

Estudio epidemiológico por Antecedentes en efector de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires¹

Carlos Manuel Urtubey², Roberto Aldo Cerra³, Oscar Taber⁴

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, N° 3, marzo de 2008, págs. 65 a 78

Sumario

Se exponen los resultados de un Estudio de la Demanda de Orientación-Admisión en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, efector de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Se establecen como vector de investigación cuatro ítems en relación a antecedentes clínicos de los casos reportados, se clasifican los mismos en cuatro grupos, se utilizan las Prevalencias correspondientes a cada grupo y se ensayan algunas conclusiones acerca del perfil de la demanda a dicho efector.

Palabras clave

Pacientes Ambulatorios. Antecedentes. Muestreo por Gravedad Ascendente y Descendente. Ocurrencias y Prevalencias.

Introducción

Es conocida la insuficiencia de datos epidemiológicos en el ámbito de todos los subsectores de nuestro sistema de Salud.

En general la recolección de información acerca de nuestro quehacer se orienta a otros aspectos que tienen que ver básicamente con el rendimiento y la facturación, elementos no menores, necesarios, pero no suficientes para el Planeamiento, Diseño e Implementación de acciones para la gestión de nuestros Servicios de Salud.

1 Trabajo realizado en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Warnes 2630 – Barrio de La Paternal – Ciudad de Buenos Aires – 4 521 8457.

2 Licenciado en Psicología, Psicólogo de Planta del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear Buenos Aires.

3 Licenciado en Psicología, Psicólogo de Planta del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

4 Médico Psiquiatra, Director del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

El vector epidemiológico es esencial para conocer que le ocurre a la Población en términos sanitarios, sus tendencias, comportamientos, el impacto que los grandes cambios socio-económicos-culturales tienen sobre su salud e incluso como instrumento de medición de los resultados de nuestras acciones y políticas asistenciales.

Esta problemática se agudiza cuando hablamos de Salud Mental, campo de acción sanitaria en la que al Enfoque Epidemiológico se le asigna una escasa relevancia a la hora del reparto de intereses en lo que hace tanto a la actividad en los Servicios como en la generación de producción científica.

Advertidos de estas cuestiones surgió la necesidad, hoy transformada en decisión institucional, de crear en el marco de un importante efector de la Red de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, un dispositivo que sistematice la recolección de información que permita conformar una Base de Datos permanente representativa de la actividad del Hospital orientada a la utilización en la Investigación Epidemiológica y con miras a aportar elementos para la Gestión Clínica de los Servicios.

La aspiración consiste en sustituir las decisiones basadas en la experiencia clínica y asistencial por otras en la que éstas se apoyen en información sistematizada con orientación y contenido epidemiológico.

Consecuentemente, en una primera etapa, se generaron herramientas de recolección que monitorean la Orientación - Admisión del Servicio de Consultorios Externos.

Esta recolección incluyó, durante su realización, la necesidad de implementar mejoras en el registro en general pero sobre todo implicó un trabajo muy focalizado en la cuestión

de los diagnósticos, cuestión que resulta digna de un comentario aparte y más detallado.

El presente trabajo constituye una primera experiencia de producción en base al material obtenido, comenzando por exponer sistemáticamente el conocimiento epidemiológico acerca de la población que demanda según sus antecedentes clínico-prestacionales, esto es, aspectos generales de la historia del caso, previos a la entrevista de Admisión teniendo en cuenta además el Origen de la Interconsulta.

Objetivos

- Sistematización y Formalización del Conocimiento de la Población que demanda nuestros Servicios.
- Estimación del Perfil Clínico de la demanda a Consultorios Externos.

Metodología

• **Universo:** 1921 orientaciones relevadas durante el período que va de mayo del 2002 a abril del 2003. Las mismas fueron registradas mediante la Hoja de Relevamiento de Consultorios Externos de Adultos en la Admisión diaria del Servicio sobre todas las Admisiones realizadas (se calcula un subregistro de alrededor del 25%), esto es pacientes de primera vez que pudieron o no haber tenido tratamientos anteriores en el Servicio así como Internaciones en el Hospital o en cualquier otro Efector. La información es la que refieren el paciente y/o sus familiares o acompañantes, la cual puede ser confirmada en caso de que el paciente tenga algún tipo de registro en el Hospital.

La Hoja de Relevamiento es un protocolo que apunta a recolectar datos epidemiológicos que se cumplimenta con cada entrevista

de Orientación, releva datos en relación a filiación, diagnóstico presuntivo, historia educacional, situación laboral, interconsultas realizadas, decisiones en relación al caso, derivaciones, origen de la interconsulta, etcétera. La información de dicha herramienta tomada a los efectos del presente trabajo es la correspondiente a los antecedentes tal como se reproducen en el cuadro siguiente.

Tratamientos Anteriores	<input type="checkbox"/>
Internaciones	<input type="checkbox"/>
Intentos de Suicidio	<input type="checkbox"/>
Medicación	<input type="checkbox"/>

Esquema de Relevamiento de Antecedentes

El primer ítem, Tratamientos Anteriores consigna la existencia previa al momento de la presente entrevista de Admisión de algún tratamiento, de cualquier índole (psicofármaco lógico y/o psicoterapéutico).

Internaciones consigna si el consultante ha tenido a lo largo de su historia alguna internación sin detallar ni cantidad de veces ni duración del tiempo de las mismas.

Intentos de suicidio consigna el antecedente acerca de conductas suicidas referidas como tales por los consultantes en oportunidad del suceso sin tener en cuenta otros detalles clínicos (real intención de muerte, ideación conducente al hecho, modo de realización, etcétera), en este caso se consigna la cantidad de ocurrencias.

Finalmente, el ítem Medicación refiere específicamente acerca de si la persona está, al momento de la entrevista, tomando algún tipo de medicación psicofarmacológica con prescindencia del origen y la circunstancia de la prescripción.

Queda en claro que, en todos los casos, se trata de Diagnósticos Presuntivos, esto es,

conclusiones gnoseológicas inferidas a partir de una primera entrevista.

Tamaño de la muestra estudiada: 1579 orientaciones que constituyen los 82,19% del universo desagregadas en 5 grupos significativos teniendo en cuenta la Historia Prestacional e Intentos de Suicidio.

-Criterio de selección de la muestra.

Mecanismo de Gravedad Ascendente - Descendente

Se utiliza un mecanismo mediante el cual se configuran cinco grupos que a su vez conforman dos subgrupos y un grupo al que llamaremos de convergencia de la siguiente manera:

1. Se seleccionaron los casos que conforman cada Grupo teniendo en cuenta un criterio de gradualidad que va de mayor a menor, esto es aquellos casos en los que los cuatro ítems tienen ocurrencia, el segundo grupo para aquellos casos en los que tres de los cuatro ítems ocurren y finalmente los casos en los que sólo dos ítems están registrados, a este último lo denominamos Subgrupo de Convergencia. A su vez los ítems que se sustraen en cada subgrupo son aquellos que se consideran con implicancias de mayor gravedad comparativa descendente.

Esta gravedad comparativa se establece en principio y tentativamente de la siguiente manera:

- o **Intento de Suicidio-IS**
- o **Internación-INT**
- o **Medicación-MED**
- o **Tratamientos Anteriores-TA**

De esta manera se completan los primeros tres grupos.

2. Se conforman inversamente pero mediante el mismo mecanismo los siguientes tres grupos, esto es desde la ocurrencia nula de

cualquiera de los cuatro ítems progresivamente hasta la ocurrencia de sólo dos de los ítems, este último coincide con el último de la serie anterior (Subgrupo de Convergencia). A su vez los ítems que se adicionan en cada grupo son aquellos que se consideran, en principio con implicancias de menor gravedad comparativa descendente.

Esta gravedad comparativa se establece en principio y tentativamente de la siguiente manera:

- o **Tratamientos Anteriores-TA**
- o **Medicación-MED**
- o **Internación-INT**
- o **Intento de Suicidio-IS**

De esta manera intentamos cubrir todo el espectro de ocurrencias de los respectivos ítems buscando una aceptable representatividad en la muestra.

Así se configuran dos Grupos, un grupo A que podríamos caracterizar como de mayor gravedad relativa en relación a antecedentes con dos subgrupos, y un grupo B, caracterizable como menos grave que también se compone de dos subgrupos, siendo el tercero de cada uno de ellos común a ambos.

· *Cruzamiento de información epidemiológica básica tendiente a situar un Perfil Clínico de la Demanda por Antecedentes.*

		TA	INT	IS	MED
A	GRUPO A1	SI	SI	SI	SI
	GRUPO A2	SI	SI	NO	SI
	G. C.	SI	NO	NO	SI
B	GRUPO B2	SI	NO	NO	NO
	GRUPO B1	NO	NO	NO	NO

Cuadro I. Esquema de Conformación de la Muestra

A.

Se observa en primera instancia la distribución de los casos teniendo en cuenta la clasificación propuesta (Cuadro 2).

El grupo A al que podríamos pensar como el de los pacientes más graves de acuerdo a nuestra estimación de antecedentes, a su vez desagregado en A1 y A2 y el Grupo B, el de los pacientes menos graves desagregados en B1 y B2.

Es notable la alta concentración de casos en el grupo B (52,18 %) es decir el de aquellos pacientes con menor ocurrencia comparativa de ítems relativos a antecedentes.

Así mismo, el Grupo de Convergencia, es decir aquel en el que intersectan los grupos A y B en la lógica de nuestro mecanismo de gravedad Ascendente-Descendente y que contiene aquellos casos en los que los ítems ocurrentes son solamente Tratamientos Anteriores y Medicación, es decir casos en los que no se registran ni Internaciones ni Intentos de Suicidio, se constituye en el subgrupo más numeroso.

Si a su vez se adiciona el Grupo B al subgrupo de convergencia (agrupando así a los casos en los que el registro de antecedentes es nulo, sólo de Tratamientos Anteriores y Tratamientos Anteriores y Medicación) se concentran el 82,64 % de los casos.

A su vez se observa en cada uno de los subgrupos citados una brecha que, entre cualquiera de ellos no excede el 10%.

				Total Grupos				
		N°	%	Esquema	N°	%		
A	GRUPO A1	103	6.23	TA-INT-IS-MED	274	17.32		
	GRUPO A2	171	10.35	TA-INT-MED			Total S.G.C. + B	
	SGC	481	30.46	TA-MED	481	30.46	N°	%
B	GRUPO B2	370	22.40	Sólo TA	824	52.18	1305	82.64
	GRUPO B1	454	27.48	Esquema NULO				
					1579			

Cuadro II. Distribución de Ocurrencia por Grupos y Subgrupos.

Cuadro III. Edad Promedio

		M		F			
	Grupos	N°	%	N°	%	Grupos	Edad Promedio
A	GRUPO A1	27	26.21	76	73.79	GRUPO A1	37
	GRUPO A2	62	36.26	109	63.74	GRUPO A2	40
	SGC	155	32.22	326	67.78	SGC	42
B	GRUPO B2	133	35.95	237	64.05	GRUPO B2	40
	GRUPO B1	209	46.04	245	53.96	GRUPO B1	40
Totales		586	37.11	993	62.88		

Cuadro IV. Distribución por Sexo

	Grupos	Grupo Diagnóstico Prevalente	%
A	GRUPO A1	Trastornos Depresivos (F30.x-F39)	31.07
	GRUPO A2	Esquizofrenias (F06.x-F29)	42.11
	SGC	Trastornos Depresivos (F30.x-F39)	19.54
B	GRUPO B2	Trastornos Adaptativos (F43.xx-F43.9)	19.46
	GRUPO B1	Problemas de Relación (F93.3-Z63.9)	22.47

Cuadro V. Prevalencias (Grupos Diagnósticos DSM-IV)

B.

En segunda instancia se observa la Edad Promedio (Cuadro III) de cada uno de los grupos clasificados y la distribución porcentual de los casos teniendo en cuenta el sexo de los consultantes. (Cuadro IV).

El promedio de edad de la muestra es de 41 años, así es que la dispersión cuando se la desagrega de acuerdo a los grupos de Gravedad ascendente-descendente no es significativa respecto del mismo, la brecha mayor se encuentra en el grupo A1 (casos con al menos un registro en cada uno de los ítems de antecedentes), en el que hay tres en menos años de diferencia respecto del promedio general de la muestra.

La preponderancia del sexo femenino en los casos reportados se repite en cada uno de los subgrupos invariablemente, alcanzando su mayor significación en el subgrupo A1 (todos los ítems de antecedentes con al menos un registro) y su menor significación en el subgrupo B1, es decir el subgrupo que no tiene registro alguno en los ítems de antecedentes.

A su vez ninguno de los grupos presenta un desvío mayor al 11% respecto de las diferencias proporcionales entre géneros observadas en el total general de la muestra.

C.

En tercer lugar se observa la Prevalencia en estos grupos (Cuadro V).

La codificación seleccionada es DSM-IV, tomaremos las Grandes agrupaciones diagnósticas de esta nomenclatura.

Los Trastornos Depresivos (31,07%) encabezan el subgrupo A1 (los casos con al menos un registro en cada uno de los ítems de antecedentes), así como el subgrupo de convergencia (Tratamientos Anteriores y Medicación) que por otra parte es el más numeroso.

Los Problemas de Relación (22,47%) ocupan el primer lugar en las prevalencias del subgrupo de menor gravedad supuesta (B1) y los Trastornos Adaptativos (19,46%) prevalecen en el subgrupo B2.

Finalmente, la única categorización correspondiente a psicosis, Esquizofrenias prevalece en el subgrupo A2 (42,11%), el menos numeroso de toda la muestra pero correspondiente al grupo de casos presuntamente más graves por antecedentes.

Es de notar que los Trastornos Depresivos revisten significativa ocurrencia en el subgrupo A2 con un 17,54% de los casos que este agrupa (patología de segunda ocurrencia del subgrupo).

Grupos Diagnósticos Prevalentes	N°	%
Trastornos Depresivos	253	16.02
Trastornos Adaptativos	221	14.00
Trastornos de Personalidad	195	12.35
Esquizofrenias	186	11.78
Trastornos de Ansiedad	178	11.27
Problemas de Relación	177	11.21
Totales	1210	76,63

Cuadro VI. Seis Patologías Prevalentes (Muestra sin Desagregar)

Grupo	Subgrupos	Grupo Diagnóstico	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65 y +		Total general		
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M			
A	A1	Grupo Depresivos	2	3	5	8	1	9	4	1	5	7	2	2	2	32	
		Esquizofrenias	2	2	4	3	2	5	2	2	2	6	2	1	1	18	
		Problemas de Relación	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	
		Trast. Adaptativos	6	3	9	9	2	11	3	1	4	1	1	1	1	27	
	Total A1			11	8	19	21	5	26	9	4	13	14	3	3	82	
	A2	Trastornos Depresivos	1	1	2	1	2	3	3	3	6	5	1	6	1	4	28
		Esquizofrenias	2	9	11	13	11	24	7	4	11	16	1	17	6	69	
		Problemas de Relación	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	4	2	
		Trast. Adaptativos	2	2	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	7	
	Total A2			7	12	19	23	15	38	14	7	21	22	5	27	124	
Total A			18	20	38	44	20	64	23	11	34	36	8	44	206		
B	B1	Trastornos Depresivos	4	2	6	6	5	11	5	5	10	6	7	13	8	59	
		Esquizofrenias	1	1	1	1	3	4	1	1	2	2	1	2	3	12	
		Problemas de Relación	6	1	7	10	13	23	14	12	26	12	12	4	9	98	
		Trast. Adaptativos	7	3	10	12	8	20	6	10	16	14	4	18	8	74	
	Total B1			18	7	23	28	24	54	27	26	44	26	32	56	233	
	B2	Trast. de Ansiedad	2	6	8	6	4	10	7	7	14	8	2	10	5	52	
		Trast. de la Personalidad	5	2	7	8	5	13	4	6	10	9	3	12	3	45	
		Total B2			7	8	15	16	9	23	11	14	11	11	15	17	97
		Total B			25	14	39	43	38	81	37	41	78	51	28	79	340
		GC	Trastornos Depresivos	1	5	6	6	2	8	4	4	4	7	3	10	9	42
Esquizofrenias			2	2	3	3	2	5	1	1	1	1	2	2	2	11	
Problemas de Relación	5		5	5	5	6	11	14	4	18	10	6	16	7	60		
Trast. Adaptativos	4		1	5	17	10	27	10	5	15	10	11	11	5	71		
Total GC			12	13	23	31	21	51	28	33	36	20	44	31	184		
SGC	Trastornos Depresivos	3	3	8	8	3	11	6	6	17	22	6	28	17	8	92	
	Esquizofrenias	7	11	18	11	13	24	9	1	10	9	5	14	7	76		
	Problemas de Relación	5	1	6	20	7	27	10	5	15	9	2	11	8	70		
	Trast. Adaptativos	3	2	5	9	5	14	7	3	10	13	9	22	7	64		
Total SGC			18	17	37	45	32	77	39	22	61	36	20	56	284		
Total GC			45	31	76	88	70	158	76	63	139	87	48	135	624		
Total general			86	74	160	195	127	322	143	97	240	185	80	265	1210		

Cuadro VII. Seis Patologías Prevalentes por Edad y Sexo (Muestra Agrupada por Antecedentes)

Subgrupos	Derivados		Recitados		Total
	N°	%	N°	%	
A1	18	17.48	85	82.52	103
A2	64	37.43	107	62.57	171
SGC	135	33.68	319	66.32	481
B2	111	30.00	259	70.00	370
B1	113	18.95	368	81.05	454

Cuadro VIII. Conclusión de Entrevista de Admisión

SG	Total SG	Es pontánea	%
A1	103	54	52.42
A2	171	103	60.23
SGC	481	337	70.06
B2	370	303	81.89
B1	454	329	72.46
	1579	1126	71.31

Cuadro IX. Origen de la Interconsulta (Espontánea)

SG	Total SG	Guardia	%
A1	103	23	22.33
A2	171	28	16.37
SGC	481	82	17.04
B2	370	13	3.51
B1	454	17	3.74
	1579	163	10.32

Cuadro X. Origen de la Interconsulta (Guardia)

	15-21		22-40		41-60		61 y más	
	1987	2003	1987	2003	1987	2003	1987	2003
Total	14%	4.27%	42%	47.78%	38%	32.82%	5%	7.00%

Cuadro XI. Comparativo Relevamientos (1987-2003)

Los Problemas de Relación tienen a su vez significativa ocurrencia en el subgrupo B2 con un 17,30 % de los casos (segunda prevalente del Grupo).

Los Trastornos Adaptativos, con un 16,52% son la segunda patología en volumen de ocurrencia en el subgrupo B1.

Los Trastornos de Personalidad son la segunda ocurrencia del subgrupo A1 con un 26,21%.

El Grupo B1 presenta una prevalencia muy pareja en lo que respecta a la patología de segunda ocurrencia, se observa que los Trastornos Adaptativos, nuevamente los Trastornos Depresivos y los Trastornos de Ansiedad se ubican con 16,52%, 13,00% y 12,56% respectivamente.

Algo similar sucede con el subgrupo de Convergencia que en el cual las Esquizofrenias, los Trastornos Adaptativos y los Trastornos de Ansiedad constituyen el 15,80%, 14,76% y 14,74%.

El Cuadro VI ilustra las 6 prevalentes de la muestra independientemente de los Grupos o subgrupos al que pertenecen, estas patologías prevalecen en primera y/o segunda instancia en uno o más de los mismos.

Estas prevalencias constituyen el 76,63% de la muestra y es notable la poca significativa dispersión en los valores de incidencia de estas patologías, siendo de un 4,81% la diferencia entre la primera y la sexta en el ranking de ocurrencia.

En este sentido, el alto nivel de incidencia de los Trastornos Depresivos en los grupos y subgrupos se relaciona con su dispersión en todo el espectro de la variedad de antecedentes en los casos relevados más que con una diferencia significativa en el volumen total de su ocurrencia.

Prevalente en A1 (31,07%), segunda en ocurrencia en A2 (17,54%), nuevamente pre-

valente en SGC (19,54%), tercera en ocurrencia en B1 (13,00%) y con un 11,62% en el subgrupo B2), los Trastornos Depresivos no bajan de los dos dígitos en los porcentuales de cualquiera de los subgrupos cuando no prevalecen o son de segunda mayor ocurrencia.

Así mismo, los Trastornos de Personalidad (12,35%) y los Trastornos de Ansiedad (11,27%), que no se constituyen en prevalentes en ninguno de los Grupos o Subgrupos por Antecedentes, tienen una significativa incidencia en la muestra, confirmándose así, la homogeneidad de la prevalencia alrededor de estas seis patologías.

Volviendo al estudio de la muestra agrupada por antecedentes, el cuadro VII representa la Prevalencia de estas seis patologías en los Grupos por Antecedentes según Edad y Sexo.

En este caso, para evitar los sesgos de que pudieran ocasionar los promedios se usaron cortes etéreos de uso universal en aplicaciones sanitarias.

La preponderancia de los casos de sexo femenino se expresa en los subgrupos por cortes etéreos de una manera similar a la que se observara en los promedios.

Es interesante detenerse a destacar que en el único corte etéreo en que la diferencia entre géneros se empareja significativamente es en el correspondiente a los casos de hasta 24 años (es necesario tomar en cuenta que nuestra población parte de los 18 años), en el cual la brecha es sólo del 7,5%, significativamente pequeña en relación a cualquiera de los otros cortes.

Así mismo y enfocando esta observación desde el punto de vista de los diagnósticos, este corte presenta en dos subgrupos (A2 y SGC) prevalencia masculina, que se ubica exclusivamente en las Esquizofrenias, comportamiento que no se repite en ninguno de

los cortes etareos por subgrupo y muy rara vez y con escasa o nula significación en cualquier otro Grupo Diagnóstico.

D.

Como dato complementarios a la comprensión de la demanda, el Cuadro VIII muestra la estadística respecto de la conclusión de la entrevista de Admisión teniendo en cuenta la indicación o no de al menos una entrevista ulterior a la realizada, lo que nos revela exactamente, en principio, cuantos de los casos relevados son derivados en oportunidad de la Admisión y nos da pautas para el estudio de los que son recitados, no necesariamente iniciando tratamiento.

La muestra desagrupada presenta un 72,07% de los casos que tienen indicación de entrevista ulterior.

Esta relación porcentual se repite casi idénticamente en el subgrupo B2 (70.00%), se aproxima en sentido descendente en los subgrupos de convergencia (66.32%) y A2 (62,57%) produciéndose un desvío ascendente en los subgrupos A1 (registro total de antecedentes) y B1 (registro de antecedentes nulo) con 82.52% y 81,05% respectivamente.

El relevamiento del Origen de la Consulta detecta como llegan los casos al Servicio, es decir las vías de referencia por las cuales se acercan al Efecto.

De las 1579 admisiones que componen la muestra 1126 llegan de manera Espontánea, esto es, en un 71,31 % de los casos no media indicación profesional entre el consultante y el Servicio en oportunidad de la Admisión.

Del resto de los casos que componen la muestra sólo 163 (10,03%) se agrupan con un origen común, la Guardia del Hospital, el resto se dispersan no adquiriendo significación ningún otro origen de consulta.

Los cuadros IX y X grafican la distribución en los grupos y subgrupos de gravedad ascendente-descendente de la consulta Espontánea y la Guardia respectivamente.

A medida que se recorren los subgrupos desde aquellos que presentan más antecedentes y de mayor gravedad hacia los que presentan menos antecedentes y de menor gravedad se observa que asciende la cantidad de consultas espontáneas, llegando a constituir casi el 81,89 % en el subgrupo B2 pero no bajando en ningún caso del 52%.

Es inverso el recorrido si se observa la distribución en los subgrupos de los casos que llegan por Guardia, de un 22,33% en el grupo A1, baja a medida que decrecen los antecedentes para llegar a un 17,04% en el subgrupo de convergencia y en ninguno de los subgrupos del Grupo B el porcentaje llega al 4%.

Conclusiones

Epidemiológicas.

Las conclusiones expuestas a continuación tienen en cuenta siempre el carácter presuntivo de los diagnósticos, esto es, como ya se mencionó, se desprenden de una primera y única entrevista, con lo cual podemos pensar que muchos de ellos sufrirán variaciones a lo largo de los procesos terapéuticos que impliquen.

Los Trastornos Depresivos ocupan un lugar preponderante en el escenario social

Estudios proyectivos realizados mediante indicadores sintéticos (AVAD) por la OMS estiman la depresión como la segunda causa de discapacidad para los próximos veinte años, siendo hoy la octava⁽¹⁾.

Las situaciones vividas recientemente en el país y en la Ciudad de Buenos Aires en menor medida pero con una intensidad sin precedentes en su historia⁽¹⁾, por grandes gru-

pos sociales, tales como desocupación y situaciones políticas y económicas han impactado fuertemente en la vida cotidiana poniendo a prueba la fortaleza psíquica de la población.

En parte estos procesos explican la prevalencia de estos Trastornos, pero en el caso particular que nos ocupa no podemos dejar de soslayar datos de estudios anteriores.

Estadísticas de este mismo Servicio expuestas en un trabajo realizado en el período

Mayo 1988 a Mayo 1989⁽²⁾ sobre 2100 casos también enfocadas en la cuestión de la Admisión, presentan a las Depresiones como la patología prevalente con un 14%, seguido de las así nomencladas en dicho trabajo como Situación de Crisis Familiar (homologable a los Problemas de Relación) con el 12,5% de los casos, Psicosis (homologable en términos generales a Esquizofrenias), Neurosis de angustia (homologables genéricamente a los Trastornos de Ansiedad) con el 9% y Trastornos de Personalidad con el 6%.

Si bien la comparación se hace trabajosa de profundizar debido a la diferente codificación utilizada, las similitudes en la medición con dieciséis años de diferencia son altamente perceptibles al menos en las prevalencias.

En este sentido podemos decir que en dieciséis años la característica de la demanda desde el punto de vista epidemiológico se mantiene, al menos desde el punto de vista de la similaridad de sus rasgos generales cualitativos.

No obstante la alta incidencia de los Trastornos Depresivos en términos absolutos y relativos a los Grupos y Subgrupos diseñados no se debe perder de vista la ya mencionada homogeneidad de prevalencia en las patologías en todo el espectro de las afecciones subjetivas. Por otra parte fue mencionada ya en este trabajo la corta brecha que separa a las

seis prevalentes destacadas en la muestra, y podríamos decir que, al menos en lo que refiere a las Depresiones y las Esquizofrenias la demanda esta dentro de lo esperable.

También desde el punto de vista de la composición de los casos teniendo en cuenta el sexo de los consultantes nos encontramos con la clara tendencia a la mayor incidencia en el sexo femenino, lo cual es esperable tanto respecto de la morbilidad psiquiátrica en general (Depresiones, Trastornos de Ansiedad como en lo que se refiere a los Trastornos Depresivos, patología prevalente de la muestra⁽³⁾). Esto se refleja tanto en el corte general como en la clasificación efectuada por mecanismo de gravedad ascendente-descendente, también en todos los cortes por Grupo Etáreo, con la salvedad del mencionado caso de las Esquizofrenias en los consultantes de hasta 24 años, dato a tener en cuenta para su análisis.

Volviendo al antes mencionado trabajo realizado en el Servicio en el año 1988, en el mismo encontramos un relevamiento de las Admisiones por sexo en cortes etáreos, es interesante observar el comparativo con el actual relevamiento.

Si bien los cortes realizados (15-21,22-40,41-60 y 61 y más) no son los usados en este trabajo, adaptando los datos actuales a dicha modalidad de corte etáreo encontramos que la distribución es muy similar (Cuadro XI).

La diferencia más saliente, esto es en el corte de 15-21 años tiene su explicación en que en dicho período no existían en el Hospital los Consultorios Externos del Servicio de Adolescencia que hoy absorben la mayor parte de esta franja etárea y que no forma parte del relevamiento de este trabajo.

En cuanto a los Adultos vemos que hay un aumento en el corte 22-40 que se compensa con una disminución en el siguiente corte (41-

60), finalmente hay un 2,00% de aumento en los casos de 61 años y más.

El desagregado del comparativo de los dos períodos por sexo sigue la misma tendencia manteniendo la superioridad porcentual de la consulta femenina.

La clasificación por Antecedentes nos permite profundizar en la intimidad epidemiológica de la demanda buscando aumentar la complejidad del análisis.

En este punto es claro que el grupo de menor incidencia y gravedad de antecedentes prevalece claramente (B), compuesto preminentemente por patologías que presentan presunción de socio-dependencia etiológica.

En el Grupo B (Registro de Antecedentes Nulo, Tratamientos Anteriores, Tratamientos Anteriores y Medicación) prevalecen claramente este tipo de patologías con alguna significación de las Esquizofrenias.

No obstante, si colocamos tentativamente a estas últimas en el otro extremo del espectro etiológico su ocurrencia prevalece, como ya se observó en el subgrupo A2 y es la segunda en ocurrencia en el subgrupo de convergencia.

El Subgrupo de convergencia, aquel que podríamos, en nuestro criterio de agrupación de la muestra por gravedad ascendente-descendente, considerar el de gravedad intermedia, concentra el mayor número de casos y una variada gama de patologías (todas de alta incidencia en la muestra sin agrupar), a saber, Trastornos Depresivos, Esquizofrenias, Trastornos Adaptativos, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Personalidad, prevaleciendo en ese orden, concentrando el 78,79% del total del subgrupo y con apenas menos de un 7%

de diferencia entre la primera y la última en ocurrencia.

Prestacionales.

· Referencias Prestacionales básicas del efector:

Se trata de un Servicio de Consultorios Externos de Adultos situado en el barrio de La Paternal al noroeste de la Ciudad de Buenos Aires a 20 cuadras del límite con la Provincia de Buenos Aires (Partido de San Martín), el mismo es uno de los dispositivos de atención del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, inaugurado en el año 1983 perteneciente a la Red de Salud Mental de la Red de Hospitales del Gobierno de la Ciudad.

El 70% de la población atendida procede de la propia Ciudad de Buenos Aires mientras que el 30% restante proviene de la provincia antes mencionada.

Entre los años 1990 y 1999 el Hospital casi cuadriplica la cantidad de consultas externas (23.655-89.748) y desde 1993 hasta 1999 las duplicó teniendo una evolución de su volumen prestacional en este ítem similar a las del Hospital Borda y Moyano⁽⁵⁾.

Durante el año 2003 el Servicio realizó 3.954 consultas de primera vez y 74.867 ulteriores lo que da como resultado una concentración^(*) de 19 consultas.

· La emergencia como perfil prestacional en Salud Mental tiene ciertamente características singulares en el espectro de lo sanitario - asistencial.

Refiere no sólo al enfoque de la ocurrencia o irrupción de un episodio de enfermedad sino que se orienta especialmente a las es-

(*) Se entiende por concentración la cantidad de prestaciones brindadas a cada persona atendida en el periodo considerado.

trategias asistenciales que orientan los procesos de atención de lo no crónico.

Esto se refleja en el esquema de procesamiento de la muestra en el citado mecanismo de gravedad ascendente - descendente por Antecedentes.

Los subgrupos que agrupan los casos de menor gravedad supuesta prevalecen claramente (B1, B2, SGC), siendo los que se integran con patologías (Trastornos Depresivos (cronicidad) Problemas de Relación, Trastornos Adaptativos) que, con adecuada atención, es esperable una evolución favorable (no cronicidad).

En este sentido cabe destacar que la segunda prevalente del Subgrupo de Convergencia (Tratamientos Anteriores y Medicación), Esquizofrenias, no tiene la Internación como indicación terapéutica cuando es viable su adecuado tratamiento ambulatorio.

También cabe recordar las cifras expuestas precedentemente respecto de la significativa prevalencia de casos sin registro previo en ninguna de las instancias asistenciales del hospital y el alto porcentaje de consultas espontáneas.

- La incidencia de los Trastornos Depresivos y Esquizofrenias (entre ambas suman un 30,02%) evidencia la correspondencia entre un Efecto de Emergencias Psiquiátricas y su población efectivamente atendida.

- En todos los subgrupos resulta muy importante la cantidad de casos cuyo origen de la consulta es Espontánea, o sea que no media entre el consultante y el Servicio una indicación profesional inmediata, incluyendo el subgrupo A1 (Tratamientos Anteriores, Intentos de Suicidio, Internación, Medicación), el de más y más graves antecedentes, que aun con la menor incidencia de dicho origen de consulta alcanza al 52% de los casos con origen de consulta Espontánea.

Conclusión Final

El perfil epidemiológico que nos revela el presente trabajo es acorde con el esperable tanto en términos de las grandes patologías que prevalecen como por la incidencia de las mismas por Sexo y Edad.

El aspecto comparativo del mismo nos permite inferir que, el importante deterioro socioeconómico y cultural que ha sufrido la población de los últimos quince años tuvo su esperable impacto en la Salud Mental en términos cuantitativos⁽⁶⁾, ya que el perfil epidemiológico de la población asistida en el Servicio se mantuvo con características similares.

En este sentido los problemas de accesibilidad al Servicio (transporte) y la imposibilidad de cumplir con las indicaciones médicas (medicación), derivadas de la misma problemática económica, que atenta contra la concurrencia a los dispositivos ambulatorios, podrían estar generando un efecto de demanda encubierta, con lo que este impacto cuantitativo tendría una dimensión aun mayor.

Bibliografía

1. Flavia Torricelli, Alejandra Barcala.. Epidemiología y Salud Mental: Un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Vol.XV:10-19.
2. Roberto Cerra y otros. Por qué, Para quién, Cómo de la Orientación - Lic. Roberto Cerra. Trabajo presentado en el Tercer Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental. Organizado por Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Auspiciado por la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (1988).
3. Autores: A. I. González Vázquez y E. Ferrer Gómez del Valle. Epidemiología especial. Estudio de morbilidad de los Trastornos Psiquiátricos (http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a6n3.htm)

4. OMS, Salud Mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Paltex, España, 1997.
5. Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires 2000. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
6. Departamento de Estadística del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear (2004).