

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**INGRESOS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL
DR. CARLOS FEDERICO MORA EN EL AÑO 1978,
Y SU EPIDEMIOLOGIA**

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por:

OTTO RENE MANRIQUE SOLIS

En el acto de Investidura

de

MEDICO Y CIRUJANO

PRESENTACION

La psiquiatría contemporánea asistencial es de reciente introducción en los sistemas de Salud Pública. Nunca antes se le había dado alguna prioridad. Solo desde hace escasos 6 años se cuentan con facilidades que trabajan con metodología moderna y que al mismo tiempo han logrado introducir algunos de los conceptos de la "Antipsiquiatría".

Es por esta razón que nuestra investigación en el campo de la psiquiatría ha tropezado con tantos obstáculos.

El Dr. Otto René Manrique como requisito a su graduación, me parece ha intentado salvar uno de esos obstáculos al investigar la población hospitalizada en el Hospital de Salud Mental Dr. Carlos Federico Mora, en el Programa de Estancia Breve, continuando así los esfuerzos que a la fecha otros investigadores han iniciado.

La tarea fue difícil y laboriosa pero el Dr. Otto Manrique supo culminarla.

Esperamos esta tarea sirva de base y estímulo para futuras investigaciones ya que el material investigado puede sernos útil.

Dr. Romeo Lucas Medina

ASESOR

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. JUSTIFICACION
- III. ANTECEDENTES
- IV. BREVE BOSQUEJO DE LA HISTORIA DE LA
PSIQUIATRIA EN GUATEMALA
- V. HIPOTESIS
- VI. DEFINICION
- VII. OBJETIVOS
- VIII. MATERIAL Y METODOS
- IX. DESARROLLO
- X. PRESENTACION DE RESULTADOS
- XI. ANALISIS DE RESULTADOS
- XII. CONCLUSIONES
- XIII. INTERPRETACION
- XIV. RECOMENDACIONES
- XV. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Psiquiatría, siendo la más joven de las ciencias médicas mayores y más que una ciencia un arte dedicada al estudio de las manifestaciones y funcionamiento de la personalidad y por ende al tratamiento de sus perturbaciones, encuentra en el paso de su trayectoria, a la epidemiología que es el estudio de las enfermedades y otras características sanitarias de las poblaciones.

Puesto que hay razones para pensar que las enfermedades mentales obedecen a múltiples causas, es evidente la necesidad de estudiar el problema con una vasta perspectiva. Uno de los sectores en los cuales esa perspectiva puede ser fructífera es el de la epidemiología de las enfermedades mentales.

La Epidemiología se vale de diagnósticos firmes para reforzarlos, más precisamente, la frecuencia sistematizada viene a ser un material útil que se presenta al alcance del psiquiatra investigador.

Al estudiar algunos de los datos epidemiológicos en el Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora" durante el año de 1978, tratamos de poner la información a la disposición del especialista, del académico versado o de todo aquel que tenga la inquietud y el deseo de conocer la dinámica de la patología psiquiátrica que nos rodea, dando nuestro aporte al estudio de la conducta del guatemalteco.

JUSTIFICACION

La realización del presente trabajo fue llevada a cabo, luego de la documentación pertinente, al observar la escasa bibliografía que existe en nuestro medio guatemalteco de un tema que reviste tal importancia, como lo es el estudio epidemiológico de la enfermedad mental en Guatemala.

La idea fue originalmente dada por el Dr. Romeo Lucas Medina, asesor de la presente tesis, quien prestó su colaboración incondicional para que la misma llegara a la meta que nos habíamos trazado: la obtención de información actualizada y fidedigna sobre el tema, para que en el futuro pueda ser utilizado para crear nuestras estadísticas.

La sugerencia fue bien recibida por el autor, quien por estar consciente de la precaria información con que contamos actualmente y de la necesidad de que esta exista en forma amplia, halló motivos valederos para que se generara el impulso de emprender la labor de investigación actualizadora. Esta tarea logró llegar al objetivo por la colaboración del personal del departamento de estadística y registros médicos del Hospital, quienes colaboraron arduamente.

ANTECEDENTES

Al investigar y revisar la literatura sobre trabajos anteriores sobre la Epidemiología Psiquiátrica podemos decir que en el medio guatemalteco son escasos; por otro lado en el extranjero se cuenta con alguna información que detallamos a continuación.

El Dr. Armando Amaya presentó en 1956 la tesis titulada "Evolución de los tratamientos psiquiátricos en Guatemala" de marzo de 1890 a 1955. En dicho trabajo se revisan exclusivamente los tratamientos aplicados en aquella época y luego los cambios que se han ido operando paulatinamente a través del tiempo en el terreno terapéutico.

En 1954 The American Journal of Psychiatry, publicó el artículo "The Epidemiologic study of Mental Illness and Mental Health", en el cual se hace la comparación entre salud y enfermedad mental.

En 1956 se trató de establecer una pauta metodológica aplicable a las investigaciones de esta esfera y el primer fruto de ese esfuerzo fue la obra del profesor D. D. Reid, "Epidemiological Methods in the Study of Mental Disorders" en el cual se trata el problema de los trastornos mentales desde el punto de vista de la Epidemiología general. Este trabajo sirvió de base a las conclusiones del comité de Expertos en Salud Mental de la O.M.S.

En 1960 la O.M.S. publicó el Octavo informe del Comité de Expertos en Salud Mental sobre "Epidemiología de los Trastornos Mentales", en el cual se definen los objetivos prácticos que, con una metodología apropiada, pueden alcanzarse en este terreno y la importancia para la planificación del trabajo y para la organización de las actividades preventivas basadas en datos precisos y ciertos.

En 1964 el Profesor Tsung-yi Lin, publicó su volumen "Importancia de los Métodos Epidemiológicos en Psiquiatría" en el cual insiste principalmente en los aspectos psiquiátricos. Utiliza como instrumento las estadísticas sobre los trastornos mentales, tanto por su valor intrínseco como por la influencia que pueden tener con relación a las teorías sobre la etiología de los trastornos mentales. Señala las lagunas que pueden y que deben llenarse, gracias al empleo de los métodos epidemiológicos.

BREVE BOSQUEJO DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA EN GUATEMALA

La introducción de la psiquiatría en Guatemala como disciplina científica moderna, es un hecho acontecido recientemente y data de la fundación del "Asilo de Dementes" el 10 de Marzo de 1890; anteriormente los pacientes con trastornos mentales eran internados en las cárceles del país como medio de contención a sus accesos "maniacos", para alivio de la familia y resguardo de la sociedad. El Asilo fue creado por la iniciativa y con el aporte económico y moral de algunas familias que fueron mecenas de la beneficencia pública y el Asilo funcionaba, desde su fundación como una dependencia del Hospital General; el edificio original estaba calculado para 100 enfermos, distribuidos en 2 departamentos, departamento de hombres y departamento de mujeres; en 1895 se fundó el pensionado de mujeres y en 1900 se fundó el pensionado de hombres, contando en esa fecha con 60 pacientes hombres y 40 mujeres.

Los terremotos de 1917-18 destruyeron el edificio, el cual desde su fundación contaba con celdas cuyo objetivo consistía en recluir a los enfermos extremadamente agitados, así como para los reos con grandes delirios.

Antiguamente el tratamiento hospitalario de los pacientes se encontraba a cargo de los médicos autodidactas en Psiquiatría Dr. José Azurdia y Dr. José Manrique. Los enfermos ingresaban directamente de los servicios de asistencia común, enviados por el servicio de admisión del Hospital general; los pacientes no eran clasificados, sino únicamente se diferenciaban entre agitados, pasivos y degenerados.

En los primeros tratamientos se utilizó el Opio en todas sus formas, posteriormente se usó el Hidrato de Cloral como sedante, en forma de enemas para la agitación; los Bromuros se usaron en los

pacientes epilépticos, la Histicina, la Morfina y el Veronal se empleó como terapéutica para los agitados.

En 1920 el Dr. Carlos Federico Mora, Pionero de la Psiquiatría en el país, fue a diferentes centros docentes tanto de los Estados Unidos como de Europa y trajo a Guatemala muchas ideas e inquietudes del campo Psiquiátrico de la época, tratando de difundir conocimientos, de mejorar el estado del Asilo y de instituir otros métodos de tratamiento. Fue así como se inició la primera cátedra de Psiquiatría en la Escuela de Medicina en 1931 y la cátedra de Medicina Forense y de Higiene Psíquica. Fungió como director del Asilo y fue fundador de varias instituciones de servicio público como el "Centro de Salud Mental", el "Patronato Anti-alcohólico", la "Universidad Popular" y la "Liga de Higiene Mental".

En 1923 se principiaron a usar como métodos de tratamiento el Absceso de Fijación, la Hidroterapia, los Barbitúricos, la Camisa de Fuerza, la Sugestión Hipnótica, la Malarioterapia y el Cardiazol.

El Absceso de Fijación consistía en inyectar esencia de trementina, cuyo fin era exaltar las defensas, formar abscesos, producir dolor y fiebre. La Hidroterapia consistía en baños de agua fría y caliente alternos.

Los barbitúricos vinieron a favorecer grandemente el tratamiento de la Epilepsia, utilizándose en forma intravenosa o intrarquídea.

La Sugestión Hipnótica fue el tratamiento puesto en práctica por el Dr. Carlos Federico Mora.

En la Malarioterapia se extraía sangre de un paciente con paludismo y luego se inyectaba por vía intramuscular para provocar

accesos febriles; posteriormente se le daba tratamiento antipalúdico.

El Cardiazol producía en los pacientes crisis epileptiformes para luego dejarlos calmados.

La Camisa de Fuerza se usó poco tiempo y por observar que era más perjudicial que beneficiosa fue abandonada.

En 1931 se comienza la nueva reedificación del Asilo.

En 1938 se modifican los métodos terapéuticos con la Inductotermia (Aparato de Fiebre Artificial) y el Electro-shock, viniendo a revolucionar todos los tratamientos y dando magníficos resultados.

El 10 de octubre de 1943 se realiza exitosamente el primer Electroencefalograma.

En 1945 se independiza el Asilo de Dementes del Hospital General, elevándose a la categoría de Hospital formal y recibiendo el nombre de "Hospital Neuropsiquiátrico".

En 1948 llega a Guatemala el Dr. Travarnier quien practica una Leucotomía; el año siguiente 1949 se realiza en el Hospital la primera Leucotomía transorbitaria, siendo éste uno de los tratamientos de la década de los 50. Al igual que el tratamiento de Sakel (Insulinoterapia), se continuaba utilizando el Electroshock, la inductotermia y la terapia medicamentosa.

En 1960 el Hospital fue consumido por un pavoroso incendio donde perecieron más de un centenar de pacientes, por lo que se trasladó a un edificio en construcción que era parte del plan de ensanchamiento del Hospital Antituberculoso, local en que aún permanece.

En el año de 1961 la Facultad de Medicina aprobó la creación de un departamento de Psiquiatría. En 1962 se dio la primera cátedra de Psiquiatría Infantil en el currículum de pediatría.

En el año de 1966 fue fundada como dependencia del Ministerio de Salud Pública la Dirección General de Salud Mental, pero solo duró seis meses. En 1967 la dirección General de Salud Pública creó el Servicio de Salud Mental y hacia 1969 pasó a ser el Departamento de Salud Mental que con categoría de Departamento normativo, planifica, programa, asesora y supervisa las actividades de psiquiatría y Salud Mental.

En 1971 son fundadas dos nuevas sociedades, la Asociación Guatemalteca de Psiquiatría y Psicología Clínica, y la Asociación Pro-rehabilitación del retrasado mental que tiene carácter nacional.

El Hospital Neuropsiquiátrico ha ido cambiando tanto sus funciones como centro, como sus métodos terapéuticos; pero, a pesar de ello todavía los pacientes permanecen en los servicios por tiempos prolongados, la mayor parte del tiempo la pasan ociosos sin tener una ocupación provechosa y aunque en menor escala aún se sigue utilizando el electroshock; siendo estas condiciones desfavorables para lograr una rehabilitación completa de los enfermos.

En 1972 un nuevo Hospital abrió sus puertas, funcionaría como un centro comunitario de Salud Mental cuyo énfasis estaría en el contacto con la comunidad y tendría una Consulta Externa bien implementada, con mayor énfasis en el tratamiento ambulatorio. La hospitalización sería breve, con un máximo de 60 días y excepcionalmente de 90 días. Se abriría un Hospital Diurno.

A la fecha el Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora", mantiene un sistema de tratamiento altamente humanizante. La nueva modalidad del tratamiento no incluye el Electroshock

dentro de su terapéutica.

Como parte del tratamiento se encuentra la terapia de grupo, la terapia familiar y la terapia ocupacional, tratando de mantener al paciente en contacto con la comunidad, utilizando su tiempo y evitando lo menos posible su aislamiento.

HIPOTESIS

"La hospitalización del paciente del Hospital Dr. Carlos Federico Mora, es breve y en su mayoría no excede los 60 días".

HIPOTESIS SECUNDARIAS

1. *La mayoría de los pacientes ingresan en horas hábiles.*
2. *No hay variación en el número de ingresos durante los meses del año.*
3. *La población hospitalaria en su mayoría son menores de 30 años.*
4. *Los ingresos en su mayoría corresponden al sexo femenino.*
5. *Los ingresos en su mayoría proceden de la capital.*
6. *Los ingresos de la capital proceden de las zonas vecinas al hospital, principalmente la 6 y 18.*
7. *Los ingresos son en su mayoría solteros.*
8. *Los ingresos en su mayoría no tiene ocupación.*
9. *Los pacientes re-ingresan en un 50 o/o.*

DEFINICION

En el presente trabajo, se estudiaron los ingresos en el Hospital de Salud Mental Dr. Carlos Federico Mora, durante 1978, en el programa de hospitalización de Estancia Breve, entendiéndose

este como el que alberga al paciente por un tiempo máximo de 90 días.

OBJETIVOS

1. *Contribuir al conocimiento de la disciplina Psiquiátrica en Guatemala.*
2. *Conocer la Epidemiología y sus métodos de estudio.*
3. *Conocer algunos datos epidemiológicos de la psiquiatría de Guatemala.*
4. *Conocer las variables en los ingresos en el Hospital de Salud Mental Dr. Carlos Federico Mora en 1978, en los servicios de Estancia Breve.*
5. *Conocer que variables fueron más frecuentes con relación a: Edad, Sexo, Estado Civil, Procedencia y Ocupación.*
6. *Conocer el diagnóstico más frecuente y la variación entre impresión diagnóstica y el diagnóstico final.*
7. *Conocer los tratamientos usados, el tiempo de estancia, la situación socioeconómica, la religión y la frecuencia con que re-ingresan los pacientes.*
8. *Conocer la Historia de la Psiquiatría en Guatemala.*
9. *Fomentar la investigación en los Profesionales de la Psiquiatría y ciencias afines.*
10. *Saber en qué consiste el Programa de Hospitalización de Estancia Breve.*

MATERIAL Y METODOS

A-1 Recursos Humanos:

- a. *Dr. Romeo Lucas Medina. Asesor.*
- b. *Dr. Enrique Morales Chinchilla, Revisor.*
- c. *Personal del departamento de Estadística y Registros médicos y archivo del Hospital para Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora".*

A-2 Recursos Físicos:

- a. *Sección de Estadística y Archivo del Hospital.*
- b. *Fichas clínicas de pacientes ingresados en 1978.*
- c. *Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.*
- d. *Biblioteca del INCAP.*
- e. *Biblioteca de la OMS y OPS.*
- f. *Biblioteca del Departamento de Salud Mental.*
- g. *Utiles de escritorio y oficina.*
- h. *Hojas de tabulación de datos.*

B. Método:

- a. *Se hizo uso del Departamento de Estadística y Archivo del Hospital para revisar 436 papeletas que corresponden a los ingresos de pacientes a los servicios de estancia breve del Hospital "Dr. Carlos Federico Mora" durante 1978.*
- b. *La revisión de papeletas se hizo por el método retrospectivo evaluando los siguientes aspectos: Datos Generales (edad, sexo, estado civil, procedencia, ocupación, religión), impresión Diagnóstica, tratamiento, Diagnóstico Final, Tiempo de hospitalización, Situación Económica y Fre-*

cuencia de Reíngreso.

- c. *Luego de recabar los datos, se tabularon para su análisis e interpretación, conclusiones y recomendaciones.*
- d. *Se elaboró una lista de la Bibliografía consultada para el estudio.*

DESARROLLO

Durante los últimos decenios la psiquiatría ha hecho notables progresos; una mayor confianza en la terapéutica ha sustituido el pesimismo de otros tiempos; la importancia y frecuencia de nuevas publicaciones, la mejoría de los medios de tratamiento y los progresos en la enseñanza demuestran claramente su evolución.

No se sabe aún con certeza si la enfermedad mental puede describirse y estudiarse como un todo o si comprende varios trastornos específicamente distintos unos de otros. Una dificultad es la de la imposibilidad de expresar cuantitativamente las manifestaciones inherentes a los trastornos mentales; es difícil medir el grado de gravedad de esos trastornos y determinar exactamente su aparición y duración, debido al carácter subjetivo de las mismas.

Definición y Propósitos de la Epidemiología

La epidemiología se define como el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en poblaciones.

Tiene tres propósitos principales:

1. *Describir la distribución y magnitud de los problemas de salud en las poblaciones humanas.*
2. *Proporcionar los datos esenciales para la planificación, ejecución y evaluación de los servicios preventivos, de control y tratamiento de las enfermedades.*
3. *Hacer estudios experimentales o de intervención que se*

ocupan de medir el efecto en una población, de programas para el control de las influencias ambientales consideradas nocivas y de introducir de manera dirigida servicios preventivos, curativos o correctivos.

Las técnicas epidemiológicas se apoyan en gran parte en métodos Bio-estadísticos. Al igual que la medicina clínica la epidemiología hace uso de una gran variedad de observaciones, de mediciones y de estandarización de los métodos.

Contribución a los conocimientos médicos

Los estudios epidemiológicos aportan una valiosa contribución a nuestro conocimiento de las enfermedades mentales, confirmando condiciones patológicas sospechadas y revelando patologías aparentemente inexistentes.

Las observaciones epidemiológicas con frecuencia revelan relaciones de significado etiológico incierto o no específico; estas desempeñan una importante función en la investigación médica, ya que a menudo sugieren hipótesis etiológicas que conducen a provechosos estudios, tanto analíticos como experimentales, así como a medidas de control más eficaces.

Aplicación de los métodos epidemiológicos en psiquiatría

Posibles aplicaciones:

Las técnicas epidemiológicas en Psiquiatría son aplicables a dos finalidades distintas, aunque relacionadas en cierto modo. Las primeras son las que podríamos llamar Investigaciones de Organización: éstas se hacen sobre las enfermedades tratadas y no tratadas de una determinada colectividad, y proporcionar datos que son indispensables para organizar en debida forma los servicios

psiquiátricos. Las segundas, en la esfera clínica, permiten descubrir ciertas características de las poblaciones humanas relacionadas con las costumbres, organización social y el ambiente, capaces de influir sobre la aparición o desarrollo de trastornos mentales y así mismo evaluar la importancia de cada una de ellas en la estructura etiológica de esas enfermedades.

Es preciso que los administradores sanitarios cuenten con una estimación de las necesidades presentes y futuras a que hayan que responder los servicios psiquiátricos. Estas necesidades varían según las condiciones geográficas, la organización social, la edad y la estructura de las distintas poblaciones. Es preciso también que estudien la eficacia funcional de los servicios psiquiátricos existentes o proyectados en relación con esas necesidades. Las técnicas epidemiológicas constituyen en ese sentido un instrumento indispensable para evaluar la prevalencia y la incidencia de los trastornos mentales en determinados grupos de población; el uso que la población haga de los servicios existentes y las probables consecuencias que sobre ese uso hayan de tener las modificaciones que se proyecte introducir en la organización actual. Es evidente la utilidad de estos métodos en las zonas donde los servicios psiquiátricos son escasos en número y en variedad; pero su importancia es también grande en los países que ya poseen una organización de asistencia psiquiátrica más o menos floreciente, toda vez que para adaptarse a los avances de la psiquiatría hay que modificar intensamente la estructura de los servicios, tanto en lo que se refiere al personal como a la organización material.

La misión de la epidemiología en la investigación clínica consiste en descubrir indicios relativos a la etiología de la enfermedad. El estudio comparativo de los antecedentes patológicos de los distintos grupos de población, clasificados con arreglo a diversos factores (tiempo, espacio, sexo, edad, profesión, situación social, etc.) permitirá descubrir los contrastes existentes entre grupos que, semejantes en muchos aspectos, solo difieren en uno o dos de ellos. De este modo

es posible averiguar cuáles son los factores etiológicos que podrían explicar la susceptibilidad específica a ciertas enfermedades o a sus distintas formas clínicas. Tan pronto como el hombre sea capaz de modificar esos factores podrán ensayarse en la clínica métodos para luchar contra la enfermedad, basados en esas teorías etiológicas y patogenéticas. La experiencia reunida gracias a la investigación epidemiológica da razones para creer que, aplicados a la psiquiatría, esos métodos podrían ser fructíferos.

Problemas Planteados

Los trastornos mentales difieren en cierto modo de las demás enfermedades y el estudio epidemiológico plantea, por lo tanto, una serie de problemas especiales. Uno de ellos es que en la etiología y manifestaciones de muchas enfermedades psiquiátricas intervienen factores individuales que por pertenecer a la esfera de los valores, por ejemplo, no pueden ser objeto de una exacta nominación cuantitativa. Sin embargo, todos los trastornos psiquiátricos presentan al mismo tiempo aspectos generales e indiscutiblemente mensurables y suelen ser los más importantes en cuanto a la interpretación del diagnóstico; esta circunstancia permite prescindir, al menos desde el punto de vista sanitario, de los factores estrictamente individuales.

Un problema más importante es el carácter esencialmente multifactorial, mucho más marcado que en la mayoría de las demás enfermedades, de la etiología de los trastornos mentales. Pocas ramas de la medicina presentan una interacción tan variada de factores genéticos, sociales, fisiológicos y psicológicos en el orden de evolución de la enfermedad, como la psiquiatría. No deben de sorprendernos las discordancias de diagnóstico que se observan entre distintos países y escuelas. En muchos sitios se tiende a basar los diagnósticos en teorías que permitan dar una interpretación genética o psicodinámica de la etiología y de la patogenia, y no en los

caracteres descriptibles del proceso. A veces, la confusa situación originada resulta aún más oscura por la tendencia a dar a los términos técnicos distintos significados que respondan a la teoría preferida.

Por otra parte son grandes las diferencias sociales y culturales que se observan en los distintos medios acerca de lo que debe entenderse por anormalidad psíquica y sobre el tratamiento de esa anormalidad. Estos conceptos dependen de las actitudes colectivas ante el comportamiento anómalo, de las opiniones que predominen sobre la utilidad de la asistencia psiquiátrica y de los servicios que pueda efectivamente prestar su asistencia. Recientes estudios han demostrado, además, que el medio social propio del psiquiatra puede influir sobre las expresiones diagnósticas utilizadas en el caso de enfermos pertenecientes a una clase distinta de la suya. Por otra parte, en el diagnóstico de las enfermedades mentales el psiquiatra usará diferente léxico ya sea que trabaje en los hospitales o que ejerza privadamente; análogamente ocurren estas diferencias entre psiquiatras y los médicos generales o dedicados a otra especialidad.

Conviene señalar, por último, que son infinitas las variaciones que pueden observarse en el carácter y en las desviaciones de la conducta del hombre, las hay desde una psicosis grave a las leves alteraciones de la personalidad, que para muchos caen fuera del campo de la psiquiatría. En los trastornos no psicóticos sobre todo, surge muchas veces la duda de si el conocimiento de los factores que contribuyen a la salud mental no será más importante que el de las posibles causas de la enfermedad mental. Siendo éste un problema hasta ahora muy poco estudiado, es preciso reconocer que la epidemiología de los trastornos mentales carece con demasiada frecuencia de ese complemento que algunos han denominado, con discutible propiedad, "epidemiología de la salud mental".

Epidemiología y clasificación psiquiátrica

Uno de los requisitos fundamentales de la epidemiología es la

existencia de un sistema aceptado de clasificación estadística que permita compararse sin temor a equivocaciones los datos obtenidos por distintos investigadores. Antiguamente la falta de una clasificación única de los trastornos mentales había hecho fracasar repetidamente las tentativas realizadas para comparar las observaciones psiquiátricas y los resultados terapéuticos conseguidos en distintos países e incluso en distintos centros de un mismo país.

La finalidad de una nomenclatura de enfermedades consiste en disponer de una lista de términos que describan los estados patológicos con la mayor claridad y amplitud posibles. Por lo tanto, ha de ser extensa y sin limitaciones de alcance y de detalle a fin de que puedan registrarse las enfermedades en sus muchas variantes, situación que se vino a aliviar cuando en 1968 se presentó la clasificación de las enfermedades psiquiátricas, aprobada por la O.M.S. y adoptada oficialmente por la Asociación Psiquiátrica Americana y publicada en la 2a. edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

Otro de los obstáculos que dificultan el establecimiento de una clasificación única es que los psiquiatras tienden a individualizar sus diagnósticos y en consecuencia se resisten a cualquier sistema que parezca obligarles a generalizarlos. Esa actitud es injustificada, ya que las clasificaciones estadísticas, aparte que pueden ser provisionales y fundarse en definiciones para fines concretos de trabajo, solo se suelen emplear como instrumento de comunicación.

Aplicación de los métodos epidemiológicos en las investigaciones sobre organización de los trabajos

Análisis de los Registros de los Hospitales:

Las cifras de los ingresos en los hospitales son de primera importancia para determinar las necesidades de asistencia psiquiá-

trica y darse cuenta del funcionamiento del hospital como unidad terapéutica al servicio de una colectividad. Por desgracia, la recopilación y el registro de esos datos no siempre se hacen del modo más apropiado. Existen, sin embargo, diversos procedimientos para corregir los errores más llamativos y aumentar así la utilidad de esos datos para las investigaciones.

El análisis de la relación existente entre los datos de ingreso en los hospitales y el sector de la población a que pertenecen los admitidos, es una operación muy útil para determinar las posibilidades de ingreso en función de la Edad, el Sexo, o el Lugar de residencia. El estudio del material, sin embargo, puede hacerse mediante otras técnicas de análisis habitualmente empleadas en los trabajos de encuesta. Por ejemplo, la reincidencia del ingreso en el hospital constituye un aspecto de experiencia individual digna de estudio estadístico. Siempre que el sistema de registro empleado permita averiguar la frecuencia de ingresos en el hospital o de episodios agudos en el curso de un proceso psiquiátrico crónico en la historia de un mismo enfermo y durante un determinado período de tiempo; sería conveniente identificar a los individuos anormalmente predispuestos a esas recaídas y averiguar las características de su ambiente personal o social que les distinguen del resto de la colectividad.

A continuación se explican algunos de los rubros que fueron objeto de la investigación.

Datos de Morbilidad:

En los estudios epidemiológicos destinados a elucidar la estructura etiológica y la evolución de los trastornos mentales, el investigador trata de establecer una relación entre la incidencia de los fenómenos patológicos y las situaciones o acontecimientos de posible significación causal. El análisis de los datos extraídos de los registros obtenidos gracias a encuestas especiales, da una imagen de la distribu-

ción de cada trastorno en relación con diversos factores variables según los grupos: edad, sexo, profesión, situación social, etc.

Se considera que aparte de la fidelidad y la precisión de los datos y resultados que con ellos se obtengan, esas investigaciones contribuyen a establecer relaciones muy útiles en la población local.

Situación social:

La correlación de ciertos factores físicos como la premadurez, la carencia alimentaria y la sífilis con los trastornos mentales es más frecuente en los grupos socio-económicos inferiores que en los superiores. Quizás ello explica las diferencias que se señalan en la distribución de ciertas enfermedades mentales con arreglo a las clases sociales. Se ha observado a menudo que la esquizofrenia está ligada a una situación económica inferior (Holling-shead & Redlich, 1958) estos autores, en New Haven, en censo de los enfermos tratados durante un período de seis meses ha demostrado que la frecuencia de la Esquizofrenia era 11 veces mayor en la clase social V que en la I (Los autores no especifican en que se diferencian las clases que van de I a V). En Inglaterra y Gales, Brooke en 1960 comprobó que de 1949 a 1953, los índices de primeras admisiones en el hospital, concernientes a hombres solteros de más de 20 años oscilaban entre 16.4 por 10,00 en la clase I y 68.0 por 10,000 en la clase V, mientras que los correspondientes a hombres no solteros era respectivamente de 2,32 y 7,99.

Al interpretar esas observaciones hay que tener en cuenta diversas posibilidades. Cuando los datos proceden de los registros de hospital, pueden indicar simplemente que las personas de clase baja tienen más posibilidades de ser hospitalizadas, aunque en las afecciones maniaco-depresivas los índices de hospitalización varían mucho menos en función de la clase social. ¿Hay acaso tendencia a formular con más frecuencia el diagnóstico de esquizofrenia en las

clases inferiores y el de afecciones maniaco-depresivas en las superiores? Hollingshead & Redlich en 1958 y Kahn, Pollack & Finck en 1959, han señalado que enfermos con síntomas análogos son a veces objeto de diagnósticos diferentes según la clase social a que pertenecen. Los primeros dos autores en 1954 demostraron que los esquizofrénicos pertenecientes a la clase media antes de su enfermedad tienden a subir, más que a descender en la escala social.

Profesión:

Ødegaard en 1956 examinó la hipótesis de la selección social en varios medios distintos y demostró que en Noruega los índices de admisión en los hospitales varían considerablemente según la clase social. Los más altos corresponden a las profesiones de menor prestigio social, lo que parece indicar que los individuos menos sanos son los que aceptan los empleos menos solicitados.

Según Broock, ello puede ser debido a que dichas profesiones proporcionan una ocupación temporal adecuada para las personas inestables.

Estado Civil:

Ødegaard (1953) hizo estudios sobre la hipótesis de la selección en relación con la preponderancia de los solteros entre los enfermos admitidos en los hospitales psiquiátricos, y los estudios hechos por Broock y apuntados en la Situación Social, han llegado a la conclusión de que se practica una selección por el matrimonio y, que el celibato no es causa de enfermedad mental sino más bien consecuencia de caracteres morbosos preexistentes. Aunque esta cifra pueda ser cierta en el caso de los esquizofrénicos y de los que caen enfermos bastante jóvenes, es menos convincente cuando la enfermedad aparece a una edad más avanzada. En el Reino Unido los solteros representan el 12.6o/o de la población total de 65 años o más, pero constituyen

el 55.40/o de los enfermos de ese grupo de edad admitidos en los hospitales (1960). La influencia directa del celibato sobre la aparición de la enfermedad mental en las personas de edad está confirmada por la observación de Gruenberg (1954) de que los índices de hospitalización por trastornos seniles son más altos en las regiones donde un gran porcentaje de los habitantes viven solos. (Podría ser esto únicamente una coincidencia fortuita, pues se ignora si los psicóticos hospitalizados habían vivido solos).

Vida Urbana y Rural:

Analizando los índices de hospitalización por psicosis senil en Siracusa (E.E.U.U.) Gruenberg y cols. (1955) comprobaron que eran bastante más altos en los distritos urbanos que en las zonas rurales del condado. Incluso en éstas eran más altos en las aldeas que en el campo.

En su encuesta sobre Taiwan (1953) Lin observó también diferencias entre la ciudad y el campo, con una mayor proporción de esquizofrénicos y de neuróticos en el centro de las ciudades y aldeas, y de epilépticos y débiles mentales en las zonas periféricas. Podría explicarse el hecho porque los epilépticos y los débiles mentales o sus familias (cuyo patrimonio genético es a menudo deficiente) encontrarán en esas zonas ocupaciones más acordes a sus aptitudes o condiciones de vida.

Existe otra disparidad interesante entre la ciudad y el campo en lo que se refiere a la distribución de los alcohólicos según el sexo. Parr (1957) hizo una encuesta en Inglaterra y en el país de Gales. Mientras que en el conjunto de la población, la relación entre hombres y mujeres alcohólicos era de 2,2: 1, ascendía a 5: 1 en las zonas rurales.

Evaluación de los Resultados de Tratamiento:

Los nuevos métodos de tratamiento, en particular el empleo de medicamentos neurolépticos, plantea al epidemiólogo el problema de determinar el efecto que pueden tener sobre la evolución de los trastornos mentales en diferentes condiciones sociales, culturales y económicas. Elkes (1961) describe lo siguiente: "Aunque esos efectos (farmacoterapéuticos) se hayan observado con regularidad, los ingentes problemas metodológicos que plantean todavía distan mucho de estar resueltos. El rigor en la evaluación de los resultados de tratamiento de un trastorno de conducta presupone el rigor en la descripción y la especificación del estado morboso y de la interdependencia entre dicho estado y el medio social en que se produce".

Los informes sobre los resultados obtenidos con la psicoterapia varían desde el escepticismo hasta el entusiasmo y es difícil su evaluación estadística. Se han hecho algunos estudios al respecto. Siguiendo la evolución de 24 enfermos tratados con el método psicoanalítico, Knight (1941) observó los siguientes resultados: estado satisfactorio 4, mejoría muy apreciable 13, mejoría leve 4, estado estacionario o agravación 3.

La falta de una diferencia estadísticamente demostrada entre las poblaciones tratadas y las no tratadas no significa necesariamente que la psicoterapia sea ineficaz. Podría suceder que la psicoterapia atenuase los síntomas en los enfermos más graves y agravase el estado de los que hubieran hecho progresos sin tratamiento.

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación presentamos los datos obtenidos durante la investigación, con las variables que se utilizaron en el estudio de los ingresos durante 1978, en los servicios del programa de Hospitalización de Estancia Breve.

Cuadro No. 1

INGRESOS EN HORAS HABILES

Ingresos en horas hábiles	370	84.86o/o
Ingresos en horas no hábiles	<u>66</u>	<u>15.13o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 2

INGRESOS POR MES

Enero	53	12.15o/o
Febrero	33	7.56o/o
Marzo	33	7.56o/o
Abril	36	8.25o/o
Mayo	41	9.40o/o
Junio	23	5.27o/o
Julio	34	7.79o/o
Agosto	43	9.86o/o
Septiembre	34	7.79o/o
Octubre	32	7.33o/o
Noviembre	44	10.09o/o
Diciembre	<u>30</u>	<u>6.88o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 3

INGRESOS CON RELACION A LA EDAD

14 - 19 años	93	21.33o/o
20 - 25	122	27.98o/o
26 - 31	87	19.95o/o
32 - 37	52	11.92o/o
38 - 43	37	8.48o/o
44 - 49	18	4.12o/o
50 - 55	11	2.52o/o
56 - 61	10	2.29o/o
62 - 67	3	0.68o/o
68 - 73	2	0.45o/o
74 - 79	<u>1</u>	<u>0.22o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 4

INGRESOS CON RELACION AL SEXO

Masculino	223	51.14o/o
Femenino	<u>213</u>	<u>48.85o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 5

INGRESOS Y SU PROCEDENCIA

Capital	285	65.36o/o
Departamentos	150	34.40o/o
Sin identificación	<u>1</u>	<u>0.22o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 6

INGRESOS DE LA CAPITAL

Zona 6	33	7.56o/o
Zona 1	27	6.19o/o
Zona 11	25	5.73o/o
Zona 7	25	5.73o/o
Zona 3	24	5.50o/o
Zona 5	24	5.50o/o
Zona 18	24	5.50o/o
Zona 19	17	3.89o/o
Zona 2	12	2.75o/o
Zona 12	11	2.52o/o
Zona 13	11	2.52o/o
Villa Canales	8	1.83o/o
Zona 8	7	1.60o/o
Zona 15	7	1.60o/o
Villa Nueva	5	1.14o/o
Fraijanes	5	1.14o/o
Zona 4	3	0.68o/o
Zona 14	3	0.68o/o
Amatitlán	3	0.68o/o
Zona 21	3	0.68o/o
Zona 10	2	0.45o/o
Mixco	2	0.45o/o
Zona 9	2	0.45o/o
Zona 17	1	0.22o/o
San José Pinula	1	0.45o/o
Santa Catarina Pinula	1	0.45o/o
Total	285	65.38o/o

Cuadro No. 7

INGRESOS POR DEPARTAMENTOS

Jutiapa	20	4.58o/o
Quetzaltenango	15	3.44o/o
Izabal	13	2.98o/o
San Marcos	10	2.29o/o
Baja Verapaz	9	2.06o/o
Escuintla	9	2.06o/o
El Progreso	9	2.06o/o
El Quiché	9	2.06o/o
Chimaltenango	9	2.06o/o
Santa Rosa	7	1.60o/o
Jalapa	6	1.37o/o
Suchitepéquez	6	1.37o/o
Alta Verapaz	5	1.14o/o
Petén	4	0.91o/o
Retalhuleu	4	0.91o/o
Sacatepéquez	4	0.91o/o
Zacapa	4	0.91o/o
Sololá	3	0.68o/o
Chiquimula	2	0.45o/o
Belice	1	0.22o/o
Huehuetenango	1	0.22o/o
Total	150	34.40o/o

Cuadro No. 8

INGRESOS Y SU ESTADO CIVIL

Soltero	308	70.64o/o
Casado	64	14.67o/o
Unido	39	8.94o/o
Viudo	13	2.98o/o
Separado	8	1.83o/o
Divorciado	3	0.68o/o
Sin identificación	<u>1</u>	<u>0.22o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 9

INGRESOS EN RELACION A SU OCUPACION

Oficios Domésticos	136	31.19o/o
Ninguna Ocupación	87	19.95o/o
Estudiante	56	12.84o/o
Agricultor	41	9.40o/o
Maestro	13	3.98o/o
Secretaria	9	2.06o/o
Obrero	9	2.06o/o
Automovilista	7	1.60o/o
Carpintero	6	1.37o/o
Sastre	6	1.37o/o
Jornalero	6	1.37o/o
Ocupaciones Varias	<u>60</u>	<u>13.76o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 10

INGRESOS EN RELACION A SU RELIGION

No fue posible tabular datos. (Ver análisis de resultados).

Cuadro No. 11

INGRESOS Y SU SITUACION SOCIOECONOMICA

No fue posible tabular datos. (Ver análisis de resultados).

Cuadro No. 12

INGRESOS Y LOS DIAS DE ESTANCIA

1 - 10 días	76	17.43o/o
11 - 20	81	18.57o/o
21 - 30	55	12.61o/o
31 - 40	58	13.30o/o
41 - 50	37	8.48o/o
51 - 60	36	8.25o/o
61 - 70	33	7.56o/o
71 - 80	17	3.89o/o
81 - 90	5	1.14o/o
91 y más	<u>38</u>	<u>8.71o/o</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 13

INGRESOS Y TIPO DE ESTANCIA

Estancia Breve (menos de 90 días)	398	91.28o/o
Excepciones (más de 91 días)	<u>38</u>	<u>8.71o/o</u>
Total	436	100.o/o

Cuadro No. 14

INGRESOS Y FRECUENCIA DE RE-INGRESOS

1 ingreso	300 Ptes = 300	68.80o/o
2 ingresos	54 = 108	24.77o/o
3 ingresos	7 = 21	4.81o/o
7 ingresos	<u>1</u> = <u>7</u>	<u>1.60o/o</u>
Total	362 Ptes. 436 ing.	100o/o

* Promedio de días de estancia = 32.41 días.

Cuadro No. 15

INGRESOS, SU IMPRESION DIAGNOSTICA Y DIAGNOSTICO FINAL

a) CUADROS PSICOTICOS

Esquizofrenias

		o/o		o/o
Esquizofrenia	68	14.40	59	12.44
Esquizofrenia paranoide	36	7.62	31	6.54
Reacción Esquizofrénica aguda	27	5.72	38	8.01
Psicosis Aguda	17	3.60	17	3.58
Psicosis Paranoide	13	2.75	4	0.84
Esquizofrenia crónica	11	2.33	11	2.32
Esquizofrenia catatónica	11	2.33	8	1.68
Esquizofrenia Simple	7	1.48	9	1.89
Esquizofrenia Esquizoafectiva	4	0.84	3	0.63
Esquizofrenia Hebefrénica	3	0.63	3	0.63
Esquizofrenia en remisión	3	0.63	1	0.21
Esquizofrenia procesal	<u>0</u>	<u>---</u>	<u>1</u>	<u>0.21</u>
	200	42.37	185	39.02

b) DEPRESION PSICOTICA

Psicosis depresiva	21	4.44	23	4.85
Depresión endógena	<u>1</u>	<u>0.21</u>	<u>2</u>	<u>0.42</u>
	22	4.65	25	5.27

c) MELANCOLIA INVOLUTIVA

Melancolía Involutiva	2	0.42	2	0.42
Psicosis involutiva	2	0.42	2	0.42
Psicosis Maniaco depresiva	<u>14</u>	<u>2.96</u>	<u>12</u>	<u>2.53</u>
	18	3.81	16	3.37

Continuación Cuadro No. 15

SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES

		o/o		o/o
Síndrome cerebral tipo gran mal	29	6.14	27	5.96
Psicosis alcohólica	5	1.05	7	1.47
Psicosis orgánicas	4	0.84	2	0.42
Demencia presenil	<u>1</u>	<u>0.21</u>	<u>0</u>	<u>---</u>
	39	8.26	36	7.59

CUADROS NEUROTICOS

Neurosis de ansiedad	22	4.65	29	6.11
Depresión Neurótica	9	1.90	10	2.10
Depresión exógena	6	1.27	7	1.47
Depresión Reactiva	3	0.63	2	0.42
Síndrome de conversión	9	1.90	17	3.58
Histeria de conversión	8	1.69	5	1.05
Desdoblamiento de personalidad	3	0.63	5	1.05
Neurosis Obsesiva	<u>4</u>	<u>0.84</u>	<u>3</u>	<u>0.63</u>
	64	13.55	78	16.45

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Alcoholismo	15	3.17	12	2.53
Drogadicción	<u>11</u>	<u>2.33</u>	<u>11</u>	<u>2.32</u>
	26	5.50	23	4.85

RETRASO MENTAL

Retraso y debilidad mental	16	3.38	20	4.21
Retraso sociocultural	<u>0</u>	<u>---</u>	<u>1</u>	<u>0.21</u>
	16	3.38	21	4.42

Continuación Cuadro No. 15

	o/o		o/o	
DIAGNOSTICOS DIFICILES DE INTERPRETAR	<u>87</u>	<u>18.43</u>	<u>100</u>	<u>21.09</u>
Total	472	100	474	100

Cuadro No. 16

NUMERO DE PSICOFARMACOS UTILIZADOS POR PACIENTE

0 Psicofármaco	15	3.44 o/o
1 Psicofármaco	58	13.30
2 Psicofármaco	135	30.96
3 Psicofármaco	179	41.05
4 Psicofármaco	45	10.32
5 Psicofármaco	<u>4</u>	<u>0.91</u>
Total	436	100o/o

Cuadro No. 17

CLASE DE PSICOFARMACOS UTILIZADOS

Artane	229	52.52o/o
Largactil	202	46.33
Haldol	142	32.56
Sinogán	117	26.83
Dalmadorm	88	20.18
Liranol	32	7.33
Valium	31	7.11
Librium	27	6.19
Tofranil	24	5.50
Antisacer	23	5.27
Varios	116	26.60
Total	1 013	

ANALISIS DE RESULTADOS

Seguidamente haremos un análisis de los datos obtenidos durante el estudio y que se refieren a los cuadros de la presentación de resultados.

Cuadro No. 1

INGRESOS EN HORAS HABILES:

Entiéndase por horas hábiles de las 8 A.M. a 12 A.M. de lunes a viernes, y horas no hábiles las que están fuera de estas, por lo que al analizar el cuadro podemos observar que los ingresos en horas hábiles fueron en número de 370, correspondiéndole el 84.86o/o; los ingresos en horas no hábiles fueron en número de 66, correspondiéndole el 15.13o/o; el total de ingresos fueron 436 que hacen un 100o/o

Cuadro No. 2

INGRESOS POR MES

El mes que presentó mayor cantidad de ingresos fue el mes de Enero con 53, correspondiéndole el 12.15 o/o; el mes que le sigue es el de Noviembre en el cual ingresaron 44, y un 10.09o/o; a continuación se presenta el mes de Agosto con 43 ingresos, correspondiéndole el 9.86o/o; en seguida se presenta el mes de Mayo con 41 ingresos, correspondiéndole el 9.40o/o; le sigue el mes de Abril con 36 ingresos, correspondiéndole el 8.25o/o del total.

Cuadro No. 3

INGRESOS CON RELACION A LA EDAD

El grupo etario en que se presentó mayor número de ingresos fue entre 20- 25 años con 122, correspondiéndole el 27.98o/o; en seguida el grupo de los 14 - 19 años con 93 ingresos, y el 21.33o/o; a continuación se presenta el grupo entre los 26 - 31 años con 87

ingresos, correspondiéndole el 19.95o/o; le sigue el grupo entre los 32 - 37 años con 52 ingresos, y el 11.92o/o; entre los 38 - 45 años hubo 37 ingresos, correspondiéndole el 8.48o/o. Los pacientes más jóvenes que se presentaron fueron de 14 años y el más viejo de 77 años. En resumen, la mayoría de los pacientes se encuentran comprendidos entre los 14 - 31 años de edad.

Cuadro No. 4
INGRESOS CON RELACION AL SEXO

En los ingresos con relación al sexo, tuvo mayor incidencia el sexo Masculino con 223 ingresos, correspondiéndole el 51.14o/o; el sexo femenino presentó 213 ingresos, y el 48.85o/o del total.

Cuadro No. 5
INGRESOS Y SU PROCEDENCIA

Los ingresos con relación a su procedencia se presentaron en mayor número de la Capital con 285 ingresos, correspondiéndole el 65.36o/o; los ingresos de los Departamentos de la República fueron 150, y el 34.40o/o, y finalmente sin identificación 1 ingreso con el 0.22o/o.

Cuadro No. 6
INGRESOS DE LA CAPITAL

De los ingresos procedentes de la Capital la que presentó la mayor incidencia fue la Zona 6 con 33 ingresos, correspondiéndole el 7.56o/o; le sigue la Zona 1 con 27 ingresos, con el 6.19o/o; en seguida vemos las Zonas 11 y 7 con 25 ingresos cada una, correspondiéndoles 5.73o/o; luego vemos las Zonas 3, 5 y 18 con 24 ingresos, y 5.50o/o cada una; seguidamente vemos la Zona 19 con 17 ingresos y un 3.89o/o.

Cuadro No. 7
INGRESOS POR DEPARTAMENTOS

Entre los ingresos procedentes de los departamentos del país encontramos, a Jutiapa con 20 ingresos, correspondiéndole el 4.58o/o; le sigue Quetzaltenango con 15 ingresos y un 3.44o/o; luego vemos a Izabal con 13 ingresos, y correspondiéndole 2.98o/o; continúa San Marcos con 10 ingresos y un 2.29o/o; seguidamente encontramos a Baja Verapaz, Escuintla, El Progreso, el Quiché y Chimaltenango con 9 ingresos cada uno, correspondiéndoles 2.06o/o a cada uno.

Cuadro No. 8
INGRESOS Y SU ESTADO CIVIL

Vemos que el estado civil predominante fue el Soltero con 308 ingresos, correspondiéndole el 70.64o/o; le sigue Casado con 64 ingresos, correspondiéndole el 14.67o/o; en seguida se encuentra Unido con 39 ingresos, y un 8.94o/o; luego vemos Viudo con 13 ingresos, y el 2.98o/o; Separado fueron 8 ingresos y le corresponde 1.83o/o; Divorciado fueron 3 ingresos, con el 0.68o/o y finalmente Sin identificación 1, correspondiéndole 0.22o/o.

Cuadro No. 9
INGRESOS EN RELACION A SU OCUPACION

La ocupación que se encontró con mayor incidencia fue Oficios Domésticos con 136 ingresos, correspondiéndole un 31.19o/o; le sigue Ninguna Ocupación con 87 ingresos, con el 19.95o/o; luego vemos la Ocupación Estudiante con 56 ingresos, correspondiéndole 12.84o/o; en seguida se encuentra Agricultor con 41 y un 9.40o/o; le sigue Maestro con 13 ingresos y un 3.98o/o; Secretaria y Obrero se encuentran con 9 ingresos cada uno, y un 2.06o/o; seguidamente Automovilista con 7 ingresos, correspondiéndole 1.60o/o; les sigue Carpintero, Sastre y Jornalero con 6 ingresos cada uno, correspondiéndoles 1.47o/o cada uno.

dole 1.37o/o a cada uno; finalmente en Ocupaciones varias encontramos 60 ingresos, correspondientes a 32 ocupaciones distintas y que corresponden al 13.76o/o del total.

Cuadro No. 10 INGRESOS EN RELACION A SU RELIGION

No fue posible tabular los datos ya que en algunas papeletas se carecía de tal información, descartándose del estudio por no ser fidedigna.

Cuadro No. 11 INGRESOS Y SU SITUACION SOCIOECONOMICA

Este cuadro tampoco fue posible realizarlo ya que no todas las papeletas contaban con el diagnóstico Socio-económico, por lo que también fue descartado del estudio.

Cuadro No. 12 INGRESOS Y LOS DIAS DE ESTANCIA

En primer lugar vemos los pacientes que tuvieron una estancia que osciló entre 11-20 días con 81 pacientes, correspondiéndole 18.57o/o; en seguida los pacientes que permanecieron entre 1-10 días en número de 76; correspondiéndole 17.43o/o; seguidamente vemos los ingresos entre 31-40 días con 58, con el 13.30o/o; luego se encuentran los ingresos entre 21-30 días con 55, correspondiéndole 12.61o/o.

En resumen la mayoría de los pacientes permanecen en los servicios entre 1-20 días y en menor proporción entre 21-40 días. El promedio de días de Estancia es de 32.41.

Cuadro No. 13 INGRESOS Y TIPO DE ESTANCIA

En este cuadro nos referimos a los pacientes que permanecieron en los servicios del Programa de Hospitalización de Estancia Breve, cumpliendo con lo estipulado, de una hospitalización de un máximo de 90 días; y los pacientes que rebasaron esa cantidad de días de hospitalización como una excepción del programa; evaluando hasta que punto se cumple con las normas del mismo.

Los ingresos en los que si se cumplieron las normas del programa (Hospitalización de menos de 90 días) fue un número de 398 pacientes, correspondiendo el 91.28o/o; las excepciones del programa (más de 91 días) fue en número de 38, correspondiéndole el 8.71o/o.

Cuadro No. 14 INGRESOS Y LA FRECUENCIA DE RE-INGRESOS

En este cuadro nos referiremos al número de pacientes que ingresaron, el número de ingresos que efectuaron y la frecuencia con que re-ingresaron.

En primer lugar vemos que pacientes que ingresaron solo una vez fueron en número de 300, efectuando 300 ingresos correspondiéndoles el 68.80o/o; luego los pacientes que ingresaron 2 veces fueron en número 54, ocasionando 108 ingresos correspondiéndole 24.77o/o; les sigue los pacientes que ingresaron 3 veces que fueron en número de 7, ocasionando 21 ingresos, correspondiéndole el 4.81o/o; y finalmente los pacientes que ingresaron 7 veces que fue en número de 1, ocasionando 7 ingresos y correspondiéndole el 1.60o/o.

En total fueron 362 pacientes, provocando 436 ingresos, que son el 100o/o.

Cuadro No. 15

INGRESOS, SU IMPRESION DIAGNOSTICA Y DIAGNOSTICO FINAL

Fue difícil evaluar los diagnósticos porque no existe criterio unificado en cuanto a la clasificación usada. Se utilizó el DSM/I y DSM/II*, aunque existe un elemento subjetivo, en general se logró consenso; los diagnósticos fueron copiados textualmente y en algunos casos fue necesario interpretarlos.

El primer lugar lo ocupan los cuadros Esquizofrénicos con la mayor frecuencia tanto en impresión diagnóstica 200, como en el diagnóstico final con 185, correspondiéndole el 42.37o/o y 39.02o/o respectivamente.

Hubo diagnósticos que fueron difíciles de interpretar por lo que se tuvieron que agrupar bajo ese acápite, por lo que ocuparon el segundo lugar en frecuencia y siendo la impresión diagnóstica de 87, correspondiéndole el 18.43o/o y en el diagnóstico final fue de 100, correspondiéndole el 21.09o/o. Dentro de este grupo se encontraron diagnósticos como Reacción Psicótica, Estado Depresivo, Esquizofrenia Maniaco-Depresiva, etc.

En seguida se encuentran los cuadros neuróticos con 64 impresiones diagnósticas y un 13.55o/o; diagnósticos finales 78, correspondiéndole el 16.45o/o; dentro de estos se observó la Neurosis de Ansiedad con 22 impresiones diagnósticas y un 4.65o/o; y con 29 diagnósticos finales, correspondiéndole el 6.11o/o.

Luego se encuentran los Síndromes Cerebrales Orgánicos con 39 impresiones diagnósticas y un 8.26o/o; diagnósticos finales

* DSM/I and DSM/II Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association.

fueron 36, correspondiéndole el 7.59o/o; dentro de este grupo el Síndrome Cerebral Tipo gran mal presentó 29 impresiones diagnósticas, correspondiéndole 6.14o/o y diagnósticos finales 27, correspondiéndole 5.96o/o.

Luego se presentaron los trastornos de la personalidad con 26 impresiones diagnósticas y un 5.50o/o; 23 diagnósticos finales y un 4.85o/o; dentro de este grupo el Alcoholismo presentó de impresión diagnóstica 15 y un 3.17o/o; diagnóstico final 12 y un 2.53o/o.

Cuadro No. 16

NUMERO DE PSICOFARMACOS UTILIZADOS POR PACIENTES

En primer lugar encontramos los pacientes que fueron tratados con 3 Psicofármacos los cuales fueron en número de 179, que son el 41.05o/o; luego vemos los tratados con 2 Psicofármacos en número de 135, que son el 30.96o/o; en seguida los pacientes tratados con 1 Psicofármaco fueron 58, que corresponden al 13.30o/o; después vemos los tratados con 4 Psicofármacos que fueron 45 y forman el 10.32o/o; seguidamente vemos los tratados sin Psicofármacos que fueron 15, correspondiéndoles el 3.44o/o y finalmente los tratados con 5 Psicofármacos fueron 4 y forman el 0.91o/o.

En resumen, la mayor cantidad de pacientes fueron tratados con 3 Psicofármacos, luego le siguieron los tratados con 2 y con 1 psicofármaco.

Cuadro No. 17

CLASE DE PSICOFARMACOS UTILIZADOS

El fármaco más utilizado fue Artane en 229 pacientes, correspondiéndole el 52.52o/o; Largactil fue usado en 202 casos, siendo el 46.33o/o; Haldol en 142 pacientes, siendo el 32.56o/o; Sinogán fue usado en 117 casos, siendo el 26.83o/o; Dalmadorm se usó en 88 casos,

siendo el 20.18o/o; le sigue Liranol en 32 casos, siendo el 7.33o/o; Valium se usó en 31 pacientes, siendo el 7.11o/o; Librium se usó en 27, haciendo un 6.19o/o; Togranel se usó en 24, correspondiendo al 5.50o/o; Antisacer en 23 siendo el 5.27o/o; Fármacos varios se usaron 16 y en 116 pacientes correspondiéndole el 26.72o/o.

En resumen, el Psicofármaco más utilizado fue Artane, siguiéndole Largactil, Haldol y Sinogán.

CONCLUSIONES

1. Queda comprobada la hipótesis "La hospitalización del paciente del Hospital Dr. Carlos Federico Mora es breve y en su mayoría no excede los 60 días". Ya que en su mayoría permanecen entre 1-20 días y en menor proporción entre 21-40 días.
2. Se comprobó la hipótesis No. 1, que la mayoría de los pacientes ingresaron en horas hábiles (84.86o/o).
3. Se negó la hipótesis No. 2, porque si hay variación en los ingresos mensuales, ya que se presentaron en mayor cantidad en los meses de Enero, Noviembre y Agosto.
4. Se comprobó la hipótesis No. 3, que la mayor cantidad de pacientes que ingresan se encuentran comprendidos entre los 14-31 años.
5. Se niega la hipótesis No. 4, ya que los ingresos fueron más frecuentes en el sexo Masculino (51.14o/o).
6. Se comprobó la hipótesis No. 5, que la mayoría de ingresos proceden de la capital (65.36o/o) que los de los departamentos (34.40o/o).
7. Se comprobó parcialmente la hipótesis No. 6, ya que la mayoría de los ingresos proceden de las zonas 6, 1, 11 y 7.
8. Los ingresos procedentes de los departamentos fueron en mayor cantidad de Jutiapa, Quetzaltenango, Izabal y San Marcos.
9. Se comprobó la hipótesis No. 7, que la mayoría de los ingresos son solteros.

10. *Se negó la hipótesis No. 8, ya que la ocupación más frecuente son los oficios domésticos.*
11. *El promedio de días de estancia es de 32.41 días.*
12. *La mayoría de los pacientes permanece en el hospital menos de 90 días (91.28o/o) y excepcionalmente más de 91 días (8.71o/o).*
13. *Se negó la hipótesis No. 9, ya que la mayoría de pacientes ingresaron una vez (68.80o/o) y re-ingreso en un (31.19o/o).*
14. *La impresión diagnóstica más frecuente fueron los cuadros Esquizofrénicos.*
15. *El diagnóstico final más frecuente fue de los cuadros Esquizofrénicos.*
16. *La mayoría de los pacientes fueron tratados con 3 Psicofármacos.*
17. *Los psicofármacos más utilizados fueron Artane, Largactil y Haldol.*
18. *Un alto porcentaje tanto de impresión diagnóstica (18.43 o/o) como de diagnóstico final (21.09o/o) presentan diagnósticos difíciles de interpretar.*

INTERPRETACION

La hospitalización con métodos psiquiátricos modernos ha disminuido considerablemente, en el Hospital Dr. Carlos Federico Mora se considera adecuado una estancia promedio de 32.41 días.

El Hospital funciona de 8-12 horas, que son las horas hábiles y aquí fue donde se presentó la mayor parte de ingresos.

La mayor frecuencia de ingresos en Enero y Noviembre podrían explicarse por ser el principio y el final "Hábil" del año, es difícil explicar el alza en el mes de agosto.

Siendo el diagnóstico más frecuentemente encontrado el que corresponde a las Esquizofrenias y siendo estas entidades clínicas, las que afectan a la población joven, es explicable entonces que la mayoría de pacientes encontrados hayan sido entre 14-31 años. Esto podría explicar también porque la mayoría son solteros.

La igualdad de ingresos con respecto al sexo es muy difícil de explicar.

Los ingresos en su mayoría de la capital son explicables por la accesibilidad al hospital.

RECOMENDACIONES

1. Tomar en cuenta la investigación epidemiológica en el campo psiquiátrico.
2. Incitar tanto a estudiantes como a profesionales de la medicina a conocer más sobre la disciplina psiquiátrica.
3. Fomentar en los estudiosos del ramo psiquiátrico el espíritu de investigación, para que podamos conocer mejor y más profundamente la especialidad.
4. Llenar en una forma más completa las historias de registro clínico, para que en un momento dado sea instrumento que brinde una información completa.
5. Estandarizar los diagnósticos sugiriendo una misma clasificación.

BIBLIOGRAFIA

1. KAPLAN (HAROLD), FREEDMAN (ALFRED), SADOCK (BENJAMIN). *Comprehensive Textbook of Psychiatry. II Edition 1967.*
2. EY HENRY, BERNARD P. BRISSET CH. *Tratado de Psiquiatría, Séptima edición 1975.*
3. KOLB LAWRENCE. *Psiquiatría Clínica Moderna. Quinta Edición 1976.*
4. SOLOMON (PHILIP), PATCH (VERNON). *Manual de Psiquiatría 1972.*
5. REID D. D. *Epidemiological Methods in the Study of Mental Disorders. Public Health Papers No. 2 O.M.S. 1960 Ginebra.*
6. LING TSUNG-YI. *Importancia de los métodos epidemiológicos en Psiquiatría. Cuadernos de Salud Pública. O.M.S. 1964 Ginebra.*
7. *Epidemiología Guía de Métodos de Enseñanza. Publicación Científica No. 266 1973 O.P.S.*
8. *Octavo informe del comité de Expertos en Salud Mental "Epidemiología de los trastornos Mentales". Serie de informes técnicos No. 185 O.M.S. 1960 Ginebra.*
9. *The Epidemiology Study of Mental Illnesses and Mental Health. American Journal of Psychiatry Vol. 3 1954-55.*
10. *Some Persistent problems in the epidemiology of Mental*

Disorders. American Journal of Psychiatry. Vol. 109, 1952-53.

11. *Boletín de Psiquiatría. "Dinámica sociocultural en la epidemiología de la esquizofrenia". Publicación del departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Escuela Paulista de Medicina. Vol. VI 1973.*
12. *Amaya Armando "Evolución de los tratamientos psiquiátricos en Guatemala" de 1890 a 1955. 1956.*
13. *Salguero, Carlos Humberto "Estado actual del cuidado Psiquiátrico del niño en Guatemala" Junio 1967.*
14. *Aguilera, Augusto "Historia de la Psiquiatría en Guatemala" Resumen de 1971. No editado.*
15. *Hospital de Salud Mental Dr. Carlos Federico Mora, Sección de Estadística y Registro Médicos.*

Br. Otto René Manrique Solís

Dr. Romeo Lucas Medina
Asesor

Dr. Enrique Morales Chinchilla
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de Fase III

Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo.

Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo