

logic team during short interviews (20') with that undertaken by the physician in charge of treatment and by the nurse.

A study was undertaken of 54 patients admitted to a males ward and a women's ward of each of the three Medicine Services of the University Hospital. Physicians in charge of treatment and the nurses dealing with these patients, were interviewed. Available results point out an average age of 57 years involving a high percentage of unmarried, divorcees and widowers and 82% of chronic ailments. 88% of the population presents some type of psychologic problem; 76% some type of sociofamily problem and 42% some type of assistance problem.

Identification of the problems carried out by the physician in charge of treatment and by the nurse, is numerically lower than that undertaken by the psycho-medical team at the psychologic and sociofamilial axes.

Conversely they appear to be susceptible to the identification of problems at the health care axis.

Bibliografía

1. **Strain JJ.** The role of psychiatry on the training of primary care physicians. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 372-85
2. **Goldberg DP, Blacnwell B.** Psychiatric illness in general

practice: A detailed study using a new method of case identificación. *BMJ* 1970; 2:439-43.

3. **Florenzano R.** Frecuencia de síntomas emocionales en la atención de salud; su diagnóstico y manejo por parte de médicos generales. Santiago de Chile, 1992. Documento de trabajo C.P.U. N° 48/92.
4. **Jiménez JP.** El campo de las psicoterapias. Definiciones y desafíos. Santiago de Chile, 1992. Documento de trabajo C.P.U. N° 38/91.
5. **Míguez H.** Curso de Capacitación de Personal Socio-Sanitario del Cono Sur-CEE. Buenos Aires, 1994.
6. **Junta Nacional de Drogas.** Encuesta Nacional de Prevalencia de Sustancias Psicoactivas. Montevideo, Presidencia de la República (Uruguay), 1994.
7. **Dapueto JJ, Iusim S, Russi E.** Utilización de cuestionarios en el diagnóstico de alcoholismo. *Rev Med Uruguay* 1992; 8: 120-6.
8. **Junta Nacional de Drogas.** Prevalencia de Uso y Abuso de Drogas en Población Económicamente activa. Montevideo, Presidencia de la República (Uruguay), 1993.
9. **Ceretti T, Abreu MC, Francolino C, Ibáñez A.** Vocación e identidad médica en el estudiante de medicina al ingreso al C.I.M.I. Jornadas Docente Asistenciales de la Fac. de Medicina-Departamento de Educación Médica. Montevideo, 1993.