

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**“CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE
POR EMERGENCIA ATENDIDO”**

MARÍA ELISA ARGUETA FLORES

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Psiquiatría
Enero 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: María Elisa Argueta Flores

Carné Universitario No.: 100017180

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Psiquiatría, el trabajo de tesis **"Caracterización del paciente por emergencia atendido"**.

Que fue asesorado: Dr. Jorge Enrique Villar Anleu

Y revisado por: Dr. Jorge Enrique Villar Anleu

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para octubre 2013.

Guatemala, 30 de septiembre de 2013


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

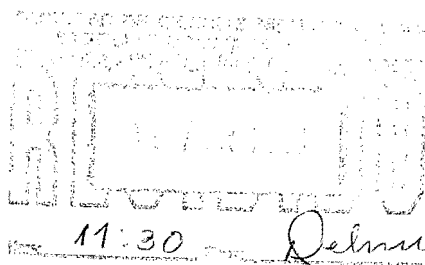

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo



Guatemala, 12 de marzo de 2013.

Doctor
Luis Ruiz
Coordinador General de Programas de Maestrías y Especialidades
Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente.



Estimado Dr. Ruiz:

Por este medio le informo que asesoré y revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título: "Factores condicionantes en consultas por emergencia en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Salud Mental, Guatemala 2010-2011" de la Dra. María Elisa Argueta Flores, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post-Grado de Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Dr. Jorge Villar Anleu
Asesor y Revisor de Tesis
Post-Grado de Psiquiatría
Hospital Nacional de Salud Mental

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por estar a mi lado en cada momento de esta aventura, como guía, luz y maestro.

A mis maestros: por compartir sus conocimientos conmigo.

A mis padres y hermanos: por apoyarme y creer, tanto o más que yo, que podía lograrlo.

Al Doctor Carlos Muralles: por sus historias, las cuales me motivaron a estudiar psiquiatría.

A mis amigos de residencia: por ayudarme en mi trabajo de campo; pero, sobre todo por su amistad.

A mis pacientes: aquellos que me ayudaron a afianzar lo aprendido y a aquellos que vendrán.

¡GRACIAS!

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	
INDICE DE GRÁFICAS	
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	7
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	8
V. RESULTADOS	11
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	16
6.1 CONCLUSIONES	18
6.2 RECOMENDACIONES	19
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
VIII. ANEXOS	22

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las respuestas a cada pregunta individualmente	11
Tabla 2. Distribución de diagnósticos más frecuentes	12
Tabla 3. Distribución de χ^2	13
Tabla 4. Distribución de factores dependientes del paciente y del hospital	14

RESUMEN

Introducción: Existen factores que afectan específicamente la asistencia urgente en las instituciones hospitalarias de la red pública; con irregular distribución de los hospitales dentro del marco geográfico y deficiencias en la regionalización. De manera puntual, en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Nacional de Salud Mental (UIC, HNSM), las personas consultan con mucho tiempo de diferencia entre el inicio de los síntomas y el día en que se presentan a la UIC. **Objetivo:** Encontrar los principales factores que influyen en el retraso de la consulta a la unidad de intervención en crisis. **Método:** Estudio transversal y descriptivo, realizado de marzo de 2010 a agosto de 2011, en la unidad de intervención en crisis del Hospital Nacional de Salud Mental por medio de encuesta dirigida a familiares o acompañantes del paciente. **Resultados:** Se realizó 158 encuestas, encontrando que no hay ninguna que presente nivel de significación suficiente para tomarse en cuenta como un factor determinante en la tardanza al acudir a el servicio de urgencias. **Conclusiones:** 1. Ninguno de los factores evaluados es suficiente, solo o combinado, para influir en el tiempo que el paciente tarda en consultar. 2. Uno de los factores mas influyentes en el tiempo de consulta es la falta de recursos económicos. 3. El diagnóstico, aparentemente, no influye en el tiempo de consulta.

I. INTRODUCCIÓN

Según los manuales de urgencias médicas, los dos elementos fundamentales que configuran el hecho médico urgente son: 1. Que implica sustancialmente actuación, es decir actividad terapéutica y 2. Que debe aplicarse rápidamente, sin demora, ya que en caso de dilación peligraría la vida del paciente o la integridad de sus órganos. A la asistencia psiquiátrica urgente, habría que añadir al elemento dos el peligro para la integridad biopsicológica, y el padecimiento psíquico mal soportado. (1)

Se define la urgencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad consideran que requiere atención inmediata. Pueden presentarse en condiciones que, son manifestaciones de una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación); implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión, suicidio, homicidio) o evidencian un comportamiento profundamente desorganizado. (2) Es más difícil encontrar mejoría en un paciente que lleva dos meses sin tratamiento, que en uno que apenas lleva algunos días. Por lo que es muy importante encontrar las razones que llevan a esta “falta de consulta temprana” para poder modificarlas y con esto, mejorar el tratamiento a los pacientes.

Por ejemplo los esquizofrénicos, con sus delirios y alucinaciones atenuados, gracias a la medicación; soportan el progresivo empobrecimiento psíquico inherente a la enfermedad, ha conseguido salir del “manicomio”, a un domicilio familiar donde convivirá con sus padres hasta que ellos no puedan atenderle. Con las puertas del mercado laboral cerradas y sin más ocupación que asistir a consulta externa cada dos meses o, en el mejor de los casos, cada 14 días a un centro de salud para recibir una inyección. ¿Cómo convencer, entonces, a estos sujetos a que no abandonen un medicamento que les impide pensar con más claridad y moverse con mayor habilidad? Esto se traduce a reingresos, cada vuelta marea y deteriora, las puertas cerradas del mercado laboral se ven cada vez más lejanas por el deterioro de la enfermedad. (3) Si cada reingreso es sinónimo de empeoramiento de la enfermedad, ¿Es por eso que no consultan tempranamente? Tal vez no se ha explicado claro que no se trata solo del “reingreso” lo que causa el empeoramiento, sino la falta de apego al tratamiento.

Las instituciones hospitalarias de la red pública tienen en común carencias que inciden sobre la actividad general. Hay factores que afectan específicamente la asistencia urgente: Insuficiente articulación entre los recursos sanitarios y los recursos sociales. Especialmente cuando la precariedad de los últimos determina una ambigua relación de sustituibilidad: la convergencia se establece en la puerta de los hospitales. Irregular distribución de los hospitales dentro del marco geográfico y deficiencias en la regionalización. Causan un reparto desigual de la demanda. (1)

Es posible observar, durante los turnos en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Hospital Nacional de Salud Mental, que las personas consultan con mucho tiempo de diferencia entre el inicio de los síntomas y el día en que se presentan a la unidad. Sin importar el riesgo que esto implica para el paciente, para la familia y para la sociedad; éste es un patrón que se repite en la mayoría de pacientes.

La importancia de realizar un estudio de estos factores, radica en la necesidad de determinarlos para poder erradicarlos si es posible, y con esto mejorar la atención en la unidad de intervención en crisis, y el manejo ambulatorio del paciente en el entorno familiar; ya que, probablemente, una de las principales causas sea que la familia no sabe o no comprende cómo debe tratar al paciente psiquiátrico.

En el caso de los enfermos mentales, la falta de una conciencia clara en algunas etapas de la enfermedad, lleva a pensar que estas personas no podrán definir, por sí mismas, lo que entienden por calidad de vida, por lo que la OMS ha definido calidad de vida como “la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven, en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses”(4); y el paciente psiquiátrico se da cuenta que la sociedad ha creado un estigma con ellos, que son incapaces de conseguir trabajo o de mantenerlo; y esto los conduce a un abandono del tratamiento que, además, los hace sentirse mal. Lo cual causa la necesidad de consultar al hospital de Salud Mental, pero esto no sucede, o por lo menos no sucede lo suficientemente rápido.

El ambiente emocional de la familia ha sido estudiado, encontrándose como factor pronóstico en trastornos psiquiátricos. Al mejorar la relación familia-paciente mejoran los síntomas significativamente (5). Pero hay algo que no permite que esta relación sea estable, y esto afecta el tiempo de consulta en caso de urgencia.

II. ANTECEDENTES

En la práctica se observa que el tiempo de evolución para consultar a la Unidad de Intervención en Crisis varía, pero generalmente es mayor a una semana, incluso en aquellos casos en que el paciente ha estado agresivo y ha sido una amenaza para él y quienes lo rodean.

A lo largo del tiempo las sociedades han luchado constantemente con el impacto de las enfermedades mentales en la comunidad, siendo comunes las actitudes de rechazo y evasión. Hoy, los enfermos mentales permanecen como un grupo marginal y temido, siendo esto un obstáculo para un trato más humano hacia ellos. La estigmatización puede influir en la falta de ayuda y tratamiento (6). Estudios en Gran Bretaña, Estados Unidos y Australia, muestran que tanto los pacientes como sus familiares prefieren la desinstitucionalización y el cuidado en comunidad, siendo vital el apoyo de ésta. Si la respuesta es negativa aumentan las recaídas y la sintomatología. Byrne y cols. muestran el rol negativo del estigma en todas las etapas de la enfermedad mental (6). Acaso sea este estigma otra causa de falta de consulta temprana.

El tratamiento psicoterapéutico está sujeto a una serie de vicisitudes que hacen inciertos tanto su curso como sus resultados. La poca certeza acerca de la eficacia de los tratamientos contribuye a que los pacientes muestren algún grado de resistencia y manifiesten dudas (7). Para el apego a tratamiento y la voluntad de consultar se debe tomar en cuenta las expectativas, la motivación del paciente, la disponibilidad de tiempo y dinero, la disposición al cambio, la estructura del carácter y la resistencia (7).

Los motivos de abandono y apego también son atribuibles a otras situaciones, así como las variables institucionales relacionadas con el procedimiento de atención, aspectos como el tiempo transcurrido entre la fecha de solicitud y la primera cita, la cortesía del personal, etcétera (7). Que afectan no solo el apego al tratamiento sino el tiempo de evolución antes de consultar.

El equilibrio salud-enfermedad, desde el punto de vista médico, es producto de la interacción del ambiente y el individuo. El individuo se subdivide en su historia médica y su mentalidad. Esta mentalidad produce un modo de respuesta ante el malestar que se siente ante la pérdida del equilibrio. Este modo de respuesta está basado en la experiencia. (8)

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (12) No existe una definición que especifique adecuadamente los límites del trastorno mental, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. (19) Los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes, pueden tener consecuencias graves y causan sufrimiento. (18)

Teniendo en cuenta como se define la salud mental, según la OMS, también es importante dejar claro en qué consiste una urgencia psiquiátrica. Se define como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivo que, el paciente mismo, la familia o la sociedad consideran que requiere atención inmediata. (14)

En la decisión clínica de ingresar a un paciente no necesariamente es el factor “enfermedad grave” o “riesgo” lo más determinante. (15) Una emergencia psiquiátrica es aquella que presenta alteración en el pensamiento, sentimiento, para los cuales es requerida atención inmediata. (16) Otros autores las definen como circunstancias en las cuales una persona presenta una grave alteración del afecto, del pensamiento o de la conciencia, que pueden tener diversos orígenes y que alteran de manera aguda y notable su comportamiento. (17)

Debe considerarse la relación riesgo beneficio de mantener al paciente ingresado, la accesibilidad de medios ambulatorios, el apoyo familiar. (15) Pero también deben tenerse en cuenta las cuestiones psiquiátricas que determinan el ingreso, tales como que el paciente vaya a beneficiarse más estando ingresado que con tratamiento ambulatorio, la gravedad potencial del cuadro urgente, la presencia de ideaciones o planes con potencial repercusión conductual de riesgo, no contenibles en el medio social habitual como autoagresividad o heteroagresividad, y las ordenes o recomendaciones dadas por juez. (15)

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. (12)

Es importante, al estudiar las ideas que una persona, comunidad o grupo étnico tiene sobre la enfermedad y su curación, comprender que dicha persona o grupo tenga ideas diferentes acerca del cuerpo humano y su funcionamiento (8) y ello ser un factor importante en la incidencia de consultas.

El fenómeno de los pacientes que ingresan reiteradamente ha venido considerándose en los últimos años como una circunstancia corriente en los servicios de psiquiatría, donde a poco de permanecer en la unidad de hospitalización supuestamente uno se tropezaría con pacientes viejos conocidos de forma sistemática. Este hecho está ligado a eventos históricos en la asistencia psiquiátrica, cambios en la política sanitaria, variables como el recrudecimiento de patologías difíciles de tratar, el mal cumplimiento terapéutico, conductas violentas, seguimiento inapropiado del paciente, programas de rehabilitación inadecuados, problemas en el grupo familiar (9).

Se debe tener en cuenta, además, factores ajenos a la propia patología del paciente y que dependen de las instituciones, los médicos y los programas y centros en la comunidad (9).

Se puede definir urgencia psiquiátrica como aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de la conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia y otros elementos sociales, de modo que solicitan atención psiquiátrica urgente (10). Sin embargo y a pesar de que todos estos síntomas son de riesgo para la vida del paciente y de las personas que le rodean, el tiempo que pasa entre el inicio de los síntomas y la consulta es bastante prolongado.

En un estudio acerca del abandono de tratamiento psiquiátrico se encontró que los motivos de abandono más frecuentes incluyen sentirse mejor, atenderse en otra institución, falta de recursos, efectos adversos del medicamento, maltrato del médico tratante (11). Algunos de estos factores pueden extrapolarse como motivos de falta de consulta temprana de los pacientes a la Unidad de Intervención en Crisis.

Para mejorar el tiempo de consulta, y con ello disminuir la cantidad de reingresos, podría ser de suma importancia, establecer y difundir un flujo confiable permanente de información creíble sobre la emergencia, esfuerzos para establecer la seguridad de la

población, información sobre los esfuerzos de socorro y la ubicación de los familiares, de ser posible estableciendo acceso a comunicación con los familiares que están ausentes. (13)

La OMS recomienda ciertas estrategias en lo que ellos llaman la Fase de Reconsolidación, indicando: Organizar actividades de educación psicológica en la comunidad. Educar al público sobre la disponibilidad o las opciones de la asistencia primaria de la salud. Comenzando no antes de las cuatro semanas después de la fase aguda, educar cuidadosamente al público sobre la diferencia entre psicopatología y sufrimiento psicológico normal, evitar las sugerencias de presencia de psicopatología en amplia escala y evitar jergas y modismos que conlleven un estigma. Utilizar las formas positivas preexistentes para hacer frente a los problemas. (13) Da también mucha importancia a la educación de los maestros y líderes de la comunidad en los principales conocimientos de atención psicológica. (13) Asegurar la continuación de la medicación de los pacientes psiquiátricos que puedan no haber tenido acceso a la medicación durante la fase aguda de la emergencia. (13)

III. OBJETIVOS

General:

1. Encontrar los principales factores que influyen en el retraso de la consulta a la unidad de intervención en crisis.

Específico

1. Identificar y diferenciar los factores que sean dependientes de la institución y del paciente para modificarlos
2. Mejorar la psicoeducación dada al paciente en el momento del ingreso o egreso
3. Difundir, a través medios de comunicación la existencia y servicios que presta el hospital Nacional de Salud Mental

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo transversal y descriptivo. Se llevó a cabo durante el período marzo, 2010 - agosto, 2011; en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Hospital Nacional de Salud Mental de la Ciudad de Guatemala, y se caracteriza por la observación y registro de las causas que influyen en el tiempo que tarda la familia en llevar al paciente, aún cuando se trate de una urgencia psiquiátrica. Para esto se propone la utilización de un cuestionario diseñado por el investigador para el efecto. (Anexo 1)

4.2 Población

La población a estudiar fue familiares o acompañantes de todos los pacientes que fueron llevados a la UIC del Hospital Nacional de Salud Mental durante los meses de marzo de 2010 a agosto de 2011, con criterios para ingreso.

4.3 Universo

Familiares/acompañantes de pacientes atendidos en la UIC.

4.4 Muestra

Para la obtención de la muestra se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 pq}{B^2}$$

n = Tamaño de la muestra

Z = 1.96 para el 95% de confiabilidad, 2.56 para el 99% de confiabilidad

p = Frecuencia esperada del factor a estudiar

q = 1 – p

B = Precisión o error admitido (5%) (20)

Sin embargo, fue muy difícil obtener el dato exacto para p. Por lo tanto la selección de la muestra fue por captación durante el tiempo que duró el trabajo de campo.

4.5 Procedimiento

Se realizó el cuestionario, de forma dirigida, a uno de los familiares/acompañantes del paciente, si estaba de acuerdo en participar en el estudio. Las preguntas se leyeron a la persona, y las respuestas fueron anotadas el médico residente a cargo de la emergencia. El participante firmó un consentimiento informado, el cual estaba adjunto al cuestionario.

4.6 Criterios de inclusión

1. Familiares de pacientes que consulten a la UIC del Hospital Nacional de Salud Mental
2. Que tengan criterios para ingreso
3. Que hablen y comprendan bien el idioma Español
4. Que estén de acuerdo en participar en el estudio

4.7 Criterios de exclusión

1. Que no cumplan criterios para ingreso
2. Que no hablen o comprendan bien el idioma Español
3. Que no deseen participar en el estudio

4.8 Variables

4.8.1 Pacientes que consultan por emergencia al Hospital Nacional de Salud Mental y las razones que inciden en el tiempo que tardan en consultar

4.9 Metodología

Se utilizó la prueba de Ji cuadrada para analizar los resultados obtenidos en los cuestionarios.

4.10 Aspectos éticos

A cada persona que participó en el estudio se le explicó claramente la finalidad del mismo y ellos accedieron a participar voluntariamente, por lo anterior firmaron un consentimiento informado.

V. RESULTADOS

Para el 31 de julio del año 2011 se realizaron 158 encuestas. Los resultados se observan en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las respuestas a cada pregunta individualmente

Falta de recursos económicos	54
Vivimos muy lejos	43
No teníamos transporte	42
Paciente no quería venir, rehusaba	28
Falta de conocimiento de la enfermedad	15
No conocían	11
No me dijeron que se podía traer cualquier día y a cualquier hora	9
Lo llevé al brujo, chamán, otro lugar	8
No me dijeron que era necesario traerlo inmediatamente si no tomaba el medicamento	8
Hasta ahora empeoró	7
No me explicaron que era posible que se enfermara de nuevo	6
No podía agarrarlo/se perdió	6
El dirigente de la iglesia me dijo que no, o sugirió otra cosa	5
Falta de tiempo	5
La vez pasada lo traje igual que ahorita y no se ingresó	4
No me explicaron nada cuando vine por el la vez pasada	4
No me gusta el hospital, me da miedo	4
Vive solo, nadie lo apoya	4
No me explicaron que debe tomar el medicamento hasta que aquí nos digan que ya no	3
Familiares piensan que no sirve	3
Pensamos que se burlarían de el en el pueblo	1
Porque la vez pasada no se curó	1
Paciente se le dificulta viajar con madre	1

Fuente: Cuestionario

De las personas encuestadas, 35.44% (n=57) procedían de la Ciudad Capital, y 63.92% (n=101) de los diferentes departamentos, siendo los departamentos mas frecuentes, Escuintla (n=14, 8.86%), Jutiapa y Santa Rosa (n=11, 6.96, cada uno), Quetzaltenango (n=8, 5.06%), y Zacapa (n=7, 4.43). En la tabla 2 se puede observar la distribución por lugar de procedencia. Solamente uno de los pacientes fue procedente de El Salvador.

Tabla 2. Distribución del lugar de procedencia

Departamento	Número	%
Guatemala	56	35.44
Escuintla	14	8.86
Jutiapa	11	6.96
Santa Rosa	11	6.96
Quetzaltenango	8	5.06
Zacapa	7	4.43
Chiquimula	6	3.79
Chimaltenango	5	3.16
Jalapa	5	3.16
Sacatepéquez	5	3.16
San Marcos	5	3.16
Alta Verapaz	3	1.89
Huehuetenango	3	1.89
Sololá	3	1.89
Petén	2	1.26
El Progreso	2	1.26
Quiché	2	1.26
Retalhuleu	2	1.26
Suchitepequez	2	1.26
Totonicapán	2	1.26

Departamento	Número	%
Baja Verapaz	1	0.63
El Salvador	1	0.63

Fuente: Cuestionario

Para analizar los resultados se utilizó la prueba estadística de χ^2 , la cual se aplicó para cada una de las preguntas, esperando que la mayoría más uno respondiera sí a cada una. Como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de χ^2

Pregunta	SI	NO	χ^2 con 1 grado de libertad
Falta de recursos económicos	54	104	3.5152E-05
Vivimos muy lejos	43	115	3.9185E-09
No teníamos transporte	42	116	1.4782E-09
Paciente no quería venir, rehusaba	28	130	1.2904E-16
Falta de conocimiento de la enfermedad	15	141	2.3573E-24
No conocían	11	147	4.792E-28
No me dijeron que se podía traer cualquier día y a cualquier hora	9	149	1.3452E-29
Lo llevé al brujo, chamán, otro lugar	8	150	2.1704E-30
No me dijeron que era necesario traerlo inmediatamente si no tomaba el medicamento	8	150	2.1704E-30
Hasta ahora empeoró	7	151	3.415E-31
No me explicaron que era posible que se enfermara de nuevo	6	152	5.2398E-32
No podía agarrarlo/se perdió	6	152	5.2398E-32
El dirigente de la iglesia me dijo que no, o sugirió otra cosa	5	153	7.8401E-33
Falta de tiempo	5	153	7.8401E-33
La vez pasada lo traje igual que ahorita y no se ingresó	4	154	1.144E-33

No me explicaron nada cuando vine por el la vez pasada	4	154	1.144E-33
No me gusta el hospital, me da miedo	4	154	1.144E-33
Vive solo, nadie lo apoya	4	154	1.144E-33
No me explicaron que debe tomar el medicamento hasta que aquí nos digan que ya no	3	155	1.6277E-34
Familiares piensan que no sirve	3	155	1.6277E-34
Pensamos que se burlarían de el en el pueblo	1	157	3.0557E-36
Porque la vez pasada no se curó	1	157	3.0557E-36
Paciente se le dificulta viajar con madre	1	157	3.0557E-36

Fuente: Cuestionario

Con el fin de diferenciar los factores dependientes del paciente de los dependientes del hospital se distribuyeron como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de factores dependientes del paciente y del hospital

Factores del Paciente		Factores del Hospital	
Falta de recursos económicos	54	Falta de conocimiento de la enfermedad	15
No teníamos transporte	42	No conocían	11
Paciente no quería venir, rehusaba	28	No me dijeron que se podía traer cualquier día y a cualquier hora	9
Lo llevé al brujo, chamán, otro lugar	8	No me dijeron que era necesario traerlo inmediatamente si no tomaba el medicamento	8
Hasta ahora empeoró	7	No me explicaron que era posible que se enfermara de nuevo	6
No podía agarrarlo/se perdió	6	No me explicaron nada cuando vine por el la vez pasada	4
El dirigente de la iglesia me dijo que no , o sugirió otra cosa	5	La vez pasada lo traje igual que ahorita y no se ingresó	4
Falta de tiempo	5	No me explicaron que debe tomar el medicamento hasta que aquí nos digan que ya no	3

Vive solo, nadie lo apoya	4	Porque la vez pasada no se curó	1
Pensamos que se burlarían de el en el pueblo	1	No me gusta el hospital, me da miedo	4
Paciente se le dificulta viajar con madre	1	Familiares piensan que no sirve	3

Fuente: Cuestionario

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

De los resultados obtenidos podemos notar que la mayoría de pacientes encuestados eran provenientes del interior de la república, lo cual concuerda con que muchos de ellos refirieran que no se habían presentado al hospital antes debido a la lejanía del mismo. Así mismo es de notar que muchos de los pacientes que se presentan al hospital son de escasos recursos, lo cual no se evaluó en este estudio, pero se asume que por eso también haya sido tan frecuente la respuesta falta de recursos económicos; lo que también explica la frecuencia de la respuesta no teníamos transporte.

La encuesta realizada consta de 14 preguntas y un último inciso para otros. Sin embargo, las respuestas manifestadas en este último inciso eran tan frecuentes, que se tomó cada una individualmente. Entre estas se encuentran: paciente no quería venir/se rehusaba, no podía agarrarlo/se perdió, vive solo/nadie lo apoya, familiares piensan que no sirve, paciente se le dificulta viajar con madre. Las frecuencias de estas preguntas se puede observar en la Tabla 1.

Posteriormente se realizó la prueba estadística χ^2 con un grado de libertad para cada una de las preguntas, y se obtuvo que ninguna pregunta por si sola ni la combinación de las mismas, es razón suficiente para evitar la consulta de los pacientes.

Como se observó, los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y episodio psicótico fueron los diagnósticos mas frecuentes (Tabla 2), esto debería influir en la rapidez con que un paciente consulta a la unidad de intervención en crisis.

Aunque en este estudio no se evidenció que ninguna de las preguntas evaluadas fuese, por si sola o en combinación, razón suficiente para influir en el tiempo de consulta; se debe tomar en cuenta las respuestas individuales; por ejemplo, 54 pacientes respondieron que no consultaron antes por falta de recursos económicos.

Si separamos las preguntas en dos grupos, aquellas que son propias del paciente y aquellas que no lo son, notaríamos que muchas de las respuestas son modificables por el personal médico y paramédico del hospital (Tabla 4). Se debe tomar en cuenta esta separación, ya que esto indica la necesidad de descentralizar el servicio de Salud Mental y de educar a los pacientes de manera individual (ya que como grupo ninguna razón es significativa).

Se debe notar que la mayoría de personas que fueron encuestadas provienen del interior de la república, como lo manifiesta la Gráfica 1. Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI 2006, 51% de los guatemaltecos vive en condición de pobreza. (21) Este es un factor de suma importancia, ya que de estos se desprenden otros, y es algo que no es modificable por el hospital.

6.1 Conclusiones

6.1.1 Al analizar los resultados se concluye que, ninguno de los factores evaluados es suficiente, solo o combinado, para influir en el tiempo que el paciente tarda en consultar.

6.1.2 Uno de los factores mas frecuentes que influyen en el tiempo de consulta es la falta de recursos económicos.

6.1.3 El diagnóstico del paciente, aparentemente, no influye en el tiempo de consulta; aunque esto no se evaluó de manera directa.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 En estudios posteriores se sugiere realizar un cuestionario con pregunta abierta, puesto que cada persona puede estar influenciada por muchas variables diferentes y no una sola. Se puede dar opciones y sugerir a la persona que piense en cada una de las razones que le impiden asistir a tiempo a sus citas o a la UIC.

6.2.2 Se sugiere que en estudios posteriores se cuente con un grupo control, esto podría ser las personas que asisten puntual a sus citas, ya que si ellos refieren respuestas similares (como que les hace falta tiempo o dinero) pero aún así asisten, esto demostraría que estos factores no son importantes, tanto como los factores propios del paciente que no son modificables.

6.2.3 Se debe realizar un estudio que asocie estos factores con el diagnóstico, etnia y nivel socioeconómico, individualmente; ya que estos podrían influir en estos subgrupos de maneras distintas.

6.2.4 Se deben buscar programas de descentralización, para acercar el servicio de Salud Mental a las personas que viven en los lugares mas remotos del país.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correas, Javier. Quintero, Francisco Javier. Vega, Miguel. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 2006
2. Sánchez Elard. Urgencias Psiquiátricas. 2001.
www.medynet.com/usuarios/jraguilar/urgencia%psiquiatrica.htm
3. López Moríñigo, Javier David. Del Manicomio a la “puerta giratoria”. Elpais.com 2008.
4. López Salazar, F. Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, No 2. Argentina. 2007.
5. Chávez Flores, A. Valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Acta Médica Grupo Ángeles. Vol. 5, No. 3. Puebla. 2007.
6. Zárate, C. Ceballos, M. Contardo, M. Florenzano, R. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. Revista Chilena de neuropsiquiatría, Vol. 44, No. 3. Chile. 2006
7. Torres, J. Lara, M. Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. Salud Mental, Vol. 25, No. 6. México. 2002.
8. Hernández, D. Medicación empírica pre consulta, estudio descriptivo en el Puesto de Salud de Santa Rosa. USAC. Guatemala, 1987.
9. Linares, I. Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. Tesis de Doctorado. España 2002.
10. Amarista, F. Urgencias Psiquiátricas. Gac Méd Caracas v. 112 n. 3 Caracas. 2004
11. Velázquez, A., Sánchez Sosa, J. J., Lara, M. C. & Senties, H. El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. Revista de Psicología, 18(2), 315-340; 2000.
12. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental. 2009. <http://www.who.int>

13. OMS. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Ginebra, 2003.
http://www.who.int/mental_health/resources/mhe.pdf
14. Belart Bravo. Urgencias Psiquiátricas. Capítulo 1: Urgencia Psiquiátrica. Curso Intensivo Virtual. Formación y Actualización en Medicina Ambulatoria.
<http://www.mailxmail.com/curso-urgencias-psiquiatricas/urgencia-psiquiatrica>
15. Correas, J. Quintero, F. Vega, M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Nuevas Generaciones en Neurociencias, Formación Continuada en Psiquiatría. Editorial Elsevier. Barcelona, 2006.
http://books.google.com.gt/books?id=DRY6C57IHAAC&pg=PT14&lpg=PT14&dq=urgencia+p+siquiatica+criterios+de+ingreso&source=bl&ots=c9LS61bOd0&sig=TfDiMXCxfz4IdYMoyMLEServo_Y&hl=es&ei=ixzNStr9AtGg8AavpMzPCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#v=onepage&q=ingreso&f=false
16. Sadock, B. J. Sadock, A. Kaplan & Sadock's, Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th Edition. Editorial Lippincott, Williams & Wilkins. Estados Unidos, 2007.
17. Gómez. Hernández. Rojas. Psiquiatría Clínica; Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3^a edición. Editorial Médica Panamericana. Colombia, 2008.
18. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Editorial Médica Panamericana. España, 2004.
19. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición en español. Editorial Elsevier Masson. España, 2008.
20. Rius, F. Barón, F. Bioestadística, Métodos y Aplicaciones. Universidad de Málaga. España. <http://www.bioestadistica.uma.es/libro>
21. Barreda, C. Guatemala: crecimiento económico, pobreza y redistribución. Guatemala, 2007. <http://www.albedrio.org/htm/documentos/CarlosBarreda-001.pdf>

Anexo I

Hospital Nacional de Salud Mental - Encuesta para trabajo de investigación

“Factores condicionantes en consultas por emergencia en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Salud Mental, Guatemala 2010 - 2011

La siguiente encuesta contiene una serie de preguntas que deberán ser completadas con ayuda de la familia o acompañantes del paciente que consulte a la unidad de intervención en crisis, que tenga criterios para ingreso y que no sea primera vez que consulta

Fecha:_____ Lugar de Procedencia:_____ Motivo de consulta:_____

Fecha de última consulta:_____ Tiempo de evolución:_____

Diagnóstico: _____ Escolaridad: _____ Grupo étnico: _____

De las siguientes marque la que sea aplicable (pueden ser mas de una)/Factores que influyen en la toma de decisión para consultar el día de hoy (¿Por qué no vino antes?)

Falta de recursos económicos	
Vivimos muy lejos	
No teníamos transporte	
El dirigente de la iglesia me dijo que no, o sugirió otra cosa	
Pensamos que se burlarían de el en el pueblo	
Lo llevé al brujo/chamán/otro lugar	
Porque la vez pasada no se curó	
No me dijeron que se podía traer cualquier día y a cualquier hora	
No me dijeron que era necesario traerlo inmediatamente si no tomaba el medicamento	
No me explicaron que era posible que se enfermara de nuevo	
No me explicaron que debe tomar el medicamento hasta que aquí nos digan que ya no	

Falta de recursos económicos	
La vez pasada lo traje igual que ahorita y no hicieron nada (no se ingresó)	
No me explicaron nada cuando vine por el la vez pasada	
No me gusta el hospital me da miedo	
Otros	

La anterior encuesta ha sido llenada con mi consentimiento

Nombre: _____ Firma: _____ Parentesco con el paciente: _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Caracterización del paciente psiquiátrico por emergencia" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.