

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Frecuencia y factores epidemiológicos asociados a la urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado

Espinoza, Arequipa - 2014

Autor:

JOSÉ MANUEL CCALLA TORRES

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

Dedicada a Dios a quien debo todo lo que soy, a mis padres y familiares de quienes recibí todo lo necesario para encontrar el camino, y finalmente a todas las personas que hicieron posible que este sueño se convirtiera en realidad.



Epígrafe

Tu visión devendrá más clara solamente cuando mires dentro de tu corazón...

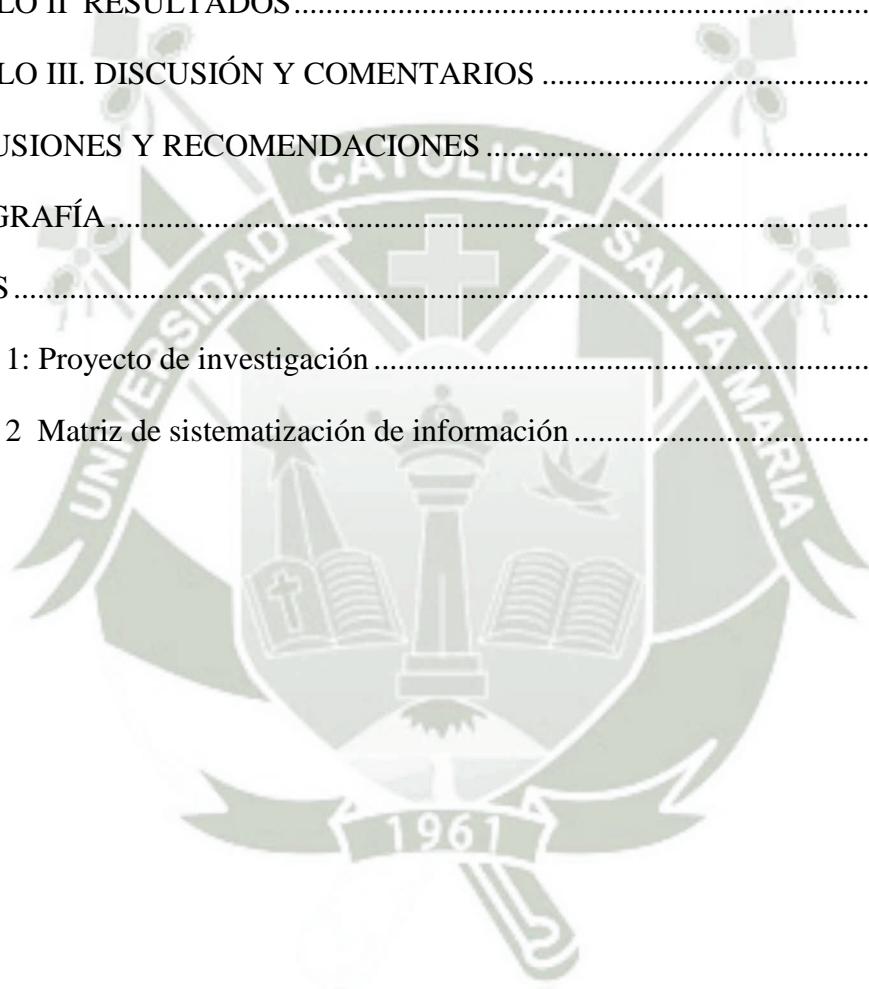
Aquel que mira afuera, sueña. Quién mira en su interior, despierta.

Carl G. Jung



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	2
CAPÍTULO II RESULTADOS	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	59
Anexo 1: Proyecto de investigación	60
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	126



RESUMEN

Las urgencias psiquiátricas son motivos frecuentes de consulta en servicios de Emergencia. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y los factores epidemiológicos asociados a las distintas patologías en las consultas por urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014.

En este estudio descriptivo, transversal, se evaluaron 180 historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección, luego se procedió a comparar los grupos mediante la prueba de chi cuadrado.

En total fueron 180 atenciones por urgencia psiquiátrica con una frecuencia con tendencia creciente de enero a setiembre. El 32.22% de atenciones fueron por psicosis agudas, seguido de intentos de suicidio (27.22%), el 21.67% de casos se trató de cuadros de delirio, trastornos del estado de ánimo (7.78%), abuso de sustancias (5.56%), ansiedad y pánico en 1.67% y otros diversos en 3.89%. El intento de suicidio se dio más en mujeres (73.47%), mientras que otros problemas como la psicosis aguda (65.52%), el delirio (79.49%), el abuso de sustancias (70%) o la ansiedad y pánico (66.67%) se dieron más entre los varones ($p < 0.05$). No se encontró influencia de la edad, el estado civil, procedencia, dependencia económica, nivel socioeconómico o nivel de instrucción con el motivo de consulta por emergencia. Hubo una mayor proporción de desempleados entre pacientes con abuso de sustancias (70%), en aquellos con ansiedad y pánico (66.75%) o en pacientes con psicosis aguda (58.62%). Un gran número de casos de trastornos del estado de ánimo (57.14%), intentos de suicidio (44.90%) y delirium por alcohol (46.15%) fueron trabajadores; las diferencias fueron significativas.

Se concluye que la consulta por urgencias psiquiátricas es frecuente sobre todo por cuadros de psicosis e intentos de suicidio, influidas por el sexo y ocupación de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: urgencias psiquiátricas – edad – sexo – condición económica – ocupación.

ABSTRACT

Psychiatric emergencies are common reasons of visits to emergency services. The objective of this research was to determine the frequency and epidemiological factors associated to different pathologies in psychiatric emergency consultations at the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital in 2014.

In this descriptive cross-sectional study, 180 medical records that achieved the selection criteria were evaluated, then it was proceeded to compare the groups using the chi square test.

In total, there were 180 people who attended the emergency psychiatric care by a frequency rising trend from January to September. In the results 32.22% of attendants were for acute psychosis, followed by suicide attempts (27.22%). Next, 21.67% of cases were for delirium, mood disorders (7.78%), substance abuse (5.56%), anxiety and panic attacks at 1.67% and other cases at 3.89%. Suicide attempts occurred more often in women (73.47%), while other problems such as acute psychosis (65.52%), delusions (79.49%), substance abuse (70%) or anxiety and panic attacks (66.67%) were more common in males ($p < 0.05$). Age, marital status, origin, economic dependence, socioeconomic status and education level had no influence when it came to the reason of the emergency consultation. There was a higher level of unemployes among patients with substance abuse (70%), anxiety and panic attacks (66.75%) and patients with acute psychosis (58.62%). A large number of cases of mood disorders (57.14%), suicide attempts (44.90%) and delirium from abstinence of alcohol (46.15%) were workers; the differences were significant.

It is concluded that psychiatric emergency consultation is very common, especially psychoses and suicide attempts, influenced by the sex and occupation of patients.

KEY WORDS: psychiatric emergencies - Age - Sex - economic status - occupation.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años las consultas por enfermedades psiquiátricas han ido en incremento, todo lo cual se ve reflejado en el aumento de la consulta por patologías de urgencia psiquiátrica, es por ello que se requiere mayor énfasis en el estudio de este tema tan trascendental, como también tan relegado a veces por la medicina general. Los factores de riesgo epidemiológicos son importantes para el estudio de las enfermedades psiquiátricas, porque estos determinan muchas veces las causas del enfermar, estos factores aunados a las enfermedades médicas concomitantes pueden generar por si mismos o en combinación los diferentes motivos de consulta por urgencias psiquiátricas. Es por ello que actualmente el médico general debe reconocer, diagnosticar, dar tratamiento o derivar a estos pacientes al especialista para así disminuir la morbilidad que generan estas enfermedades.

Durante la elaboración del proyecto de tesis y la recolección de datos pude dar cuenta de la magnitud de casos de patologías de urgencia psiquiátrica y los pocos estudios encontrados para caracterizar al tipo de paciente que ingresa por emergencia, sus diagnósticos clínicos y los diferentes tipos de manejo de acuerdo a la enfermedad subyacente. Estas fueron las razones que me motivaron a realizar el presente estudio. Esta investigación puede servir también como una base de datos para comparar con trabajos realizados a futuro utilizando las diferentes variantes que se dan por la misma dinámica poblacional en los motivos de consulta por urgencia psiquiátrica y la caracterización de este tipo de pacientes.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la Revisión Documentaria de Historias clínicas y el instrumento de ficha de recolección de datos que contiene los datos sociodemográficos y clínicos básicos para la investigación.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos. La ficha cuenta con 10 ítems, cada uno de los cuales se encuentra debidamente categorizado y analizado. El instrumento utilizado es de carácter anónimo, contiene en la primera parte ítems para recoger datos sobre características sociodemográficas de la población como son: fecha de ingreso, sexo, edad, estado civil, residencia, grado de dependencia económica, condición socioeconómica, grado de instrucción y ocupación. En la segunda parte el instrumento contiene datos sobre el diagnóstico psiquiátrico, luego de la interconsulta.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio delgado Espinoza, Arequipa – Perú.

2.2. **Ubicación temporal:** La presente investigación se ejecutó con los datos que se encontraron en las Historias Clínicas de los pacientes que acudieron por emergencia y luego fueron diagnosticados con patologías de urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el año 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias Clínicas de todos los pacientes admitidos en el servicio de emergencia y diagnosticados con patologías de urgencia psiquiátrica.

Población: Todas las historias Clínicas de los pacientes admitidos en el servicio de emergencia y diagnosticados con patologías de urgencia psiquiátrica en el periodo de estudio.

Criterios de selección:

♦ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado, admitidos durante el transcurso del año 2014, a partir de los 15 años, ingresados con diagnóstico de patologías de urgencia psiquiátrica.

♦ **Exclusión**

- Historias clínicas de pacientes que no cuenten con el diagnóstico de urgencias psiquiátricas.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio transversal.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Para la ejecución del estudio se realizaron los trámites administrativos correspondientes para obtener la autorización para el acceso al archivo de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado. Luego se procedió a la coordinación con el personal encargado del Archivo de Historias Clínicas, para la revisión de las historias necesitadas.

Seguidamente, se procedió a utilizar la Ficha de Recolección de Datos, la cual contiene los datos necesarios para el registro de datos, categorizados previamente.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación cuantitativa por tratarse de una ficha de recolección de datos.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 2 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Luego de recolectados los datos, estos se procesaron y tabularon previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz mediante el programa Microsoft Excel. Luego se procedió al análisis estadístico, utilizando en este caso el programa JBM SPSS STATISTICS 2.0, donde se usaron tablas de frecuencia y de contingencia para el procesamiento de datos. Luego se utilizó la prueba del Chi-cuadrado para la comparación de variables. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Para la graficación estadística, se realizó el programa Microsoft Excel, procediéndose a realizar en primer lugar las tablas estadísticas, a partir de las cuales se dibujaron gráficos en barras, que son los que se usaron en este estudio.



**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA – 2014**

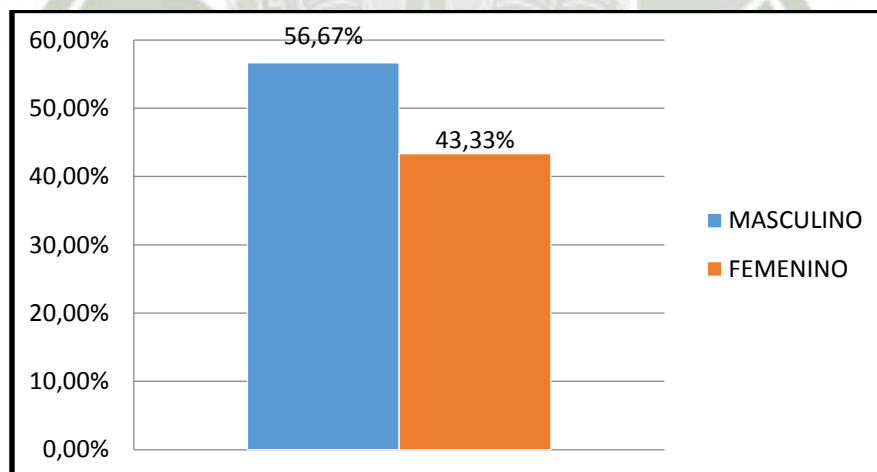
Tabla 1

**Sexo de los pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas en el HRHDE
durante el 2014**

SEXO	N°	%
MASCULINO	102	56.67%
FEMENINO	78	43.33%
TOTAL	180	100.00%

La Tabla y Gráfico 1 muestran que del total de pacientes que recibieron atención por urgencias psiquiátricas el 56.67% fue de sexo masculino, frente a un 43.33% de pacientes que corresponden al sexo femenino.

Gráfico 1



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA – 2014**

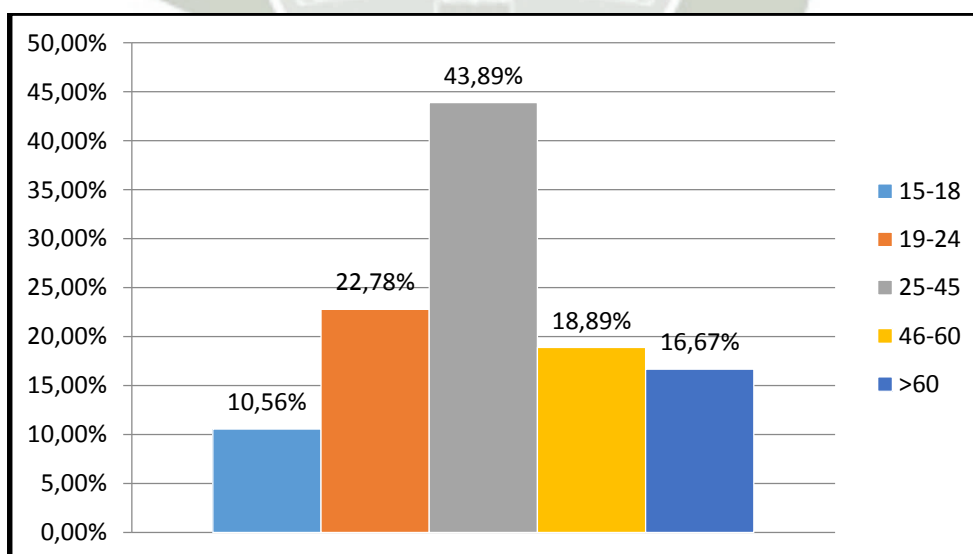
Tabla 2

**Edad de los pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas en el HRHDE
durante el 2014**

EDAD	N°	%
15-18	19	10.56%
19-24	41	22.78%
25-45	79	43.89%
46-60	34	18.89%
>60	7	3.89%
TOTAL	180	100.00%

La Tabla y Gráfico 2 indican que la mayor cantidad de pacientes que acudieron por urgencias psiquiátricas se encontraban entre los 25 a 45 años, correspondiendo estos al 43.89%, seguido de los pacientes con edades entre los 19 a 24 años con 22.78%.

Gráfico 2



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

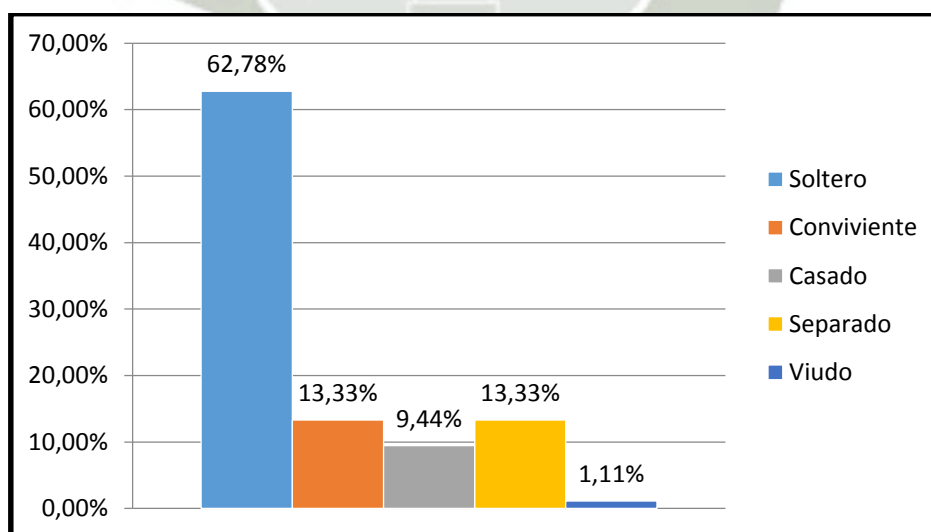
Tabla 3

**Estado civil de los pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas en el HRHDE
durante el 2014**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	113	62.78%
Conviviente	24	13.33%
Casado	17	9.44%
Separado	24	13.33%
Viudo	2	1.11%
TOTAL	180	100.00%

La Tabla y Gráfico 3 muestran que hubo una mayor predominancia de solteros entre los pacientes que acudieron por urgencias psiquiátricas con un 62.78% de los casos, seguido de los convivientes y separados con un 13.33% para cada grupo. El grupo minoritario fue el de los viudos correspondiendo un 1.11% de los casos.

Gráfico 3



Fuente: Ficha de recolección de datos

FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014

Tabla 4

Lugar de procedencia de los pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas en
el HRHDE durante el 2014

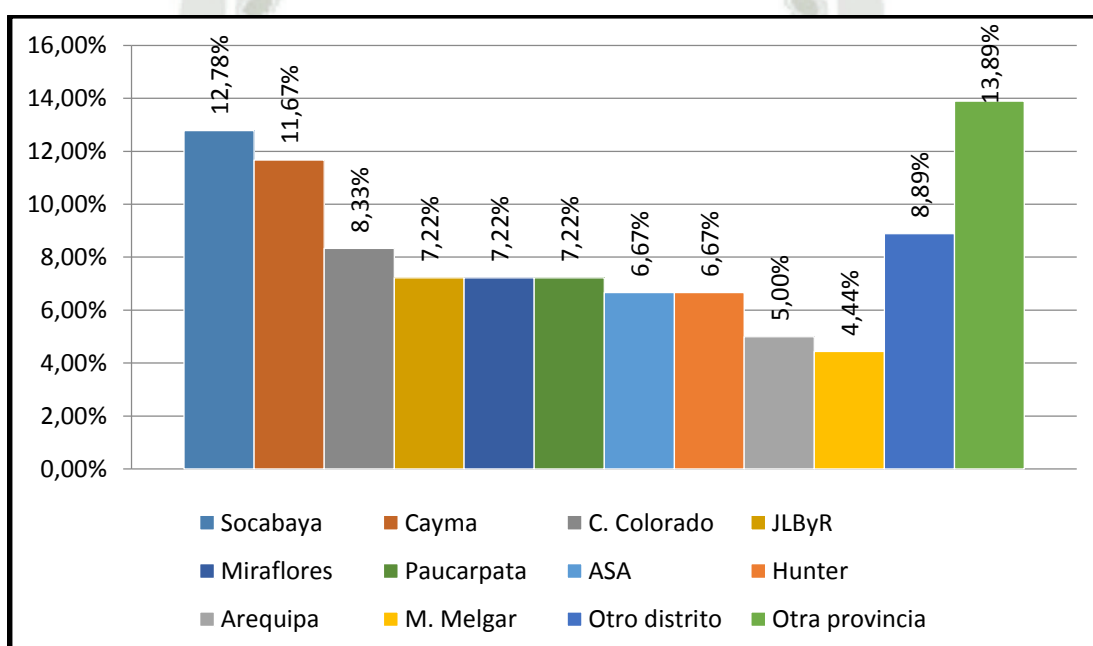
PROCEDENCIA	N°	%
Socabaya	23	12.78%
Cayma	21	11.67%
C. Colorado	15	8.33%
JLByR	13	7.22%
Miraflores	13	7.22%
Paucarpata	13	7.22%
ASA	12	6.67%
Hunter	12	6.67%
Arequipa	9	5.00%
M. Melgar	8	4.44%
Otro distrito	16	8.89%
Otra provincia	25	13.89%
TOTAL	180	100.00%

La Tabla y Gráfico 4 indican que la mayor parte de pacientes que acudieron por urgencias psiquiátricas provenían de los distritos de Socabaya (12.78%), Cayma (11.67%), así como de otras provincias (13.89%). El Cercado de Arequipa (5.00%) y Mariano Melgar (4.44%) fueron los distritos con el menor número de pacientes que acudieron por estas patologías.

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 4

**Lugar de procedencia de los pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas en
el HRHDE durante el 2014**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

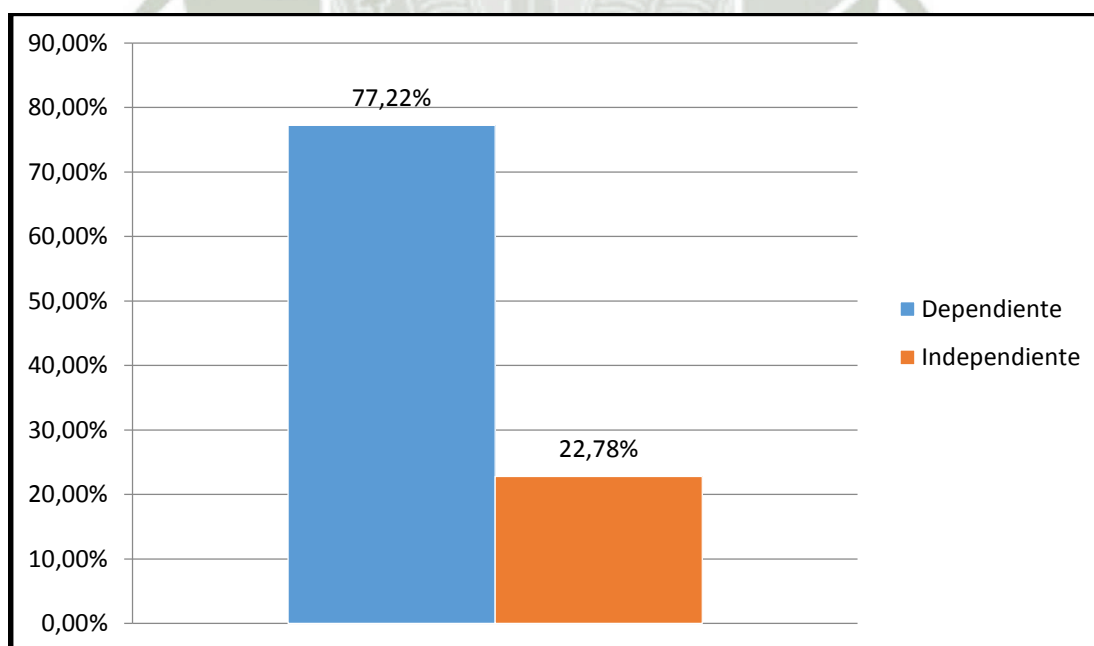
Tabla 5

**Grado de dependencia económica de los pacientes atendidos por urgencias
psiquiátricas en el HRHDE durante el 2014**

DEPENDENCIA ECONOMICA	N°	%
Dependiente	139	77.22%
Independiente	41	22.78%
TOTAL	180	100.00%

En la Tabla y Gráfico 5 se observa que de todos los pacientes que acudieron por urgencias psiquiátricas, los dependientes económicamente constituyeron la mayoría de los casos (77.22%), a diferencia de los independientes que solo fueron el 22.78% del total.

Gráfico 5



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

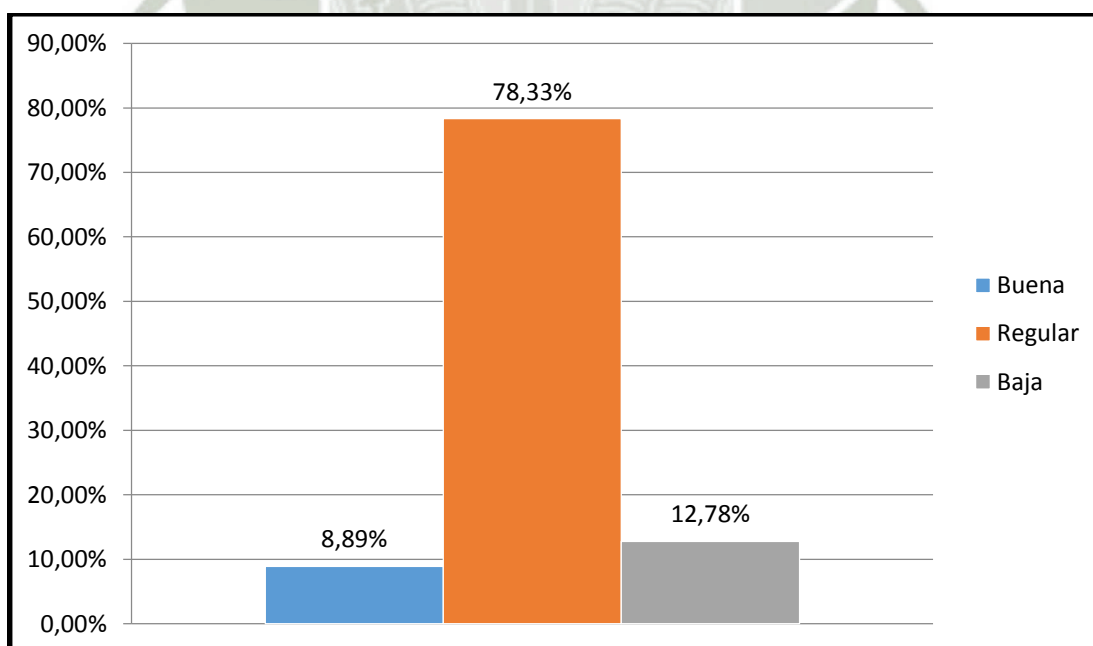
Tabla 6

**Condición socioeconómica de los pacientes atendidos por urgencias
psiquiátricas en el HRHDE durante el 2014**

CONDICION SOCIOECONOMICA	N°	%
Buena	16	8.89%
Regular	141	78.33%
Baja	23	12.78%
TOTAL	180	100.00%

En la tabla y gráfico 6 notamos que la condición socioeconómica regular (78.33%) fue la más predominante de todos los casos de urgencias psiquiátricas, luego estaban los de condición baja con un 12.78% y finalmente los de condición buena constituyendo un 8.89%.

Gráfico 6



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

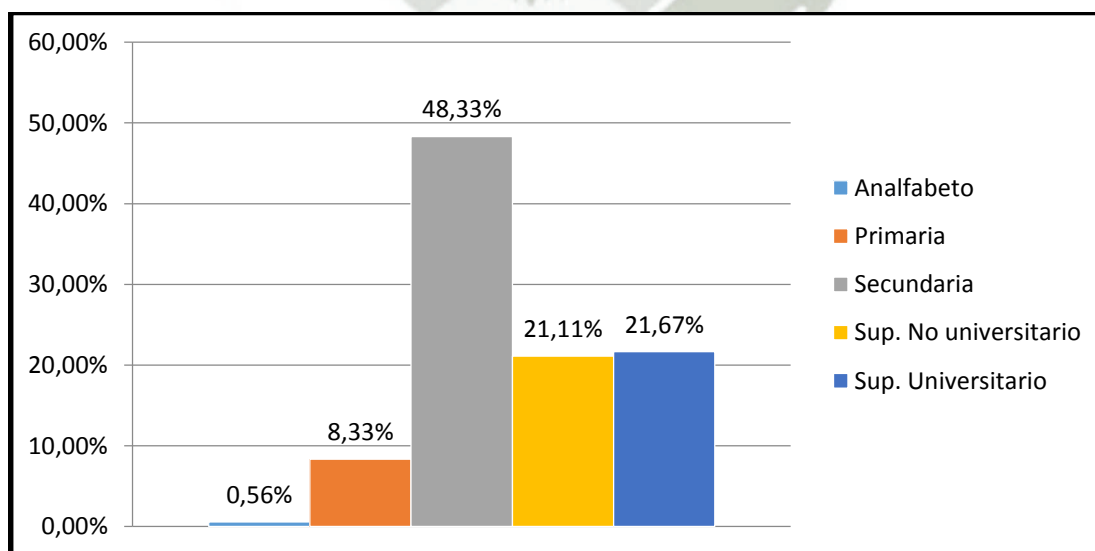
Tabla 7

**Nivel de instrucción de los pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas en el
HRHDE durante el 2014**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeto	1	0.56%
Primaria	15	8.33%
Secundaria	87	48.33%
Sup. No universitario	38	21.11%
Sup. Universitario	39	21.67%
TOTAL	180	100.00%

En la tabla y gráfico 7 el mayor número de pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas tenían nivel de instrucción secundaria (48.33%), los siguientes en frecuencia fueron los que tenían nivel de instrucción superior universitario (21.67%) y superior no universitario (21.11%).

Gráfico 7



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

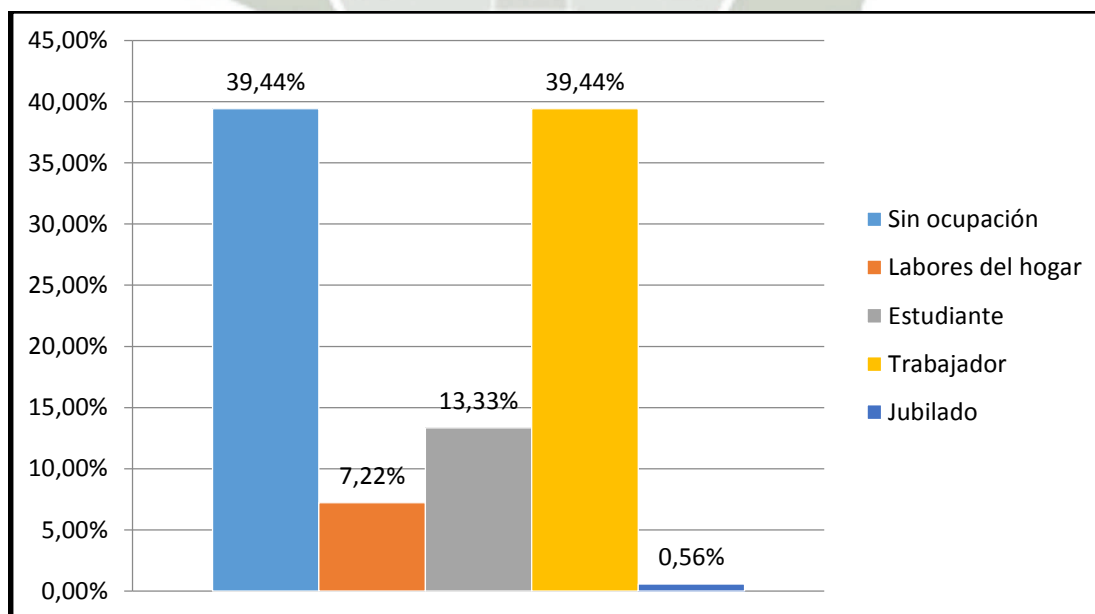
Tabla 8

**Ocupación de los pacientes atendidos por urgencias psiquiátricas en el HRHDE
durante el 2014**

OCUPACIÓN	N°	%
Sin ocupación	71	39.44%
Labores del hogar	13	7.22%
Estudiante	24	13.33%
Trabajador	71	39.44%
Jubilado	1	0.56%
TOTAL	180	100.00%

La tabla y gráfico 8 indican que de todos los casos atendidos por urgencias psiquiátricas el 39.44% no tenían ocupación, lo mismo que los trabajadores. Los estudiantes con el 13.33% de los casos le siguieron en frecuencia.

Gráfico 8



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Tabla 9

**Frecuencia de atenciones por emergencias psiquiátricas en el HRHDE durante
el 2014**

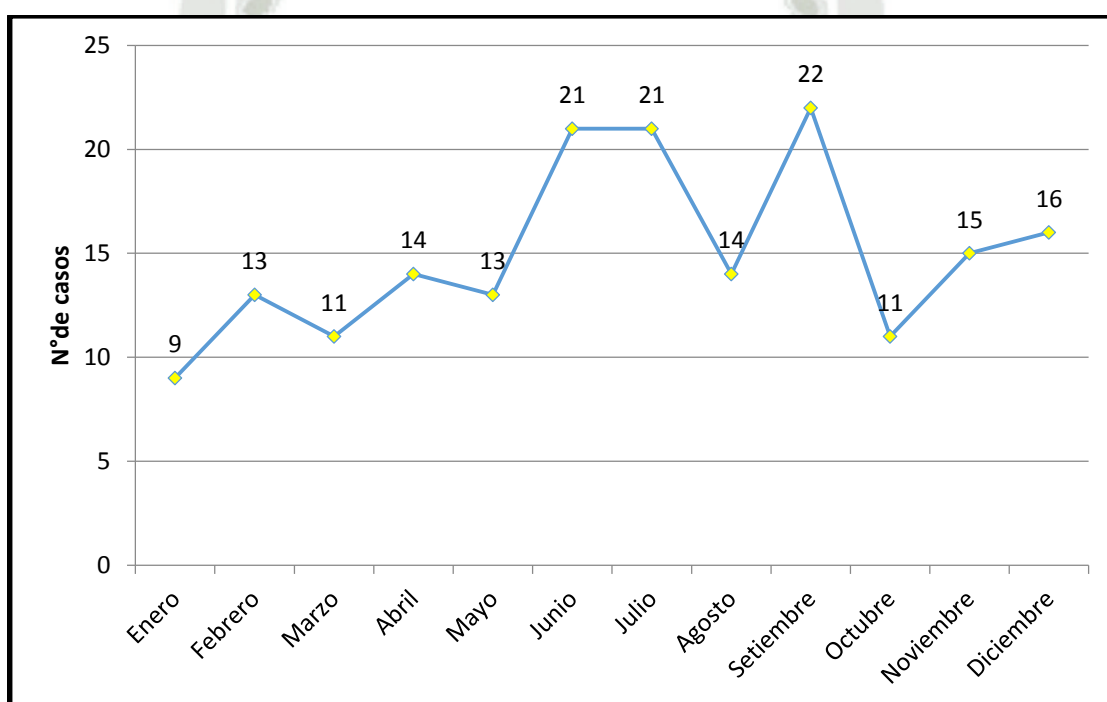
Mes	N°	%
Enero	9	5.00%
Febrero	13	7.22%
Marzo	11	6.11%
Abril	14	7.78%
Mayo	13	7.22%
Junio	21	11.67%
Julio	21	11.67%
Agosto	14	7.78%
Setiembre	22	12.22%
Octubre	11	6.11%
Noviembre	15	8.33%
Diciembre	16	8.89%
Total	180	100.00%

En la Tabla y Gráfico 9 se muestra la frecuencia de atenciones por urgencias psiquiátricas durante el 2014; en total fueron 180 atenciones con una tendencia creciente de enero a setiembre, pasando de 9 casos en enero a un pico de 22 casos en setiembre, con otros picos de 21 casos en los meses de junio y julio, para disminuir luego.

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 9

**Frecuencia de atenciones por emergencias psiquiátricas en el HRHDE durante
el 2014**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Tabla 10

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas atendidas

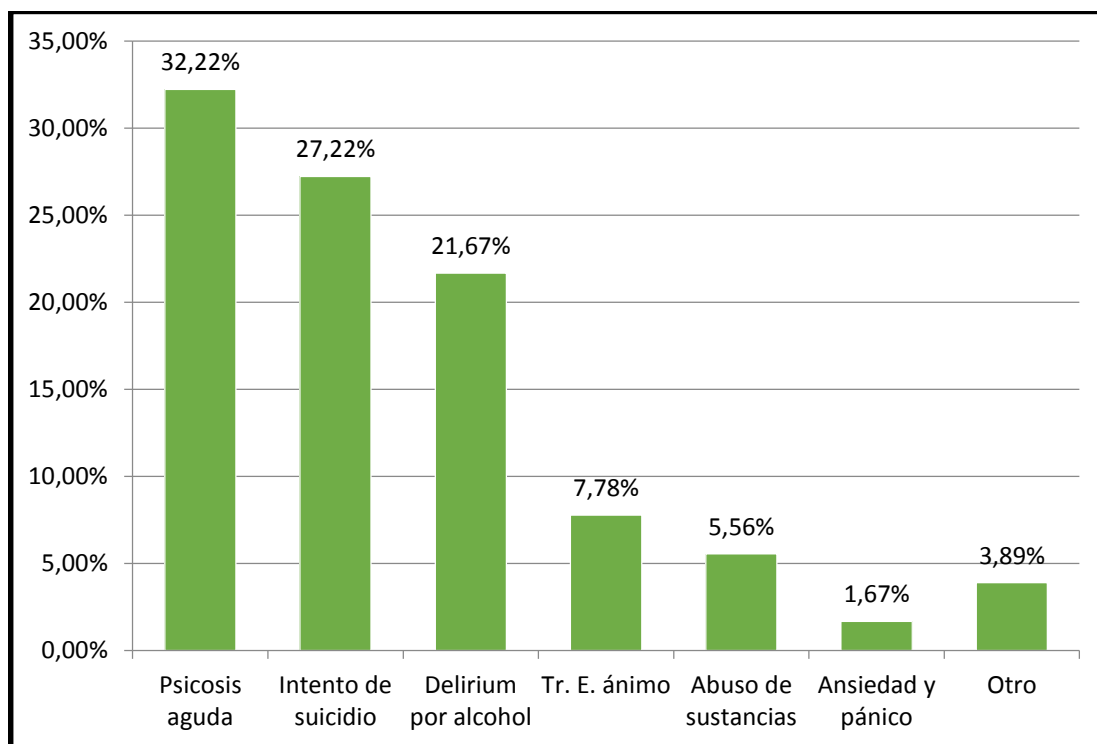
Diagnóstico	N°	%
Psicosis aguda	58	32.22%
Intento de suicidio	49	27.22%
Delirium por alcohol	39	21.67%
Trast. E. de Animo	14	7.78%
Abuso de sustancias	10	5.56%
Ansiedad y pánico	3	1.67%
Otro	7	3.89%
Total	180	100.00%

En la Tabla y Gráfico 10 se muestran los diagnósticos principales de las urgencias psiquiátricas atendidas; el 32.22% de atenciones fueron por psicosis agudas (principalmente por esquizofrenia paranoide), seguido de intentos de suicidio (27.22%), en 21.67% de casos se trató de cuadros de delirium (principalmente por síndrome de abstinencia), y en menor proporción otros problemas como los trastornos del estado de ánimo (7.78%), abuso de sustancias (5.56%, principalmente alcohol, marihuana y/o cocaína), ansiedad y pánico en 1.67% y otros diversos en 3.89% (dentro de los cuales están los trastornos de personalidad límite o los trastornos conversivos).

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 10

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas atendidas



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Tabla 11

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según sexo

Diagnóstico	Total	Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	38	65.52%	20	34.48%
Intento de suicidio	49	13	26.53%	36	73.47%
Delirium por alcohol	39	31	79.49%	8	20.51%
Tr. de E. ánimo	14	7	50.00%	7	50.00%
Abuso de sustancias	10	7	70.00%	3	30.00%
Ansiedad y pánico	3	2	66.67%	1	33.33%
Otro	7	4	57.14%	3	42.86%
Total general	180	102	56.67%	78	43.33%

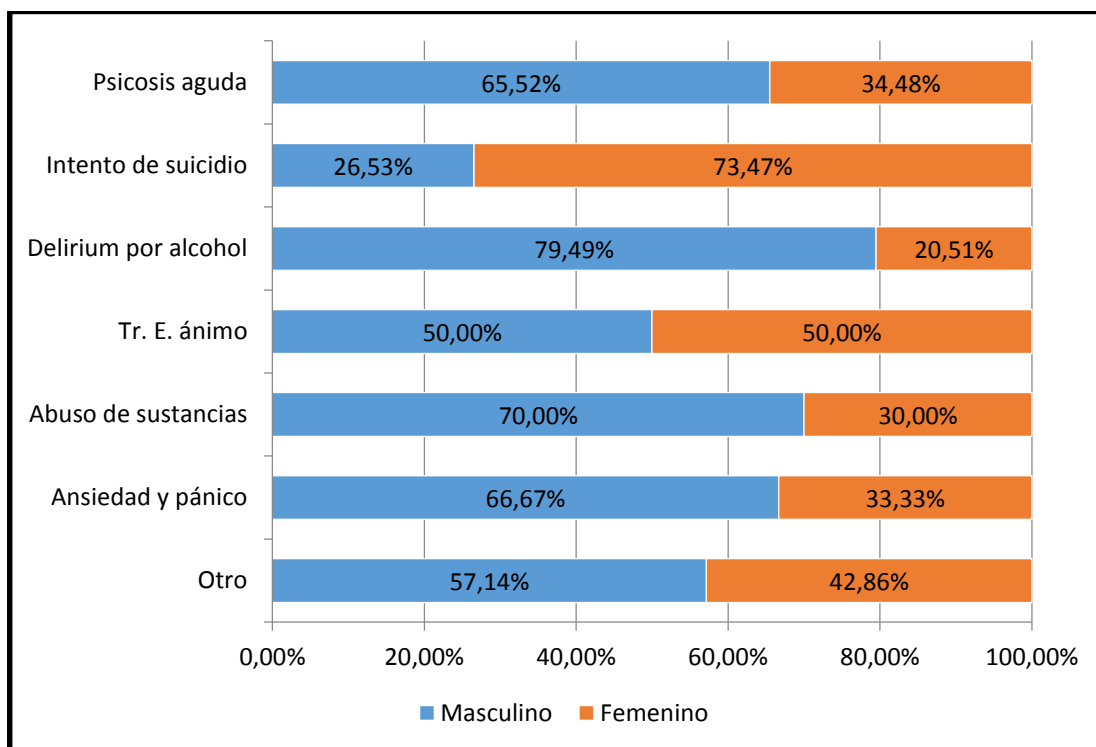
$\chi^2 = 29.34$ G. libertad = 6 $p < 0.05$

En la Tabla y Gráfico 11 se muestra la relación entre los motivos de consulta por emergencia y el sexo de los pacientes; se encontraron diferencias significativas según el sexo ($p < 0.05$): el intento de suicidio se dio más en mujeres (73.47%), mientras que otros problemas como la psicosis aguda (65.52%), el delirium por alcohol (79.49%), el abuso de sustancias (70%) o la ansiedad y pánico (66.67%) se dieron más entre los varones.

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 11

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según sexo



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2014**

Tabla 12

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según edad

Diagnóstico	Total	15-18 a		19-24 a		25-45 a		46-60 a		> 60 a	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	7	12.07%	11	18.97%	27	46.55%	12	20.69%	1	1.72%
Intento de suicidio	49	7	14.29%	17	34.69%	20	40.82%	3	6.12%	2	4.08%
Delirium por alcohol	39	1	2.56%	6	15.38%	19	48.72%	12	30.77%	1	2.56%
Tr. de E. ánimo	14	1	7.14%	2	14.29%	5	35.71%	4	28.57%	2	14.29%
Abuso de sustancias	10	2	20.00%	2	20.00%	5	50.00%	1	10.00%	0	0.00%
Ansiedad y pánico	3	0	0.00%	1	33.33%	1	33.33%	1	33.33%	0	0.00%
Otro	7	1	14.29%	2	28.57%	2	28.57%	1	14.29%	1	14.29%
Total	180	19	10.56%	41	22.78%	79	43.89%	34	18.89%	7	3.89%

Chi² = 26.77

G. libertad = 24

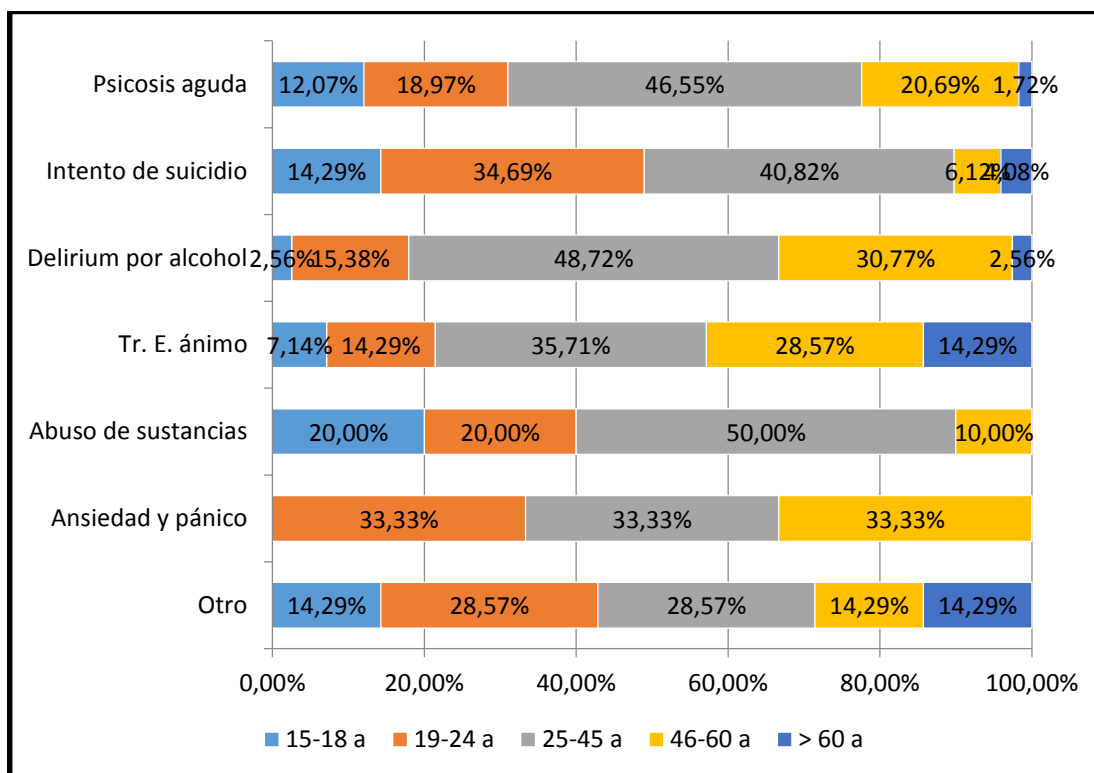
p = 0.32

En la Tabla y Gráfico 12 se muestran los motivos de consulta por urgencias psiquiátricas según el grupo de edad; no se encontraron diferencias significativas entre las diferentes patologías (p>0.05). El rango de 25-45 años (43.89%) fue donde se encontró la mayor frecuencia de pacientes que acuden por cuadros de urgencia psiquiátrica, mientras que los pacientes > de 60 años (3.89%) obtuvieron el menor porcentaje.

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 12

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según edad



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2014**

Tabla 13

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según estado civil

Diagnóstico	Total	Soltero		Conviviente		Casado		Separado		Viudo	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	42	72.41%	8	13.79%	4	6.90%	4	6.90%	0	0.00%
Intento de suicidio	49	34	69.39%	3	6.12%	7	14.29%	5	10.20%	0	0.00%
Delirium por alcohol	39	19	48.72%	10	25.64%	3	7.69%	6	15.38%	1	2.56%
Tr. de E. ánimo	14	5	35.71%	1	7.14%	1	7.14%	6	42.86%	1	7.14%
Abuso de sustancias	10	7	70.00%	0	0.00%	1	10.00%	2	20.00%	0	0.00%
Ansiedad y pánico	3	3	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otro	7	3	42.86%	2	28.57%	1	14.29%	1	14.29%	0	0.00%
Total	180	113	62.78%	24	13.33%	17	9.44%	24	13.33%	2	1.11%

Chi² = 36.15

G. libertad = 24

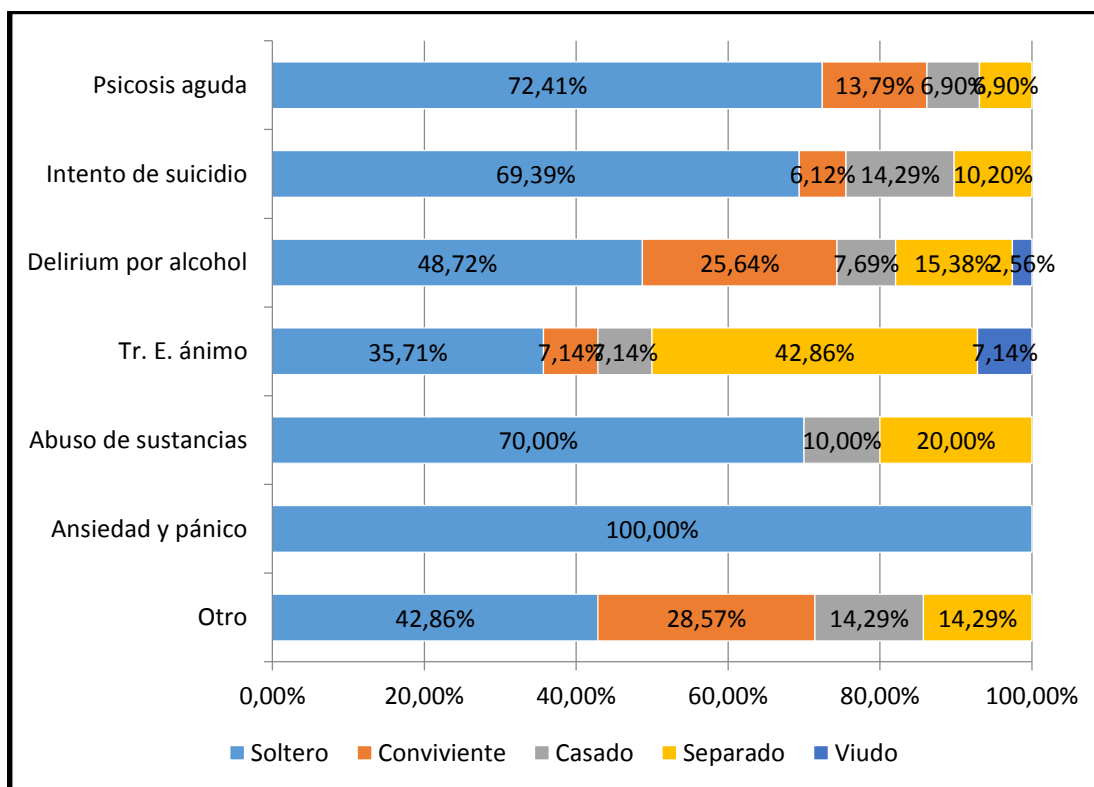
p = 0.053

La influencia del estado civil en la presentación de urgencias psiquiátricas se muestran en la Tabla y Gráfico 13; la mayoría de pacientes fueron solteros (62.78%), casados (13.33%) o convivientes (13.33%). Hubo mayor proporción de solteros entre aquellos pacientes con psicosis aguda (72.41%), así como 70.00% de aquellos con abuso de sustancias o intento de suicidio (69.39%). Hubo más separados entre pacientes con trastornos del estado de ánimo (42.86%), las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 13

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según estado civil



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2014**

Tabla 14 A
Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según procedencia

Diagnóstico	Total	Socabaya		Cayma		C. Colorado		JLByR	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	10	17.24%	7	12.07%	4	6.90%	4	6.90%
Intento de suicidio	49	7	14.29%	7	14.29%	4	8.16%	4	8.16%
Delirium por alcohol	39	4	10.26%	4	10.26%	5	12.82%	2	5.13%
Tr. de E. ánimo	14	1	7.14%	0	0.00%	1	7.14%	2	14.29%
Abuso de sustancias	10	0	0.00%	3	30.00%	0	0.00%	1	10.00%
Ansiedad y pánico	3	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otro	7	1	14.29%	0	0.00%	1	14.29%	0	0.00%
Total	180	23	12.78%	21	11.67%	15	8.33%	13	7.22%

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2014**

Tabla 14 B
Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según procedencia (cont.)

Diagnóstico	Total	Miraflores		Paucarpata		ASA		Hunter	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	4	6.90%	4	6.90%	3	5.17%	3	5.17%
Intento de suicidio	49	0	0.00%	4	8.16%	2	4.08%	5	10.20%
Delirium por alcohol	39	7	17.95%	0	0.00%	3	7.69%	1	2.56%
Tr. de E. ánimo	14	1	7.14%	2	14.29%	1	7.14%	1	7.14%
Abuso de sustancias	10	0	0.00%	2	20.00%	2	20.00%	0	0.00%
Ansiedad y pánico	3	1	33.33%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otro	7	0	0.00%	1	14.29%	1	14.29%	2	28.57%
Total	180	13	7.22%	13	7.22%	12	6.67%	12	6.67%

FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2014

Tabla 14 C
Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según procedencia (cont.)

Diagnóstico	Total	Arequipa		M. Melgar		Otro distrito		Otra provincia	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	2	3.45%	1	1.72%	3	5.17%	13	22.41%
Intento de suicidio	49	2	4.08%	3	6.12%	8	16.33%	3	6.12%
Delirium por alcohol	39	3	7.69%	3	7.69%	3	7.69%	4	10.26%
Tr. de E. ánimo	14	1	7.14%	1	7.14%	1	7.14%	2	14.29%
Abuso de sustancias	10	1	10.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	10.00%
Ansiedad y pánico	3	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	66.67%
Otro	7	0	0.00%	0	0.00%	1	14.29%	0	0.00%
Total	180	9	5.00%	8	4.44%	16	8.89%	25	13.89%

Chi² =70.17

G. libertad =66

p = 0.34

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA – 2014**

La Tabla y Gráfico 14 muestran la relación de la procedencia de los pacientes según tipo de problema psiquiátrico; el 12.78% de casos provenía del distrito de Socabaya, 11.67% de Cayma, 8.33% de Cerro Colorado, y 7.22% de José Luis Bustamante, Miraflores o Paucarpata, seguidos de 6.67% de Alto Selva Alegre o Hunter; 5% provino del cercado de Arequipa, y 4.44% de Mariano Melgar, y 8.89% de otros diversos distritos de Arequipa y de otras provincias y departamentos en 13.89% de casos. El 30% de pacientes con abuso de sustancias provino de Cayma, y 33.33% de pacientes con ansiedad y pánico lo hicieron de Miraflores, entre otros; las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

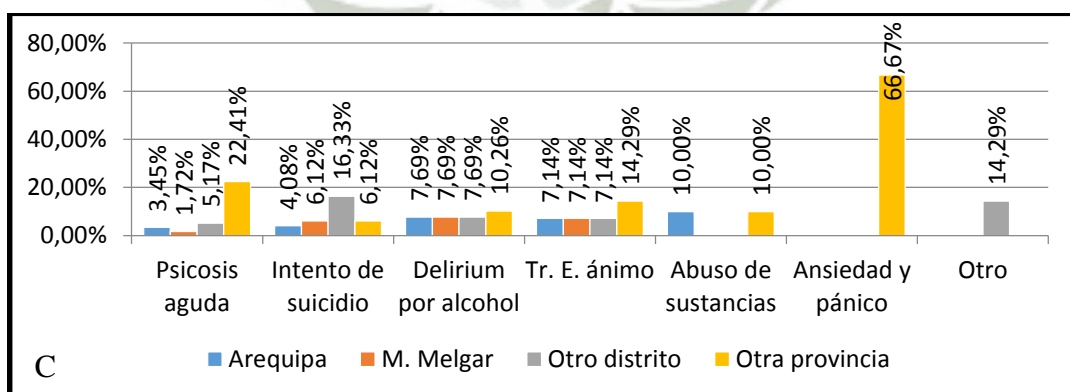
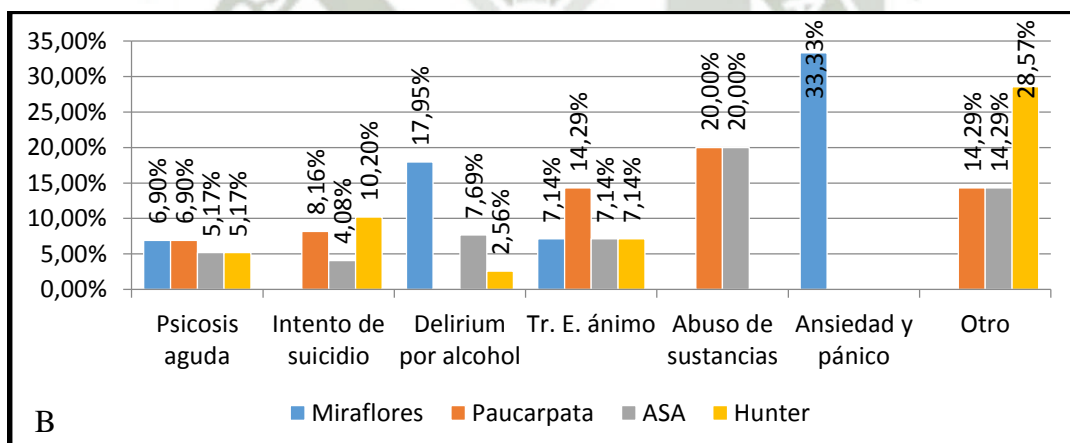
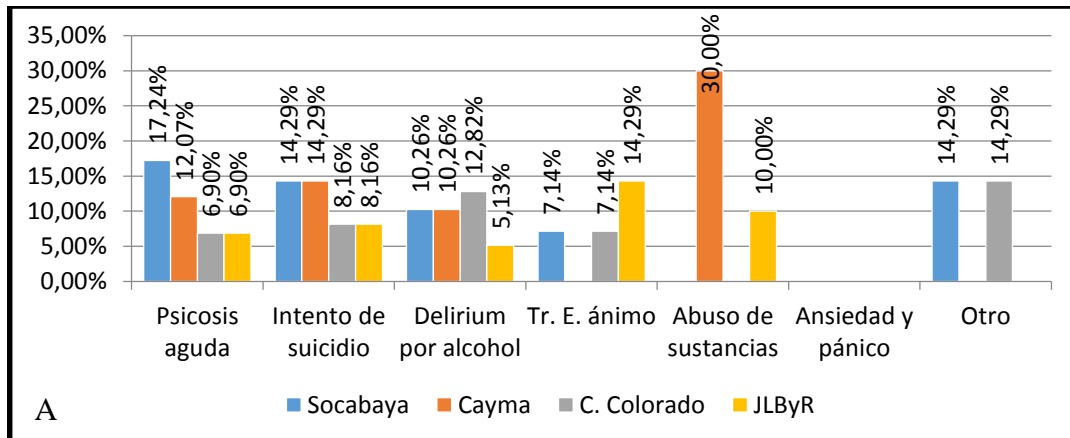


**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,**

AREQUIPA - 2014

Gráfico 14 A,B,C

**Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según
procedencia**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Tabla 15

**Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según
dependencia económica**

Diagnóstico	Total	Dependiente		Independiente	
		N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	50	86.21%	8	13.79%
Intento de suicidio	49	38	77.55%	11	22.45%
Delirium por alcohol	39	26	66.67%	13	33.33%
Tr. de E. ánimo	14	9	64.29%	5	35.71%
Abuso de sustancias	10	9	90.00%	1	10.00%
Ansiedad y pánico	3	2	66.67%	1	33.33%
Otro	7	5	71.43%	2	28.57%
Total general	180	139	77.22%	41	22.78%

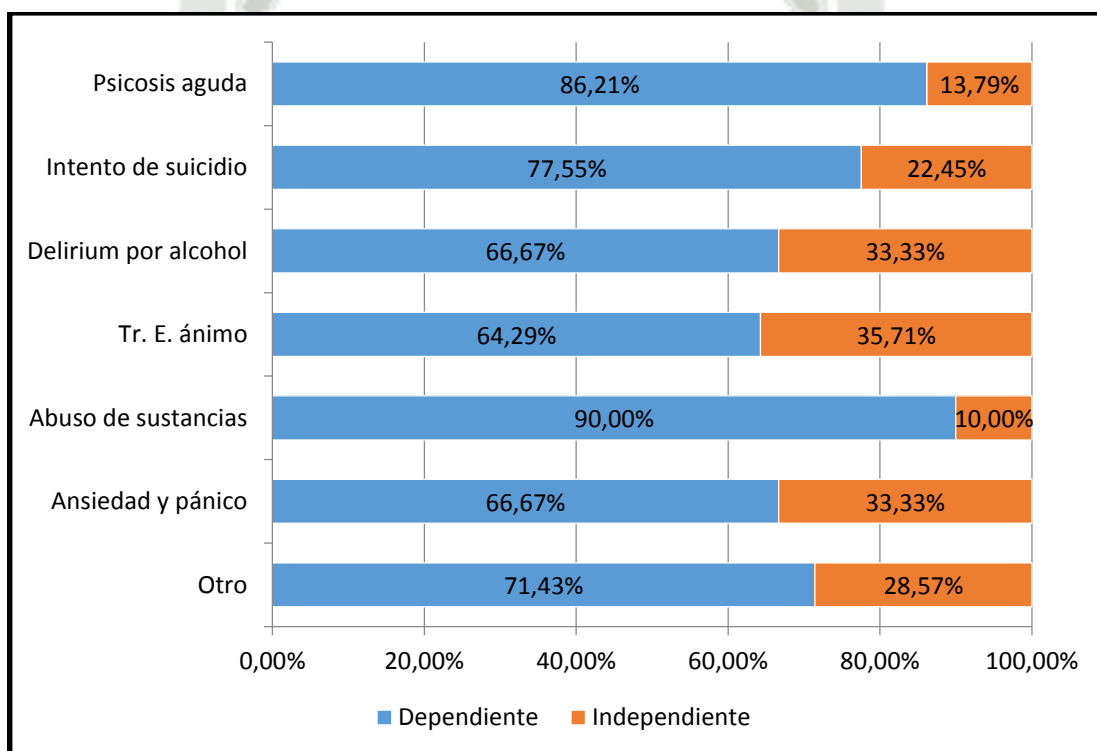
$\chi^2 = 7.72$ G. libertad= 6 $p = 0.26$

La Tabla y Gráfico 15 muestran la influencia de la dependencia económica de los pacientes sobre su causa de consulta. La mayoría de cuadros se presentaron en personas dependientes (77.22%), mientras que 22.78% del total de pacientes fueron independientes. No hubo influencia de la dependencia sobre el tipo de patología ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 15

**Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según
dependencia económica**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Tabla 16

**Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según condición
socioeconómica**

Diagnóstico	Total	Buena		Regular		Baja	
		N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	3	5.17%	46	79.31%	9	15.52%
Intento de suicidio	49	5	10.20%	38	77.55%	6	12.24%
Delirium por alcohol	39	4	10.26%	32	82.05%	3	7.69%
Tr. de E. ánimo	14	4	28.57%	8	57.14%	2	14.29%
Abuso de sustancias	10	0	0.00%	9	90.00%	1	10.00%
Ansiedad y pánico	3	0	0.00%	2	66.67%	1	33.33%
Otro	7	0	0.00%	6	85.71%	1	14.29%
Total	180	16	8.89%	141	78.33%	23	12.78%

Chi² = 12.35

G. libertad= 12

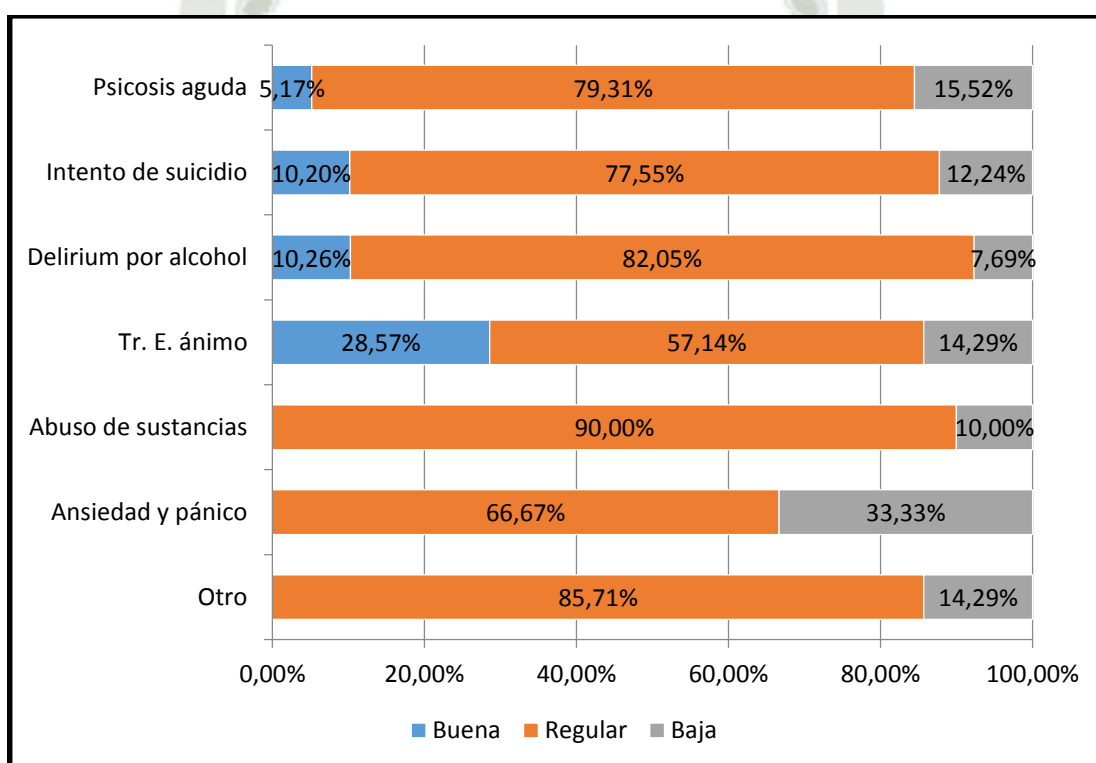
p = 0.42

La Tabla y Gráfico 16 muestran la relación entre la condición socioeconómica y los motivos de consulta de los pacientes que acuden por urgencias psiquiátricas, no se encontraron diferencias significativas ($p > 0.05$), aunque el 28.57% de casos con trastornos del estado de ánimo tuvieron buena situación, y un tercio de casos de ansiedad tuvo bajo nivel; en la mayoría de casos predominó el nivel socioeconómico regular (78.33% del global).

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 16

**Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según condición
socioeconómica**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2014**

Tabla 17

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según nivel de instrucción

Diagnóstico	Total	Analfabeto		Primaria		Secundaria		Sup No univ.		Sup Univ.	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	0	0.00%	5	8.62%	34	58.62%	12	20.69%	7	12.07%
Intento de suicidio	49	0	0.00%	4	8.16%	22	44.90%	7	14.29%	16	32.65%
Delirium por alcohol	39	0	0.00%	5	12.82%	18	46.15%	9	23.08%	7	17.95%
Tr. de E. ánimo	14	1	7.14%	1	7.14%	2	14.29%	5	35.71%	5	35.71%
Abuso de sustancias	10	0	0.00%	0	0.00%	6	60.00%	2	20.00%	2	20.00%
Ansiedad y pánico	3	0	0.00%	0	0.00%	3	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otro	7	0	0.00%	0	0.00%	2	28.57%	3	42.86%	2	28.57%
Total	180	1	0.56%	15	8.33%	87	48.33%	38	21.11%	39	21.67%

Chi² = 34.10

G. libertad = 24

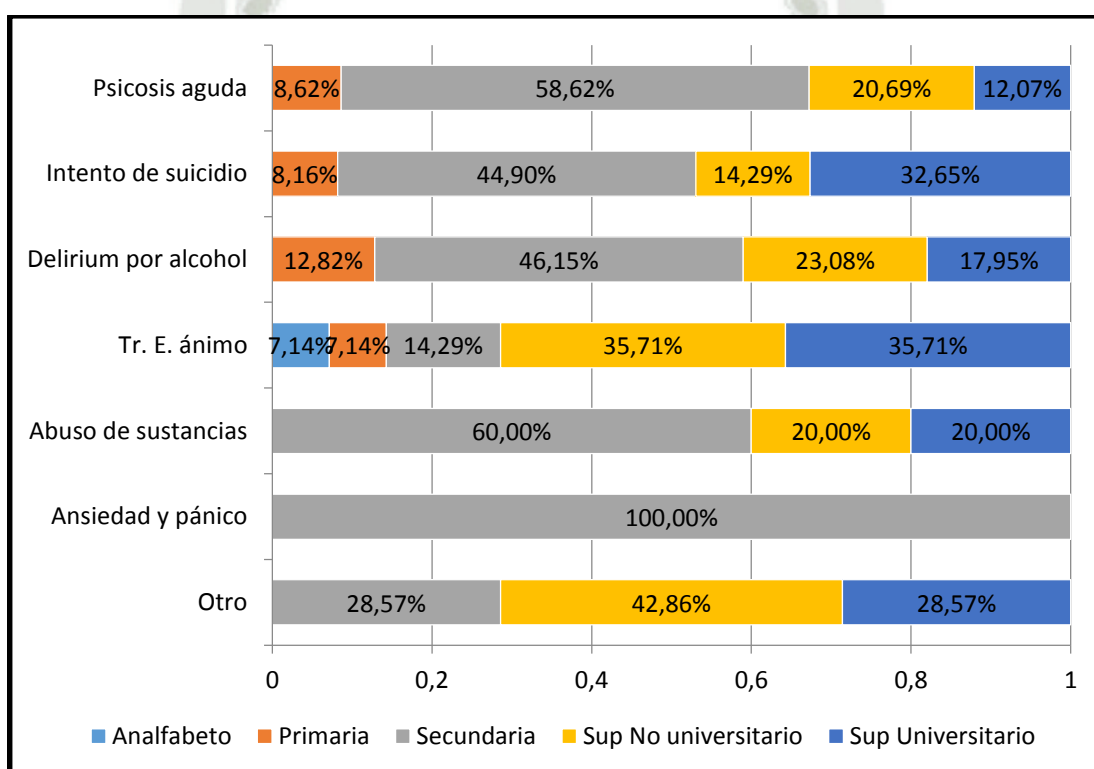
p = 0.08

En la Tabla y Gráfico 9 se muestra la influencia del nivel de instrucción en la causa de consulta por urgencias psiquiátricas; la mayoría de pacientes tuvo educación secundaria (48.33%) y en 21.67% de pacientes la educación fue superior universitaria y en 21.11% superior no universitaria; no se encontraron diferencias significativas con los motivos de consulta ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 17

**Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según nivel de
instrucción**



Fuente: Ficha de recolección de datos

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2014**

Tabla 18

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según ocupación

Diagnóstico	Total	Sin ocupación		Lab del hogar		Estudiante		Trabajador		Jubilado	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Psicosis aguda	58	34	58.62%	3	5.17%	4	6.90%	17	29.31%	0	0.00%
Intento de suicidio	49	9	18.37%	4	8.16%	14	28.57%	22	44.90%	0	0.00%
Delirium por alcohol	39	14	35.90%	4	10.26%	3	7.69%	18	46.15%	0	0.00%
Tr. de E. ánimo	14	4	28.57%	1	7.14%	1	7.14%	8	57.14%	0	0.00%
Abuso de sustancias	10	7	70.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	30.00%	0	0.00%
Ansiedad y pánico	3	2	66.67%	0	0.00%	0	0.00%	1	33.33%	0	0.00%
Otro	7	1	14.29%	1	14.29%	2	28.57%	2	28.57%	1	14.29%
Total	180	71	39.44%	13	7.22%	24	13.33%	71	39.44%	1	0.56%

Chi² = 61.08

G. libertad = 24

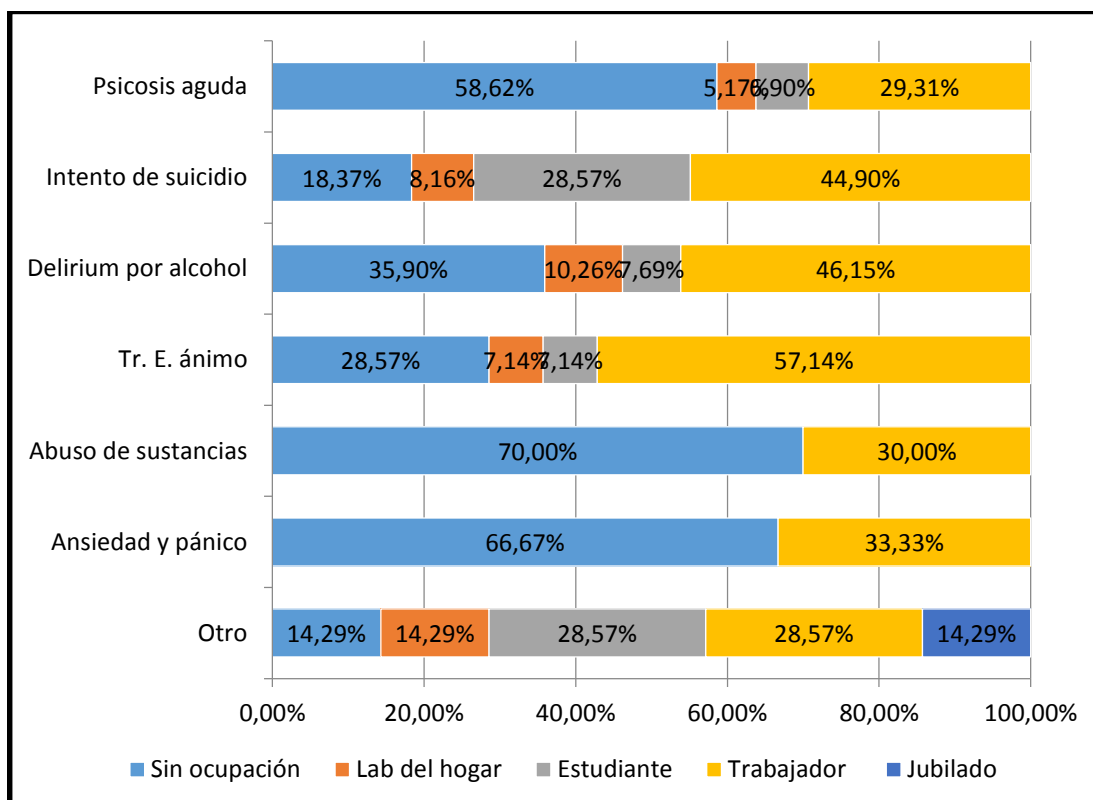
p < 0.05

Al observar la ocupación de los pacientes y el motivo de consulta psiquiátrica; se encontró que hubo una mayor proporción de desempleados entre pacientes con abuso de sustancias (70%), en aquellos con ansiedad y pánico (66.67%) o en pacientes con psicosis aguda (58.62%). El 57.14% de casos de trastornos del estado de ánimo fueron trabajadores, así como el 44.90% de los casos de intentos de suicidio y el 46.15% de los pacientes con delirium por alcohol que pertenecían a la misma categoría. Se encontró una diferencia significativa (p < 0.05).

**FRECUENCIA Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA URGENCIA
PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2014**

Gráfico 18

Principales motivos de consulta por emergencias psiquiátricas según ocupación



Fuente: Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la frecuencia y los factores epidemiológicos asociados a las distintas patologías en las consultas por urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014. Se realizó la presente investigación debido a que en nuestro medio son muy frecuentes las consultas relacionadas a patologías de urgencia psiquiátrica y no existen estudios que puedan dar cuenta del perfil de pacientes que acude a emergencia por cuadros señalados anteriormente, ni existen datos de la frecuencia de patologías de urgencia psiquiátrica en los servicios de emergencia de los diferentes hospitales. Se espera entonces que a partir de este estudio pueda generarse una base de datos para futuras investigaciones al respecto y comparar estos resultados para lograr una mejor comprensión de las diferentes patologías de urgencia psiquiátrica.

Para tal fin se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico por emergencia que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado.

Los resultados muestran que la frecuencia de atenciones por urgencias psiquiátricas durante el 2014 que fueron en total 180 tiene una tendencia creciente de enero a setiembre, pasando de 9 casos en enero a un pico de 22 casos en setiembre, con otros picos de 21 casos en los meses de junio y julio, para disminuir luego.

Según Kaplan no existe relación significativa entre la estación del año y los casos de suicidio, aunque como él refiere estos aumentan ligeramente en primavera y en otoño¹. En un estudio realizado por María Calil en Brasil en el año 2000 titulado Evaluación de alteraciones estacionales en el humor y comportamiento en la ciudad de San Pablo, se encontró un patrón estacional de invierno y de verano en el 12.9 % y 5.6% de los participantes respectivamente todos los cuales cumplían los criterios para Trastorno

¹ Kaplan, HI, Sadock BJ. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009. p 898.

Afectivo Estacional². No se encontraron otros estudios que relacionen patologías psiquiátricas y estacionalidad.

Se observa que de los diagnósticos principales de urgencias psiquiátricas atendidas durante el 2014; el 32.22% de atenciones fueron por psicosis agudas (principalmente por esquizofrenia paranoide), seguido de intentos de suicidio (27.22%), el 21.67% de casos se trató de cuadros de delirium (principalmente por síndrome de abstinencia), y en menor proporción otros problemas como los trastornos del estado de ánimo (7.78%), abuso de sustancias (5.56%, principalmente alcohol, marihuana y/o cocaína), ansiedad y pánico en 1.67% y otros diversos en 3.89% (dentro de los cuales están los trastornos de personalidad límite o los trastornos conversivos).

A diferencia de esto en un estudio realizado por Carlos Cruz y colaboradores en Chile se encontró que la distribución de las consultas correspondían a 4 categorías prevalentes las cuales fueron abuso de sustancias y alcohol, trastornos esquizoides, trastornos afectivos y trastornos neuróticos que congregan el 73.9% de las consultas, de las cuales el trastorno por abuso de sustancias y alcohol fue la más prevalente con un porcentaje de 19.7% del total, seguidas de los trastornos esquizoides con un 19.1%, y trastornos afectivos con un 18.4%³. Estos resultados difieren quizás por el tipo de población estudiada en las diferentes instituciones hospitalarias ya que el estudio Chileno se realizó en un Instituto Psiquiátrico especializado y el presente en un Hospital Nivel III donde se atienden diversas patologías psiquiátricas y no psiquiátricas.

Otra investigación realizada por Manuel Conde Díaz y colaboradores en España en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla reveló que el grupo diagnóstico más frecuente lo constituían los pacientes con síndrome psicótico, con un 20.7% de los casos. A continuación, la mayor frecuencia se dio en pacientes calificados con síndromes neuróticos en que predominan los problemas de ansiedad, que supone el

² Calil M, Hachul D, Juruena M, et al. Evaluación de alteraciones estacionales en el humor y comportamiento en la ciudad de San Pablo. *Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat*;46(2):109-18, jun. 2000

³ Cruz C, Leiva J, Borgoño R, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (3): 175-183

14.7% de los casos, seguidos muy de cerca por los pacientes con un síndrome caracterial perteneciente a los trastornos de la personalidad, que suponen el 14%. Los pacientes cuyo principal problema era la dependencia a tóxicos suponen el cuarto grupo más numeroso, con un 8.9% de frecuencia⁴. Estos datos se acercan mucho más a mi estudio ya que ambos se realizaron en hospitales cuyo servicio de emergencia no hace distinción entre patologías médicas y psiquiátricas.

Podemos notar que en cuanto a la relación entre los motivos de consulta por urgencia psiquiátrica y el sexo de los pacientes; se encontraron diferencias significativas: el intento de suicidio se dio más en mujeres (73.47%), mientras que otros problemas como la psicosis aguda (65.52%), el delirium por alcohol (79.49%), el abuso de sustancias (70%) o la ansiedad y pánico (66.67%) se dieron más entre los varones.

En las referencias encontradas en el libro de Kaplan se señala que la frecuencia de intentos de suicidio se da mayormente en el sexo femenino, en contraste con los casos de suicidio consumado que es mucho más frecuente en la población masculina lo cual está relacionado con los diferentes métodos utilizados en ambos casos. En el presente estudio se encontró una asociación significativa en cuanto al sexo femenino y el diagnóstico de intento de suicidio, lo cual corrobora la bibliografía consultadas.

Según Kaplan la esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo el inicio y la evolución de la enfermedad en ambos casos difieren, ya que aparece antes en los hombres que en las mujeres. Y más de la mitad de pacientes esquizofrénicos masculinos, pero solo un tercio de las pacientes esquizofrénicas femeninas ingresan por primera vez en un hospital antes de los 25 años. En el presente estudio se encontró una mayor prevalencia de pacientes de sexo masculino con diagnóstico de psicosis aguda, esto quizás porque nuestra muestra no estaba conformada únicamente con individuos diagnosticados con esquizofrenia, sino

⁴ Conde M, Esteban C, Rosado L, et al. La urgencia psiquiátrica en un hospital general. La patología de la agresividad principal motivo de consulta. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.29 n.2 Madrid 2009

también los diferentes tipos de psicosis englobados en un diagnóstico común de psicosis agudas.

En cuanto al abuso de sustancias y delirium por alcohol según Kaplan entre los varones existe una mayor probabilidad de consumo compulsivo y de grandes bebedores en comparación con las mujeres. Dos de cada tres varones son bebedores y el cociente de alcohol es aproximadamente 1.3 varones por 1.0 mujeres. En el presente estudio se evidenció una relación entre el sexo masculino y el diagnóstico de abuso de sustancias y delirio (constituido por síndrome de abstinencia alcohólica).

Los trastornos de ansiedad y pánico son más frecuentes en el sexo femenino según las referencias de Kaplan⁵. En el presente estudio se encontraron solo muy pocos casos de trastornos de ansiedad y pánico, por lo cual se necesitan otras investigaciones con una población mucho mayor para evaluar la relación de prevalencia entre los trastornos de ansiedad y pánico con el género de los pacientes.

En el estudio antes mencionado realizado por Carlos Cruz en un hospital Chileno se pudo observar que la asociación más significativa para el sexo masculino fue con el abuso de sustancias y alcohol (76%), mientras que las conductas autoagresivas (74%), los trastornos de personalidad (71%) y los trastornos afectivos (74%) son más prevalentes en pacientes de sexo femenino⁶. Datos que similares pueden ser corroborados en mi trabajo de investigación donde una gran proporción de pacientes masculinos presentaban cuadros de abuso de sustancias y delirium por alcohol; mientras que las mujeres tenían mayor predominancia a presentar casos de intento de suicidio.

En lo que respecta a los motivos de consulta por urgencias psiquiátricas según el grupo de edad; no se encontraron diferencias significativas entre las diferentes patologías. El rango de 25-45 años (43.89%) fue donde se encontró la mayor

⁵ Kaplan, HI, Sadock BJ. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009. p 897, 468, 391, 581.

⁶ Cruz C, Leiva J, Borgoño R, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 175-183.

frecuencia de pacientes que acuden por cuadros de urgencia psiquiátrica, mientras que los pacientes > de 60 años (3.89%) obtuvieron el menor porcentaje.

En la investigación ya mencionada realizada por Cruz y colaboradores en Chile se encontró que la mayoría de pacientes que acudían por cuadros de urgencia psiquiátrica se encontraban en el rango de edad de 26 a 45 años (51.60%), siendo las conductas auto agresivas y el retardo mental las más frecuentes (58%)⁷. Lo cual corrobora los datos obtenidos en el presente trabajo donde se observa que la mayor parte de pacientes que acuden por cuadros de urgencia psiquiátrica se ubican entre estos rango de edad.

Un trabajo realizado por Elmer Huillcaya en Cusco para Caracterizar a los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Instituto asistencial de salud mental Juan Pablo II, revela que el grupo etáreo más afectado fue gente joven con edades comprendidas entre los 14 a 24 años (56.16%)⁸. A diferencia de Pacheco Tabuena y colaboradores quienes realizaron una investigación en Madrid titulada “Emergencia extra hospitalarias: el paciente suicida”. Donde se encontró que el rango de edad de este tipo de pacientes se encontraba entre los 25 a 35 años⁹. Estos datos tienen concordancia con los resultados encontrados en mi estudio donde se puede observar que la mayor cantidad de pacientes que acudían por esta patología tenían edades comprendidas entre los 19 a 45 años.

En relación a los trastornos por abuso de sustancias y síndrome de abstinencia por alcohol, Eliane Reis de Oliveira realizo una investigación en el sector de urgencias del Hospital Clínicas de Ribeirão Preto en Sao Paulo, donde se caracterizaron los disturbios psiquiátricos relacionados al consumo de alcohol, encontrándose que la mayor frecuencia de casos de alcoholismo se hallaron en rangos de edad de 25 a 44

⁷ Cruz C, Leiva J, Borgoño R, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 175-183

⁸ Huillcaya E. Caracterización del intento de suicidio en pacientes hospitalizados [Tesis]. Cusco. Instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II. 2005-2009.

⁹ Pacheco T, Robles JI. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. Sanid. Mil. vol.67 no.4 Madrid oct.-dic. 2011

años¹⁰, lo cual coincide con los datos obtenidos en mi trabajo de investigación, donde se puede observar que muchos de los pacientes con diagnósticos por abuso de sustancias o problemas con el alcohol se encuentran entre estas edades.

Como sabemos los trastornos psicóticos, en particular la esquizofrenia se inicia de manera más temprana en los pacientes masculinos, la edad en la que suele iniciarse la enfermedad es alrededor de los 10 a 25 años en varones y entre los 25 a 35 años en mujeres. Cerca del 90 % de pacientes en tratamiento por esquizofrenia tienen edades entre los 15 y 55 años y el inicio de esta enfermedad antes de los 10 años o después de los 60 años es muy poco frecuente. En el presente estudio se encontró que un gran porcentaje de pacientes con diagnóstico de psicosis aguda (86.21%) se encontraba en los rangos de edad de de 19 a 60 años, lo cual es similar a los datos obtenidos en la bibliografía consultada.

En cuanto a los trastornos del estado de ánimo sabemos que la edad de inicio del trastorno bipolar I es más precoz que el del trastorno depresivo mayor. La edad de inicio del trastorno bipolar I varía entre la infancia y los 50 años con una edad media de 30 años, mientras que la edad media del trastorno depresivo mayor es cercana a los 40 años, y en el 50% de los casos este trastorno aparece entre los 20 y 50 años¹¹. Los resultados obtenidos en mi trabajo de investigación arrojan que la mitad de pacientes con cuadros de trastornos del estado de ánimo se ubican entre los 19 a 45 años, tal variación podría deberse a que no se hizo distinción entre los trastornos depresivos de los trastornos bipolares.

En cuanto al estado civil y la presentación de urgencias psiquiátricas notamos que la mayoría de pacientes fueron solteros (62.78%), casados (13.33%) o convivientes (13.33%). Hubo mayor proporción de solteros entre aquellos pacientes con psicosis aguda (72.41%), y así como 70.00% de aquellos con abuso de sustancias

¹⁰ Reis E, Villar M. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). Cad. Saúde Pública vol.12 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1996

¹¹ Kaplan, HI, Sadock BJ. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009. 468, 529.

o intento de suicidio (69.39%), y hubo más separados entre pacientes con trastornos del estado de ánimo (42.86%), las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Según diversas bibliografías el trastorno depresivo mayor es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas. En cuanto al intento de suicidio sabemos que según Kaplan el matrimonio disminuye el riesgo de suicidio de forma significativa y que las personas que no se han casado presentan un índice global que duplica al de las personas casadas. El divorcio aumenta el riesgo de suicidio, y los hombres divorciados tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres divorciadas. Los viudos y viudas también tienen altos índices. Mientras que las personas aisladas y con antecedentes familiares de suicidio se suicidan con mayor frecuencia¹². En cuanto a las demás patologías existen pocos datos que relacionen el estado civil con el tipo de diagnóstico psiquiátrico, y los pocos estudios encontrados no son concluyentes. En relación a los resultados del presente trabajo se puede observar que una gran cantidad de pacientes que acuden por cuadros de psicosis agudas, intentos de suicidio y problemas con el alcohol son solteros, mientras que los pacientes con trastornos del estado de ánimo son en su mayoría o solteros o separados; esto nos puede dar una idea de la morbilidad social que presentan este grupo de pacientes.

Con respecto a la relación de procedencia de los pacientes según tipo de problema psiquiátrico; podemos observar que el 12.78% de casos provenía del distrito de Socabaya, 11.67% de Cayma, 8.33% de Cerro Colorado, y 7.22% de José Luis Bustamante, Miraflores o Paucarpata, seguidos de 6.67% de Alto Selva Alegre o Hunter; 5% provino del cercado de Arequipa, y 4.44% de Mariano Melgar, y 8.89% de otros diversos distritos de Arequipa y de otras provincias y departamentos en 13.89% de casos; el 30% de pacientes con abuso de sustancias provino de Cayma, y 33.33% de pacientes con ansiedad y pánico lo hicieron de Miraflores, entre otros; las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). No se disponen de datos acerca de la prevalencia por distritos de patologías psiquiátricas en Arequipa por lo que se deberían realizar estudios a mayor escala. En el presente trabajo se encontró que la

¹² Kaplan, HI, Sadock BJ. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009. p 527, 897.

mayor población provenía del distrito de Socabaya y Cayma no encontrándose explicación alguna para tal hecho.

En lo que se refiere a la influencia de la dependencia económica de los pacientes sobre su causa de consulta. La mayoría de cuadros se presentaron en personas dependientes (77.22%), mientras que 22.78% del total de pacientes fueron independientes. No hubo influencia de la dependencia sobre el tipo de patología ($p > 0.05$). La condición socioeconómica tampoco mostró influencia sobre las patologías ($p > 0.05$), aunque el 28.57% de casos con síndrome depresivo tuvieron buena situación, y un tercio de casos de ansiedad tuvo bajo nivel; en la mayoría de casos predominó el nivel socioeconómico regular (78.33% del global).

Como esta descrito en las diferentes bibliografías los estilos de vida y el medio ambiente pueden cumplir un rol precipitante en la aparición de trastornos psicóticos en personas con predisposición a padecerlas, cabe destacar que la pobreza, la desnutrición y la falta de redes de aporte social actúan como factores de riesgo en este tipo de enfermedades. Así mismo es también importante observar que los resultados en cuanto a la dependencia económica de los pacientes con cuadros psicóticos concuerdan con las diferentes bibliografías consultadas ya que la misma enfermedad genera una discapacidad importante en este tipo de pacientes.

En cuanto al intento de suicidio según Kaplan, cuanto más alto es en nivel social de la persona, mayor es el riesgo de suicidio, pero un descenso en la escala social también aumenta el riesgo. En el presente estudio se encontró que el intento de suicidio es mucho más frecuente en la población con condición socioeconómica regular, esto se deba quizás a las características de la población donde se realizó el presente estudio en la cual predomina la población con este tipo de condición socioeconómica.

Como se sabe no se ha establecido ninguna correlación entre el nivel socioeconómico y el trastorno depresivo mayor, si bien se encuentra una incidencia mayor de la media de trastorno bipolar I en los grupos de nivel socioeconómico más altos. En mi estudio se encontró que la mayor frecuencia de pacientes con trastornos del estado de ánimo poseía condición socioeconómica regular, lo cual puede deberse como se señaló anteriormente al tipo de población estudiada. En cuanto al grado de dependencia se

encontró un mayor porcentaje de pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo dependientes económicamente de otras personas, estos resultados dan cuenta del grado de afección que posee el trastorno en la calidad de vida de las personas que la padecen.

Según se observan en revisiones bibliográficas, los trastornos relacionados con abuso de sustancias y alcohol aparecen en personas de todas las clases sociales, y los alcohólicos indigentes estereotípicos constituyen menos del 5% de los individuos con trastornos relacionados con este cuadro. En mi estudio se encontró una mayor frecuencia de individuos de condición socioeconómica regular para pacientes con problemas de abuso de sustancias y delirium por alcohol, estos datos se reflejan en el tipo de población que acude a la consulta por emergencia en el hospital donde se realizó la presente investigación. En cuanto a la variable grado de dependencia económica se observa que la mayor parte de pacientes con este diagnóstico son dependientes económicamente de otras personas, esto sería resultado del nivel de morbilidad ocasionado por esta patología en las personas que la sufren¹³.

En cuanto al nivel de instrucción y la consulta por urgencias psiquiátricas; podemos observar que la mayoría de pacientes tuvo educación secundaria (48.33%) y en 21.11% de pacientes la educación fue superior no universitaria y en 21.67% superior universitaria; no se encontraron diferencias significativas con los motivos de consulta ($p > 0.05$).

Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en Chile por Carlos Cruz y colaboradores en los cuales el mayor porcentaje de pacientes (48%) tenía escolaridad media lo que equivale a la educación secundaria completa en el Perú, seguida de la escolaridad básica (34.8%) y la superior (5.0%)¹⁴, lo cual difiere con los datos encontrados en mi investigación donde en segundo lugar se encuentran los pacientes con estudios superiores universitarios y en tercer lugar los que tienen estudios

¹³ Kaplan, HI, Sadock BJ. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009.

¹⁴ Cruz C, Leiva J, Borgoño R, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 175-183

superiores no universitarios, esta diferencia se puede dar quizás porque la mayoría de pacientes que acuden a consulta tienen acceso a información relacionada a la enfermedad que padecen, lo cual contrasta con la población con escolaridad básica o nula la cual no acude a centro hospitalario alguno a causa de la poca información que tienen del mal que padecen.

Un estudio realizado por Einer Huillcaya en la ciudad del Cusco en el año 2010 para Caracterizar a los pacientes con intento de suicidio se encontró que la mayoría de pacientes presentó grado de instrucción secundaria (69.87%)¹⁵, lo cual concuerda con el resultado obtenido en mi estudio donde los pacientes con grado de instrucción secundaria representan la mayor proporción de pacientes que acuden por esta patología (44.90%).

En cuanto a la psicosis aguda, en el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje de pacientes poseía grado de instrucción secundaria (58.62%), este resultado concuerda con la investigación realizada por Nelson Rivera en Arequipa en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2013 donde se observa que el mayor porcentaje de la población con esta enfermedad tenía como grado de instrucción secundaria completa (72.6%)¹⁶. De esto se puede deducir que una gran parte de la población con este diagnóstico posee educación secundaria lo cual puede estar relacionado a la edad de aparición de estas patologías, que como sabemos se inician en edades medias de la vida.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo tienen grado de instrucción superior no universitaria (35.71%) o superior universitaria (35.71%); en total (71,42%) incluyendo ambos grupos, estos resultados concuerdan con los datos hallados por Carlos Gómez Restrepo y colaboradores quienes hicieron un estudio en Colombia en el año 2010 donde se encontró que los pacientes que acudían por cuadros de síndrome depresivo eran más

¹⁵ Huillcaya E. Caracterización del intento de suicidio en pacientes hospitalizados [Tesis]. Cusco. Instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II. 2005-2009.

¹⁶ Rivera N. Características socio demográficas, clínicas y tratamiento de los pacientes con esquizofrenia atendidos en hospitalización y consultorios externos del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa. 2013.

frecuentes en pacientes con grado de instrucción superior universitaria (31.7%) y superior no universitaria (19.1%); en total (50.8%) incluyendo ambos grupos¹⁷. Cabe aclarar que en el presente estudio se conto con un mayor porcentaje de pacientes con cuadros de depresión ingresados por emergencia a diferencia de los que tenían trastorno bipolar que fueron la minoría de pacientes.

El Delirium alcohólico es más frecuente en pacientes con secundaria (46.15%) y grado de instrucción superior universitario y no universitario incluyendo ambos grupos (41.03%) según los resultados obtenidos en la presente investigación, estos son datos son similares a los encontrados en el libro de Kaplan los cuales sostienen que el mayor porcentaje de individuos con trastornos relacionados con el alcohol presentan como grado de instrucción secundaria y superior. En cuanto al abuso de sustancias los datos encontrados en este estudio señala que el 60.00% de pacientes con este diagnostico tiene como grado de instrucción la secundaria y el 40.00% superior. Estos datos no hacen más que corroborar lo hallado en las diversas bibliografías¹⁸.

Al observar la ocupación de los pacientes y el motivo de consulta psiquiátrica; se encontró que hubo una mayor proporción de desempleados entre pacientes con abuso de sustancias (70%), en aquellos con ansiedad y pánico (66.67%) o en pacientes con psicosis aguda (58.62%). El 57.14% de casos de trastornos del estado de ánimo fueron trabajadores, así como el 44.90% de los casos de intentos de suicidio y el 46.15% de los pacientes con delirium por alcohol que pertenecían a la misma categoría. Se encontró una diferencia significativa ($p < 0.05$).

En el estudio chileno realizado por Carlos Cruz se encuentra que la mayoría de casos analizados no tenían ocupación (48%), seguido de los pacientes jubilados (18%) y los trabajadores y estudiantes (15% cada uno)¹⁹, estos datos guardan relación con los encontrados en el presente trabajo de investigación donde los el 39.44% de pacientes

¹⁷ Gómez C, Ospina L, Castro S, et al. Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes que consultan un servicio de urgencias en Bogotá. *ev.colomb.psiquiatr.* vol.40 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2011

¹⁸ Kaplan, HI, Sadock BJ. Suicidio. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. *Sinopsis de Psiquiatría*. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009

¹⁹ Cruz C, Leiva J, Borgoño R, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (3): 175-183

no tiene ocupación, seguido de los pacientes trabajadores con un 39.44% y estudiantes con un 13.33%, los jubilados a diferencia del estudio Chileno solo representaron el 0.56%.

El diagnóstico de psicosis aguda tuvo un mayor porcentaje de pacientes sin ocupación (58.62%), esto debido quizás a la comorbilidad que presenta dicha enfermedad en los pacientes que la sufren, estos datos corroboran lo hallado por Rivera en el estudio antes mencionado realizado en la ciudad de Arequipa, donde se encontró que los pacientes con esquizofrenia que no tenían ninguna ocupación correspondían al 64.38%²⁰.

En relación al intento de suicidio, como sabemos al consultar la literatura al respecto el suicidio es más frecuente en personas en situación de desempleo que en las que tienen trabajo. Un estudio realizado por Henry Valencia en Colombia nos muestra que del total de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio, el 26.3% son estudiantes, el 22.2% desempleados y el 30% tienen alguna otra ocupación²¹, contrario a lo observado en mi estudio, donde los pacientes trabajadores constituyen la mayor proporción (44.90%), seguidos de los estudiantes (28.57%) y los que no tienen ocupación (18.37). En contraposición en el trabajo de investigación realizado por Einer Huillcaya realizado en el Cusco para caracterizar a los pacientes con cuadros de intento de suicidios se encontró que el 42.47% de pacientes eran estudiantes, el 26.03% desempleados y el 15.07% trabajadores²². No encontrándose una explicación plausible para tales resultados. En los dos estudios antes mencionados cabe resaltar que los pacientes que se ocupaban de las labores del hogar eran el grupo menos afectado por este cuadro, lo cual también se puede corroborar con los datos obtenidos en mi estudio (8.70%).

En cuanto al abuso de sustancias y el delirium por alcohol, no se encontraron estudios que relacionen estas variables con la condición laboral de los pacientes, pero se

²⁰ Rivera N. Características socio demográficas, clínicas y tratamiento de los pacientes con esquizofrenia atendidos en hospitalización y consultorios externos del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa. 2013.

²¹ Valencia H, Campo G, Borrero C, et al. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994-2010). Rev. Colomb. Psiquiat. vol. 40. n° 4. 2011.

²² Huillcaya E. Caracterización del intento de suicidio en pacientes hospitalizados [Tesis]. Cusco. Instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II. 2005-2009

observa en el presente trabajo que en los casos de abuso de sustancias predominaron los pacientes sin ocupación (70%), mientras que en el delirium por alcohol la mayor parte fueron trabajadores (46.15%), seguidos por los que no tenían ocupación (35.90%). No encontrándose una explicación razonable a este hecho.

Los trastornos del estado de ánimo tienen mayor predominancia en la clase trabajadora. En el trabajo antes mencionado realizado por Carlos Gómez, en Colombia, se encontró que el 77% correspondía a personas trabajadoras, seguido de las amas de casa (8.5%), los estudiantes (6.4%). Los desempleados (4%) y los jubilados (3.8%) eran los que menos presentaban esta clase de patología²³. En mi investigación podemos observar que la frecuencia de pacientes trabajadores con trastornos del estado de ánimo es mucho menor (57.14%), y aumentan los casos de pacientes sin ocupación diagnosticados con esta patología (28.57%), mientras que los estudiantes y las amas de casa tenían una distribución similar (7.14% cada uno). Este contraste puede deberse a que Carlos Gómez realizó sus estudios en un hospital que maneja la mayoría de las EPS del régimen contributivo y las del régimen subsidiado en Colombia, caso muy diferente al Hospital Regional Honorio Delgado, donde se pueden encontrar un gran número de pacientes que no pertenecen a ningún régimen de salud con estas características.

²³ Gómez C, Ospina L, Castro S, et al. Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes que consultan un servicio de urgencias en Bogotá.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** La psicosis aguda es el motivo de consulta más frecuente por urgencia psiquiátrica, seguido por el intento de suicidio.
- Segunda.** La mayoría de casos atendidos por urgencia psiquiátrica se dieron en los meses de setiembre, junio y julio.
- Tercera.** El intento de suicidio se dio más en mujeres, mientras que otros problemas como la psicosis aguda, el delirium por alcohol, el abuso de sustancias o la ansiedad y pánico se dieron más entre los varones, se encontraron diferencias significativas en relación al sexo y el motivo de consulta. Los motivos de consulta psiquiátrica de urgencia no fueron significativamente diferentes en relación a la edad y estado civil de los pacientes.
- Cuarta.-** Los motivos de consulta psiquiátrica de urgencia no fueron significativamente diferentes en relación al lugar de residencia, dependencia económica, condición socioeconómica, ni grado de instrucción del paciente.
- Quinta.** Hubo una mayor proporción de desempleados entre pacientes con abuso de sustancias, en aquellos con ansiedad y pánico o en pacientes con psicosis aguda. Un gran número de casos de trastornos del estado de ánimo, intentos de suicidio y delirium por alcohol fueron trabajadores. Se encontró una diferencia significativa.

RECOMENDACIONES

- Primera.** Que la dirección del Hospital, bajo la coordinación con el Ministerio de Salud, propicie la creación de una unidad permanente de Emergencias Psiquiátricas.
- Segunda.** Realizar estudios comparativos entre los diferentes hospitales de la Región a fin de determinar las variaciones en la frecuencia de patologías de urgencia psiquiátrica a cargo de la facultad de medicina de la UCSM.
- Tercera.** Realizar una distribución poblacional por área de procedencia en los diferentes servicios de psiquiatría en coordinación con el MINSA y ESSALUD.
- Cuarta.** Que el personal médico que labora en el servicio de emergencia reciba una capacitación adecuada sobre el tema a fin de homogeneizar los diagnósticos psiquiátricos en las historias clínicas de emergencia y en las fichas de interconsulta, a cargo de la unidad de capacitación del hospital en coordinación con la DIRESA.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarista FJ, Rodríguez E, Delgado P, Mata J, Ortega M, Alfonso B, et al. Urgencias Psiquiátricas. Gac Méd Caracas v.112 n.3 Caracas jul. 2004 (1)
- Climent CE, Castrillón E, Miranda CA, et al. Guías de práctica clínica, proyecto ISS- ASCOFAME Urgencias Psiquiátricas. p. 18-19-20-21, 25, 25-26 (2,22,24)
- Schade N, González A, Beyebach M, et al. Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. Rev. chil. neuro-psiquiatr vol.48. N°1 Santiago mar. 2010 (3)
- Vargas DR. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. Rev. salud pública vol.3 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2001 (4)
- Heerlein A. Psiquiatría clínica. Santiago de Chile 2000, p. 711-712 (5)
- Escobar E *et al.* Demand for consultations at the Emergency Service of the "Dr. José Horwitz B" Psychiatric Institute in Santiago, Chile: comparison between 1988 and 1994. Rev Méd Chile 1997; 125: 446-50 (6)
- Lorna A. We discharge in ten days. En: Emptying beds. The work of an emergency psychiatric. Los Angeles. University of California Press, 1991 (7)
- Puryear DA. Proposed standard in emergency psychiatry. Hosp Comm Psy 1992; 43: 14-5 (8)
- Tardiff K. The risk of being attacked by patient: who, how often and where? En: Patient Violence and the Clinical. London: Ed Eichelman B Hartwig A. Am Psychiatr Press, 1995 (9)
- Dale E, Myers R, Zeiner H, et al. The role of violence in decision about hospitalization from the psychiatry emergency room. Am J Psychiatry 1992; 149: 207-12 (10)
- Moscicki E. Identification of suicide risk factor using epidemiologic studies. En: Mann J. Suicide. New York: Psychiatr Clin North Am 1997; 499-517 (11)
- Gómez A. Trastornos depresivos y suicidalidad. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 1998; 52-36: 93-101 (12)
- Escobar E, González C. Schürch F. Atributos del psiquiatra de urgencia. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2000, 38: 23-30 (13,15,18)

- Katschnig H. The scope and limitation of emergency mental health services in the community. En: Emergency mental health services in the community. England: Phelan M, Strathdee G, Thornicroft G. Cambridge University Press, 1995 (14)
- Saurí J. Historia de las ideas psiquiátricas. En: Vidal, Alarcón, Lolas. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana, 1995 (16)
- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1967 (17)
- Escobar E. El diagnóstico en las urgencias psiquiátricas. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 1985; 23: 111-8 (19)
- Kaplan, HI, Sadock BJ. Suicidio. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009. p 897, 322-323, 898. (20,31)
- Goldmam HH. Urgencias Psiquiátricas. Psiquiatría General 5º Ed. Editorial. El Manual Moderno, S.A. de C.V., Mexico D.F, 2001. Pag. 667-671, 673-674-675-677 (21,36)
- Ezquiaga E, García A, Díaz de Neira M, et al. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.31 no.3 Madrid jul.-set. 2011 (23)
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 323-326, 401-402, 308-309, 303-305, 280-282 (25,27,28,29,30)
- Torres M, Perea EV, Caro I, et al. Crisis de pánico, un reto diagnóstico. Acta Neurol Colomb Vol. 27 No. 1 Marzo 2011 (26)
- Meagher JM. *Delirium*: optimizing management. *BMJ* 2001; 322: 144-50 (32)
- DSM IV TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed Barcelona Madrid Masson cop. 2002. (33)
- Trzepacz PT. The neuropathogenesis of *delirium*. *Psychosomatics* 1994; 35: 374-91. (34)
- Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidation and standardization of the mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental *Status Examination*) in the general geriatric population. *Med Clin*(Barcelona) 1999; 112: 767-74. (35)
- Cruz C, Leiva J, Borgoño R, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 175-183 -

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000400002&script=sci_arttext

- Gómez C, Ospina L, Castro S, et al. Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes que consultan un servicio de urgencias en Bogotá. rev.colomb.psiquiatr. vol.40 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2011 - http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502011000100004&script=sci_arttext
- Pacheco Z. Algunos factores de riesgo del intento de suicidio en adolescentes Hospital Guillermo Almenara I. 1996- 2000. Rev. peru. pediátr. v.63 n.2 Lima abr.-jun. 2010 - http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1993-68262010000200005&script=sci_arttext
- Huillcaya E. Caracterización del intento de suicidio en pacientes hospitalizados [Tesis]. Cusco. Instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II. 2005-2009.
- Barrón L, Romero S, Saldaña N, et al. Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011. Rev Neuropsiquiatr 75 (1), 2012. <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/601/641>
- Gómez C, Castro S, Eraso C, et al. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes no psiquiátricos que consultan un servicio de urgencias en Bogotá. rev.colomb.psiquiatr. vol.40 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2011 - http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502011000400009&script=sci_arttext
- Pacheco T, Robles JI. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. Sanid. Mil. vol.67 no.4 Madrid oct.-dic. 2011 - http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000500003
- Calil M, Hachul D, Juruena M, et al. Evaluación de alteraciones estacionales en el humor y comportamiento en la ciudad de San Pablo. Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat;46(2):109-18, jun. 2000.

- Conde M, Esteban C, Rosado L, et al. La urgencia psiquiátrica en un hospital general. La patología de la agresividad principal motivo de consulta. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.29 n.2 Madrid 2009. -
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000200002&script=sci_arttext
- Reis E, Villar M. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). Cad. Saúde Pública vol.12 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1996. -
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1996000200006&script=sci_arttext
- Rivera N. Características socio demográficas, clínicas y tratamiento de los pacientes con esquizofrenia atendidos en hospitalización y consultorios externos del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado [Tesis]. Arequipa. 2013.
- Valencia H, Campo G, Borrero C, et al. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994-2010). Rev. Colomb. Psiquiat. vol. 40. n° 4. 2011. -
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502011000400003&script=sci_arttext





Anexo 1

Proyecto de investigación

I. PREÁMBULO

En los últimos años las consultas por enfermedades psiquiátricas han ido en incremento, todo lo cual se ve reflejado en el aumento de la consulta por patologías de urgencia psiquiátrica, es por ello que se requiere mayor énfasis en el estudio de este tema tan trascendental, como también tan relegado a veces por la medicina general. Los factores de riesgo epidemiológicos son importantes para el estudio de las enfermedades psiquiátricas, porque estos determinan muchas veces las causas del enfermar, estos factores aunados a las enfermedades médicas concomitantes pueden generar por si mismos o en combinación los diferentes motivos de consulta por urgencias psiquiátricas. Es por ello que actualmente el médico general debe reconocer, diagnosticar, dar tratamiento o derivar a estos pacientes al especialista para así disminuir la morbilidad que generan estas enfermedades.

Con este estudio se quiere conocer la frecuencia y los factores epidemiológicos que se asocian con las patologías psiquiátricas de urgencia, describir los hallazgos del médico de interconsulta y elaborar un patrón de datos que nos orienten hacia una mejor caracterización de este tipo de pacientes.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se concibe en base a la necesidad de determinar la frecuencia de las distintas patologías psiquiátricas de emergencia y describir su distribución según fecha de ingreso, sexo, edad, sector de residencia, dependencia económica, condición socioeconómica, estado civil, grado de instrucción y ocupación en las consultas de urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

1.1. Enunciado del Problema

Determinación de la frecuencia y factores epidemiológicos asociados a la urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014.

1.2. Descripción del Problema

La consulta psiquiátrica de urgencia ha ido en aumento, lo que se atribuye a factores tan variados como la masificación y sectorización de la medicina, la crisis de valores occidentales, la divulgación del concepto de enfermedad mental, los avances en terapias, la desinstitucionalización de los enfermos mentales, etc.

Existen pocos estudios que informen las diferentes variables epidemiológicas halladas en pacientes de urgencia psiquiátrica en Arequipa.

1.2.1. Área de Conocimiento

1.2.1.1.Campo: Ciencias de la Salud

1.2.1.2.Área: Salud Mental

1.2.1.3.Especialidad: Psiquiatría

1.2.1.4.Línea: Epidemiología de la urgencia Psiquiátrica

1.2.2. Análisis u operacionalización de las Variables e Indicadores

Variable	Indicadores	Subindicadores	Técnica	Instrumento
Frecuencia de urgencias psiquiátricas	-Número de historias clínicas con	Intento de suicidio	Revisión documentada de	Ficha de recolección de datos

	diagnóstico de urgencias psiquiátricas	Trastornos del estado de animo	historias clínicas (Impresión diagnóstica)
		Ansiedad y pánico	
		Psicosis Agudas	
		Delirium	
		Abuso de sustancias	
Factores epidemiológicos	Sexo	a. Fecha de ingreso	Revisión documentada de historias clínicas (Anamnesis) Ficha de recolección de datos
	Sexo	a. Masculino b. Femenino	
	Edad	a. 15-18 años b. 19-24 años c. 25-45 años d. 46-60 años e. Más de 60 años	
	Estado Civil	a. Soltero b. Conviviente c. Casado d. Separado/ divorciado e. Viudo	
	Residencia	a. Distrito	
	Dependencia económica	a. Dependiente b. Independiente	
	Condición Socioeconómica	a. Buena b. Regular c. Baja	
	Grado de instrucción	a. Analfabeto b. Primaria c. Secundaria d. Superior no universitario e. Superior universitario	
	Ocupación	a. Sin ocupación b. Labores de hogar c. Estudiante d. Trabajador e. Jubilado	

Cuadro N° 1

1.2.3. Interrogantes Básicas

El trabajo de Investigación una vez concluido, podrá contestar las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la frecuencia de las diferentes patologías psiquiátricas de urgencia de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de los trastornos psiquiátricos de urgencia en relación a la fecha de ingreso de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de los trastornos psiquiátricos de urgencia en relación a la edad, sexo y estado civil de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de los trastornos psiquiátricos de urgencia en relación a las condiciones socio demográficas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014?

1.2.4. Tipo de investigación:

De campo, transversal

1.2.5. Nivel de Investigación

Estudio de tipo descriptivo.

1.3. Justificación del problema:

La presente investigación contribuye a describir el perfil epidemiológico de los pacientes ingresados por emergencia con diagnóstico de patologías de urgencia psiquiátrica del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2014, lo que contribuiría en un futuro cercano a una mejor clasificación y entendimiento de los factores epidemiológicos de los trastornos psiquiátricos de urgencia, por lo cual es de carácter RELEVANTE.

Adquiere Relevancia Social, ya que esta investigación ayudará a definir de mejor manera el perfil de un paciente que acude a consulta por emergencia y luego es diagnosticado con patologías de urgencia psiquiátrica, para así de esta manera darle un adecuado manejo, ya sea en el contexto de la sociedad o ya como paciente hospitalizado en un centro prestador de salud.

En cuanto a la relevancia científica, esta investigación adquiere gran importancia al intentar aclarar el perfil epidemiológico de los cuadros clínicos de urgencias psiquiátricas más frecuentes en la consulta diaria, así como a mostrar las variantes que puedan ocurrir en dichos cuadros. Asimismo ayudará de alguna manera a ver si existen algunos factores que puedan asociarse a la aparición de trastornos mentales, y de cómo pueden resaltar éstos en pacientes hospitalizados por motivos distintos a éstos.

Además esta investigación es **FACTIBLE** porque existe acceso a información secundaria, necesaria para la recolección de datos, como fue el acceso a los servicios de estadística de dicho hospital.

Es **ORIGINAL**, ya que en nuestro medio no existen muchos datos en cuanto a los factores de riesgo epidemiológicos en la urgencia psiquiatría, ni existen estudios que identifiquen al perfil del enfermo que acude a la consulta por un cuadro de urgencia psiquiátrica.

Además, en cuanto al **INTERÉS PERSONAL**, he notado que a causa de los escasos estudios en nuestro medio sería muy útil disponer de datos acerca de los factores de riesgo epidemiológicos en pacientes que acuden a consulta por alguna patología de urgencia psiquiátrica, también para poder contribuir a la base de datos y generar mayor interés para la realización de otros trabajos en esta fascinante rama de la medicina.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

2.1.1. Generalidades:

Las urgencias psiquiátricas, tan frecuentes como las médicas y quirúrgicas, pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos o con quejas somáticas, así como también hay afecciones somáticas, a veces graves, que se inician con un cuadro psiquiátrico agudo.

La decisión a tomar se basa en la observación directa de la conducta y del contexto de la crisis desencadenante. Las decisiones no deben ser precipitadas, sino producto del análisis cuidadoso de la situación crítica²⁴.

Si bien el modelo médico es habitualmente aplicado en la atención de la urgencia psiquiátrica, la teoría de la crisis es más apropiada para fundamentar su práctica. La “crisis” es un periodo de pocas semanas en donde el organismo se ve sometido a un proceso, dada la presencia de un problema nuevo que resolver, del cual puede salir beneficiado o perjudicado. Durante ese lapso de tiempo intervienen diversos mecanismos de defensa, apareciendo cambios fisiológicos, psíquicos y comportamentales. La urgencia corresponde generalmente a una fase avanzada de una situación de crisis a la que no se ha encontrado solución.

2.1.2. Epidemiología:

Estudios poblacionales sugieren que el intento de suicidio puede alcanzar cifras muy elevadas. El Estudio Nacional de Salud Mental realizado en 1993 mostró que 57 de 1.000 colombianos han intentado suicidarse y que estas cifras pueden ir en aumento. Por tanto, es un grave problema de frecuente consulta en los servicios de urgencia y además constituye una gran dificultad diagnóstica y de manejo para el médico no especialista.

El conocimiento de factores de riesgo que diversos estudios han determinado, parece ser la herramienta más valiosa con que cuenta el clínico para asegurar el manejo apropiado de estos pacientes. Se ha encontrado una asociación muy alta en pacientes que intentan suicidarse y que padecen trastornos afectivos (depresión) o que abusan de alcohol; si bien otras causas que lo precipitan

²⁴ Amarista FJ, Rodríguez E, Delgado P, et al. Urgencias Psiquiátricas. Gac Méd Caracas Vol.112 N°.3 Caracas jul. 2004

incluyen situaciones asociadas a estrés psicológico (pérdidas significativas, desempleo, etc.)

Los niños y los ancianos se han considerado grupos de edad muy especiales en esta patología, pues la frecuencia de intento suicida en estas poblaciones, es particularmente alta. Ciertas enfermedades mentales y condiciones médicas generales tienen un fuerte vínculo con los intentos suicidas. Por lo tanto, reconocer tal asociación tiene implicaciones de evaluación y tratamiento al tiempo que constituyen modelos invaluable que sirven para comprender mejor la fisiopatología del suicidio.

El síndrome depresivo es un trastorno común con una prevalencia estimada del 15%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres, en una relación de 2 a 1. Sólo la mitad de los pacientes con un trastorno depresivo mayor recibe tratamiento médico adecuado. Los síntomas suelen subvalorarse muy a menudo por quienes rodean al paciente considerándolos reacciones “normales”, a situaciones de estrés, poca voluntad o una ganancia secundaria.

Las crisis de pánico fueron descritas hace muchos años, pero sólo en las últimas décadas se ha reconocido como una patología perfectamente delimitada, con características clínicas especiales. Muchos pacientes buscan ayuda en los servicios de urgencia y muchos casos son diagnosticados de manera incorrecta con el consiguiente resultado de tratamiento inadecuado.

Su prevalencia en la población general oscila entre 1.5 y 2% aparece antes de los 45 años y hay una tendencia familiar entre pacientes cercanos.

Con mucha frecuencia esta sintomatología se acompaña de fobias; temor a los espacios abiertos (agorafobia), en las cuales, el individuo evita situaciones de encierro que impliquen dificultad para buscar ayuda si le sobreviene un ataque. El diagnóstico diferencial incluye otros trastornos psiquiátricos como el trastorno por estrés postraumático. El cuadro puede coexistir con otras entidades como la depresión, abuso de sustancias y el intento de suicidio.

La psicosis es un trastorno que implica desconexión de la realidad, y presenta sintomatología grave como delirios, alucinaciones, alteración del afecto y

comportamiento. Sus causas son orgánicas, tóxicas o funcionales. Las psicosis más importantes incluyen la esquizofrenia, que es la más frecuentemente vista en centros especializados. Su prevalencia oscila entre el 0.3 y el 17 por mil, de acuerdo a diferentes estudios en el mundo. La etiología de la esquizofrenia se ha incluido factores genéticos (estudios en familia) y alteraciones bioquímicas (neurotransmisores), siendo la más conocida la función de la dopamina y la serotonina, guardan también importancia la predisposición psicológica y el medio ambiente social.

El delirium es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por una significativa alteración de la cognición, la atención y el comportamiento psicomotor. Su presencia se da hasta en un 15% en pacientes médico quirúrgicos ambulatorios y en un 30% en unidades de cuidados intensivos; compromete preferencialmente a pacientes mayores de 60 años.

El cuadro es de carácter transitorio y en su inicio existen manifestaciones prodrómicas como inquietud, ansiedad, irritabilidad y alteraciones del sueño. Los síntomas más relevantes incluyen alteraciones en conciencia, atención, orientación, pensamiento, actividad psicomotora, sensopercepción y afecto.

Las causas del delirium son variadas e incluyen trauma del sistema nervioso central, toxicidad, alteraciones vasculares, infecciones, trastornos neurológicos, alteraciones metabólicas o endocrinológicas y procesos tumorales.²⁵

Los somatomorfos son pacientes que presentan distintas dolencias físicas, sin una causa de naturaleza orgánica, sino más bien de carácter psicosocial. Son pacientes definidos como "hi-perfrecuentadores" y/o "policonsultantes", ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando una importante cantidad del tiempo de trabajo del cuerpo médico y recursos económicos significativos. Estos pueden llegar a constituir entre un 60% a un 80% de la demanda total de pacientes que asisten a estos centros.

²⁵ Climent CE, Castrillón E, Miranda CA, et al. Guías de práctica clínica, proyecto ISS- ASCOFAME Urgencias Psiquiátricas. p. 18-19-20-21

Cuando los pacientes presentan quejas que persisten más allá de 6 meses, se les diagnóstica como trastorno somatomorfo. Se calcula, a nivel internacional, que la prevalencia de este trastorno en la atención primaria está entre el 15 y el 22%.

Cálculos en Santiago de Chile, siguiendo los criterios del CIÉ-10, indican que este se presenta en un 17,7% de los pacientes de atención primaria.²⁶

En cuanto al abuso de alcohol como lo presenta el informe la Salud en las Américas, la mayoría de los países reportan dependencia del alcohol de un 6 % a 8 % para la población mayor de 12 años y cerca del 12 % son bebedores excesivos. En América Latina se presentan cifras elevadas de defunción por cirrosis hepática en las zonas de Chile, México y Puerto Rico. En países como Argentina y Uruguay se ha reducido notablemente el consumo de alcohol y la muerte por cirrosis hepática.

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen el consumo excesivo, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Aquellos se clasifican en trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium* inducido por sustancias, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno sicótico, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño). Estudios específicos realizados en Estados Unidos como el "National Comorbidity Survey" y "Monitoring the Future" han presentado la proporción de personas que tienen dependencia hacia las drogas, abusan de ellas y tienen desórdenes mentales relacionados. El orden descendente es así: marihuana 46,3 %, cocaína 16,2 %, estimulantes 15,3 %, ansiolíticos – sedantes e hipnóticos 12,7 %, alucinógenos 10,6 %, inhalables 6,8 % y heroína 1,5 %. El tabaco registra un uso de 76,6 % aportando la tasa de dependencia más elevada. El consumo de sustancias ha evidenciado un uso creciente no sólo en los países tradicionalmente consumidores como España, Francia y Estados Unidos, sino también en países productores y distribuidores como Perú, Bolivia y México. Lo anterior puede ser explicado por la endeble composición familiar y los patrones cambiantes de actitud frente a la

²⁶ Schade N, González A, Beyebach M, et al. Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. Rev. chil. neuro-psiquiatr vol.48. N°1 Santiago mar. 2010

vida. La investigación y las observaciones indican que la edad de inicio del uso de drogas es cada vez menor; lo cual se ha observado de manera especial en niños de la calle. Un estudio en ciudad de México encontró que el 12 % de las personas que había iniciado el uso del pegante lo hizo a la edad de 9 años. En Bolivia y Perú, niños de ocho años de edad informaron haber iniciado el consumo de bazuco.²⁷

2.1.3. Definición:

Mientras que la medicina de urgencia está bien definida por el riesgo vital o la necesidad de actuar rápidamente para evitar graves secuelas, en psiquiatría su definición es más imprecisa, pues si bien el riesgo vital existe tanto para el paciente como para terceros, es más corriente actuar para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la perturbación conductual que corrientemente la acompaña. La urgencia, culminación de una crisis, puede entenderse como una señal de llamada, expresión de una solicitud de ayuda. Tres condiciones caracterizan la urgencia:

- a. Eventos recientes que han dado curso al desarrollo y evolución de una crisis, la cual en este caso culmina en una emergencia.
- b. Alteraciones de la psicomotilidad que transitan desde la hipo a la hiperactividad, posibilitando riesgo vital para si mismo o terceros.
- c. Cambios del vivenciar que, por su intensidad, perturban el funcionamiento habitual del individuo.²⁸

2.1.4. Características de la atención en urgencia psiquiátrica

2.1.4.1 Excesiva e imprevisible naturaleza de la demanda

Una variada y abundante demanda, al menos en nuestro medio, caracteriza este tipo de atención. En los últimos años la demanda ha

²⁷ Vargas DR. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. Rev. salud pública vol.3 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2001

²⁸ Heerlein A. Psiquiatría clínica. Santiago de Chile 2000, p. 711-712

bajado, estabilizándose en alrededor de 14.500 consultas anuales²⁹. Como se sabe, la atención en este campo de la especialidad no es electiva ni menos selectiva. Ni el médico, ni el paciente, ni su acompañante hacen corrientemente un acuerdo previo para encontrarse. Tampoco existe algún ánimo concertado relacionado con la naturaleza de la patología, la elección del especialista o el momento de la consulta. Quien está ahí debe estar dispuesto a la aparición imprevisible de sucesivos pacientes que en ocasiones copan los espacios y los recursos de personal. Si bien un técnico paramédico selecciona quién requiere con más rapidez la atención, el médico debe estar preparado a un clima azaroso y lleno de incertidumbre. Sin embargo, no es sólo la sucesión imprevista de cuadros variopintos lo más destacado, sino también la necesidad de adiestrarse para recibir tan variadísimas formas de presentación. Así, por ejemplo, mientras estamos atendiendo a un paciente con el cual se ha generado un clima que permita la catarsis o al menos la ventilación inicial, repentinamente invade el servicio un enfermo violento que requiere inmediata dedicación, por lo que postergaremos o finalizaremos más pronto la atención. Por eso se necesita, como veremos más adelante, disponer de flexibilidad y habilidad para adaptarse a esas circunstancias.

2.1.4.2. Limitada disponibilidad de tiempo

En este tipo de atención los médicos se ven asediados por un sin fin de demandas y solicitudes provenientes de las más variadas fuentes. Hay que hacer un esfuerzo para contrarrestar esa ola de peticiones que, envueltas en el sufrimiento, pueden inducirnos a actuar precipitadamente. Si bien en cualquier emergencia hay que actuar con rapidez, en psiquiatría la presión del tiempo adquiere un cariz particular. En efecto, cuando aparecen las verdaderas emergencias, es decir, aquellas que necesitan de una decisión diligente, la presión del tiempo puede entorpecer la relación médico-paciente y por lo tanto el proceso de la decisión. Asimismo, en los casos en que acuden varios pacientes graves

²⁹ Escobar E et al. Demand for consultations at the Emergency Service of the "Dr. José Horwitz B" Psychiatric Institute in Santiago, Chile: comparison between 1988 and 1994. Rev Méd Chile 1997; 125: 446-50

a la vez, la presión no sólo del tiempo sino del espacio puede constreñir lo que también apura al examinador para evacuar la unidad^{30,31}.

Ahora bien, aunque en nuestro campo, a diferencia de la cirugía, no se corre habitualmente para evitar la muerte del paciente, durante la consulta se vive un complicado problema con el tiempo vivencial del enfermo. Se sabe que en una entrevista hay que sintonizar de acuerdo a los objetivos previstos de la consulta y al estilo del paciente, hecho que en la emergencia se hace particularmente complejo. En esta situación el acercamiento inicial, el modo de interrogar, la forma de focalizar, en fin, van a depender de la necesidad más inmediata, de la forma sindrómica de urgencia así como del tiempo y la energía disponibles. De ahí que trabajar cómodamente en esas condiciones requiere de aptitudes especiales, como veremos más adelante.

2.1.4.3. Mayor exposición al riesgo de agresión física

De acuerdo con varios estudios, Tardiff dice que aproximadamente el 40% de los psiquiatras afirma haber sido atacado por pacientes una o más veces cualquiera sea el sitio de trabajo.³² La sala de urgencia es uno de los lugares con alta exposición al riesgo por la peligrosidad de los enfermos. La violencia en la sala de urgencia, de acuerdo con la literatura, es de un 5% a un 30%.³³ Su manifestación va desde una beligerancia ligera hasta el intento de matar con un arma a mansalva. Si bien es habitual encontrarse con pacientes agresivos, sólo un pequeño grupo puede intentar terminar con la vida de los que están a su alrededor. A pesar de disponer de indicadores de peligrosidad que permiten aplicar procedimientos de seguridad para bajar el riesgo y de medicamentos que lo han disminuido, aunque no eliminado, continúa con razón considerándose como un lugar de riesgo y por lo tanto no tan atractiva

³⁰Lorna A. We discharge in ten days. En: Emptying beds. The work of an emergency psychiatric. Los Angeles. University of California Press, 1991

³¹Puryear DA. Proposed standard in emergency psychiatry. Hosp Comm Psy 1992; 43: 14-5

³²Tardiff K. The risk of being attacked by patient: who, how often and where? En: Patient Violence and the Clinical. London: Ed Eichelman B Hartwig A. Am Psychiatr Press, 1995

³³Dale E, Myers R, Zeiner H, et al. The role of violence in decision about hospitalization from the psychiatry emergency room. Am J Psychiatry 1992; 149: 207-12

como campo laboral. Probablemente eso influyó a nivel académico para postergar la participación formativa docente argumentando la falta de interés académico, aunque tácitamente se reconocía el peligro existente. En todo caso, es conocido que las manifestaciones de agresividad van a depender del modo cómo sean atendidas las primeras señales de su aparición, de tal manera que su magnitud y frecuencia van ciertamente ligadas al clima emocional que exista en el sitio de su presentación.

2.1.4.4. Preocupación por riesgo de suicidio

La suicidalidad es una de las condiciones de mayor ansiedad con que se encuentra un psiquiatra en urgencia, especialmente si revisados los indicadores de riesgo que permitan descubrir los pacientes con más posibilidad de cometer suicidio, se decide la derivación a su casa de un enfermo que no cumple con aquellos criterios^{34,35}. Sabemos que ninguno de esos principios son infalibles, por lo que a veces se correrá algún tipo de riesgo, el que se contrapone con los eventuales perjuicios de hospitalizaciones apresuradas. Al respecto, hay que considerar nuestros prejuicios culturales, que fichan como "loco" al paciente o fomentando la protección indebida mediante la hospitalización. Tampoco puede descartarse la posibilidad de suicidio al interior del hospital, que si bien minimizada, siempre está presente, por lo que en ciertas circunstancias un familiar responsable cuidará mejor al paciente. En todo caso, en vista que esos pacientes requieren controles precoces en el mismo servicio, podrá reevaluarse la decisión.

2.1.4.5. Colaboración del paciente y acompañante

Si bien la colaboración de los pacientes psiquiátricos a lo largo de su enfermedad es fluctuante, es en el momento de la emergencia cuando se aprecia la gran diferencia con otros enfermos, pues un porcentaje de nuestra clientela constituida por enfermos psicóticos y psicopáticos presentan escasa o nula colaboración durante la intervención. Pero no

³⁴ Moscicki E. Identification of suicide risk factor using epidemiologic studies. En: Mann J. Suicide. New York: Psychiatr Clin North Am 1997; 499-517

³⁵ Gómez A. Trastornos depresivos y suicidalidad. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 1998; 52-36: 93-101

sólo ellos contribuyen escasamente sino que también los mismos familiares, agotados por el esfuerzo realizado hasta ese momento, participan limitadamente esperando que el servicio de urgencia y la institución hospitalaria se hagan cargo del enfermo. Sin duda que en estos comportamientos se deja ver la influencia de la enfermedad, que no sólo daña al enfermo sino también a su red de apoyo. Como quiera que sea, ante la oposición a medidas de tratamiento y protección hay que arriesgarse ante el paciente y actuar en contra de los deseos del mismo enfermo para evitar una desgracia y terminar con la perturbación conductual.

2.1.4.6. Participación activa con los familiares

Corrientemente en el ejercicio de la especialidad la comunicación con los familiares depende de la calidad de la morbilidad, de modo que mientras se la fomenta en el tratamiento de un esquizofrénico, se la evita especialmente cuando se trabaja psicoterapéuticamente en el caso de un neurótico. En urgencia no sólo es corriente sino que es necesario solicitar la participación activa de los familiares o acompañantes, cualquiera sea la naturaleza de la patología, para diversos menesteres: recopilar antecedentes, evaluar la capacidad de una cooperación futura, entregar recomendaciones, etc. Sin embargo, hay que tener presente que los familiares, sea por la ansiedad de la situación, sea por motivos personales, intentarán influir en la decisión distraendo con sus asuntos personales con el consiguiente perjuicio de la atención. Si además hay familiares negligentes o incapaces de colaborar, deben ser descartados para los fines de la atención.³⁶

2.1.4.7. Condiciones del tipo de trabajo

Ciertas peculiaridades del trabajo en emergencias influyen en la sensibilidad y el entusiasmo del equipo laboral, llegando incluso a describirse el síndrome del agotamiento en donde se trabaja descuidando

³⁶ Escobar E, González C. Schürch F. Atributos del psiquiatra de urgencia. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2000, 38: 23-30

las normas, sin compromiso real con los pacientes y la institución³⁷. Predisponen a esa situación un trabajo sin estímulo académico, sin conexiones con otros centros de derivación; la aparición de los pacientes repetidores que acuden reiteradamente al servicio, donde se aprecia que no hay mucho que ofrecer; la presencia de personas sin hogar; la falta de sueño, que puede ejercer una influencia sobre la capacidad de decisión; las incomprendiones de otros colegas del hospital; las disposiciones reglamentarias, que restringen atribuciones y generan malos entendidos (por ej. ingresos en camas de pacientes que están con permiso); el plazo dilatado para la continuación de la terapia en policlínico; los aspectos económicos que limitan la decisión, etc.³⁸

2.1.4.8. Poca tolerancia social al paciente mental

No son desconocidos en la historia de la locura los altibajos en el trato que han sufrido los enfermos de parte de la sociedad recuérdense las recomendaciones de los filósofos griegos y romanos, compáreselas con la hechicería medieval fomentada por una hegemonía religiosa (con excepción del Islamismo árabe) y apréciense los progresivos aunque fluctuantes cambios en favor de los enfermos que se inician con la Ilustración, y que incluso llegan últimamente a negar la enfermedad mental o pregonar el derecho de los propios pacientes a rechazar los tratamientos^{39,40}. Con todo, persiste en la población e incluso en el ambiente médico un rechazo hacia los enfermos mentales. A pesar de las mejorías conseguidas con las terapias actuales, la discriminación es particularmente clara con los pacientes psicóticos en donde el temor ancestral a la locura, reforzado con noticias periodísticas sensacionalistas, fomentan el desembozado rechazo del enfermo mental.

³⁷ Katschnig H. The scope and limitation of emergency mental health services in the community. En: Emergency mental health services in the community. England: Phelan M, Strathdee G, Thornicroft G. Cambridge University Press, 1995

³⁸ Escobar E, González C, Schürch F. Atributos del psiquiatra de urgencia. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2000, 38: 23-30

³⁹ Saurí J. Historia de las ideas psiquiátricas. En: Vidal, Alarcón, Lolás. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana, 1995

⁴⁰ Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1967

En urgencia se percibe aquel rechazo, especialmente en el momento de la derivación, cuando se ha decidido no ingresar a un enfermo.⁴¹

2.1.4.9. El hospital y la atención de urgencia

El servicio de urgencia es el receptáculo donde el paciente, agotadas otras medidas, viene a depositar su angustia mórbida. Gillet y Elchardus afirman que la tarea del servicio de urgencia "es monstruosa tanto en su concepción como en su realización"; por eso que recuerdan la cita de Quenard: "No hay urgencia sino en el hospital"⁴². La institución hospitalaria sirve de respaldo físico y psicológico a todos los participantes de una atención de urgencia. Un sistema de atención que no disponga de los recursos disponibles en un hospital estará siempre a punto de ser sobrepasado o desechado por parte de la comunidad. Sin embargo, no sólo basta que se trabaje al interior del hospital sino que exista de parte de las autoridades y del resto de sus integrantes una voluntad ágil, flexible, para respaldar al equipo de urgencia.

2.1.5. Urgencias Psiquiátricas más frecuentes:

2.1.5.1. Intento de suicidio:

El término suicidio procede del latín, y significa "matarse a si mismo". Es un acto letal que representa el deseo de morir de la persona. Existe una gradación, no obstante entre las intenciones suicidas y su puesta en práctica. Algunas personas tienen ideas suicidas que nunca llevan a cabo; otras hacen planes durante días, semanas, o incluso años, antes de actuar, y otras se quitan la vida aparentemente de forma impulsiva y sin premeditación. En la categoría del suicidio, se diluyen clasificaciones intencionalmente erróneas de la causa de muerte, accidentes de causas indeterminadas y los llamados suicidios crónicos, por ejemplo, las muertes debidas al abuso de alcohol y de otras sustancias, y al mal

⁴¹ Escobar E, González C, Schürch F. Atributos del psiquiatra de urgencia. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2000, 38: 23-30

⁴² Escobar E. El diagnóstico en las urgencias psiquiátricas. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 1985; 23: 111-8

seguimiento consiente de las pautas farmacológicas para las adicciones, la obesidad y la hipertensión.⁴³

El suicidio fue la novena causa de muerte en EUA en 1996 con más de 30 000 suicidios registrados cada año. Fue la tercera causa de muerte en personas de 15 a 24 años de edad y la quinta tanto en niños de 5 a 14 años como de individuos entre 25 y 44 años (Centers for Disease Control, 1996). Las estimaciones conservadoras indican que el intento de suicidio es ocho veces más frecuente que el suicidio consumado. Estas cifras no incluyen los “accidentes” mortales motivados de manera inconsciente ni las numerosas conductas auto- destructivas de otras clases (p. ej., alcoholismo). Los que tratan y logran suicidarse difieren demográficamente de los que hacen intentos fallidos. El suicidio consumado por varones es tres veces más común que entre mujeres y esta proporción aumenta con la vejez. También es más frecuente entre personas solteras y entre aquéllas que se encuentran aisladas, desarraigadas o solitarias. Los protestantes son más proclives a cometer suicidio que los católicos o los judíos y los inmigrantes nacidos en el extranjero se encuentran también en un riesgo mayor. Las armas de fuego son los instrumentos que se usan con mayor frecuencia en los suicidios consumados (50 y 25% en varones y mujeres, respectivamente) y los varones son más propensos que las mujeres a suicidarse mediante recursos violentos. Los intentos fallidos de suicidio son tres veces más frecuentes en mujeres que en varones; son más comunes en la población de 20 a 24 años. Los intentos fallidos suelen incluir medios no violentos, como cortarse las venas, envenenarse o recurrir al monóxido de carbono.

El clínico que valora el riesgo de suicidio debe tratar de determinar si el paciente ha elaborado un plan definido para suicidarse, es decir: ¿ha dejado escrita una última voluntad, ha cambiado su póliza de seguro, o

⁴³ Kaplan, HI, Sadock BJ. Suicidio. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009. p 897.

ha decidido el método, la hora y el sitio en que cometerá el acto? Debe valorar los intentos previos de suicidio y obtener una historia familiar de este fenómeno. Al valorar el estado mental, debe averiguar los sentimientos de rechazo e inutilidad y si el paciente está trabajando. Deberá preguntársele al paciente si oye voces diciéndole que se dañe a sí mismo (alucinaciones imperativas). Una señal de peligro será la depresión coexistente con ansiedad o el empeoramiento agudo de la depresión y también la mejoría superficial rápida de la depresión, que puede ser un signo de que se ha ideado un plan para suicidarse. Las indicaciones de un suicidio inminente o aumento en el riesgo de suicidio entre pacientes incluyen: trastorno de angustia, agorafobia, o ambos; aumento en hostilidad; preocupaciones económicas (reales o imaginarias) con ideas de pobreza inminente; padecimientos dolorosos, en particular si se relacionan con alteraciones prolongadas del sueño; y antecedentes recientes de alcoholismo, intoxicación actual con alcohol o abuso de drogas —en particular, uso reciente de cocaína.

Indicios sobre el suicidio

Las personas que están pensando en suicidarse suelen brindar indicios que deben valorarse con mucho cuidado.

1) Verbales

A veces el individuo hace afirmaciones directas sobre sus deseos de morir o de “terminar con todo”. Maneras menos directas de expresar la ideación suicida son:

“Es demasiado para soportarlo”, “Estarías mejor sin mí”, “Preferiría estar muerto”. El paciente que pregunta “cuál es el procedimiento para ceder nuestro cuerpo ala ciencia?”, o que dice “tengo un amigo que está

realmente deprimido y habla mucho de suicidarse”, está enviando mensajes en un código muy sencillo.

2) De la conducta

Un indicio directo de conducta es la ingestión de una cantidad pequeña de algún fármaco potencialmente mortal. Indicios tempranos o indirectos serían “poner los asuntos en orden”, comprar un ataúd y obsequiar posesiones muy apreciadas.

3) Situacionales

Son inherentes en las experiencias de la vida relacionadas con tensiones importantes, por ejemplo, un procedimiento quirúrgico inminente, un diagnóstico de enfermedad crónica mortal o una pérdida reciente, como la de un ser amado, la pérdida del trabajo, el desahucio, la jubilación, etc.

4) Sindrómicos

Estos son cierta variedad de emociones que se asocian a menudo con suicidio. La más común es la depresión, pero hay otras. Si el suicidio ocurre en personas que no están deprimidas sino desorientadas, por ejemplo, en caso de delirio agudo, la conducta suicida puede ser un intento de huir de alguna amenaza imaginaria. Los individuos que sufren trastornos psicóticos acompañados de alteración del control de los impulsos pueden intentar suicidarse como reacción a las alucinaciones que les ordenan hacerlo. Cometan también suicidio las personas que se muestran desafiantes y que pueden considerarlo como un medio que les sirve para adoptar una postura de resistencia activa ante una amenaza real o imaginaria contra su propia estima. Los indicios de un individuo dependiente e insatisfecho suelen ser gestos hostiles ocultos hacia algún otro individuo o un grupo que consideran no ha satisfecho sus necesidades de dependencia. (“ Ahora serán ustedes quienes lo sientan!”)

a. VALORACIÓN DEL RIESGO DEL SUICIDIO

El médico debe de mantenerse alerta ante la posibilidad de suicidio en los pacientes que se presentan para tratamiento. La mayoría de las personas que intentan suicidarse han sido observadas por un médico unos cuantos meses antes, y la mayor parte de los suicidios consumados los cometen individuos que han advertido su intención a sus seres amados y otras personas, y han expresado una necesidad de ayuda a menudo durante las 24 horas previas. El médico debe considerar a los intentos de suicidio o a los pensamientos suicidas expresados verbalmente como casos de urgencia, puesto que incluso los llamados pacientes “históricos” y “manipuladores” pueden triunfar en sus actos autodestructivos.

Diversos factores influyen en la valoración del riesgo de suicidio: el nivel usual de funcionamiento que tenga el paciente, los antecedentes de intentos de suicidio y enfermedad mental, las circunstancias sociales y económicas actuales, y el estado cognitivo y afectivo.

Pueden formularse preguntas útiles del siguiente modo, que podrían considerarse en cualquier evaluación de riesgo suicida:

¿Cómo ha reaccionado el paciente al estrés en el pasado y qué tan efectivas son sus estrategias típicas para salir adelante?

¿El paciente ha considerado o intentado el suicidio en el pasado? Si es así, ¿qué tan frecuentemente y bajo qué circunstancias? Si el paciente ha hecho intentos antes, ¿qué tan serios fueron? ¿Cuáles son las circunstancias sociales y económicas actuales del paciente, y qué tan similares son las situaciones pasadas en las que se intentó el suicidio?

¿Cuál es el estado cognitivo actual del paciente? ¿Se siente perdido, desamparado, impotente? ¿Enojado? ¿Orientado, con alucinaciones, con delirios?

¿El paciente tiene manifestaciones somáticas de depresión como estreñimiento, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, disminución de la libido, ansiedad o irregularidades menstruales?

Cuando se sospecha un posible suicidio, el experto en clínica tiene que preguntarle directamente al paciente acerca de la naturaleza y medida del pensamiento suicida. A continuación se reseñan, por orden el riesgo creciente, diferentes tipos de pensamientos suicidas y los sentimientos asociados con ellos:

Pensamientos temporales sobre la muerte. Las personas con pensamientos temporales sobre la muerte pueden tener fantasías como “Me extrañarán cuando me muera”. Estas nociones tan comunes suelen ser de escasa importancia. Sin embargo, debe prestarse interés y cuidado cuando el paciente es un adolescente o un adulto emocionalmente inestable.

Pensamientos sostenidos acerca del morir y deseos recurrentes de muerte. Las ideas sostenidas acerca de la muerte y deseos de muerte recurrentes pueden funcionar como un hábito doloroso que le permite al paciente manejarla tensión. Quizá se presenten gestos suicidas como cortes superficiales en las muñecas o ingestión no mortal de medicamentos.

Sentimientos frustrados y conducta impulsiva. Un paciente puede albergar poca esperanza de recibir apoyo del ambiente que lo rodea y puede sentir que se ha agotado la mayor parte de tipos de alivio. El paciente, por tanto, se siente frustrado y cercano a la ira casi todo el tiempo. La ira puede volcarse hacia dentro o afuera, conduciendo a la posibilidad de un acto suicida u homicida, instancia de último recurso. Una persona puede sentirse carente de todos los recursos emocionales, puede sentir que el suicidio es el único “escape” de una situación imposible, o ambas. Ya no siente ira, frustración o desesperación y la muerte se considera como una manera de evitar mayor angustia.

La decisión lógica para morir. Una persona puede aproximarse al suicidio desde un punto de vista lógico y filosófico. Alguien así contempla la muerte como inevitable y pregunta: “Entonces ¿por qué no ahora?”. Este tipo de individuo se encuentra en el más grave riesgo

de cometer suicidio, pero la decisión del paciente rara vez la advierte el médico. Si se está considerando seriamente el suicidio, tiene que valorarse la letalidad, así como la disponibilidad del método elegido. Una persona que está considerando un plan concreto y bien pensado corre un riesgo mayor que la que no tiene ningún plan determinado en mente.

Finalmente, debe valorarse la naturaleza y tamaño del sistema de apoyo al paciente. Los pacientes que se presentan después de un Intento fallido de suicidio también deben ser valorados. Algunos ya no sienten el deseo de suicidarse una vez que han comunicado el mensaje de su aflicción al realizar un gesto suicida. Nuevamente se toman en cuenta la letalidad del método así como la probabilidad de intervención y rescate cuando se evalúa a pacientes que han “tratado de suicidarse”.

b. SUICIDIO EN ADOLESCENTES

La tasa de suicidio entre adolescentes se ha elevado de manera alarmante desde mediados del siglo XX. Es la tercera causa de muerte entre individuos de 15 a 24 años de edad y la quinta en el grupo de 5 a 14 años. La investigación ha indicado que la elevación en la tasa de suicidios de adolescentes puede ser el resultado, en parte, de los cambios en nuestra sociedad, incluso las prácticas de crianza infantil y la pérdida de estabilidad en el hogar, al igual que los aumentos en la tasa de divorcios. La relación entre el suicidio y el divorcio entre los padres es estadísticamente significativa. Otros factores relacionados con el suicidio de los adolescentes incluyen la conducta antisocial y el abuso de sustancias.

Por lo general, los adolescentes tienden a ser más impulsivos que los adultos y el adolescente suicida es menos propenso a sufrir depresión que uno adulto. A pesar de que los cambios conductuales suelen preceder al intento de suicidio, es menos probable que sean los signos neurovegetativos típicos de la depresión. Síntomas como el aislamiento social, la preocupación por ideas extravagantes o el deterioro en la

actividad académica pueden preceder a un intento de suicidio en un adolescente que sufra los síntomas iniciales de la esquizofrenia.⁴⁴

2.1.5.2. Trastornos del estado de ánimo:

El “síndrome depresivo”, es uno de los problemas de más común ocurrencia en la consulta del médico general; sin embargo, es consulta de urgencias sólo cuando la severidad de la depresión es muy grande, o cuando hay depresión agitada, o cuando está asociada a ideas suicidas o cuando se presenta en la etapa involutiva de la vida.⁴⁵

Desde hace años se acepta que la presencia de síntomas depresivos provoca una discapacidad superior a la derivada de enfermedades médicas comunes como la hipertensión, la diabetes o la artritis, y similar a la producida por las enfermedades cardiovasculares.

También a nivel epidemiológico existe acuerdo en el sentido de que los trastornos depresivos son un problema sanitario de primer orden; de hecho, algunos autores han considerado que la "depresión" era la enfermedad que más influía en el empeoramiento de la salud de la población. Además, parece demostrado que tiene importantes implicaciones socio-laborales y elevados costes sanitarios directos e indirectos, resultando uno de los trastornos médicos que más discapacidad, y días laborales perdidos provoca en los países occidentales. Incluso algunos autores prevén que la "depresión" pronto llegue a ser la principal causa de discapacidad en el mundo.

Esta elevada repercusión socio-sanitaria se debería no sólo a que la depresión es un trastorno muy disfuncional, sino también a su elevada

⁴⁴ Goldmam HH. Urgencias Psiquiátricas. Psiquiatría General 5° Ed. Editorial. El Manual Moderno, S.A. de C.V., Mexico D.F, 2001. Pag. 667-671

⁴⁵ Climent CE, Castrillón E, Miranda CA, et al. Guías de práctica clínica, proyecto ISS-ASCOFAME Urgencias Psiquiátricas. p. 25

prevalencia de forma aislada o como trastorno comórbido con otros trastornos psiquiátricos y con otras enfermedades no psiquiátricas.⁴⁶

Este trastorno del estado de ánimo está caracterizado generalmente por tristeza sensación subjetiva de gran malestar, pérdida de la energía y del interés sentimientos de culpa, desesperanza, dificultad para concentrarse en las labores cotidianas, olvidos frecuentes, alteraciones de las funciones vegetativas (sueño apetito, actividad sexual), pensamientos de muerte o de suicidio (ver suicidio). Afecta el funcionamiento social, laboral e interpersonal.

A veces los síntomas depresivos van acompañados de delirios o alucinaciones congruentes con el estado de ánimo (culpa, pecado, inutilidad, fracaso pobreza, etc.). En este caso hablamos de “depresión psicótica”⁴⁷

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

1) El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado

⁴⁶ Ezquiaga E, García A, Díaz de Neira M, et al. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.31 no.3 Madrid jul.-set. 2011

⁴⁷ Climent CE, Castrillón E, Miranda CA, et al. Guías de práctica clínica, proyecto ISS- ASCOFAME Urgencias Psiquiátricas. p. 25-26

de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

- 2) El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- 3) El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- 4) El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- 5) El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
- 6) El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- 7) El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

- 8) El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- 9) El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- 10) El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).⁴⁸

2.1.5.3. Ansiedad y pánico

Este se define como la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso de inicio súbito, alcanzando su máxima expresión durante los primeros 10 minutos, en el que se evidencian algunas de las siguientes expresiones somáticas: palpitations, sudoración, ahogo, opresión torácica, náusea, vómito, escalofrío, sofocaciones, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), además de un profundo miedo a morir o a perder el control. Esta clínica se puede presentar como una manifestación de varios trastornos de ansiedad, entre ellos: trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, entre otros. Sin embargo, los ataques de pánico no necesariamente configuran un diagnóstico de trastorno de pánico primario, para realizar el diagnóstico formal se requiere que haya crisis inesperadas, recidivantes y que al menos una de las crisis esté seguida durante un mes (o más), de uno (o más) de los siguientes

⁴⁸ DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 323-326

síntomas: inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias y cambios significativos del comportamiento relacionados con las crisis, éstas no deben ser secundarias al efecto fisiológico directo de una sustancia o una enfermedad médica y no puede explicarse por otro trastorno mental.⁴⁹

2.1.5.3.1. *Trastornos de ansiedad asociados a crisis de pánico:*

- 1) La **crisis de angustia** (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.

Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

- 2) La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
- 3) El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- 4) El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- 5) La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la

⁴⁹ Torres M, Perea EV, Caro I, et al. Crisis de pánico, un reto diagnóstico. Acta Neurol Colomb Vol. 27 No. 1 Marzo 2011

angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

- 6) La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- 7) La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- 8) El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- 9) El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- 10) El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- 11) El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.⁵⁰

2.1.5.4. Psicosis aguda y esquizofrenia:

2.1.5.4.1. TRASTORNO PSICOTICO BREVE

⁵⁰ DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 401-402.

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., un alucinógeno) o a enfermedad médica (p. ej., hematoma subdural)

Para el trastorno psicótico breve pueden utilizarse las siguientes especificaciones en base a la presencia o ausencia de factores estresantes precipitantes:

- 1) Con desencadenante(s) grave(s).** Se asigna esta especificación si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural. En el DSM-III-R este tipo de trastorno psicótico breve se denominaba «psicosis reactiva breve». El o los acontecimientos precipitantes pueden ser de cualquier estrés importante, como la pérdida de un ser querido o el trauma psicológico de un combate. Algunas veces es clínicamente difícil determinar si un estrés específico fue un precipitante o una consecuencia de la enfermedad. En estos casos, la decisión dependerá de factores relacionados como la relación temporal entre el estrés y el inicio de los síntomas, de la información adicional acerca del nivel de actividad previo al estrés facilitada por el cónyuge o algún allegado y de la historia de respuestas similares a los acontecimientos estresantes en el pasado.
- 2) Sin desencadenante(s) grave(s).** Esta especificación se asigna si los síntomas psicóticos no parecen ser una respuesta a

acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

- 3) De inicio en el posparto.** Esta especificación se asigna si el inicio de los síntomas psicóticos se produce en las primeras 4 semanas del posparto.⁵¹

2.1.5.4.2. DELIRIOS

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes.

Si hay alucinaciones visuales o auditivas, no son importantes, y puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias (y ser importantes) en relación con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación o la percepción de que uno emite un olor insoportable por algún orificio corporal asociada a ideas de autorreferencia).

Excepto por la consecuencia directa de las ideas delirantes, la actividad psicosocial no está significativamente deteriorada y el comportamiento no es raro ni extraño. Si se presentan episodios afectivos simultáneamente con las ideas delirantes, la duración total de estos episodios es relativamente breve en comparación con la duración total de los períodos delirantes. Las ideas delirantes no son debidas a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., cocaína) o a enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Alzheimer, lupus eritematoso sistémico).

Aunque la consideración de que las ideas delirantes sean o no extrañas es especialmente importante para diferenciar el trastorno delirante de la esquizofrenia, la determinación del concepto «rareza» puede ser difícil, particularmente entre diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables,

⁵¹ DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 308-309

incomprensibles y si no derivan de experiencias de la vida cotidiana (p. ej., la creencia de un sujeto de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y los ha sustituido por otros sin dejar ninguna herida o cicatriz). Por el contrario, las ideas delirantes no extrañas se refieren a situaciones que es posible que se den en la vida real (p. ej., ser seguido, envenenado, infectado, amado en secreto o engañado por el cónyuge o amante).

La actividad psicosocial es variable. Algunos sujetos parecen estar relativamente conservados en sus papeles interpersonal y laboral. En otros, el deterioro es importante e incluye una actividad laboral escasa o nula y aislamiento social. Cuando hay una actividad psicosocial pobre en el trastorno delirante, ésta deriva directamente de las mismas creencias delirantes. Por ejemplo, un sujeto que está convencido de que va a ser asesinado por «un mafioso» puede dejar su trabajo y negarse a salir de casa salvo por la noche, y sólo si va disfrazado. Este comportamiento es un intento comprensible de evitar ser identificado y ejecutado por sus presuntos asesinos. En cambio, el empobrecimiento de la actividad social en la esquizofrenia puede ser debido tanto a los síntomas positivos como a los negativos (especialmente a la abulia). Asimismo, una característica habitual de los sujetos con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y de su aspecto cuando sus ideas delirantes no son cuestionadas o puestas en juego. En general, es más fácil que esté deteriorada la actividad social y conyugal que la intelectual y laboral.

Subtipos:

El tipo de trastorno delirante puede especificarse en base al tema delirante que predomine:

- 1. Tipo erotomaniaco.** Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que otra persona está enamorada del sujeto. La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual, más que a la atracción sexual. Frecuentemente, la persona sobre la que recae esta convicción ocupa un *status* más

elevado (p. ej., una persona famosa o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño. Son habituales los intentos por contactar con el objeto de la idea delirante (mediante llamadas telefónicas, cartas, regalos, visitas e incluso vigilándole y acechándole), aunque, a veces, la idea delirante se mantiene en secreto. La mayoría de los sujetos de este subtipo en las muestras de población clínicas son mujeres, y la mayoría de los sujetos de este subtipo en las muestras de población forenses son varones. Algunos sujetos con este subtipo, especialmente varones, se ven envueltos en problemas legales a causa de sus intentos por conseguir el objeto de su idea delirante o de sus intentos por «rescatarle» de algún peligro imaginario.

2. **Tipo de grandiosidad.** Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario (aunque no reconocido) talento o intuición, o de haber hecho un descubrimiento importante. Con menor frecuencia, el sujeto puede tener la idea delirante de mantener una relación especial con alguien importante (p. ej., un consejero del Presidente) o de ser una persona importante (en cuyo caso la persona real puede ser vista como un impostor). Las ideas delirantes grandiosas pueden tener un contenido religioso (p. ej., la persona cree que ha recibido un mensaje especial de una divinidad).
3. **Tipo celotípico.** Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas «pruebas» (p. ej., ropas desarregladas o manchas en las sábanas), que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante. El sujeto con esta idea delirante suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada (p. ej., coartando la libertad de movimientos del cónyuge, siguiéndole en secreto, investigando al supuesto amante o agrediendo al cónyuge).

4. **Tipo persecutorio.** Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a la creencia del sujeto de que está siendo objeto de una conspiración, es engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstruido en la consecución de sus metas a largo plazo. Pequeñas trivialidades pueden ser exageradas y convertidas en el núcleo de un sistema delirante. Frecuentemente, el núcleo de la idea delirante es alguna injusticia que debe ser remediada mediante una acción legal («paranoia querulante»), y la persona afectada puede enzarzarse en repetidos intentos por obtener una satisfacción apelando a los tribunales y otras instituciones gubernamentales. Los sujetos con ideas delirantes de persecución son a menudo resentidos e irritables y pueden reaccionar de forma violenta contra los que creen que les están haciendo daño.
5. **Tipo somático.** Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas. Las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel; que tiene un parásito interno; que algunas partes del cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas (en contra de lo observable), o que hay partes del cuerpo (p. ej., el intestino grueso) que no funcionan.
6. **Tipo mixto.** Este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema delirante que predomine.
7. **Tipo no especificado.** Este subtipo se aplica cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos específicos (p. ej., ideas autorreferenciales sin un componente importante de persecución o grandeza).⁵²

⁵² DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 303-305.

2.1.5.4.3. *Esquizofrenia:*

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses.

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción

(alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario. Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña es la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz. Un ejemplo de una idea delirante no extraña es la falsa creencia de ser

vigilado por la policía. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo (p. ej., las incluidas entre la lista de «síntomas de primer rango» de Schneider); éstas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior («robo del pensamiento»), que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente («inserción del pensamiento») o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior («ideas delirantes de control»). Si las ideas delirantes son juzgadas como extrañas, sólo se necesita este único síntoma para satisfacer el Criterio A para la esquizofrenia.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p. ej., dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia y fueron incluidos en la lista de síntomas de primer rango de Schneider. Si estos tipos de alucinaciones están presentes, son suficientes para satisfacer el Criterio A. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro del abanico de las experiencias normales. Las experiencias aisladas de oírse llamado por el nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (p. ej., zumbidos en la cabeza) tampoco son consideradas como alucinaciones típicas de la esquizofrenia. Las

alucinaciones también pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos culturales.

El pensamiento desorganizado («trastorno formal del pensamiento», «pérdida de las asociaciones») ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del pensamiento» y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia utilizada en este manual se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («descarrilamiento» o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («tangencialidad»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras»). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave.

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene.

El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes

en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar). Hay que tener cuidado de no aplicar este criterio con demasiada amplitud. El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes. Igualmente, unos pocos episodios de inquietud, ira o comportamiento agitado no deben considerarse una prueba de esquizofrenia, especialmente si existe una motivación comprensible.

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica). Aunque la catatonía ha sido asociada históricamente con la esquizofrenia, el clínico debe tener presente que los síntomas catatónicos no son específicos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales, en enfermedades médicas y en los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. Tres síntomas negativos aplanamiento afectivo, alogia y abulia— están incluidos en la definición de esquizofrenia; otros síntomas negativos (p. ej., la anhedonía) están incluidos en el siguiente apartado referido a los «Síntomas y trastornos asociados». El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal.

Si bien, en ocasiones, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido. Para determinar si el aplanamiento afectivo es suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar

al sujeto interactuando con sus prójimos. La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. Esto hay que diferenciarlo de la falta de ganas de hablar, un juicio clínico que puede requerir la observación a lo largo del tiempo y de situaciones diferentes. La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos a varios otros factores (p. ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, hipoestimulación ambiental o desmoralización).

El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo (p. ej., una idea delirante paranoide o una alucinación importante). Por ejemplo, el comportamiento de un sujeto que tiene la creencia delirante de que va a estar en peligro si sale de su habitación o si habla con alguien puede simular la alogia y la abulia. Los medicamentos neurolépticos producen frecuentemente síntomas extrapiramidales que se parecen mucho al aplanamiento afectivo o la abulia. La distinción entre los síntomas negativos verdaderos y los efectos secundarios de la medicación dependen del juicio clínico que toma en consideración la gravedad de los síntomas negativos, la naturaleza y el tipo de

medicamentos neurolépticos, los efectos del ajuste de la dosificación y los efectos de la terapéutica anticolinérgica.

La difícil distinción entre los síntomas negativos y los síntomas depresivos puede resolverse a través de los demás síntomas acompañantes y por el hecho de que los sujetos con síntomas de depresión experimentan un estado de ánimo intensamente penoso, mientras que los sujetos con esquizofrenia tienen una afectividad pobre o vacío afectivo. Finalmente, la hipoestimulación ambiental crónica o la desmoralización pueden ocasionar una apatía y abulia aprendidas. Quizá la mejor prueba para establecer la presencia de los síntomas negativos es su persistencia durante un período de tiempo considerable, a pesar de los esfuerzos dirigidos a resolver cada una de las causas potenciales descritas anteriormente. Se ha sugerido que los síntomas negativos persistentes deben denominarse síntomas «deficitarios».⁵³

2.1.5.5. Delirium:

El delirium se define por el inicio agudo de un deterioro cognitivo fluctuante y una alteración de la conciencia. El delirium es un síndrome, no una enfermedad, y tiene muchas causas, que culminan en un patrón similar de signos y síntomas referentes al nivel de conciencia y deterioro cognitivo del paciente.

En el DSM-IV-TR, el delirium se “caracteriza por un trastorno de la conciencia y un cambio de la cognición que aparece en un breve periodo de tiempo”. El síntoma distintivo del delirium es un deterioro de la conciencia que habitualmente aparece asociado a un deterioro global de las funciones cognitivas. Son síntomas psiquiátricos frecuentes las alteraciones del estado de ánimo, la percepción y la conducta; el temblor, la asterexis, el nistagmo, la descoordinación y la incontinencia urinaria son síntomas neurológicos frecuentes. Clásicamente el delirium tiene un inicio súbito (horas o días), su evolución es breve y

⁵³ DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 280-282..

fluctuante, y mejora rápidamente si se identifica y elimina el factor causal, aunque todas estas características pueden variar según el paciente. Los médicos deben identificar el delirium para tratar la causa subyacente y evitar la aparición de complicaciones relacionadas.⁵⁴

El delirium raramente es causado por un único factor etiológico, sino que suele ser resultado de la concurrencia de una reserva cerebral disminuida que actúa como factor de predisposición y factores que desencadenan y mantienen el estado de disfunción cerebral. Los factores desencadenantes más frecuentes se relacionan con un desequilibrio metabólico, abstinencia a sustancias de abuso, fallo funcional de órganos vitales (insuficiencia hepática, renal, respiratoria o cardiocirculatoria), reacciones adversas a fármacos o bien una combinación de varios de estos factores.⁵⁵

En la última clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría se diferencian cuatro subtipos de *delirium* según su etiología: a) debido a una enfermedad médica; b) inducido por sustancias; c) debido a múltiples etiologías, y d) no especificado, si no se encuentra etiología de base. En cualquier caso, el estudio de los posibles factores causales del *delirium* determinará la naturaleza de la intervención terapéutica, que ha de tener en cuenta los diversos hallazgos clínico-biológicos.⁵⁶

El diagnóstico del *delirium* sigue siendo básicamente clínico, aunque el estudio electroencefalográfico permitirá observar un patrón de ondas lentas, expresivo del daño metabólico cerebral, que es notablemente sensible pero poco específico. En las formas moderadas de *delirium* puede haber disminución en la frecuencia de ritmos dominantes posteriores, sin ondas alfa, y en las formas más graves puede observarse una disminución de frecuencia de ondas *theta* y *delta*. El EEG tiende a normalizarse a medida que

⁵⁴ Kaplan, HI, Sadock BJ. Suicidio. En, Sadock BJ, Sadock VA editores. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª ed. LIPPINCOT W&W; 2009. p 322-323.

⁵⁵ Meagher JM. *Delirium: optimizing management*. BMJ 2001; 322: 144-50

⁵⁶ DSM IV TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed Barcelona Madrid Masson cop. 2002.

disminuye la sintomatología del *delirium*, y en el caso de que su aparición esté relacionada con el consumo de alcohol se observa actividad rápida de bajo voltaje y enlentecimiento durante la intoxicación etílica.⁵⁷

Desde hace unos años se han prologado los instrumentos de evaluación clínica basados en criterios diagnósticos que intentan aumentar la sensibilidad y la especificidad en la detección del síndrome. Buena parte de los instrumentos utilizados para detectar el *delirium* de hecho se han diseñado para detectar demencia. El más utilizado en nuestro medio es el Mini Examen Cognoscitivo (versión española del *Minimal State Examination*), que ofrece información de interés para detectar deterioro cognoscitivo, pero que no permite diferenciar entre *delirium* y demencia.⁵⁸

2.1.5.6. Abuso de sustancias y alcohol:

Los psiquiatras y otros médicos en las salas de urgencia se pasan considerable tiempo tratando con pacientes que se presentan con urgencias relacionadas con el uso y abuso de drogas psicoactivas y alcohol.

Aunque no es posible tratar el manejo de todas las variedades de estas crisis, las siguientes secciones presentan algunos comentarios generales sobre el manejo de intoxicación, supresión y sobredosis de opiáceos, estimulantes, depresores del sistema nervioso central (SNC), alucinógenos, fenciclidina (PCP) y alcohol.

Cualquier paciente que se presenta en un centro para urgencias con estado mental alterado, incluso confusión, depresión, estupor, psicosis o excitación, deben observarse por posible abuso de drogas. También

⁵⁷ Trzepacz PT. The neuropathogenesis of *delirium*. *Psychosomatics* 1994; 35: 374-91.

⁵⁸ Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidation and standardization of the mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Med Clin*(Barcelona) 1999; 112: 767-74.

debe considerarse la toxicidad (posiblemente relacionada con la sobredosis) de drogas “legítimas”. Debido a que los pacientes quizá no sepan o no estén seguros de lo que tomaron, debe buscarse la corroboración de la familia o amigos y muestras de orina y sangre. Debe obtenerse información sobre la sustancia o sustancias de las que se abusó, patrones de su uso, fecha de la última vez que se utilizó, grado de tratamiento anterior, naturaleza del sistema de apoyo del paciente y efectos del uso de drogas en la vida del paciente.

2.1.5.6.1. *Opiáceos*

Los opiáceos incluyen fármacos como codeína, morfina, hidromorfina, oxicodona y drogas como heroína. Los pacientes que sólo están intoxicados pueden parecer somnolientos, algunas veces eufóricos, tranquilos o torpes; la constricción pupilar es una advertencia. Las personas que usan opiáceos rara vez se presentan para un tratamiento por intoxicación.

Los síntomas de supresión, aunque incómodos, no son mortales. Los primeros síntomas de la supresión son ansiedad, insomnio, sudación, rinorrea, bostezos y lagrimación; posteriormente pueden ocurrir calambres abdominales y de músculos, escalofríos, diarrea y vómito. Alrededor de 24 horas después de la última dosis, aumenta el pulso, la presión sanguínea y la temperatura. El punto más crítico de los síntomas de supresión ocurre entre 48 a 72 horas después de la última dosis.

La deshidratación grave puede requerir remplazo de líquidos y electrolitos. Los pacientes que presentan signos observables de supresión (p. ej., signos vitales elevados, pupilas dilatadas, sudación) pueden necesitar hospitalizarse para una destoxicación con metadona, mitigación de inestabilidad autonómica con clonidina, o ambas. Algunos centros hospitalarios llevan a cabo destoxicación para pacientes externos con propoxifeno o acupuntura.

La sobredosis de opiáceos constituye una urgencia médica, ya que puede ocasionar a depresión respiratoria y coma. La inducción del

vómito (si el paciente está alerta) y la inversión de los efectos opiáceos mediante naloxona (si el paciente se encuentra somnoliento o comatoso) son estándares del tratamiento de sobredosis por opiáceos. Los pacientes comatosos requieren tratamiento de vías respiratorias, incluyendo quizá ventilación.

Debe destacarse que quienes utilizan drogas intravenosas presentan riesgo de enfermedades como endocarditis, hepatitis e infección por virus de la inmunodeficiencia humana y se les debe ofrecer una protección adecuada.

2.1.5.6.2. *Depresores del sistema nervioso central (SNC)*

Son varios los fármacos en esta categoría, incluyendo barbitúricos y benzodiazepinas, al igual que agentes como metacualona, meprobamato, glutetimida y etclorvinol. Aunque de manera técnica el alcohol se encuentra en esta categoría, se tratará en una sección subsecuente.

Al igual que en el caso de los opiáceos, los pacientes intoxicados con estos agentes rara vez buscan tratamiento. Parecen borrachos, posiblemente mareados, y desinhibidos y violentos en las primeras fases de la intoxicación, y poco coordinados y lentos después.

En las primeras fases, los síntomas de supresión se caracterizan por ansiedad, intranquilidad y síntomas gastrointestinales. Después, los signos incluyen debilidad, calambres, taquicardia, inestabilidad autonómica, temblores fuertes e hiperreflexia. El tiempo de inicio de los síntomas de supresión depende de la vida media de la sustancia de la que se abusó, al igual que los síntomas más agudos, cuando el paciente presenta un alto riesgo de convulsiones y delirio.

El tratamiento de la supresión consiste de apoyo médico y destoxificación con un fármaco de acción prolongada que el paciente tolera (en particular una benzodiazepina o barbitúrico de acción prolongada). En pacientes confiables, la supresión media puede tratarse sobre bases de paciente externo, usando alguna benzodiazepina.

El tratamiento de la sobredosis es principalmente de apoyo (p. ej., protección de vías respiratorias). Puede utilizarse el flumazenil para invertir los efectos de las benzodiazepinas, pero debe usarse con precaución, ya que los pacientes que son dependientes de manera física de las benzodiazepinas pueden presentar convulsiones después de su uso.

2.1.5.6.3. *Estimulantes del SNC*

A diferencia del caso para los opiáceos y los depresores del SNC, tanto la intoxicación como los síntomas de supresión pueden necesitar tratamiento de urgencia. La cocaína y las anfetaminas presentan efectos similares.

La intoxicación leve incluye euforia y sensación de habilidad aumentada y autoconfianza. Se presentan pupilas dilatadas y estimulación adrenérgica. Cuando es grave puede causar conducta psicótica, como movimientos repetitivos, paranoia, ideas de referencia y alucinaciones; puede observarse hormigueo, irritabilidad, labilidad emocional y violencia. La hiperactividad autonómica ocasiona pulso y presión sanguínea en extremo elevados que pueden amenazar la vida. También pueden ocurrir convulsiones, con el riesgo de muerte.

El tratamiento se dirige hacia el manejo de los efectos de estimulación adrenérgica (p. ej., hielo para fiebre, propranolol para taquicardia), convulsiones y síntomas psicóticos (estimulación disminuida, uso de neurolépticos, o ambos).

Los pacientes que se recuperan de estimulantes del SNC, pueden desarrollar fatiga extrema, hiperfagia e hipersomnía. Son comunes la

depresión grave e ideación suicida, y de ser necesario estos pacientes deben evaluarse y protegerse.

2.1.5.6.4. Alucinógenos

Es común que los pacientes que toman alucinógenos como el dietilamida del ácido lisérgico (LSD) busquen tratamiento por “malos viajes”, estados de confusión, psicosis o escenas retrospectivas.

Los individuos que tienen un “mal viaje” se vuelven temerosos por la desorganización y sensación de pérdida de control que provoca la droga, temiendo volverse locos. A estos pacientes no hay que dejarlos solos, se les debe permitir descansar en un ambiente tranquilo y hay que asegurarles que las experiencias extrañas que están teniendo son resultado temporal de la droga. En casos graves, una benzodiazepina puede ayudar a que el paciente se relaje: deben evitarse los antipsicóticos.

Los usuarios ocasionales desarrollan un estado confusional agudo o delirio, algunas veces incluso paranoia u otras delusiones, que pueden poner en riesgo al paciente u otras personas. Requieren una vigilancia cercana y algunas veces aparatos de restricción hasta que se elimine la droga. Deben evitarse fármacos con propiedades anticolinérgicas (p. ej., toracina), “a que sus efectos pueden añadirse al delirio.

Algunos pacientes, por lo general aquéllos con trastornos psiquiátricos subyacentes, continúan mostrando síntomas psicóticos después de que se ha eliminado la droga del cuerpo. Quizá requieran hospitalización y tratamiento con psicotrópicos. Otros presentan “pensamientos regresivos” o periodos breves de distorsión perceptual o despersonalización que reflejan la experiencia de la droga. El tratamiento consiste en asegurarle al paciente que si deja de utilizar la droga no ocurrirán pensamientos regresivos.

2.1.6.8.4. *Fenciclidina (PCP)*

La PCP es un caso especial, ya que la droga puede simular depresores, estimulantes, alucinógenos o analgésicos, dependiendo de la dosis. Los pacientes pueden ser llevados a la sala de urgencias por comportarse de manera extraña, como posar o mirar fijamente el espacio. El nistagmo, hipertensión y babeo en un paciente que se presenta de manera extraña, deben sugerir PCP. Los pacientes que han ingerido altas dosis pueden volverse psicóticos, inestables y violentos. Al igual que los pacientes intoxicados con LSD, los individuos con PCP con frecuencia no pueden “callarse” y, por lo general, requieren aislamiento; el uso de psicotrópicos es controversial. Con PCP, pueden ocurrir asimismo inestabilidad autonómica y convulsiones, así que los pacientes requieren observación frecuente con medidas de signos vitales, para asegurarse de que puede ocurrir un manejo médico inmediato. Algunos médicos también recomiendan acidificación de la orina.

Algunos individuos desarrollan una psicosis prolongada después de ingerir PCP y requieren hospitalización, ya que el fenómeno puede durar de semanas a meses.

2.1.6.8.5. *Alcohol*

Debido a que 4% de los estadounidenses sufren por el abuso de alcohol y 25% de todos los pacientes hospitalizados presentan problemas relacionados con el mismo, los médicos en las salas de urgencia están familiarizados con una variedad de crisis relacionadas con el alcohol.

Los pacientes que abusan del alcohol se presentan en las salas de urgencia por muchas razones en varias etapas de la intoxicación. Es probable que los pacientes requieran tratamiento por enfermedades relacionadas con el alcohol (p. ej., pancreatitis), por síntomas de supresión, por alteraciones del estado de ánimo o conductuales

relacionadas con el alcohol (p. ej., violencia, depresión suicida), o debido a que requieren ayuda para dejarlo.

Las manifestaciones conductuales por intoxicación con alcohol varían dependiendo de la concentración en sangre. Sin embargo, conforme se desarrolla tolerancia se requiere más alcohol para producir signos de intoxicación. Las personas intolerantes mostrarán signos de intoxicación (p. ej., ataxia, aturdimiento) a un valor de 100 mg/dl, pero los cambios conductuales y del estado de ánimo pueden ocurrir en menores cifras. Los valores de 400 mg/dL o mayores, dependiendo del grado de tolerancia, pueden ocasionar coma.

Los pacientes intoxicados deben observarse por ideación suicida y homicida, y los individuos agresivos deben manejarse como ya se describió. Todos los pacientes intoxicados deben permanecer en las salas de urgencia hasta que ya no están legalmente ebrios. Los pacientes deben observarse en busca de signos y síntomas de supresión.

Los síntomas de supresión incluyen temblor, ansiedad, dificultad para dormir, intranquilidad alteraciones del sueño e incremento en el pulso a presión sanguínea. Por lo general, los síntomas comienzan dentro de las primeras 24 horas de abstinencia. Se debe notar que la supresión se precipita mediante la disminución en el consumo de alcohol y puede demorarse mediante el uso concomitante de benzodiazepinas, barbitúricos y anestesia general (todas tolerantes con el alcohol). El síndrome, si no se trata, puede progresar hasta delirium tremens, una enfermedad mortal que se caracteriza por inestabilidad autonómica con hiperpirexia, delirio y convulsiones.

A todos los pacientes alcohólicos que se presentan en las salas de urgencias se les debe administrar tiamina, 100 mg, antes de que se les suministre glucosa para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Los individuos con signos de supresión por lo general requieren admisión para la desintoxicación con benzodiazepinas o barbitúricos.

Los pacientes confiables con síntomas leves y buenos sistemas de apoyo pueden desintoxicarse sobre bases externas.

Al igual que con cualquier depresor del SNC, con una sobredosis (intencional o accidental) puede ocurrir depresión respiratoria y coma, en particular si se han ingerido otros sedantes hipnóticos. El manejo es de apoyo.

Se debe observar que cualquier persona con depósito de glucógeno reducido (pacientes con enfermedad del hígado o en un estado acelerado) puede desarrollar delirio por hipoglucemia con la ingestión de incluso pequeñas cantidades de alcohol. Esto se debe a que el alcohol suprime la gluconeogénesis. Se debe revisar la concentración de azúcar en la sangre e cualquier persona que se presente con estado mental alterado.⁵⁹

2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Después de realizada la revisión de antecedentes se han encontrado algunos estudios sobre la frecuencia y factores que intervienen en los trastornos mentales y del comportamiento, entre estos se hallan los siguientes:

Carlos Cruz M., Jorge Leiva L., Rafael Borgoño, Tomás Larach, Loreto Errázuriz, Ignacio Chianale, Astrid Bown y Alejandro Trapp U. en el 2009 en Chile realizaron estudios sobre “Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz”. La investigación tuvo como objetivo Determinar la prevalencia de las distintas patologías, describir su distribución según sexo, edad, sector de residencia, estado civil, ocupación, previsión y derivación en las consultas de urgencia psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Horwitz” de Santiago y comparar estos resultados con publicaciones previas de estudios en el mismo centro. La población estuvo conformada por una muestra representativa de 1999 casos, escogidos aleatoriamente de las consultas realizadas entre el 1° de julio del 2005 y el 30 de junio de

⁵⁹ Goldmam HH. Urgencias Psiquiátricas. Psiquiatría General 5° Ed. Editorial. El Manual Moderno, S.A. de C.V., Mexico D.F, 2001. Pag. 673-674-675-677

2006. Los antecedentes se obtuvieron a partir de los formularios de atención que quedan registrados en los archivos de dicho centro, en forma de planilla electrónica. Los resultados del estudio fueron estos:

48,7% de las consultas fueron realizadas por pacientes de sexo masculino. La media de edad fue 39 años. 76,7% de las consultas fueron realizadas en horario diurno. El 48,3% de los pacientes no tiene ocupación. 48% eran solteros. Abuso de sustancias y alcohol, trastornos esquizoides, afectivos y neuróticos congregan el 73,9% de las consultas. La más prevalente fue la de trastornos asociados al abuso de sustancias y alcohol con un 19,7% del total. Conductas autoagresivas (74%) y trastornos afectivos (74%) se asoció más a mujeres, en cambio el abuso de sustancias y alcohol más con hombres (76%).

Carlos Gómez-Restrepo, Laura Ospina, Sergio Castro-Díaz, Fabián Gil, Carlos Alberto Arango Villega, en el 2011 realizaron un estudio sobre “La prevalencia del trastorno depresivo en pacientes que consultan un servicio de urgencias en Bogotá”, el cual tuvo como objetivo: Calcular la prevalencia de síntomas depresivos en la última semana y determinar las características demográficas de personas entre los 18 y 65 años de edad que acuden por patologías no psiquiátricas al servicio de urgencias de un hospital universitario en Bogotá. Este fue un estudio de corte transversal de pacientes adultos que asisten al servicio de urgencias de un hospital universitario. La información recopilada incluye datos demográficos, motivo de consulta, diagnóstico y aplicación de la escala del centro de estudios epidemiológicos para depresión (CES-D). Los resultados fueron:

Se obtuvo una muestra de 470 pacientes que acudieron al servicio de urgencias con una prevalencia de síntomas depresivos en la última semana, del 27,7%. La presencia de sintomatología depresiva se vio asociada con sexo femenino, bajo nivel educativo, acudir en horario de la tarde al servicio de urgencias y diagnóstico de alguna enfermedad del sistema nervioso central.

Zoila Pacheco A. Realizo un estudio entre 1996 – 2000 sobre “Algunos factores de riesgo del intento de suicidio en adolescentes Hospital Guillermo Almenara I. 1996-2000”, el cual tuvo como objetivo: Determinar algunos factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes. Este fue un estudio de corte descriptivo, prospectivo y de corte transversal que se realizo en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara I - EsSalud, durante 4 años (Abril 1996-Mayo 2000). Se estudió a 92 adolescentes hospitalizados que intentaron el suicidio Los aspectos a estudiar se registraron en una ficha de datos previamente estructurada en la que se consideraron edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, intentos suicidas anteriores, valoración de su conducta a cada paciente para determinar si existe crítica de la misma o si mantuvo las ideas suicidas, los precipitantes, tipo de enfermedad psiquiatrica actual, valoración del método utilizado, antecedentes familiares. El análisis de datos se realizó utilizando estadística descriptiva para determinar promedios, porcentajes. Los resultados fueron:

El intento de suicidio es más frecuente en el sexo femenino, en una relación de 6.5 á 1 respecto al sexo masculino. El 85% de intentadores están entre los 15 a17 años de edad. El 24% han tenido intento de suicidio previo, ideación suicida específica y planificada, y acción suicida elaborada. El método utilizado de forma preferente, como vía de intento de suicidio fue la intoxicación medicamentosa (57%), siendo las benzodicepinas las más utilizadas (48%); luego los envenenamientos con insecticidas y raticidas (39%). Cerca del 10% de los pacientes tenían persistencia de la ideación suicida y no hacían enjuiciamiento del intento de suicidio realizado. Entre los factores desencadenantes se encuentran problemas familiares (71%), escolares (10%) y sentimentales (10%). Los diagnósticos más frecuentes, según la ICD-10, fueron episodios depresivos (59%), trastornos de adaptación (35%).

Elmer Huillcaya Condori realizó un estudio del 2005 al 2011 sobre “Caracterización del intento de suicidio en pacientes hospitalizados –

Instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II. Cusco 2005-2009”.

El cual tuvo como objetivo:

Determinar las características del intento de suicidio en los pacientes hospitalizados en el Instituto Asistencial de Salud Mental Juan Pablo II. Cusco Perú 2005-2009. Este fue un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas, procesados en cuadros de distribución absoluta y porcentual. Los resultados fueron:

Se registraron 73 casos de intento de suicidio, siendo el 78.08% mujeres y el 21.92% varones, presentando una relación mujer/varón de 3.6 a 1, el grupo etáreo más afectado fue la gente joven entre los 14 a 24 años con un 56.16%, predominando solteros en ambos sexos con un 69.86%, con grado de instrucción secundaria completa el 41.10%, de ocupación estudiante en un 42.47%, con predominio de sexo femenino, Luego el grupo de desocupados con un 26.03%, procedentes de la provincia de Cusco el 63.01%. La mayoría de los intentos de suicidio se efectuaron en horas de la tarde con un 42.47%, los días viernes y lunes con un 21% y 16% respectivamente y los meses de febrero con 19.18% y agosto con 16.44%, en el domicilio con un 88%. Entre los factores de riesgo presentes se encontró que la mayoría (60.27%) de los casos presentaron algún intento suicida previo, el 56.16% provenían de hogares de padres separados, el 84.93% de los casos manifestó intención de morir en el momento del acto suicida y el diagnóstico psiquiátrico asociado más frecuente fue el trastorno depresivo con un 35.62%, seguido de la esquizofrenia con 16.44%, mientras que el 2.74% manifestó algún tipo de abuso sexual y el 1.37% de tipo físico. El 19.18% presentó antecedentes familiares con intento de suicidio o suicidio previo. El método utilizado en su mayoría fue la ingesta de sustancias tóxicas (insecticidas) 43.84%, seguido de ingesta medicamentosa con un 24.66%. La mayoría se encontraba despierto y coherente en su pensamiento con un 69.89%, y bajo efecto del alcohol el 20.55%. El motivo más frecuente estuvo en relación con los conflictos sentimentales de pareja

correspondiendo al 31.51%, luego los problemas familiares con un 28.77%.

Lucy Barrón-Del Solar, Karina Romero-Sandoval, Neiver Saldaña-Vásquez, Carlos Salazar-Ordóñez, Johann M. Vega-Dienstmaier. Realizaron un estudio en el 2011 sobre “El perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011”. El cual tuvo como objetivo:

Describir el perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, Perú). Este fue un estudio de corte descriptivo de serie de casos retrospectivo. Se recolectó información de fichas de pacientes nuevos que acudieron a consulta externa de psiquiatría de octubre a diciembre de 2011. Los resultados fueron:

El estudio incluyó 168 fichas de pacientes. La edad promedio fue 35,2 años (DE 15,8); 53% eran mujeres y 47%, varones. La mayoría eran solteros (64,9%), estudiantes (25,9%), católicos (70,5%), que acudieron acompañados de sus padres (37,6%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: depresión mayor (31%) y esquizofrenia (25%). Los fármacos más prescritos fueron: sertralina (42,9%) y clonazepam (42,3%).

Carlos Gómez-Restrepo, Sergio Castro-Díaz, Carolina Eraso Díaz del Castillo, Fabián Gil, Carlos Alberto Arango Villegas, Jenny Fagua, Juan Carlos Araneda. Realizaron un estudio en el 2011 sobre “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes no psiquiátricos que consultan un servicio de urgencias en Bogotá”, el cual tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de consumo de seis sustancias psicoactivas en personas entre 18 y 65 años, que acudieron al servicio de urgencias de un hospital universitario en Bogotá e identificar sus características demográficas. Este fue un estudio de corte transversal, con muestreo estratificado por grupos de edad y sexo de pacientes adultos

que acudieron al servicio de urgencias por patologías no psiquiátricas, a quienes se les aplicó un instrumento que indagaba datos demográficos, médicos, farmacológicos y toxicológicos. Luego se realizó un análisis toxicológico con el Breath Scan Test, para la detección de alcohol a partir de la exhalación de aire, y el Screeners KO, para la detección en orina de cannabinoides, cocaína, benzodiacepinas, anfetaminas y opiáceos, en las últimas seis horas. Los resultados de este estudio fueron:

Se realizó el análisis en 473 personas. La prevalencia de consumo de cualquier sustancia fue de 7,8%. La sustancia más detectada fue opiáceos, seguida por alcohol, cannabis, cocaína, benzodiacepinas y anfetaminas. El reporte verbal de consumo en las últimas seis horas sólo fue veraz para alcohol.

Pacheco Tabuenca, Robles Sánchez J. Realizaron un estudio en el 2011 sobre “Emergencias extrahospitalarias: El paciente suicida”, el cual tuvo como objetivo: Analizar el perfil de las personas que cometen un acto suicida en la ciudad de Madrid y que son atendidos en el área de la emergencia extrahospitalaria. Este fue un estudio de corte observacional, descriptivo, retrospectivo, encuadrado en SAMUR-Protección Civil durante el año 2008, analizando todos los casos atendidos de ideación, tentativa y suicidio consumado donde han intervenido un Soporte Vital Avanzado y la Unidad de Asistencia Psicológica. Se ha analizado una muestra de 96 pacientes suicidas, donde el 48,4% fueron tentativas de suicidio, seguidos de un 44,2% de suicidios consumados y un 7,4% de ideación autolítica, atendidos principalmente en los meses de marzo y mayo, turno de mañana - tarde, y en el distrito de Puente de Vallecas, intervenciones demandadas desde Madrid 112 en su mayor porcentaje. Los resultados de este estudio fueron:

Se establece un perfil de paciente suicida como varón, de 25-35 años, español, soltero, con patología psiquiátrica en tratamiento, sin tentativas previas, que había verbalizado sus intenciones autolíticas, teniendo como factor desencadenante la propia enfermedad física o psíquica, que elige como método autolítico la defenestración sin

presencia de otras personas, al cual se le traslada al Hospital y presenta como diagnóstico principal TCE, trauma o politraumatismo.

3. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- ☞ Determinar la frecuencia y los factores epidemiológicos asociados a las distintas patologías en las consultas por urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la frecuencia de urgencias psiquiátricas en relación al diagnóstico de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014
- Determinar la distribución de los trastornos psiquiátricos de urgencia en relación a la fecha de ingreso de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014.
- Determinar la distribución de los trastornos psiquiátricos de urgencia en relación a la edad, sexo y estado civil de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014
- Determinar la distribución de los trastornos psiquiátricos de urgencia en relación a las condiciones socio demográficas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL:

1. Técnica, instrumentos y materiales de verificación:

La técnica que se utilizará será la Revisión Documentaria de Historias clínicas y el instrumento de ficha de recolección de datos que contiene los datos sociodemográficos y clínicos básicos para la investigación.

La ficha cuenta con 10 ítems, cada uno de los cuales se encuentra debidamente categorizado y analizado. El instrumento utilizado es de carácter anónimo, contiene en la primera parte ítems para recoger datos sobre características sociodemográficas de la población como son: fecha de ingreso, sexo, edad, estado civil, residencia, grado de dependencia, condición socioeconómica, grado de instrucción, ocupación. En la segunda parte el instrumento contiene datos sobre aspectos clínicos referidos al diagnóstico psiquiátrico luego de la interconsulta.

2. Campo de verificación:

a. Ubicación espacial:

La investigación se realizará en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio delgado Espinoza, Arequipa – Perú.

b. Ubicación Temporal:

La presente investigación se ejecutará con los datos que se encuentran en las Historias Clínicas de los pacientes que acuden por emergencia y luego son diagnosticados con patologías de urgencia psiquiátrica en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el año 2014.

c. Unidades de estudio:

El universo o población diana lo constituyen todos los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2014.

Las unidades de estudio las constituyen las Historias Clínicas de todos los pacientes admitidos en el servicio de emergencia y diagnosticados con patologías de urgencia psiquiátrica durante el año 2014.

La población de estudio está constituida por todos los pacientes atendidos en el Servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado 2014 con diagnóstico de patologías de urgencia psiquiátrica.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado, admitidos durante el transcurso del año 2014, a partir de los 15 años, ingresados con diagnóstico de patologías de urgencia psiquiátrica.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que no cuenten con el diagnóstico de urgencias psiquiátricas.

3. Procedimiento de Recolección de Datos:

Para la ejecución del estudio se realizarán los trámites administrativos correspondientes para obtener la autorización para el acceso al archivo de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado. Luego se procederá a la coordinación con el personal encargado del Archivo de Historias Clínicas, para la revisión de las historias necesitadas.

Seguidamente, se procederá a utilizar la Ficha de Recolección de Datos, la cual contiene los datos necesarios para el registro de datos, categorizados previamente.

4. Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos:

Luego de recolectados los datos, estos serán procesados y tabulados previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz mediante el programa Microsoft Excel. Luego se procederá al análisis estadístico, utilizando en este caso el programa IBM SPSS STATISTICS 2.0, donde se usarán tablas de frecuencia y de contingencia para el procesamiento de datos. Luego se utilizará la prueba del Chi-cuadrado para la comparación de variables. Se considerará estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Para la graficación estadística, se realizará el programa Microsoft Excel, procediéndose a realizar en primer lugar las tablas estadísticas, a partir de las cuales se dibujarán gráficos en barras, que son los que se usarán en este estudio.

5. Recursos:

Para la realización del presente trabajo de investigación se utilizarán sólo los recursos necesarios, constituyendo el más importante EL RECURSO HUMANO, conformado por el presente investigador, el personal de la oficina de estadística quienes proporcionaron los archivos de datos necesarios para la selección de pacientes en el estudio. Además también participaron los encargados del archivo de Historias Clínicas, quienes previa coordinación administrativa, proporcionaron las historias clínicas necesarias para el estudio. Finalmente, ayudó a la investigación un estadista que proporcionó el conocimiento técnico para el procesamiento y análisis de datos.

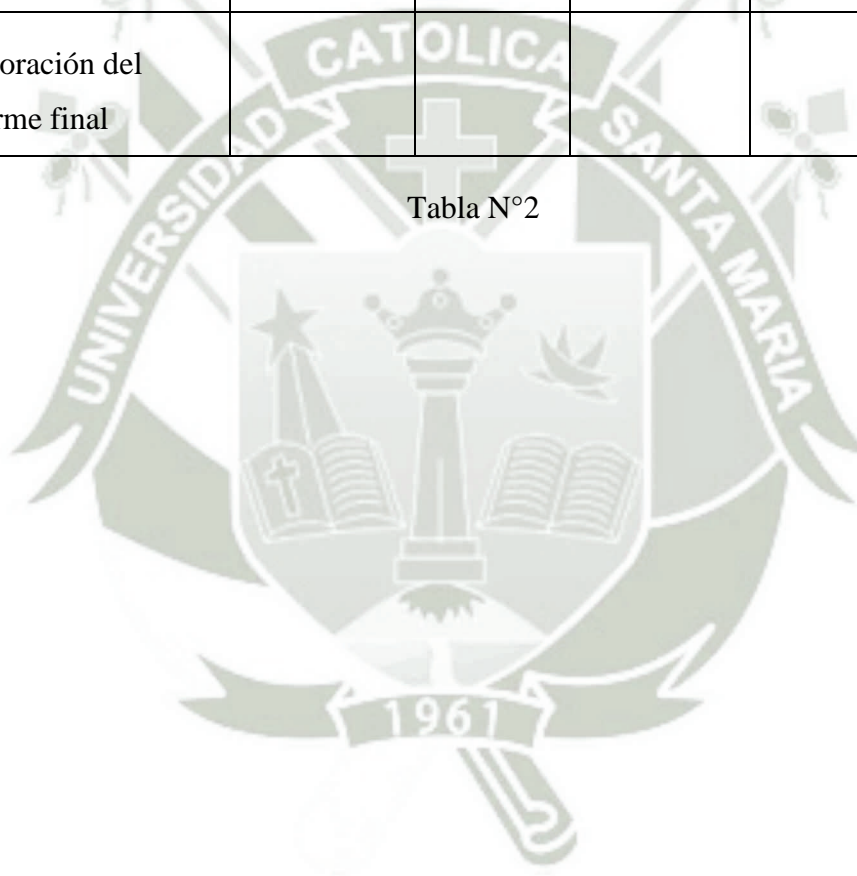
En cuanto a RECURSOS MATERIALES, se usarán computadoras, impresoras, hojas bond A4, bolígrafos, cámara fotográfica, máquina fotocopidora.

6. Cronograma de trabajo:

Tiempo	Septiembre 2014	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015

Actividades						
Elaboración del proyecto	X	X				
Aprobación del plan de tesis			X			
Recolección de datos				X	X	
Procesamiento y análisis					X	X
Elaboración del informe final						X

Tabla N°2



7. Ficha de recolección de datos

Fecha de ingreso al Servicio de Emergencia:

PACIENTE

Sexo: 1.Masculino

2. Femenino

- Edad:
- | | |
|-------------------|----------|
| 1. 15-18 | 2. 19-24 |
| 3. 25-45 | 4. 46-60 |
| 6. Más de 60 años | |

Estado civil:

- | | |
|------------|------------------------|
| 1. Soltero | 2. Conviviente |
| 3. Casado | 4. Separado/Divorciado |
| 5. Viudo | |

Residencia:

1. Distrito

Grado de dependencia económica:

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. Dependiente | 2. Independiente |
|----------------|------------------|

Condición socioeconómica:

- | | | |
|----------|------------|---------|
| 1. Buena | 2. Regular | 3. Mala |
|----------|------------|---------|

Grado de instrucción

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. Analfabeto | 2. Primaria |
| 3. Secundaria | 4. Superior no universitario |
| 5. Superior universitario | |

Ocupación

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. Sin ocupación | 2. Labores de hogar |
| 3. Estudiante | 4. Trabajador |
| 5. Jubilado | |

Diagnostico Psiquiátrico luego de la interconsulta

1. Intento de suicidio
2. Trastornos del estado de animo
3. Ansiedad y pánico
4. Psicosis Agudas
5. Delirium
6. Abuso de sustancias

Anexo 2

Matriz de sistematización de información



ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
626133	03/06/14	2	3	1	1	2	3	3	4	1
680128	07/04/14	2	3	4	8	1	2	3	2	1
1348286	01/09/14	2	1	1	1	1	2	3	1	1
952639	03/12/14	2	3	1	11	1	2	3	1	1
428138	28/05/14	2	3	1	8	1	2	4	1	1
1355371	26/11/14	2	4	3	3	1	2	2	4	1
1200561	31/07/14	2	3	2	11	1	3	2	2	1
941197	05/03/14	2	2	1	8	1	2	3	1	1
1331592	01/02/14	2	3	1	11	2	1	5	4	1
1170898	05/07/14	2	3	4	1	1	2	4	4	1
1353248	17/11/14	2	1	1	2	1	2	3	2	1
1349547	20/09/14	2	3	1	10	2	2	4	4	1
1225536	15/07/14	2	2	1	11	2	2	3	4	1
1085012	06/09/14	2	3	4	1	1	2	5	1	1
1302015	01/12/14	2	2	1	3	1	2	4	1	1
1342312	27/09/14	2	2	1	4	2	2	3	4	1
1332014	14/02/14	2	3	1	11	2	1	5	4	1
270600	28/11/14	2	5	4	6	1	2	2	1	1
1353103	20/10/14	2	2	1	6	1	2	5	3	1
787704	07/04/14	2	2	1	6	1	2	3	1	1
1343304	06/06/14	2	2	1	3	1	2	5	3	1
887303	10/09/14	2	1	1	9	1	1	5	3	1
1252425	03(10/14	2	2	1	4	1	2	5	3	1
866219	20/12/14	2	2	1	2	1	1	5	3	1
1343956	16/06/14	2	2	1	8	1	1	5	3	1

ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
1333369	15/03/14	2	2	1	2	1	2	3	3	1
110171	27/11/14	2	5	4	11	1	2	3	1	1
1033417	23/07/14	2	3	1	2	1	2	5	4	1
1114705	29/11/14	2	1	1	11	1	3	3	3	1
925454	19/11/14	2	1	1	1	1	2	3	4	1
1212739	02/06/14	2	2	1	6	1	2	5	3	1
1356520	29/12/14	2	2	2	11	1	2	3	2	1
1279388	04/08/14	2	2	1	12	1	2	3	3	1
524489	27/12/14	2	4	3	2	1	2	2	4	1
634087	05/11/14	2	3	3	4	1	2	5	4	1
1251037	20/08/14	2	2	3	2	2	2	4	4	1
1330537	19/01/14	1	2	1	7	1	2	5	3	1
1343147	29/05/14	1	3	1	12	2	3	3	4	1
833584	09/06/14	1	4	3	8	1	2	3	4	1
1338217	07/04/14	1	3	3	2	2	2	4	4	1
1238554	27/12/14	1	1	1	4	1	2	3	3	1
1058051	14/06/14	1	3	2	10	2	2	3	4	1
644313	21/03/14	1	3	1	12	1	3	3	4	1
1340836	29/04/14	1	3	1	3	1	2	5	3	1
1339141	21/04/14	1	1	1	1	1	3	3	3	1
720879	05/06/14	1	3	1	10	2	2	5	4	1
999171	12/11/14	1	3	3	1	1	2	4	4	1
1343432	28/06/14	1	2	1	7	1	2	5	4	1
1345232	05/07/14	1	3	1	9	1	2	3	4	1
206344	08/07/14	2	5	5	11	1	1	1	1	2

ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
428138	13/02/14	2	3	4	8	1	2	4	1	2
812091	07/07/14	2	3	2	1	1	2	4	2	2
664619	03/09/14	2	5	4	4	2	2	2	4	2
137803	11/02/14	2	3	3	6	1	2	4	4	2
686412	06/01/14	2	4	4	9	1	2	5	4	2
810999	11/01/14	2	4	4	12	2	3	5	4	2
860997	27/05/14	1	4	4	3	1	2	5	1	2
1344695	18/06/14	1	2	1	4	2	2	4	4	2
619644	07/09/14	1	3	1	5	1	3	3	4	2
1118111	17/04/14	1	2	1	7	1	2	5	3	2
1223461	12/09/14	1	4	4	10	2	1	5	4	2
811089	01/07/14	1	3	1	6	1	1	4	1	2
1282600	04/07/14	1	1	1	12	2	1	3	4	2
1356277	20/12/14	2	2	1	5	1	2	3	1	3
1342900	15/06/14	1	3	1	12	2	2	3	4	3
55887	24/12/14	1	4	1	12	1	3	3	1	3
907587	19/05/14	2	3	2	9	1	1	5	1	4
1332562	12/02/14	2	2	1	12	1	3	3	1	4
1353070	03/11/14	2	2	2	2	1	2	4	2	4
1342311	24/09/14	2	3	2	2	1	2	3	2	4
1352909	13/10/14	2	1	1	3	1	2	3	3	4
827807	05/08/14	2	3	4	1	1	2	5	4	4
1296655	12/11/14	2	3	1	11	2	2	3	4	4
413488	28/02/14	2	3	1	4	1	1	4	1	4
979678	17/05/14	2	3	1	7	2	3	3	4	4

ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
237890	08/10/14	2	4	1	11	1	2	4	1	4
1347212	29/08/14	2	1	1	9	1	1	4	1	4
1352932	17/11/14	2	1	1	10	1	2	4	3	4
1254998	15/04/14	2	3	1	5	2	2	3	4	4
437494	21/01/14	2	3	1	4	1	2	3	1	4
203561	19/09/14	2	5	3	6	1	2	3	1	4
1348671	05/09/14	2	2	1	11	2	2	3	4	4
743471	30/05/14	2	4	1	4	1	2	3	1	4
946172	28/03/14	2	3	1	1	2	2	4	1	4
824442	09/04/14	2	1	1	1	1	2	3	1	4
228949	24/09/14	2	4	1	1	1	2	3	1	4
180803	25/09/14	1	4	1	1	1	2	4	1	4
1309785	19/04/14	1	2	2	1	1	2	3	1	4
922767	02/12/14	1	4	4	12	1	3	2	4	4
943168	17/09/14	1	3	2	3	1	2	3	2	4
369237	10/05/14	1	3	2	8	1	2	3	4	4
103924	27/11/14	1	3	1	12	1	3	3	1	4
1346870	11/08/14	1	2	1	7	1	2	3	1	4
651516	29/05/14	1	3	1	4	1	2	5	1	4
1319107	10/04/14	1	4	1	12	1	3	5	4	4
1294105	15/12/14	1	3	1	12	1	2	4	1	4
1261237	09/10/14	1	3	1	12	1	2	4	1	4
871021	12/09/14	1	1	1	7	1	2	3	4	4
1341020	06/06/14	1	2	1	12	1	3	3	3	4
348919	13/06/14	1	4	4	12	2	3	2	4	4

ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
888403	21/08/14	1	3	1	12	1	2	2	1	4
1120200	07/01/14	1	2	1	2	2	2	3	4	4
1256886	05/07/14	1	2	1	5	1	2	3	1	4
1127377	17/10/14	1	3	1	1	1	2	3	1	4
673176	20/02/14	1	1	1	12	1	2	5	3	4
1336234	03/04/14	1	4	3	6	1	2	4	1	4
1346329	12/07/14	1	3	3	12	2	2	5	4	4
1346326	04/08/14	1	3	1	12	1	3	2	4	4
985994	15/05/14	1	3	1	8	1	2	3	1	4
1032790	02/03/14	1	3	1	6	1	3	3	4	4
1354790	05/12/14	1	3	1	3	1	2	2	1	4
1345941	10/07/14	1	2	2	12	1	2	3	1	4
1343847	02/06/14	1	3	1	3	1	2	4	1	4
250896	02/09/14	1	4	3	5	1	2	3	4	4
616257	29/08/14	1	2	1	2	1	2	5	4	4
1329971	04/02/14	1	4	4	2	1	2	4	1	4
1332282	12/10/14	1	1	1	2	1	2	3	1	4
1332282	27/01/14	1	4	1	2	1	2	3	1	4
1058882	01/10/14	1	3	1	8	1	2	3	1	4
740486	03/10/14	1	4	1	1	1	2	3	1	4
841285	13/07/14	1	3	1	1	1	2	3	1	4
556162	11/12/14	1	2	1	6	1	2	3	1	4
876166	15/09/14	1	3	1	1	1	2	3	1	4
456431	02/11/14	1	3	2	5	1	2	3	4	4
479430	06/06/14	2	3	2	8	2	2	3	4	5

ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
1332180	25/01/14	2	3	1	10	1	3	5	4	5
685724	03/07/14	2	4	4	9	1	2	5	1	5
734756	02/08/14	2	3	4	2	1	2	3	1	5
1342633	05/05/14	2	2	1	7	1	2	5	3	5
1285161	22/03/14	2	3	1	2	2	2	3	3	5
936434	08/05/14	2	3	4	3	1	2	5	2	5
1347867	19/09/14	2	3	2	2	1	2	3	1	5
137716	28/09/14	1	4	1	3	1	2	3	4	5
987009	21/08/14	1	3	2	2	1	2	3	4	5
1343508	29/05/14	1	4	1	5	2	1	4	4	5
1342805	01/06/14	1	3	1	11	2	2	2	4	5
1332652	08/03/14	1	4	3	10	1	2	5	4	5
367651	20/01/14	1	4	5	11	2	2	2	4	5
1274237	03/12/14	1	4	1	5	1	2	3	1	5
1301901	23/03/14	1	3	2	9	1	3	3	4	5
1258300	11/05/14	1	3	2	1	2	2	3	4	5
213876	12/06/14	1	4	2	1	2	2	3	4	5
1347635	23/08/14	1	3	1	12	1	3	3	1	5
1263229	03/06/14	1	3	4	10	1	2	2	1	5
1336990	22/03/14	1	3	4	4	2	1	4	4	5
1093345	04/01/14	1	3	1	5	2	2	3	4	5
209899	26/08/14	1	4	2	9	2	2	4	4	5
664896	22/02/14	1	3	1	11	1	2	3	1	5
908393	09/06/14	1	3	1	1	2	2	3	4	5
116257	28/04/14	1	3	2	1	1	2	4	1	5

ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
1355060	01/12/14	1	3	1	12	1	2	3	1	5
1039572	17/02/14	1	3	2	12	1	2	3	1	5
1333640	24/02/14	1	4	3	3	1	2	3	1	5
114638	21/03/14	1	4	1	5	2	2	4	4	5
908883	20/06/14	1	4	4	7	1	2	5	1	5
701157	05/07/14	1	5	1	5	1	2	4	4	5
71111	28/08/14	1	4	1	5	1	2	5	2	5
1326076	17/09/14	1	2	1	7	1	2	3	1	5
1271926	16/11/14	1	2	2	5	2	2	4	4	5
1053897	15/11/14	1	2	1	3	1	1	2	3	5
902245	22/07/14	1	1	1	3	1	2	4	1	5
967367	20/05/14	1	2	1	4	1	2	4	2	5
1353222	14/11/14	1	2	3	12	1	1	2	2	5
739407	14/12/13	2	4	1	4	1	2	3	1	6
1103255	01/07/14	2	3	4	6	1	2	4	4	6
1347537	23/08/14	2	1	1	6	1	2	3	1	6
1211421	16/03/14	1	3	4	5	2	2	3	4	6
661004	19/06/14	1	3	1	2	1	2	5	1	6
1144504	04/07/14	1	2	1	9	1	2	5	4	6
462612	08/09/14	1	3	3	7	1	1	4	1	6
931575	04/02/14	1	3	1	7	1	2	3	1	6
775193	22/10/14	1	2	1	2	1	2	3	1	6
738441	15/07/14	1	1	1	2	1	2	3	1	6
1103040	01/07/14	2	2	1	3	1	2	4	1	7
1325220	02/04/14	2	2	1	7	1	2	3	3	7

ID	Fecha de ingreso a emergencia	Sexo	Edad	Estado civil	Distrito	Dependencia económica	Condición socioeconómica	Grado de instrucción	Ocupación	Diagnostico
1345987	17/10/14	2	3	2	1	1	2	5	4	7
1036752	05/04/14	1	3	1	5	1	1	3	2	7
1348352	02/09/14	1	1	4	8	1	2	4	3	7
1330551	04/2/14	1	5	3	6	2	2	5	5	7
1111271	02/07/14	1	4	2	8	2	2	4	4	7

