

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN
MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-
MARZO 2011”**

Tesis para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR:

JOSHEP ANDERSSON REVILLA ZÚÑIGA

TACNA-PERÚ
2011

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue determinar las urgencias psiquiátricas en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, entre los meses de Octubre 2010-Marzo 2011. *Método:* Se llevó a cabo un Estudio no experimental, observacional, transversal, prospectivo. Se obtuvieron 174 pacientes. Se aplicó un instrumento de recolección de datos elaborado en base a factores evaluados en diferentes trabajos de investigación. Se procesaron los datos y se aplicó la prueba de Chi cuadrado. *Resultados:* Las urgencias psiquiátricas más frecuentes fueron Depresión (43,1%) y Esquizofrenia paranoide (16,7%). Según edad, más frecuentes en edades entre 14-25 años (43,1%) y 26-35 años (36,8%). El 54,6% tenía Secundaria. 62,1% fueron Solteros(as). El 25,9% correspondió a personas Desocupadas. Según el distrito de procedencia, Tacna (30,5%) y Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa (26,4%). Los días con mayores urgencias fueron el Domingo (19,5%) y el Lunes (17,2%). 53,4% fueron atendidas durante la tarde y/o noche. En relación al tratamiento recibido, el 31 % fue con Antidepresivo + Ansiolítico, el 13,8% con Antidepresivo y el 13,8% con Antipsicótico. Hubo asociación Género y Depresión ($p=0,002$) y entre Edad y Depresión ($p=0,003$). *Conclusiones:* La depresión y la esquizofrenia paranoide fueron las urgencias psiquiátricas más frecuentes en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, entre los meses de Octubre 2010-Marzo 2011. En menores porcentajes encontramos a la Psicosis Orgánica, Ansiedad, Síndrome de Abstinencia y Trastorno de Personalidad Disocial.

ABSTRACT

The objective of this investigation was to determine the psychiatric emergencies in over 13 years old at Emergency Room in Hipolito Unanue Hospital of Tacna between October 2010-March 2011. *Method:* An non-experimental, observational, transversal, prospective study was made. 174 patients were obtained. A data collection instrument developed based on factors assessed in different investigations was applied. Data were processed and applied the chi-square test. *Results:* The most frequent psychiatric urgencies were Depression (43,1%) and Paranoid Schizophrenia (16,7%). In relation to age, more frequent between ages of 14-25 years (43,1%) and 26-35 years (36,8%). 54,6% had High School. 62,1% were single. 25,9% were unemployed. According to the district of origin, Tacna (30,5%) and Coronel GAL (26,4%). The days with the most emergencies were Sunday (19,5%) and Monday (17,2%). 53,4% were attended to during afternoon and/or night. With regard to treatment, 31% were treated with Antidepressant + Anxiolytic, 13,8% with Antidepressant and 13,8% with Antipsychotic. There was an association between Sex and Depression ($p=0,002$) and between Age and Depression ($p=0,003$). *Conclusions:* Depression and Paranoid Schizophrenia were the most frequent psychiatric emergencies in over 13 years old at Emergency Room in Hipolito Unanue Hospital between October 2010-March 2011. At lower percentages we found Organic psychosis, Anxiety, Withdrawal and Dissocial Personality Disorder.

DEDICATORIA

A mi mamá Matilde, a mi papá José, a mi hermano Renzo, a mi hermano Cody, a mi abuelita Yolanda, a mi abuelito Gaspar y a todas las personas soñadoras...

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

por la vida y haberme dado las fuerzas para seguir adelante.

A mis padres José y Matilde,

por su eterno amor y cariño que siempre me brindan.

A mi hermano Renzo,

por su apoyo y aliento incondicional.

A mi hermano Cody,

por sus buenos deseos.

A mi maestro Dr. Orlando Vargas,

por inculcarme sus sabios conocimientos y su vital experiencia.

A mis docentes,

por sus enseñanzas y formarme en el espíritu de la medicina.

A todas las personas que de alguna u otra manera contribuyeron a la realización del presente trabajo de investigación.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Abstract	
Introducción.....	04
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema.....	05
1.2 Formulación del Problema.....	08
1.3 Objetivos de la investigación	
1.3.1 Objetivo General.....	08
1.3.2 Objetivos Específicos.....	08
1.4 Justificación.....	10
1.5 Definición de términos.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	14
2.2 Marco teórico.....	23
CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Operacionalización de variables.....	86
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño.....	91
4.2 Ámbito de estudio.....	91
4.3 Población y muestra.....	91
4.3.1 Criterios de Inclusión.....	92
4.3.2 Criterios de Exclusión.....	92

4.4 Instrumentos de Recolección de datos.....	92
 CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE DATOS	
5.1 Procesamiento de Datos.....	93
5.2 Estadísticos Descriptivos-Análisis Cualitativo.....	93
5.3 Tablas y gráficos.....	93
 CAPÍTULO VI: RESULTADOS	
6.1 Presentación de la información.....	94
6.2 Discusión.....	118
 CAPÍTULO VII	
7.1 Conclusiones.....	122
7.2 Recomendaciones.....	123
 BIBLIOGRAFÍA.....	 124
ANEXOS.....	131
Anexo 01.....	135
Anexo 02.....	133
Anexo 03.....	136

INTRODUCCIÓN

Las urgencias psiquiátricas son complicaciones agudas de las psicopatologías en la cual se requiere una intervención inmediata. Es un tema que, a lo largo de los años, cobrará mayor importancia, debido al aumento de las mismas por el envejecimiento de las poblaciones y como resultado de conflictos sociales, así como lo proyecta la OMS.

Estas urgencias psiquiátricas, así mismo, involucran un mayor riesgo para el personal asistencial de un Servicio de Emergencia, debido a la alteración del comportamiento, diferenciándose así de una emergencia médico quirúrgica.

Las implicancias del conocer el tipo de psicopatologías que presenta la población permitiría un mejor entendimiento del problema, asimismo establecer pautas para la prevención y resolución de los mismos, que no sólo involucren el personal de salud, sino también otros órganos multisectoriales, que a su vez también desempeñan un rol importante en la prevención de este tipo de psicopatologías.

El interés por establecer el tipo de población que acude al Servicio de Emergencia por presentar alguna urgencia psiquiátrica nace de la falta de trabajos de investigación del tema en nuestra localidad, así como en nuestro país.

Es por esto que nos propusimos hacer un estudio que contribuirá al establecimiento de características sociodemográficas de la población que se presenta con una urgencia psiquiátrica al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, siendo este el punto de partida para futuras investigaciones y ampliar el conocimiento de la misma.

Capítulo I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema:

La urgencia psiquiátrica es definida por la Asociación Psiquiátrica Americana como una “perturbación aguda en pensamiento, comportamiento, humor, o relación social, que requiere intervención inmediata según lo definido por el paciente, la familia o unidad social”, es un tipo de urgencia presente en todos los Servicios de Emergencia. Los pacientes con disturbios de comportamiento representan aproximadamente el 6% de todas las visitas que se presentan al Servicio de Emergencia en USA.¹ Los médicos de emergencia son los que deben evaluar eficientemente y descartar un “problema médico”, antes de derivarlo al psiquiatra.

Weissberg, en 1979, describió 3 escenarios en donde el término “médicamente aclarado” fue aplicado a los pacientes psiquiátricos: (1) Ninguna enfermedad física fue encontrada en el paciente; (2) Problemas médicos coexistentes fueron determinados de no ser la causa primaria de la urgencia psiquiátrica aguda y (3) Una condición médica aguda fue

¹ Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, et al. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv* 2005;56:671-7.

estabilizada y el paciente fue considerado “limpio” para ser transferido al psiquiatra.²

La tasa anual de visitas al departamento de emergencia relacionadas a psiquiatría en los Estados Unidos es de 21 visitas por cada 1 000 adultos, siendo el abuso de sustancias (27%), neurosis (26%) y psicosis (21%) las condiciones más comunes.³

En Latinoamérica, en Chile, durante el mes de Mayo de 2005 se detectaron 562 consultas psiquiátricas (5,1%) del total de atenciones en el Servicio de Urgencia del Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. De éstas, el 51,8% correspondió a mujeres. En cuanto a los grupos etáreos, hubo un mayor porcentaje en los menores de 35 años (48%), siendo la media de la población adulta de 39 años. El 58,4% de las atenciones se realizaron en horario diurno (08:01-20:00); la mayoría de consultantes (55%) pertenece a Santiago, Estación Central y Maipú. Con respecto al género, los trastornos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas fue la patología psiquiátrica que predominó en los hombres, seguido de Trastornos neuróticos; mientras que en las mujeres fueron los Trastornos neuróticos, seguido de autolesiones intencionales. El 81,5% del total de pacientes del presente estudio fue derivado a su hogar, mientras que el 9,8% quedó hospitalizado. El 0,9% de los pacientes fue derivado a un hospital psiquiátrico. Sólo un 2,5% se retiró con interconsulta a psiquiatría.⁴

En nuestro país, el Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera”, en el Plan Operativo Anual 2009, se determinó que en el Departamento de Emergencia se atendieron 876 pacientes con esquizofrenia paranoide, 262 con Episodio Depresivo; 163 por Trastorno

² Weissberg MP. Emergency room medical clearance: an educational problem. *Am J Psychiatry* 1979;136:787-90

³ Hazlett SB, McCarthy ML, et al. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2004 Feb;11(2):193-5

⁴ Cruz C, Leiva J, y col. Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45 (2): 108-113

Específico de la Personalidad y 93 por Trastorno Afectivo Bipolar en el año 2007. Con respecto a la distribución según sexo en el mismo año, se determinó que fueron 928 pacientes mujeres y 798 pacientes varones comprendidos en el grupo etáreo de 20 a 64 años; 167 pacientes mujeres y 132 pacientes varones en el grupo etáreo de 15-19 años y 36 pacientes mujeres y 20 pacientes varones en el grupo etáreo de 10-14 años.⁵

En Tacna, no hay estudio alguno al respecto hasta la fecha, es por esto que nos proponemos determinar las urgencias psiquiátricas en nuestra localidad.

⁵ Hospital Nacional Especializado "Víctor Larco Herrera". Plan Operativo Anual 2009. Disponible en: URL:<http://www.larcoherrera.gob.pe/transparencia/doc/planeamiento/Plan%20Operativo%20Anual%20%202009%20HVLH.pdf>

1.2. Formulación del problema:

¿Cuáles son las urgencias psiquiátricas en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011?

1.3. Objetivos de la investigación:

1.3.1. Objetivo general:

- a) Determinar las urgencias psiquiátricas en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, entre los meses de Octubre 2010-Marzo 2011.

1.3.2. Objetivos específicos:

- a) Determinar las características sociodemográficas de las urgencias psiquiátricas en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011.
- b) Determinar la frecuencia de urgencias psiquiátricas según diagnóstico nosológico en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011.
- c) Determinar la frecuencia de urgencias psiquiátricas según género y edad en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011.

- d) Determinar las urgencias psiquiátricas según día de la semana de atención y hora de atención en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011.

- e) Determinar el tratamiento recibido de las urgencias psiquiátricas en mayores de 13 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011.

1.4. Justificación:

Las Urgencias Psiquiátricas son situaciones médicas que requieren una inmediata atención por parte del personal de un Servicio de Emergencia. Estas urgencias las podemos agrupar en cuatro grandes síndromes: síndrome psicótico, síndrome depresivo, síndrome neurótico y síndrome adictivo. Es labor del médico psiquiatra tipificar la patología para que así el paciente reciba un tratamiento adecuado y oportuno.

Las Urgencias Psiquiátricas no sólo requieren un manejo médico, sino también un manejo familiar y social, lo cual influirá positivamente en la estabilización del problema. Todo tipo de población puede sufrir una urgencia psiquiátrica.

La importancia del presente estudio radica en conocer cuáles son las urgencias psiquiátricas en la población que asiste al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, de tal manera que se tenga un mejor panorama del tipo de población afectada y de la patología psiquiátrica más frecuente; ello servirá para establecer un patrón de estrategias preventivas, promocionales y terapéuticas; asimismo, determinar los distritos de donde provienen la mayor cantidad de pacientes con urgencias psiquiátricas. Todo esto permitirá que el Servicio de Emergencia pueda diseñar un perfil sociodemográfico y fortalecer las competencias en el manejo de las urgencias psiquiátricas más frecuentes.

1.5. Definición de términos:

Urgencia

Sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos.⁶

Emergencia

Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.⁶

Incidencia

Se refiere a los nuevos casos debidos a una enfermedad.⁷

Prevalencia

Es el número total de casos entre el total de la población, no sólo los casos nuevos.⁷

⁶ Real Academia Española. Disponible en: URL: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=emergencia

⁷ Martín Conejero A. Estadística y epidemiología. Manual CTO de Medicina y Cirugía. 8ª ed..España:CTO editorial; 2011.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Síndrome psicótico	Síndrome depresivo	Trastorno de personalidad	Síndrome neurótico	Síndrome adictivo
Síndrome en el cual los pensamientos, la respuesta afectiva, la habilidad para reconocer la realidad y la capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás, están lo suficientemente deteriorados como para interferir notablemente con la evaluación adecuada de la realidad. ⁸	Grupo de trastornos mentales caracterizados por un conjunto de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). ⁹	Se caracteriza por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones. ¹⁰	Síndrome en el cual existe consciencia de enfermedad. Se caracteriza por ansiedad, angustia y trastornos en la relación interpersonal. ¹¹	Patrón desadaptativo de comportamiento que provoca una dependencia psíquica, física o de ambos tipos, a una sustancia o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y/o social de la persona y su entorno. ¹²

⁸ Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. En: Sadock BJ, Sadock VA (ed). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

⁹ Peralta V., Cuesta M.J.. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 25, Suplemento 3, 2002.

¹⁰ Manual Merck. Trastornos de la Personalidad. Disponible en: URL: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_089.html

¹¹ Médicos y Doctores de El Salvador. Glosario de Términos. Disponible en: URL: <http://elsalvador.medicosdoctores.com/diccionario-medico/n/page-2>

¹² Noticias Jurídicas. Texto refundido de la Ley sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. España. Disponible en: URL: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/va-dleg1-2003.tp.html

Urgencia Psiquiátrica

Situación, condición de salud o estado clínico que en un momento determinado presenta síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta (ambos con sus dimensiones objetivas y subjetivas), que son en tal grado disruptivos, perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, que generan una demanda de atención y resolución asistencial inmediata (solicitud de atención psiquiátrica urgente), ya sea solicitada por el paciente, familia, amigos, otros especialistas, etc.^{13,14,15,16}

¹³ Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”. Chile. Disponible en: URL: <http://www.psiquiatico.cl/fileadmin/documentos/dipticostripticos/dipticos%20y%20tripticos/Definiciones%20y%20comentarios%20acerca%20de%20las%20Urgencias%20Psiqui%20E1tricas.pdf>

¹⁴ Manual Normon 8a ed. Disponible en: URL: http://www.normon.es/media/manual_8/capitulo_51.pdf

¹⁵ Elard Sánchez. Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-26.htm

¹⁶ Bulbuena A, Martín L. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2011.p. 532-547.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación:

BRUFFAERTS RONNY y colaboradores. Predicción de la atención posterior en urgencias psiquiátricas. Predicting aftercare in psychiatric emergencies. Bélgica, 2 005. En este estudio se trabajó con un total de 3 719 pacientes de un hospital universitario desde Marzo del 2 000 hasta Marzo del 2 002, obteniéndose que el 45 % (n=1 624) fueron hombres y 55% (2 095) fueron mujeres. Casi tres de cuatro estuvieron viviendo con alguien al momento de la referencia, y dos de tres estaban desempleados. Cerca del 25% estaba entre los 30 y los 39 años de edad, con una edad media de 38 (± 13). El grupo más grande tuvo criterios para desórdenes de uso de sustancia y de humor. El comportamiento agresivo y violento (hacia sí mismo u otros) fue el problema más común: 27% presentó una conducta violenta u hostil manifiesta. Otros síntomas comunes fueron humor deprimido (20%), abuso de sustancia (18%) y tendencias suicidas (17%).¹⁷

¹⁷ Bruffaerts R et al. Predicting aftercare in psychiatric emergencies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2005) 40: 829–834

BAZARGAN SHAHRZAD y colaboradores. Abuso de alcohol y síntomas de depresión entre hombres y mujeres. Alcohol Misuse and Depression Symptoms among Males and Females. USA, 2 010. Se realizó un estudio transversal de 412 pacientes adultos seleccionados aleatoriamente que solicitaron atención en el servicio de urgencias. Hubo 41% de mujeres y 35% de hombres quienes reportaron depresión mayor y 34,1% de hombres y 9,2% de mujeres reportaron abuso de alcohol. El abuso de alcohol, el estrés, y el nivel de educación (todos ellos) correlacionados con depresión mayor en hombres, mientras que la edad fue más significativa para mujeres. Los hombres que abusaron de alcohol tuvieron 2,5 veces más probabilidad de reportar depresión mayor. En mujeres, un incremento en 10 años de edad estuvo asociado con un 36 % de incremento en las probabilidades de depresión.¹⁸

TORRES VLADIMIR y colaboradores. Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Cuba, 2 005. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de 85 pacientes que fueron atendidos en el Centro de Urgencias del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" durante enero y junio de 2003, que realizaron intentos suicidas y fueron evaluados en la guardia por el especialista en psiquiatría. La mayor cantidad de intentos suicidas se encontró en el sexo femenino con 57 pacientes (67%). Por grupo de edades predominaron las comprendidas entre 10 y 19 años, con un total de 30 pacientes (35%), seguido del grupo entre 20 y 29 años, con 26 pacientes (31%). En cuanto a la raza predominante, 47 pacientes (55%) pertenecían a la raza blanca, y la escolaridad predominante era de secundaria terminada, con 42 pacientes (49%), seguida de 32 pacientes (38%) de nivel medio superior. En su mayoría (28 pacientes, 33%) eran "estudiantes", seguidos de 24 pacientes (28%) "amas de casa". El conflicto inductor principal estuvo asociado con

¹⁸ Bazargan S et al. Alcohol Misuse and Depression Symptoms among Males and Females. Archives of Iranian Medicine, Volume 13, Number 4, July 2010

problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, con 39 pacientes (46%); seguidos de los problemas relacionados con el ambiente familiar, con 36 pacientes (42%). El 74% (63 pacientes) tenían antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos, así como de intentos suicidas (29 pacientes, 34%). Con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos se reportaron 44 pacientes (52%); y 18 pacientes (21%) tenían antecedentes familiares de intentos suicidas. El método más empleado fue a través del uso de psicofármacos (54 pacientes, 64%), seguido del uso de otras sustancias (16 pacientes, 19%). Después de realizado el acto, 41 pacientes (48%) solicitaron ayuda y 34 pacientes (40%) presentaron fallas en la preparación del intento suicida.¹⁹

BRUFFAERTS RONNY y colaboradores. Asistentes de un servicio de emergencia de un hospital universitario psiquiátrico en Bélgica. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. Bélgica, 2 004. Se realizó un estudio con el objetivo de proveer un perfil clínico y epidemiológico de pacientes que consultan el equipo de emergencia psiquiátrica en un hospital belga. De todos los pacientes (N=1050), las características demográficas, diagnóstico de eje I, cualquier diagnóstico de eje II, problemas que presenta, antecedentes psiquiátricos y patrones de referencia fueron evaluados. Del total de pacientes, el 462 (44%) fueron hombres y 588 (56%) fueron mujeres. Pacientes entre las edades de 30 y 39 años fueron la proporción más grande pacientes referidos, con una considerable disminución de pacientes referidos con edad mayor o igual a 50 años. Los pacientes varones se presentaron más con hostilidad o violencia hacia otros (10%) y abuso de sustancia (23%); las pacientes mujeres se presentaron más con tendencias suicidas (31%) y humor deprimido (24%). Los varones tenían más desórdenes de uso de

¹⁹ Torres Lio-Coo Vladimir, Josué Díaz Lídice, Rodríguez Valdés Nicolás Roberto, Font Darías Ileana, Gómez Arias Moraima Bárbara. Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2005 Sep [citado 2011 Jul 23] ; 34(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000300006&lng=es.

substancia psicoactiva (21%); las mujeres tenían más desórdenes de humor (21%) y de adaptación (19%). Cerca del 50 % de pacientes estaban desempleados y habían buscado ayuda psiquiátrica en el pasado. Las pacientes mujeres fueron más a menudo referidas por el médico de emergencia (35%) y profesionales del cuidado de la salud (29%); los pacientes varones fueron más a menudo autoreferidos (23%) y referidos por la policía (9%).²⁰

CRESPO MARCOS y colaboradores. Pacientes psiquiátricos en el departamento de emergencia pediátrico de un centro de cuidado terciario: revisión de un periodo de 6 meses. Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period. España, 2 006. El presente es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal que incluyó todas las urgencias psiquiátricas atendidas en el servicio de urgencias de pediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, desde octubre del 2 004 hasta marzo del 2 005. Se analizaron: edad, sexo, hora de la consulta, día de la semana, día del mes, mes, antecedentes psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico farmacológico previo, acompañante del menor, diagnóstico y destino final del paciente. Los resultados fueron los siguientes: se registraron 79 urgencias psiquiátricas sobre 36 449 urgencias totales (0,21%); el 48,1% eran niños y el 51,9% niñas; la edad media fue de 13,73 ± 2,5 años; se observó mayor demanda asistencial los lunes (19%), por la tarde, y en los meses de enero y febrero; el 13.23% de los pacientes fueron traídos por servicios de urgencias extrahospitalarios. Los principales diagnósticos fueron: trastorno de conducta (36,76%), trastorno de ansiedad (20,58%) e intento autolítico (13,23%). Se observó un claro predominio de niños en el trastorno de conducta (67,85%) y de niñas en el trastorno de ansiedad (71,42%) y en la ideación o intento autolítico (76,92%). La tasa

²⁰ Bruffaerts R et al. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2004) 39 : 146–153

de hospitalización de los pacientes con patología psiquiátrica urgente fue del 32,35%.²¹

McNIEL DALE, BINDER RENÉE. Uso del servicio de emergencia psiquiátrico y personas sin hogar, trastorno mental, y violencia. Psychiatric Emergency Service Use and Homelessness, Mental Disorder, and Violence. USA, 2005. Se realizó un estudio en donde se revisaron bases de datos de archivo para recoger datos de los individuos (N=2 294) entre Enero y Junio de 1 997 en el servicio del hospital del condado de urgencias psiquiátricas en San Francisco, California. Las personas sin hogar representaron aproximadamente el 30% de los episodios de servicio en el servicio de emergencia psiquiátrico y fueron más propensos que otros pacientes del servicio de emergencia a tener múltiples episodios del servicio y ser hospitalizados después de la visita al departamento de emergencia. El diagnóstico más común DSM-IV fue un trastorno relacionado a sustancia. Otras condiciones diagnosticadas frecuentemente incluyeron trastornos psicóticos, trastornos del humor, trastornos de adaptación y trastornos de la personalidad. 8% de personas quienes estaban sin hogar habían exhibido comportamiento violento en las dos semanas antes de visitar el servicio de emergencia.²²

PASIC JAGODA y colaboradores. Altos usuarios de Servicios de Urgencias Psiquiátricos. High Utilizers of Psychiatric Emergency Services. USA, 2 005. En el presente trabajo, los datos fueron recolectados por 4 años para 761 pacientes quienes fueron identificados como altos usuarios, de acuerdo a tres definiciones: dos desviaciones estándar por encima del número medio de visitas a un servicio de emergencia psiquiátrico urbano, seis visitas en un año, y cuatro visitas en un trimestre.

²¹ Crespo M y col. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses. An Pediatr (Barc). 2006;64(6):536-41

²² Mcniel D et al. Psychiatric Emergency Service Use and Homelessness, Mental Disorder, and Violence. PSYCHIATRIC SERVICES. <http://ps.psychiatryonline.org>. June 2005 Vol. 56 No. 6

El grupo control fue de 1 585 (usuarios no frecuentes). Dos grupos distintos de altos usuarios emergieron: altos usuarios por trimestre y altos usuarios por desviación estándar. Comparado con el grupo control, los altos usuarios fueron más propensos de ser sin hogar, tener retrasos en el desarrollo, estar inscrito en un plan de salud mental, tener una historia de hospitalizaciones voluntarias e involuntarias, de ser no colaboradores, de tener trastornos de la personalidad, de tener apoyo social no confiable, y de tener un historial de vida de reclusión y desintoxicación. Comparado con los altos usuarios por trimestre, los altos usuarios por desviación estándar tuvieron más visitas y fueron más propensos de tener una historia de reclusión y hospitalización psiquiátrica, más propensos de estar inscritos en un plan de salud mental, y menos propensos de ser sin hogar.²³

HAZLETT SARA y colaboradores. Epidemiología de visitas psiquiátricas adultas a los departamentos de emergencia de Estados Unidos. Epidemiology of Adult Psychiatric Visits to U.S. Emergency Departments. USA, 2 004. El presente fue un estudio en donde se recolectaron datos del departamento de emergencia del Estudio del Hospital Nacional de Cuidado Médico Ambulatorio, los cuales fueron usados para estimar el número de PREDVs (visitas al departamento de emergencia relacionadas a psiquiatría) para adultos de 18 años y mayores. Una PREDV fue definida como cualquier visita con un diagnóstico de alta psiquiátrica o un intento de suicidio. Se determinó que aproximadamente 4.3 millones de PREDVs ocurrieron en los Estados Unidos en el año 2 000, lo cual nos da una tasa anual de 21 visitas por 1 000 adultos. Las tasas de PREDV incrementaron 15% entre 1 992 y el año 2 000. Las PREDV representaron el 5.4% de todas las visitas al departamento de emergencia. El abuso de sustancias (27%), neurosis (26%), y psicosis (21%) fueron las condiciones más comunes. Los afroamericanos tuvieron tasas de visita

²³ Pasic J et al. High Utilizers of Psychiatric Emergency Services. PSYCHIATRIC SERVICES. <http://ps.psychiatryonline.org>. June 2005 Vol. 56 No. 6

significativamente más altas comparadas con blancos. Personas con Medicaid tenían el doble de la tasa de PREDVs que los no asegurados y casi ocho veces la tasa de aquellos privadamente asegurados. Los pacientes con diagnósticos psiquiátricos tuvieron una tasa de admisión más alta (22%) que aquellos con diagnósticos no psiquiátricos (15%). Los no asegurados fueron los menos propensos a ser admitidos por todas las condiciones psiquiátricas principales excepto el suicidio.²⁴

CHAPUT YVES, LEBEL MARIE-JOSÉE. Perfiles demográficos y clínicos de pacientes quienes hacen múltiples visitas a los servicios de emergencia psiquiátricos. Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. Canadá, 2007. En el presente estudio, la información fue obtenida de pacientes que visitaron un servicio de emergencia psiquiátrico de un hospital en Montreal desde 1 985 al 2 000. Los perfiles fueron determinados para cuatro grupos: una visita, dos visitas, tres a diez visitas, y 11 o más visitas. Para determinar si el perfil para aquellos con 11 o más visitas era generalizable, los datos de pacientes que visitaron el sitio principal y tres otros servicios cualquiera desde el 2 002 hasta el 2 004 fueron similarmente analizados. Los pacientes con únicas visitas representaron el 36% de las 29 569 visitas. Los 292 pacientes con 11 o más visitas representaron casi el 21% de las visitas totales. El momento de la visita (momento del día y día de la semana) no se diferenció entre los grupos. Sin embargo, el momento en sí mismo fue importante en identificar pacientes con 11 o más visitas: el uso de periodos de observación de 30 meses resultó en la identificación de solamente 8% de este grupo. Los pacientes con 11 o más visitas fueron más propensos de ser diagnosticados de tener esquizofrenia y que tienen un diagnóstico comórbido y fueron generalmente más jóvenes en el índice de visita y más

²⁴ Hazlett S et al. Epidemiology of adults Psychiatric Visits to U.S. Emergency Departments. ACAD EMERG MED February 2004, Vol. 11, No. 2

económicamente dañados que aquellos en los otros grupos. En totalidad, y en dos de los otros tres sitios, la esquizofrenia fue excesivamente representada en el más alto grupo de usuario.²⁵

SALIOU VERONIQUE y colaboradores. Trastornos psiquiátricos entre pacientes admitidos a un servicio médico de emergencia francés. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. Francia, 2 005. En este estudio, 500 pacientes admitidos consecutivamente al servicio de emergencia del Hospital Bichat Claude Bernard, en París, fueron entrevistados con cuestionarios estandarizados. La prevalencia de trastornos psiquiátricos fue de 38% (189 pacientes). 40 pacientes (8%) fueron casos primarios psiquiátricos referidos al departamento de emergencia por razones psiquiátricas, mientras 149 (30%) fueron casos secundarios psiquiátricos, como fue revelado por una evaluación sistemática de su estado mental. Los pacientes psiquiátricos, primarios o secundarios, fueron más a menudo sin hogar (13.6% vs 1.95%). Ellos habían sido más a menudo referidos al departamento de emergencia después de un comportamiento agresivo (7.4% vs 3.5%) o violento (5.8% vs 0.9%) y menos a menudo después de un accidente (8.4% vs 14.3%). Los pacientes psiquiátricos fueron más a menudo después de un episodio de violencia doméstica (21.7% vs 6.8%). Los diagnósticos psiquiátricos, de acuerdo a los criterios DSM-IV, fueron depresión (80 casos), trastorno de ansiedad generalizado (34 casos), intoxicación aguda de alcohol (21 casos), dependencia de alcohol (20 casos), esquizofrenia (16 casos), trastorno de estrés postraumático (14 casos), abuso de drogas (4 casos), agorafobia (4 casos), abuso de alcohol (3 casos), anorexia nerviosa (3 casos), manía (2 casos) y trastorno obsesivo compulsivo (2 casos). La proporción de diagnósticos psiquiátricos fue equivalente en casos psiquiátricos primarios y secundarios excepto por la

²⁵ Chaput I et al. Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. PSYCHIATRIC SERVICES. ps.psychiatryonline.org. March 2007 Vol. 58 No. 3

esquizofrenia (más a menudo una demanda primaria para ayuda psiquiátrica) e intoxicación aguda de alcohol (más a menudo revelada por una evaluación sistemática del estado mental).²⁶

CRUZ CARLOS y colaboradores. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz”: Un nuevo estudio comparativo. Chile, 2 010. En el presente estudio se trabajó con una muestra representativa de 1 999 casos escogidos aleatoriamente de las consultas realizadas entre el 1° de julio del 2005 y el 30 de junio de 2006 del Servicio de Urgencias del Instituto Psiquiátrico de Santiago. De todas las consultas de urgencia estudiadas, 51,3% eran solicitadas por pacientes de sexo femenino. La distribución por edad mostró un 51,6% de consultas en pacientes entre 26 y 45 años. La media fue de 39 años. Del total de consultas, el 76,7% fueron realizadas en horario diurno (8:00-19:59 hrs). El 99,2% de los consultantes proviene de la Región Metropolitana. En cuanto a la ocupación de la población estudiada, se observa que el 48,3% de éstos señaló estar cesante al momento de consultar. El 60,2% dice tener estudios de enseñanza media, técnica o superior completa. La distribución de la población consultante según estado civil, muestra que el mayor porcentaje (48%) corresponde a personas solteras, 10,1% convive, 27,6% está casado y el 9,6% se encuentra separado. Con respecto a la derivación de los pacientes después de la consulta de urgencia, un 45,2% de los ellos fueron derivados a consultorios periféricos, mientras que un 10% de éstos se hospitalizaron en el Servicio. La categoría diagnóstica más prevalente fue la de trastornos asociados al consumo de alcohol y drogas con un 19,7% del total. Todas las consultas, independiente de la categoría CIE-10, se presentaron mayoritariamente durante el día.²⁷

²⁶ Saliou V et al. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. Gen Hosp Psychiatry. 2005 Jul-Aug;27(4):263-8

²⁷ Cruz C y col. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz”: Un nuevo estudio comparativo. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 175-183

2.2 Marco teórico:

2.2.1 URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

2.2.1.1 Concepto

Urgencia psiquiátrica se define como situación o estado clínico variado, que en un momento determinado genera una demanda de atención y de resolución asistencial psiquiátrica inmediata. Este tipo de urgencia viene encaminado por el paciente, la familia, los amigos, instituciones sociales, otros especialistas de la propia urgencia, etc. Ciertos factores (sociales, culturales, étnicos, económicos, etc.) complican el intento de clarificar la urgencia, ya sea etiológica, diagnóstica o terapéuticamente.

En la urgencia psiquiátrica se añaden los riesgos propios que el paciente psiquiátrico puede adjuntar debido a sus trastornos del comportamiento secundarios a sus dificultades de adaptación al medio, diferenciándose así de la urgencia medicoquirúrgica.²⁸

Asimismo, se denomina Emergencia psiquiátrica a toda situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta (todos con sus dimensiones objetivas y subjetivas) son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata.²⁹

Nota: En el presente trabajo, tanto Urgencia psiquiátrica como Emergencia psiquiátrica son considerados indistintamente, corroborado por Chinchilla A.²⁸, Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”¹³, Manual Normon¹⁴, Fundación Vittal²⁹, Elard Sánchez¹⁵ y Bulbuena A.¹⁶

²⁸ Chinchilla A. Conceptos y peculiaridades de las urgencias psiquiátricas. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ªed. Madrid: ELSEVIER MASSON; 2010.p. 3-15.

²⁹ Fundación Vittal. Argentina. Disponible en: URL: www.fundacionvittal.org.ar/pps/emergencias_psiuqiatricas.pps

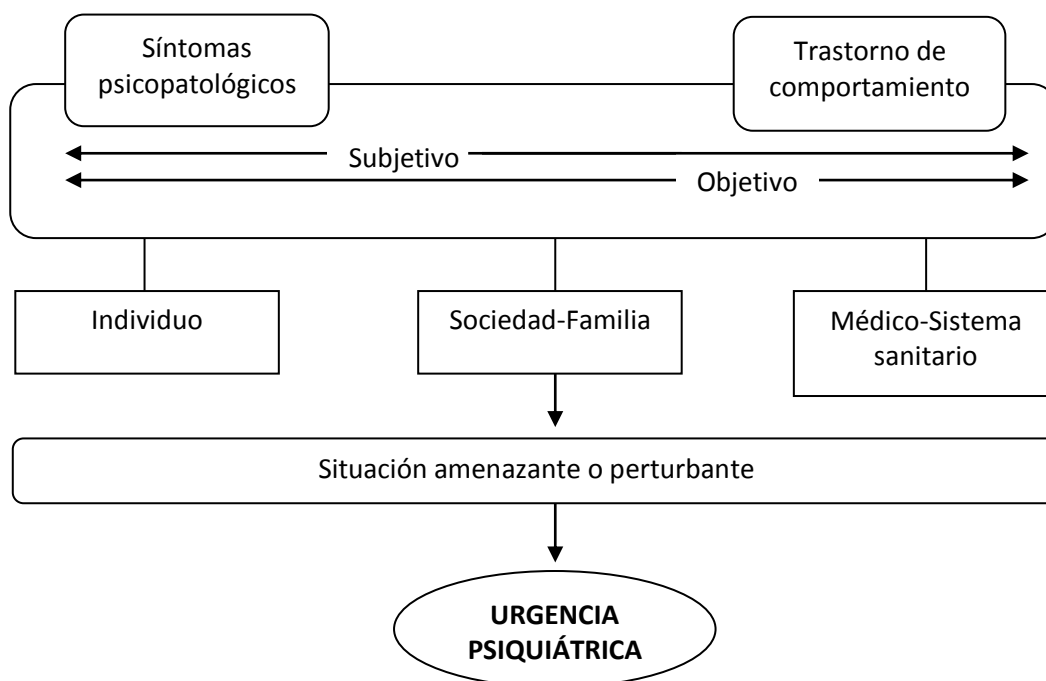


Figura 1: Situación de urgencia psiquiátrica. Tomado de: Bulbuena A, Martín L. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006.p. 799-811.

2.2.1.2 Elementos de la urgencia psiquiátrica

Se deben considerar cuatro elementos:

- a) El paciente, con su cuadro clínico, que requerirá de estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento necesario.
- b) El ambiente humano circundante, que debe ser evaluado en su influencia para la acción procedente.
- c) El ambiente físico, que debe ser examinado por el médico para identificar peligros o facilidades potenciales.
- d) El médico que, como experto, habrá de resolver la urgencia. Su competencia profesional y personalidad jugarán un papel decisivo.

2.2.1.3 Cuidados y tipos de intervención en las urgencias psiquiátricas

Existen cuatro tipos de intervención (tanto en el abordaje como en el tratamiento):

- a) Intervención verbal: la comunicación es primordial. Con las transacciones explícitas, la ganancia siempre es alta y los riesgos menores. La comunicación debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.

- b) Intervención farmacológica: referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos que, en la actualidad, constituyen recurso de privilegio técnico en el tratamiento. Así, es indispensable el conocimiento cabal de la psicofarmacología.

- c) Intervención física: implica restricción por la fuerza humana o contención mecánica. Será necesaria en algunos casos para proteger al paciente mismo o a los demás. El médico debe comandar con seguridad las acciones evitando involucrarse personalmente en actos de fuerza; la experiencia demuestra que cuando los pacientes se restablecen suelen agradecer el haberseles cuidado.

- d) Solicitud de ayuda: que deberá ser hecha sin demora, cuando la situación lo requiera, al especialista o a las entidades que en casos singulares deben intervenir.

2.2.1.4 Evaluación de la urgencia psiquiátrica

La entrevista va a ayudar a tomar la dirección, para de esta manera llegar al diagnóstico. Según las circunstancias, la entrevista y el examen tendrán que adecuarse.

Se debe tener especial cuidado ante la sospecha de un cuadro orgánico. El médico debe realizar una rápida evaluación mental, seguidamente proceder

al examen físico (cabe señalar que muchas enfermedades orgánicas tienen una expresión psicológica).

Se tiene que considerar las ideas o intentos de suicidio u homicidio, así como los riesgos de agresión.

Se tiene que recurrir a los familiares o acompañantes en caso que la información brindada por el paciente no tenga crédito o hubiera imposibilidad de obtenerla directamente de él.¹⁵

a) Historia clínica

- Referencia detallada de la queja principal
- Cambios recientes en el curso de su vida (especialmente enfermedades físicas y pérdidas)
- Niveles de ajuste anteriores a la urgencia
- Uso de drogas
- Historia anterior de enfermedades médicas psiquiátricas y respuesta al tratamiento
- Historia familiar
- Historia personal

b) Examen mental

Los diferentes aspectos que evalúa el examen mental se exponen en la tabla 1:

Tabla 1: Examen Mental. Tomado de: Barbudo del Cura E, Chinchilla Moreno A. Historia clínica psiquiátrica en urgencias. En: Chinchilla A, Correas J, Quinteros FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ªed. Madrid: ELSEVIER MASSON; 2010.p. 39-147.

1. Aspecto y conducta: ¿cómo nos llega el paciente?
2. Estado de conciencia <ul style="list-style-type: none">a) ¿Qué signos buscar para iniciar la exploración de la conciencia?<ul style="list-style-type: none">+ Observación del comportamiento+ Tres ejes de evaluación: vigilancia, lucidez y conciencia del propio yo+ Forma de inicio y curso de la alteración del nivel de conciencia+ Dimensiones neuropsicológicasb) ¿Cómo denomino los trastornos de la conciencia?<ul style="list-style-type: none">+ Trastornos cuantitativos: obnubilación, somnolencia, sopor y coma+ Trastornos cualitativos: fluctuación, confusión, estado crepuscular y estupor+ Trastornos de la conciencia del yo: yo corporal, yo psíquico
3. Dimensiones neuropsicológicas <ul style="list-style-type: none">a) Orientación: espacial, temporal y personalb) Atención-concentración-distracciónc) Memoria: fijación frente a evocación. Inmediata, reciente, remotad) Lenguaje y habla: disartria, disprosodia y afasiae) Praxias y gnosiasf) Inteligenciag) Reflejos de liberación frontal
4. Psicopatología del contacto
5. Psicomotricidad <ul style="list-style-type: none">a) Detección de trastornos extrapiramidalesb) Alteraciones de la psicomotricidad
6. Emociones, humor, afectividad
7. Discurso <ul style="list-style-type: none">a) Estructura del discurso: latencia, curso, forma, aspectos no verbalesb) Contenido

+ Lo indudablemente psicótico
+ Trastornos del pensamiento de adscripción dudosa
+ Temáticas
c) Riesgos del discurso: suicida, agresivo, disruptivo
8. Percepción
9. Ritmos biológicos: apetito, sueño, sexualidad, ciclo menstrual, etc.
10. Rasgos de personalidad
11. “En el momento actual hay/no hay ideación y/ni ademanes autoagresivos y/o heteroagresivos”

b.1) Aspecto y conducta

Se considera el aspecto físico general (signos prominentes de enfermedad, indumentaria y grado de aseo). También es necesario tener en cuenta la complexión, el peso y la talla aproximados para poder indicar las dosis de los medicamentos. Se debe establecer la posibilidad de entablar un diálogo directo con el paciente. El contacto visual ayudará a identificar la situación psicopatológica. Es importante identificar el grado de actividad motora (inhibición, retardo, inquietud o agitación), las cuales deben quedar registradas.

Las observaciones del personal auxiliar y de enfermería son importantes, debido a que algunos pacientes se contienen conductual y verbalmente en un contexto evaluador.³⁰

b.2) Estado de conciencia

La conciencia se define como el estado corporal y mental que permite al ser humano la aprehensión, la interpretación y la asociación de los estímulos externos (realidad objetiva). Además se requiere del nivel de vigilia, que influye en el grado de actividad de la conciencia.

Los signos que se deben buscar para iniciar la exploración de la conciencia son:

- Observar el comportamiento: Primera maniobra para explorar la conciencia. Se debe observar la velocidad de las conductas, la repetición, la complejidad, la espontaneidad, etc.
- Evaluación: Se basa en tres ejes: vigilia (capacidad de permanecer deliberadamente alerta en lugar de estar en coma), lucidez de la conciencia (facultad de identificar estímulos nítidos con los órganos del sensorio externo y del interoceptivo que nos hace capaces de darnos cuenta de las sensaciones internas) y conciencia del propio yo (capacidad de observar el propio ser en cuanto a lo corporal, a lo psíquico y a la relación con el mundo circundante).
- Forma de inicio: Se considera que toda alteración es orgánica, hasta que no se demuestre lo contrario, cuando ocurre bruscamente en alguien previamente sano, en forma de episodio agudo, con grandes fluctuaciones del nivel de conciencia.
- Dimensiones neuropsicológicas alteradas de forma aguda: Se menciona que una persona tiene una alteración funcional que puede estar en relación con la obnubilación cuando la persona (previamente “normal) muestra de forma aguda trastornos importantes de atención, memoria, orientación, de las praxias, de la gnosias, del cálculo o del lenguaje, y no se demuestra ninguna lesión neurológica focal.

Es importante señalar que siempre que esté alterado el nivel de atención, lo estará en mayor o menor grado la conciencia. El primer indicador de que la atención está alterada es la incapacidad de mantener la atención, lo cual provoca desorientación (tanto en tiempo como en espacio), así como incapacidad de mantener el lenguaje, lo que se expresa como: lenguaje divagante (saltar de un

tema a otro por engancharse a estímulos sobresalientes del entorno según avanza el discurso) o lenguaje perseverante (repetir el mismo tema o la misma frase porque se pone poca atención en lo dicho previamente y porque hay dificultad para conmutar la acción).³⁰

Los trastornos de la conciencia se pueden clasificar como:

b.2.1) Cuantitativos:

- **Obnubilación:** El sujeto obnubilado tiene reducida la capacidad de captación del entorno (como si estuviese a punto de iniciar el sueño, pero aún sin dormirse). Cabe señalar que todavía puede estar excitable. El individuo realiza órdenes sencillas, pero puede realizar mal las órdenes complejas porque se distrae. Los reflejos se encuentran conservados.
- Los siguientes estados impiden por completo el examen mental psiquiátrico: somnolencia (el paciente está despierto, pero se duerma enseguida si se libera de estímulos sensoriales), sopor (el sujeto está inconsciente, pero puede responder a estímulos de gran intensidad, tiene respiración rítmica y lenta y todavía conserva los reflejos, aunque atenuados) y coma (el paciente no responde a ningún estímulo, es imposible despertarlo con estímulos, no hay reflejos y la respiración se va desordenando).

b.2.2) Cualitativos:

- **Fluctuación del nivel de conciencia:** Cuando hay variación de hora en hora en la capacidad de aprehensión sensorial y de orientación, en relación con las oscilaciones del nivel de atención y de vigilia. Este

es un signo diagnóstico indiscutible de los síndromes confusionales agudos y de todos los trastornos psicoorgánicos subagudos.

- Confusión: Cuando el pensamiento no es claro (obnubilación) y se pierden los encadenamientos lógicos y sintácticos (incoherencia). Si existen alucinaciones, se denomina síndrome confusional alucinatorio. En la urgencia, debe ser siempre tomado como un psicossíndrome orgánico hasta que se demuestre lo contrario. Todas estas características ayudan a diferenciarlo de un trastorno psiquiátrico endógeno: inicio rápido, curso fluctuante, asistemático en lo delirante y con posibilidad de restitución a la integridad.
- Estado crepuscular: El pensamiento no es claro, y esto debido a que toda la atención está enfocada en una idea o representación psíquica fija sobrecargada de emoción. Se suele también denominar “estrechamiento” o “restricción” de la conciencia, ya que la actividad consciente se enfoca en un solo objeto mental, lo cual interrumpe el flujo cognitivo normal. Se caracteriza por tener un inicio y final bruscos, suele haber amnesia del episodio y va precedida de un hecho psicosocial o relacional significativo que produce una cascada de asociaciones simbólicas y emociones disociadas. A menudo el paciente se encuentra remiso a contar el evento desencadenante. Habitualmente se ve en cuadros de supuesta psicorreactividad (ciertas histerias patológicas como los trastornos disociativos, reacciones a estrés agudo y trastorno por estrés postraumático), así como insertos en psicosis de larga evolución.

- Estupor: Ausencia de funciones de relación con el entorno (cese de respuestas motrices y verbales). El estupor psiquiátrico se diferencia del neurológico en que tanto el sensorio como los reflejos se encuentran conservados; el EEG es normal y dentro de los cuadros posibles encontramos psicosis esquizofrénica, trastornos afectivos graves, otros síndromes catatónicos, estados disociativos, histeria, simulación.

b.2.3) Trastornos de la conciencia del yo: Son inespecíficos (salvo que se presenten de manera intensa y duradera).
Encontramos:

- Yo corporal: En su evaluación ayuda la semiología neurológica focal. Se debe interrogar en busca de sensaciones corporales inusuales.
- Yo psíquico: Hay alteración del sentimiento de continuidad de la propia psique, de la noción sobre quién es y del sentimiento de realidad de uno mismo en algunas patologías.

b.3) Neuropsicología y neurología

Algunas de las dimensiones neuropsicológicas más importantes pueden ser captadas por medio de la entrevista psiquiátrica:

b.3.1) Orientación espacial, temporal y de persona: Hay que preguntar al paciente su nombre, edad, lugar donde se encuentra, dirección, ciudad, el día, la fecha, la estación y el año, así como los nombres de familiares y personajes conocidos, e identificar acontecimientos recientes. No se debe confundir la verdadera desorientación de personas (fallo cognitivo), con los síndromes psicótico agudos de suplantación o hipoidentificación (habitual en

reagudizaciones esquizofrénicas) y de dobles o hiperidentificación (más frecuente en cuadros psicoorgánicos).

b.3.2) Atención: Grado con el que el paciente puede advertir los estímulos necesarios para orientarse y actuar eficazmente. Cuando se mantiene la atención en un foco, se denomina concentración, mientras que la tendencia a enfocar la atención sin ser capacidad de concentrarse, se denomina distraibilidad. Se denomina hiperprosexia cuando el paciente está excesivamente atento. Tanto la ansiedad como las preocupaciones obsesivas provocan inatención. Para evaluar la atención, se pide al paciente que repita una serie de números aleatorios hasta que falle. El examinador debe empezar con dos dígitos e ir aumentando el número conforme el paciente acierta (los individuos normales deben ser capaces de repetir de cinco a siete dígitos).

b.3.3) Memoria: Los déficits sensoriales, la ansiedad y las alteraciones de la atención afectan las pruebas de memoria.

- Exploración del recuerdo inmediato o registro (captar y reproducir): Se pide la respuesta casi inmediatamente después de presentar el estímulo. Para evaluar, se dicta al paciente seis palabras o números y pedirle que los repita en el mismo orden. La causa más frecuente de falla es la falta de atención por ansiedad.
- Memoria reciente (captar, retener y reproducir): Dura de minutos a horas. El subtest del MiniExamen Cognoscitivo (MEC) de las tres palabras es válido

(hacer aprender “peseta, caballo, manzana” y repetir unos minutos después).

- Memoria remota (evocar e identificar): Se puede preguntar sobre eventos sociales. Si hay fallos, puede deberse a los efectos duraderos de una alteración de la fijación en el pasado (ejm: antiguas lagunas mnésicas en alcohólicos con antecedentes de delirium tremens) y no necesariamente un trastorno global de la evocación. Aquí cabe destacar las deformaciones psicológicas del recuerdo (exageraciones, lapsus, amnesias selectivas, recuerdos delirantes, hipemnesia afectiva maníaca o depresiva, fabulaciones y mitomanía, falsos recuerdos por sugestión, etc.) y las confabulaciones (su confirmación exige disponer de un informante además del paciente).

b.3.4) Lenguaje y habla: Desde el punto de vista psiquiátrico, se altera el discurso (concepto que abarca más que el lenguaje, ya que refleja una alteración psíquica global en la que intervienen el pensamiento simbólico y las emociones). Se denomina mutismo cuando el paciente comprende nuestras instrucciones, está consciente y puede emitir sonidos con el aparato fonatorio, pero no es capaz de articular ninguna palabra; se denomina afonía cuando el paciente hace gestos para dar a entender que intenta hablar y que no puede, y en este caso debemos pensar más en cuadros depresivos (hipofonía por bajo tono de voz y por claudicación del paciente, que se agota antes de terminar la frase) y conversivos (afonía histérica).³⁰

Los signos neurológicos del lenguaje que hay que descartar en la urgencia son:

- **Disartria:** Es la articulación distorsionada del habla. Sugiere enfermedad cerebral (intoxicación, lesión difusa o focal) o muscular (distonía, lesión maxilofacial, miastenia, etc.). En el caso de darse en un paciente psicótico, se debe buscar causas orgánicas (distonía neuroléptica, ataxia por intoxicación de alcohol o sobredosis de fármacos).
- **Aprosodia y disprosodia:** Es la inflexión de la tonalidad y cadencia del habla anormales que sugieren lesión cerebral (sobre todo síndromes cerebelosos y lesiones subcorticales que afectan la sustancia blanca o los ganglios basales). Se observa con cierta frecuencia en la encefalopatía por VIH y en el consumo crónico severo de cocaína en Psiquiatría.
- **Afasia:** Es la incapacidad para la nominación correcta, con errores gramaticales o errores de elección de palabras. En la afasia de Wernicke (sensitiva o de comprensión), el discurso es fluido y abundante, con parafasias y neologismos (jergafasia), mientras que en la afasia motora hay una producción pobre de discurso que puede llegar hasta el grado de mutismo. En la jergafasia psiquiátrica, hay una alteración global de la psique (pensamiento, sentimiento, volición) que va a resignificar la totalidad del mundo simbólico del paciente.
- **Lectoescritura:** Las agrafia/alexia indican lesión neurológica focal si son de aparición aguda; las hipergrafías, de aparición aguda, son frecuentes en los episodios maníacos y a menudo van ligadas al propósito de escribir un texto de importancia desmesurada. Textos profusos y obsesivamente detallistas puede ser signo de rasgos obsesivos y de paranoia. Puede tratarse de un escrito esquizofrénico si en el texto encontramos frases que son perseverantes, el lenguaje está cargado de

neologismos y de giros sintácticos imposibles y las asociaciones lógicas se han perdido. La criptoescritura es el texto saturado de neologismos, más aun por el uso de un código de símbolos ininteligibles. Este tipo de escritura es muy característica de algunas personas con esquizofrenia paranoide.

- Gnosis y praxias: El MEC (MiniExamen Cognoscitivo) de Lobo valora la agnosia visual, la apraxia de construcción y la apraxia ideomotora.

b.3.5) Inteligencia: El retraso mental hace más vulnerables a las personas para tener cierto tipo de reacciones psicopatológicas, a su vez que favorece el encauzamiento de los afectos por las tres vías de derivación más primitivas: motora (paso al acto y conversión), somática (psicosomatosis y somatización) y psíquica verbal (rechazo de la representación mental en forma de alucinación o delirio desiderativo que le ocurren durante los momentos depresivos). Para hacernos una idea aproximada de la competencia intelectual de las personas, hay que basarse en la impresión subjetiva global, que se obtiene por medio de la entrevista; de los antecedentes personales sociolaborales y académicos (ayuda la información que aportan los allegado) y algunos ejercicios rápidos de abstracción como las categorizaciones (ejm: “¿Qué tienen en común el Sol y la Luna?”) y la interpretación de refranes sencillos.

b.3.6) Exploración neurológica: Algunos signos neurológicos resultan útiles para ayudar al diagnóstico:

- Reflejos de liberación frontal: Reflejos de presión, reflejo palmomentoniano, actitudes/conductas

automáticas de prensión y de coleccionismo, reflejos de hociqueo y de chupeteo.

- Exploración del síndrome de Parkinson: Es importante conocer todos los signos y síntomas de este síndrome.

b.3.7) Exploración de signos cerebelosos: ataxia, disartria, disimetría, adiadococinesia y temblor dinámico.³⁰

b.4) Psicopatología del contacto

Habitualmente podemos encontrar:

b.4.1) Elementos del “contacto”:

- La atmósfera que envuelve al caso
- Lenguaje no verbal
- Contacto visual
- Fenómenos transferenciales durante la entrevista
- Palabras que expresan ciertas actitudes: mutismo (llamada a los demás hacia una situación interior de peligro, de angustia, de depresión, etc.; siendo también de negativismo); actitud retraída (negativismo, autismo, timidez); “paso al acto” (funcionamientos de la personalidad en nivel limítrofe, siendo de forma fija en los trastornos de personalidad de cluster B, y de forma transitoria en las reacciones adaptativas con alteración de conductas); actitud mitomaníaca (de disimulo, dramatización, trivialización (menosprecio de un asunto), regresiva o de seducción); excesiva adecuación al contexto evaluador (rasgos de hipermadurez y de adultez prematura en niños y adolescentes hijos de padres con trastorno psiquiátrico; pacientes con rasgos de personalidad obsesivos); sugestionabilidad (más

visible en cuadros somatomorfos) y actitud desvinculada (disempatía, desvinculación, etc).

b.4.2) Estilos de contacto:

- Contacto depresivo: “Nos mueve a sentir con él”, activa sentimientos de compasión.
- Contacto maníaco: Imprevisibilidad, desconsideración, alegría contagiosa en la forma eufórica, contagia irritación en la forma disfórica.
- Contacto esquizofrénico: Pérdida de contacto vital con la realidad, angustia indescriptible, ambivalencia en los afectos y en el gesto facial, empobrecimiento de la personalidad, falta de armonía en el estar.
- Contacto con características externalizadoras (cluster B): Aspereza, juegos torpes de seducción, imposibilidad de elaborar mentalmente las pulsiones ni la transferencia, sentimientos de frustración y rechazo, que pueden producir en el evaluador actitudes represoras.
- Contacto fobicoobsesivo: Ansiedad, caricatura de la normalidad.
- Contacto histérico: Versatilidad, respuestas variables y confundibles (desde la compasión hasta la irritación, desde sentirse halagado hasta sentirse chantajeado, etc.), confusión erótico-afectiva, ambivalencia sexual, ambivalencia moral, melodramatismo, fabulación, mitomanía.
- Contacto orgánico-cerebral: Condicionado por la obnubilación y la merma de las funciones cognitivas, aburrimiento ante la divagación, impresión de malestar físico.

- Contacto disfórico: Se irrita con facilidad.³⁰

b.5) Psicomotricidad

En primer lugar se tiene que tener en consideración de la psicomotricidad del paciente, de su modo de permanecer en la sala de espera, de su manera de saludar, del modo en que se aproxima al entrevistador, etc. Se denomina “aspecto” a la expresión facial y a la postura, mientras que a la interacción dinámica se denomina “conducta”. Ambos términos hacen referencia al estado emocional y a la congruencia entre afectos y pensamientos. En segundo lugar se debe descartar alteraciones más orgánicas de la psicomotricidad (aquellas con clara base lesional o neurológica). Es valiosa la exploración de síntomas extrapiramidales en personas ancianas y en los que toman psicofármacos, ya que en la mayoría de casos no son conscientes de estar padeciendo un trastorno del movimiento. Cabe señalar que la ansiedad, independientemente de su causa (reactiva u orgánica), empeora el temblor y otros síntomas extrapiramidales. Ningún trastorno del movimiento en psicopatología es patognomónico de ninguna enfermedad. A continuación, algunas alteraciones psicomotrices:

- Temblor: Cuando es grosero y de aparición reciente, puede tratarse de una abstinencia alcohólica aguda, intoxicación por litio, otras encefalopatías toxicometabólicas (normalmente abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso) o una lesión neurológica. Suelen quejarse de temblores finos, actitudinales, fisiológicos o “esenciales” las personas con trastornos del espectro ansioso, los cuales se exacerban durante las crisis de ansiedad y con algunos fármacos.
- Asterixis: Trastorno del control motor, caracterizado por la presencia de un movimiento anormal de las extremidades en el

plano vertical durante el mantenimiento voluntario de una postura, debido a pérdida rítmica de tono de la musculatura antigravitatoria. Normalmente es bilateral y está asociado a encefalopatías toxicometabólicas (insuficiencia hepática, hipercapnia, alteraciones hidroelectrolíticas, enfermedad de Wilson). Las benzodiazepinas mejoran a los pacientes con privación de alcohol, pero puede empeorar la encefalopatía hepática.

- Síndrome de Parkinson: Se debe explorar la rigidez articular en miembros superiores e inferiores, la postura encorvada, la marcha, el temblor de reposo (“dedos de contador de monedas”) y el habla (muy rápida pero hipofónica). Este síndrome tiene un componente vegetativo (sialorrea, hiperhidrosis, dermatosis seborreica, etc.) y afectivo (depresión, fenómenos obsesivos). La bradicinesia, que también es una característica de este síndrome, no debe ser confundida con la abulia (falta de acción por indecisión; típica de obsesivos y de depresivos con rasgos anancásticos), la apatía (falta de acción por falta de impulso vital) ni la astenia (falta de acción por cansancio muscular).
- Distonía focal, segmentaria, hemicorporal o total: No se debe confundir con una alucinación cenestésica, con distonías de la musculatura ocular, las cuales son típicas de la distonía por neurolépticos.
- Discinesia tardía: Movimientos coreicos en la parte proximal de las extremidades; sacudidas de flexoextensión en el tronco; atetosis en la parte distal de los miembros; vaivenes laterales y de protrusión de la mandíbula, de los labios y de la lengua. Es una complicación infrecuente en personas que han estado tomando antipsicóticos típicos por muchos años.

- Acatisia: Inquietud subjetiva, ansiedad psicomotriz, sensación de no poder estar quieto. Los síndromes de disforia-acatisia son producidos típicamente a los pocos días de haber administrado un antipsicótico típico en depósito parenteral.
- Síndrome de piernas inquietas: Las consecuencias son insomnio, ansiedad y depresión.
- Alteraciones de la psicomotricidad vinculadas a las psicosis: Descrito clásicamente en esquizofrénicos institucionalizados. Actualmente son cada vez más raras debido al uso precoz de antipsicóticos en la esquizofrenia, así como antidepresivos, gabaérgicos y terapia electroconvulsiva.³⁰

Los hallazgos más relevantes son:

- Alteraciones cuantitativas de la velocidad, de la energía y de la latencia en el inicio del movimiento: En los síndromes con retardo psicomotor (bradifrenias de diversa causa, depresión, catatonía inhibida, etc.) hay un movimiento retardado o inhibido, la latencia de respuesta está aumentada y hay hipomimia. En los síndromes con hiperactividad motora (síndromes maníacos de diversa causa, catatonía agitada, agitación psicomotriz por tóxicos, etc.), la latencia de respuesta está acortada.
- Gesticulación facial y mirada: Reflejan mucho mejor los estados afectivos y las reacciones inconscientes durante el encuentro interpersonal. La mirada del paciente esquizofrénico se caracteriza por la sensación de “pantalla” impenetrable, la falta de parpadeo y giros vigilantes de sus ojos poco ágiles. También en este tipo de pacientes aparecen disociaciones del gesto facial.
- Habla: La hipofonía (volumen de voz muy bajo) puede expresar depresión, enfermedad de Parkinson, demencia subcortical. En el estado maníaco, así como en el primitivismo

del carácter, impulsividad y sordera, hay un volumen demasiado elevado de la voz. Un signo de megalomanía maníaca puede ser el “don de lenguas”, en la cual el paciente tiene la capacidad de poder expresarse en varios idiomas a la vez.

- Movimientos repetitivos: El “delirio ocupacional” del delirium destaca dentro de los trastornos psicoorgánicos, caracterizándose por un movimiento estereotipado que representa alguna actividad cotidiana en la vida del paciente. Los movimientos complejos perseverantes son frecuentes en el autismo y en el retraso mental grave, siendo las variaciones de frecuencia e intensidad valiosos indicadores del estado emocional de este tipo de pacientes. En las psicosis endógenas agudas puede haber movimientos perseverantes que unas veces poseen finalidad identificable y un correlato simbólico idiosincrásico. Un signo típico de síndrome catatónico es estereotipia aguda de curso limitado. Un signo de mal pronóstico para los estados esquizofrénicos residuales irreversibles es la estereotipia que no desaparece y se hace crónica. Un tic se caracteriza por ser egodistónico, asociarse con ansiedad neurótica y típicamente va precedido de una desazón sensorial en la piel de la zona que se va a mover semiimpulsivamente. Cuando hay estereotipia verbal y hay repetición de frases y oraciones de un modo automático se denomina verbigeración.
- Ecofenómenos o ecosíntomas: Típicos del síndrome catatónico agudo. De forma crónica se aprecia en pacientes con autismo. Ecolalia se denomina cuando el paciente repite los comentarios del entrevistador; en la ecopraxia el paciente copia espontáneamente los movimientos de este; y en la ecomimia es incapaz de frenar el afán de imitar al entrevistador.

- Negativismo y obediencia automática: Se denomina negativismo cuando el paciente tiene una actitud que exhibe una automática oposición, ya sea pasiva o activa, a instrucciones y propuestas de todo tipo, donde se incluyen las recreativas y placenteras. El negativismo lo podemos apreciar en la esquizofrenia y en formas muy graves de depresión delirante. En el negativismo activo, el paciente se resiste a los intentos de moverlo o de mover alguno de sus miembros, haciendo además lo contrario a lo que se le ha ordenado; mientras que en el negativismo pasivo sólo se encuentra resistencia pasiva a la movilización forzada de la extremidad. El negativismo, paradójicamente, suele asociarse con la obediencia automática, en la cual se puede moldear el cuerpo o una extremidad del paciente en cualquier postura a pesar de que simultáneamente se le esté dando la orden de que no lo haga (suele asociarse a la flexibilidad cérica de la catalepsia). El negativismo es una de las posibles causas de mutismo y de estupor.
- Manierismos: Movimientos extraños que tienen un propósito claro y comprensible, pero que se encuentran sobrecargados de gestualidad, pareciendo así exagerados.
- Catalepsia: Se define como el mantenimiento de posturas de no descanso durante largos períodos. En este concepto se incluye las posturas faciales rígidas y las muecas fijas. Algunos ejemplos de catalepsia son el sentarse con las porciones alta y baja del cuerpo dobladas en ángulos rectos, dejar que los dedos y las manos cuelguen en posiciones extrañas, llevar los brazos sobre la cabeza o elevados a la manera de un orador, etc.
- Flexibilidad cérica: El paciente ofrece resistencia inicial a un movimiento inducido, antes de ir permitiendo gradualmente ser movilizad.

- Mutismo: Falta de respuesta verbal (no siempre está asociada a una inmovilidad).
- Estupor: Es la falta de respuesta, la hipoactividad y la activación motriz reducida, haciendo incapaz al paciente de responder a órdenes y preguntas.
- Ambitendencia: El paciente aparece atrapado en un movimiento indeciso, que expresa dos tendencias antitéticas que se manifiestan sucesivamente.³⁰

b.6) Emociones, humor y afectividad

Se debe tener en claro los conceptos de emociones, sentimiento y de afecto:

b.6.1) Emociones: Estados afectivos agudos que señalan un cambio en la cenestesia visceral. Se asocian a un cambio en la manera de valorar una situación. Se denomina incontinencia emocional a la expresión emocional exagerada e irreprimible debido a que es inmotivada y porque tiene un fondo orgánico directo no elaborado psíquicamente. Llamamos labilidad emocional a las oscilaciones bruscas de la expresión emocional provocadas por estímulos externos (pueden ser de base orgánica como vivencial). La angustia en la ansiedad suele ser aliviada con el llanto, mientras que puede mantener e incluso agravar la angustia en una depresión melancólica. Una reacción frecuente en los estadios medios y avanzados de la demencia es el llanto inmotivado (como incontinencia emocional carente de substrato simbólico y afectivo).

b.6.2) Sentimientos: Son los productos de la elaboración psíquica de las emociones. Tienen un correlato simbólico de

memoria semántica, la cual es sometida a los procesos lógicos y a los mecanismos retóricos que se describen en la psicopatología psicodinámica (represión, condensación, desplazamiento, etc.). El humor implica un estado emocional (visceral, corporalizado) mantenido en el tiempo con independencia de los eventos menores de la vida cotidiana. La polaridad del humor impregna los sentimientos (humor deprimido, humor expansivo). El humor también se valora con su intensidad, su proporcionalidad con la situación y su grado de asociación con alteraciones de otros ritmos biológicos. Los estados del humor arreactivos apuntan a la endogenicidad (ejm: fase bipolar), mientras que la hiperreactividad del humor limitada a vivencias de rechazo o abandono interpersonal reales o imaginarias apuntan a una endogenicidad atípica de la depresión (disforia histeroide).³⁰

b.6.3) Afecto: Hace referencia a los aspectos vinculares y relacionales de la emoción. Abarca también las emociones no elaboradas por el aparato psíquico que experimentamos durante la relación con el otro. También se denomina como la manifestación social de la emoción y del humor. Se denomina irradiación afectiva a la capacidad de un estado anímico para generar una resonancia afectiva en otra persona. El embotamiento afectivo es el bloqueo de la expresión del afecto transitorio o mantenido que se observa en varios cuadros (depresión, esquizofrenia, demencias frontotemporales, etc.). La definición de depresión puede aludir a un estado afectivo (observable), a un estado del humor o del ánimo (subjetivos), para indicar tristeza (subjetiva, patológica o no), a un síndrome de

causas variadas psíquicas y orgánicas, a uno de sus síntomas (tristeza patológica) o a una enfermedad psiquiátrica específica con etiologías concretas. El término hipomanía se usa para describir el fondo de humor patológico de una enfermedad concreta del afecto (trastorno bipolar), pero también es un estado afectivo que se puede observar en diversas situaciones (cuadros psicoorgánicos, esquizofrenia, personas sin patología, etc.). La ansiedad puede ser un rasgo de personalidad o un estado transitorio, siendo flotante si se mantiene durante todo el día y crisis de ansiedad si acontece en accesos agudos. Puede tener causa psicorreactiva, orgánica o endógena.

b.7) Pensamiento y lenguaje: el discurso

El discurso es un texto interpretable según modelos de reglas que indagan las estructuras simbólicas. Dentro del discurso encontramos:

b.7.1) Estructura del discurso: Se consideran los siguientes aspectos:

- Espontaneidad: Valora si el paciente precisa de un estímulo constante para proseguir el relato.
- Latencia de respuesta: Tiempo que el paciente tarda en responder. Se encuentra aumentada en la depresión y otros cuadros de inhibición psicomotriz (abulias demenciales, delirium hipoactivo, catatonías varias, intoxicación por sustancias depresoras del SNC), mientras que se encuentra acortada en la manía, en los rasgos de personalidad, en los estados mentales marcados con el sello de la impulsividad (ejm:

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el adulto).

- Curso: Valora el ritmo de producción del pensamiento. Podemos encontrar: taquifasia (“presión del lenguaje”) o taquilalia (“presión del habla”), habiendo en ambos casos “presión del pensamiento”, teniendo un curso rápido y siendo el grado extremo de presión de pensamiento la fuga de ideas; y bradifasia, en donde hay lentitud del lenguaje, pudiendo correlacionarse con la bradifrenia o bradipsiquia.
- Forma: Expresa la manera en que se correlacionan los temas del discurso. Aquí encontramos: discurso divagante (personas con demencia o con Trastornos de la Personalidad orgánicos, sobre todo si su nivel académico es alto; su locuacidad sólo es aparente porque hay pocas ideas), discurso prolijo o circunstancial (característico de los epilépticos y de los obsesivos; dificultad para seleccionar ideas centrales y sintetizar los argumentos, dando un típico aspecto detallista), discurso perseverante (lo encontramos en los trastornos organicocerebrales, del autismo y del retraso mental; hay pocas ideas con pocas palabras repetidas muchas veces), y descarrilamiento (manifestación verbal de la pérdida de asociaciones lógicas convencionales que se aprecia en la esquizofrenia, comprendiendo desde el puro automatismo verbal hasta el puro juego lógico idiosincrásico, correlativo, a una construcción delirante).

b.7.2) Contenido del discurso: Se distinguen tres tipos de alteraciones:

- Fenómenos indudablemente psicóticos: Ocurrencia delirante, percepción delirante.
- Fenómenos probablemente psicóticos: Ideación delirante secundaria por elaboración de fenómenos primarios (en la esquizofrenia) o por desarrollo de complejos ideoafectivos comprensibles biográfica y situacionalmente.
- Trastornos del pensamiento de ubicación nosográfica dudosa en la urgencia: Ocurre a menudo debido a la limitación del tiempo. Dentro del mismo encontramos: fenómenos repetitivos (fenómenos obsesivocompulsivos, impulsivos, obsesivos, automáticos y perseverantes); ideaciones peculiares no claramente delirantes (ideas sobrevaloradas y pensamiento mágico individual, familiar o de un grupo reducido); ideaciones peculiares no delirantes con trasfondo afectivo (cogniciones depresivas, y ansiosas); vivencias de autorreferencialidad, cuando no son automáticas y aún hay duda y se acepta la crítica (autorreferencialidad psicótica, orgánica, neurótica y caracteriopática; catatímica; de reacción vivencial); estructuras basadas en la corporalidad (autoobservación, con base en alteraciones perceptivas somáticas, con base fóbica o histérica).

Existen tres discursos con riesgo: el discurso suicida, el discurso de agresión (a sí mismo o a otros) y el discurso disruptivo (de fuga, de intenciones antisociales como robar, hacer gastos absurdos y amenazar con hacer una escalada en el consumo de tóxicos).³⁰

b.8) Alteraciones sensorperceptivas

Las quejas por ilusiones, alucinaciones o alteraciones visuales en el servicio de urgencias siempre obligan a pensar en una causa orgánica hasta que se demuestre lo contrario. Para la exploración de las alteraciones de la percepción en la urgencia hay que tener en cuenta:

- Se inicia desde que contactamos por primera vez con el paciente.
- Siempre preguntaremos sobre déficits sensoriales auditivos y visuales.
- Se debe ayudar al paciente a formular las quejas con palabras.
- No descuidar en la exploración la modalidad sensorial cenestésica.
- Descartar un síndrome alucinatorio enmascarado por síndromes inespecíficos de apariencia neurótica y leve.
- Descartar organicidad.
- Antes de confirmar un síndrome alucinatorio, el psiquiatra debe descartar que no sean ilusiones, pareidolias, imágenes eidéticas y representaciones mentales obsesivas.
- Hay cualidades perceptivas menores que pueden ayudar al diagnóstico.
- El síndrome de despersonalización-desrealización se puede encontrar, en mayor o menor grado, en todos los trastornos psiquiátricos.

b.9) Ritmos biológicos

- **Apetito:** El único dato objetivo es la pérdida o ganancia de peso. Se debe valorar si hay hiperexia o hiporexia, teniendo siempre en cuenta que si esto se produce por una auténtica falta de hambre (fenómeno más orgánico) o a una falta de

- impulso vital o restricción voluntaria (delirio, obsesión o anorexia nerviosa).
- Sueño: Se debe anotar la calidad que el paciente relata (síntoma, dato subjetivo), así también el número total de horas y las horas a las que se producen los despertares anormales respecto a la hora habitual que el paciente se despierta.
 - Sexualidad: No sólo se debe valorar los cambios de frecuencia, intensidad y placer asociables a los trastornos ansiosos y afectivos, sino que la hipersexualidad verdadera obliga a descartar organicidad.
 - Ciclo menstrual: A veces se asocia con estados mentales alterados (migraña y epilepsia catamenial, síndrome premenstrual, descompensación bipolar, psicosis atípica).
 - Ritmos circadianos: En el diagnóstico de la depresión, un dato valioso es el empeoramiento matutino de la tristeza asociado típicamente a una gran opresión epigástrica.³⁰

b.10) Rasgos de la personalidad

La urgencia no es un momento apropiado para realizar una evaluación de la personalidad. Los estados mentales agudos, patológicos o no, suelen activar patrones de conducta regresivos que pueden dar la falsa impresión de ser rasgos fijos. Puede ser inapropiado hablar de Trastorno de la Personalidad antes de los 18 años.³⁰

c) Examen físico

En los casos difíciles, debe ser realizado con la inmediatez que la situación de urgencia demande.

³⁰ Barbudo del Cura E, Chinchilla Moreno A. Historia clínica psiquiátrica en urgencias. En: Chinchilla A, Correas J, Quinteros FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ªed. Madrid: ELSEVIER MASSON; 2010.p. 39-147.

d) Solicitud de exámenes auxiliares pertinentes

e) Disposiciones y tratamiento

De acuerdo a las disquisiciones clínicas y al diagnóstico presuntivo.³¹

³¹ Perales A, Zambrano M, Vásquez G, Mendoza A. Editores. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". 1ªed..Lima: ENOTRIA; 1991.

2.2.1.5 Urgencias psiquiátricas frecuentes

Tabla 2: Urgencias psiquiátricas frecuentes. Tomado de: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed.. Madrid: MEDICA PANAMERICANA; 2003.

Abstinencia de alcohol	Crisis convulsivas por alcohol	Encefalopatía de Wernicke	Histeria de grupo
Abstinencia de clonidina	Crisis conyugal	Episodio de depresión mayor con síntomas psicóticos	Ictericia
Abstinencia de sustancias	Crisis de la adolescencia	Episodio maníaco	Incesto y abuso sexual en niños
Abstinencia simpaticomimética	Crisis hipertensiva	Esquizofrenia	Insomnio del sueño
Abuso de un niño o de un adulto	Déficit de vitamina B ₁₂	Esquizofrenia catatónica	Intoxicación anticolinérgica
Abuso de tolueno	Delirium	Esquizofrenia paranoide	Intoxicación con L-Dopa
Acatisia	Delirium por alcohol	Exacerbación en esquizofrenia	Intoxicación con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y abstinencia
Agorafobia	Demencia	Fobias	Intoxicación por alcohol
Agranulocitosis (inducida por clozapina)	Demencia por alcohol	Fotosensibilidad	Intoxicación ideosincrásica por alcohol
Amnesia persistente por alcohol	Discinesia tardía	Hipertermia	Intoxicación por anfetaminas (o sustancias relacionadas)
Anorexia nerviosa	Distonía aguda	Hiperventilación	Intoxicación por anticonvulsivantes
Conducta homicida y agresiva	Duelo	Hipotermia	Intoxicación por benzodiazepinas
Intoxicación por bromuro	Migraña	Psicosis postparto	Toxicidad por litio
Intoxicación por cafeína	Muerte súbita asociada a medicación antipsicótica	Retinopatía pigmentaria	Toxicidad por propranolol
Intoxicación por cannabis	Muerte súbita de origen psicógeno	SIDA	Trastorno convulsivo
Intoxicación por cocaína y abstinencia	Nitratos volátiles	Síndrome neuroléptico maligno	Trastorno de estrés posttraumático
Intoxicación por fenciclidina (o	Pánico homosexual	Suicidio	Trastorno de personalidad límite

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-

MARZO 2011

sustancias similares)			
Intoxicación por nuez moscada	Parkinsonismo	Temblor perioral (“conejeo”)	Trastorno delirante
Intoxicación y abstinencia por opioides	Priapismo (inducido por trazodona)	Tirotoxicosis	Trastorno depresivo
Intoxicación por reserpina	Prolapso de válvula mitral	Toxicidad del óxido nitroso	Trastorno esquizoafectivo
Leucopenia y agranulocitosis	Psicosis alcohólica con alucinaciones	Toxicidad por fenilpropano-lamina	Trastorno explosivo intermitente

Trastorno por crisis de angustia	Trastorno psicótico inducido por fenelcina
Trastorno psicótico breve	Trastorno psicótico por cimetidina
Trastorno psicótico inducido por alucinógenos con alucinaciones	Violación

2.2.1.6 Síndromes más frecuentes

a) Síndrome esquizofrenimorfo

a.1) Definición

Hace referencia a la esquizofrenia, la cual es una enfermedad mental debilitante, caracterizada por síntomas positivos y negativos. Dentro de los síntomas positivos encontramos alucinaciones, voces que conversan con o acerca del paciente, y delusiones (a menudo paranoides). Dentro de los síntomas negativos encontramos el embotamiento afectivo, pérdida del sentido del placer, pérdida de la voluntad o la unidad, y aislamiento social.³²

a.2) Factores de riesgo

Es igualmente común en hombres y mujeres. En los hombres se presenta típicamente en los años de la adolescencia o principios de los 20 años, mientras que generalmente en las mujeres se presenta entre los 20 y 30 años. Una historia familiar de esquizofrenia es el factor de riesgo más significativo.³³

a.3) Diagnóstico

Ni la presencia de alucinaciones ni ideas delirantes son imprescindibles para el diagnóstico de esquizofrenia, ya que un paciente puede cumplir los criterios diagnósticos si presenta dos de los síntomas (del 3 al 5) enumerados en el criterio A. En la tabla 3 se presenta los criterios diagnósticos DSM-IV-TR:

³² Schultz S, North S et al. Schizophrenia: A review. American Family Physician 2007; Volume 75, Number 12

³³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000:297-343.

Tabla 3: Criterios diagnósticos para Esquizofrenia DSM-IV-TR. Tomado de: Reprinted from *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. Copyright © 2000, American Psychiatric Association.

<p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una porción significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes (o menos si se ha tratado exitosamente):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Delusiones2. Alucinaciones3. Habla desorganizado (ejm: descarrilamiento frecuente o incoherencia)4. Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico5. Síntomas negativos (ejm: aplanamiento afectivo, alogia o abulia) <p>Nota: Solamente un síntoma de criterio de A es requerido si las delusiones son extrañas o las alucinaciones consisten de una voz que mantiene un comentario continuo en el comportamiento o pensamientos de la persona, o dos o más voces que conversan entre ellas.</p>
<p>B. Disfunción social/ocupacional: Por una parte significativa del tiempo desde el comienzo de la perturbación, una o más áreas importantes de funcionamiento, tales como trabajo, relaciones interpersonales, o el cuidado de sí mismo, están marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando el comienzo es en la niñez o adolescencia, falla en alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p>
<p>C. Duración: Signos continuos de la perturbación persisten por lo menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir por lo menos 1 mes de síntomas (o menos si es exitosamente tratado) que tenga los criterios de A (ejm: síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la perturbación pueden ser manifestados por solamente síntomas negativos o dos o más síntomas listados los criterios de A presentes en una forma atenuada (ejm: creencias raras, experiencias perceptivas inusuales).</p>
<p>D. Exclusión esquizoafectiva y trastorno del estado del ánimo: El Trastorno esquizoafectivo y trastorno del estado de ánimo con características psicóticas se han descartado debido a (1) ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto haya ocurrido al mismo tiempo con los síntomas de la fase activa; o (2) si episodios afectivos han ocurrido durante síntomas de fase activa, su duración total ha sido breve en relación a la duración de los periodos activos y residuales.</p>
<p>E. Exclusión de sustancia/condición médica general: La perturbación no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejm: una droga de abuso, una medicación) o una condición médica general.</p>
<p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay una historia de Trastorno Autístico u otro Trastorno Generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de Esquizofrenia es hecho solamente si las ideas delirantes o alucinaciones están también presentes por lo menos un mes (o menos si es exitosamente tratado).</p>

b) Síndrome paranoide

b.1) Definición

Es aquella afección psiquiátrica en la cual una persona es muy desconfiada y recelosa de los demás. Como ejemplo tenemos los siguientes pensamientos: “Hay una conspiración en contra mía”, “Alguien deliberadamente trató de molestarme”, “La gente está afuera para atraparme”. El término paranoia deriva del griego *para*, de lado, paralelo, y *nous*, espíritu, pensamiento. Otra definición es: “Desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción”.³⁴

b.2) Factores de riesgo

Al parecer, es más común en familias con trastornos psicóticos (como la esquizofrenia y el trastorno delirante), lo cual permite sugerir que los genes están implicados.³⁵

b.3) Diagnóstico

En la tabla 4 se presentan los criterios diagnósticos DSM-IV-TR:

³⁴ Bulbuena A. Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006.p. 469-483.

³⁵ Vorvick et al. MEDEX Northwest Division of Physician Assistant Studies, University of Washington School of Medicine. MedlinePlus. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000938.htm>

Tabla 4: Criterios diagnósticos del Trastorno Delirante DSM-IV-TR. Tomado de: Salavert J, Berrospi M y col. *El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia.* Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2003;30(6):304-313

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.
E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.
Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine): tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto. Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa. Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel. Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma. Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica. Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema. Tipo no especificado.

c) Síndrome depresivo

c.1) Definición

Síndrome que consiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso. A veces se aparece sentimiento de culpa y preocupaciones somáticas, con frecuencia de proporciones delirantes.³⁶

³⁶ Anderson D. Diccionario Médico de bolsillo Dorland. 27ªed. Madrid: McGRAW-HILL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA; 2007.

c.2) Factores de riesgo

Se han identificado ciertos factores que incrementan el riesgo de desarrollar o desencadenar depresión:³⁷

- Tener parientes biológicos con depresión.
- Ser una mujer.
- Tener experiencias traumáticas de niño.
- Tener parientes biológicos con una historia de alcoholismo.
- Tener miembros de la familia que han cometido suicidio.
- Experimentar eventos de la vida estresantes, tales como la muerte de un ser amado.
- Tener pocos amigos u otras relaciones personales.
- Recientemente haber dado a luz (depresión postparto).
- Tener un estado depresivo como un niño.
- Tener una enfermedad seria, tal como cáncer, enfermedad cardiaca, Alzheimer o VIH/SIDA.
- Tener rasgos de personalidad, tales como tener baja autoestima, ser excesivamente dependiente, auto-crítico o pesimista.
- Abusar de alcohol, nicotina o drogas ilícitas.
- El ser pobre.
- Tomar ciertos medicamentos para la presión alta, pastillas para dormir u otros medicamentos.

c.3) Diagnóstico

Los síntomas que hacen referencia a las alteraciones del estado de ánimo son fundamentales para el diagnóstico de depresión. Lo más específico es la “tristeza vital”, pero en niños/adolescentes y

³⁷ Mayo Clinic Staff. Mayo Clinic. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.mayoclinic.com/health/depression/DS00175/DSECTION=risk-factors>

formas distímico/neuróticas, va a predominar la irritabilidad/disforia.³⁸

Existen dos diagnósticos principales:

- Trastorno Depresivo Mayor según DSM-IV-TR: Un Trastorno Depresivo Mayor se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas, estando la persona típicamente deprimida o deja de interesarse por la mayoría de actividades.

Tabla 5: Criterios diagnósticos Episodio Depresivo Mayor DSM-IV-TR. Tomado de: *American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV.*

Barcelona: Masson 2003.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del

³⁸ CTO Editorial. Manual CTO de Medicina y Cirugía. 7ªed. España: McGRAW-HILL-INTERAMERICANA; 2007.

funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

- Trastorno Depresivo Menor:

Episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.³⁹

d) Síndrome maníaco

d.1) Definición

Síndrome en el cual el estado de ánimo está anormalmente elevado, caracterizándose por: euforia inapropiada, irritabilidad aumentada, insomnio severo, nociones grandiosas, aumento de la velocidad y/o el volumen de expresión, pensamiento desconectado y acelerado, aumento del deseo sexual, marcado aumento de la energía y el nivel de actividad, mal juicio e inapropiado comportamiento social.⁴⁰

d.2) Factores de riesgo

- Personas con una historia familiar de trastorno bipolar.
- Tener ciertas condiciones médicas co-existentes (neoplasias cerebrales, enfermedades extrapiramidales, ACV, etc) o tomar ciertos medicamentos (digoxina).

³⁹ El equipo de Biopsicología. Biopsicología.Net. España. 2009. Disponible en: URL: <http://www.biopsicologia.net/nivel-4-patologias/1.5.4.3.-trastorno-depresivo-no-especificado.html>

⁴⁰ Depression Center. MedicineNet.com. Last Editorial Review: 9/18/2003. USA. Disponible en: URL: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=4271>

- Medicamentos antidepresivos y estimulantes, incluyendo drogas tales como anfetaminas y cocaína, también pueden causar o imitar un episodio maníaco.⁴¹

d.3) Diagnóstico

Tabla 6: Criterios para el diagnóstico de episodio maníaco DSM-IV-TR. Tomado de: Vieta E. *Trastornos bipolares y esquizoafectivos.* En: Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría.* Barcelona: Masson; 2006.p. 513-539.

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: (1) Autoestima exagerada o grandiosidad (2) Disminución de la necesidad de dormir (p.ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) (3) Más hablador de lo habitual o verborreico (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado (5) Distrabilidad (p.ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales e irrelevantes) (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora (7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
C. Los síntomas no cumplen los criterios para episodio mixto.
D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p.ej., hipertiroidismo).
Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p.ej., un medicamento, terapia electroconvulsiva, fototerapia) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

⁴¹ PDR Network, LLC. PDRhealth. USA. 2010. Disponible en: URL:<http://www.pdrhealth.com/disease/disease-mono.aspx?contentFileName=BHG01PS05.xml&contentName=Bipolar+Disorder&contentId=11&TypeId=1§ionMonograph=ht2>

e) Síndrome alucinatorio

e.1) Definición

Síndrome en el cual hay alucinaciones, las cuales son “una percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado”.⁴²

Existen varios tipos de alucinaciones:⁴³

- Auditivas: Son las más frecuentes. De forma característica se presentan en los trastornos esquizofrénicos.
- Visuales: Es característico de los trastornos orgánico cerebrales y del consumo de tóxicos.
- Somáticas: Es la percepción de sensación corporal extraña (ejm: como de electricidad, quemadura, etc.)
- Olfativas y gustativas: Típica de las crisis uncinadas del lóbulo temporal
- Hipnagógica: Es la percepción sensorial falsa al inicio del sueño. No se considera patológica.
- Hipnopómpica: Percepción sensorial falsa al salir del sueño. No se considera patológica.

e.2) Causas⁴⁴

- El estar ebrio, drogado, o abstenerse de drogas (marihuana, cocaína, LSD, anfetaminas, heroína, ketamina).
- Delirio o demencia
- Epilepsia que involucra el lóbulo temporal
- Fiebre, especialmente en niños y ancianos.
- Narcolepsia.

⁴² LANGER, Alvaro I y CANGAS, Adolfo J. Fundamentos y Controversias en la Diferenciación entre Alucinaciones en Población Clínica y Normal. *Ter Psicol* [online]. 2007, vol.25, n.2 [citado 2010-09-07], pp. 173-182. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-480820070002000008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. doi: 10.4067/S0718-480820070002000008.

⁴³ Arnalich B, Carrasco, Aznarte J. Delirio y alucinaciones. Guías clínicas en Atención Primaria, 2003.

⁴⁴ Merrill D et al. Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center. MedlinePlus. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003258.htm>

- Esquizofrenia, depresión psicótica.
- Ceguera, sordera.
- Insuficiencia hepática, renal, SIDA.

e.3) Diagnóstico

- Alucinaciones auditivo-verbales
Frecuentes en forma inicial de la esquizofrenia, perdiendo intensidad a medida que el proceso avanza. En el caso de la esquizofrenia, el paciente oye voces que hablan, dialogan entre sí, sobre sus pensamientos; se siente sujeto de los argumentos de las voces y estas mismas comentan algunas de las actividades del paciente.
- Alucinaciones visuales
Podemos encontrar alucinaciones visuales elementales y complejas. En las primera, hay falta de figuración (luces, colores o figuras geométricas que adquieren con frecuencia movimiento; rara vez suceden en enfermos psiquiátricos), mientras que en la segunda la visión presenta caracteres cercanos a la realidad (el enfermo ve objetos o seres reconocibles).
- Alucinaciones táctiles
El paciente, generalmente, las refiere en la dermis. Suelen ser sensaciones de animales pequeños, circulando por debajo de la piel (fornicación). No es infrecuente que el paciente presente excoriaciones producidas por actividad de rascado en busca de los insectos u otros animales.
- Alucinaciones olfativo-gustativas
Olores o sabores rara vez agradables. Frecuentes en la epilepsia del lóbulo temporal (en este caso nunca van acompañadas de delirios relacionados). En la patología

psiquiátrica, la percepción al deliro suele ser atribuida por el paciente.

- Alucinaciones somáticas

Denominadas también cinestésicas o somoestésicas. Se refieren al interior del cuerpo o alguna de sus partes. Suele tratarse de extrañas sensaciones que el enfermo explica de forma abigarrada, deduciéndose así el carácter perceptivo por la identificación que el enfermo hace de alguna zona somática.⁴⁵

f) Síndrome obnubilatorio

f.1) Definición

Trastorno psicopatológico en el cual hay compromiso de la función de alerta de la conciencia. El vocablo de obnubilación procede de nube (obnubilación=conciencia nublada). Se agrupan cuatro trastornos cuantitativos: embotamiento (disminución en el ritmo de elaboraciones psíquicas), somnolencia (perturbación mayor de la función de alerta, toda la actividad psíquica está dificultada por la gran propensión al sueño), sopor (el paciente se logra despertar parcialmente, no registra ningún estímulo externo en la conciencia y estímulos intensos pueden provocar algunas reacciones psicomotoras rudimentarias) y coma (grado extremo de obnubilación, pérdida completa de la conciencia, inhibición psicomotora completa).⁴⁶

⁴⁵ Gastó C. Psicopatología de la Percepción. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006.p. 173-185.

⁴⁶ CAPPONI MR: Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Editorial Universitaria. Chile, 1987.

f.2) Causas⁴⁷

- Intoxicación con alcohol.
- Intoxicación con drogas (opiáceos, narcóticos, sedantes, ansiolíticos o anticonvulsivos).
- Trastornos cerebrales.
- Enfermedades del SNC.
- ACV.
- Arritmia.
- Hipoxia.
- Fatiga extrema o privación del sueño.
- Hipoglicemia.
- Convulsiones, etc.

f.3) Diagnóstico

Casi siempre es secundaria a una enfermedad somática (por ende es un paciente orgánico). El sujeto obnubilado muestra incapacidad para darse cuenta de las cosas que ocurren a su alrededor, incapacidad para reflexionar, para concentrarse, se muestra apático, tiene un pensamiento lento (puede llegar a ser incoherente).⁴⁸

g) Cuadros de delirio

g.1) Definición

Delirio se define como “una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa, que es firmemente sostenida, a pesar de que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia

⁴⁷ Heller J et al. Emergency Medicine, Virginia Mason Medical Center, Seattle, Washington, Clinic. MedlinePlus. USA. 2009. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003202.htm>

⁴⁸ Gómez-Feria Ildelfonso. Psychiatry.es. España. Disponible en: URL: <http://psychiatry.es/content/view/1814/74/>

incontrovertible y obvia de lo contrario”. Es característico de la psicosis.³³

Puede ser de diferentes tipos:

- Persecución: Los enfermos se sienten observados, el blanco de la gente y de comentarios. Típicos de la esquizofrenia paranoide.
- Culpa: Estos paciente generalmente están muy deprimidos y a menudo elaboran ideas de suicidio.
- Ruina: El paciente se ve en un estado máxima pobreza. Típico del trastorno depresivo.
- Control: Sensación subjetiva de estar bajo el control de alguien .Se asocia frecuentemente a delirio de persecución.
- Celos: El sujeto está totalmente convencido de que su pareja no le es fiel. Es característica de los pacientes alcohólicos crónicos.
- Somáticos: Convicción de que los órganos han dejado de funcionar.
- Hipocondríaco: Convicción de hallarse afecto de terribles males (cáncer, tuberculosis, etc.) que manifiestan subjetivamente con falsos síntomas.
- Grandeza: Se caracteriza por un falso aumento de los valores subjetivos. Se observa como síntoma típico en el estado maniaco.
- Religiosos o místicos: La temática incide en Dios u otros personajes de la Historia Sagrada.
- Nihilistas: Sensación de que uno mismo o los demás no existe (Delirio de Cotard: creencia de que uno mismo está muerto).
- Referencia: Cualquier acción de los demás o suceso habitual está referido al paciente.
- Capgras: El sujeto está convencido de que un impostor está ocupando el lugar de su hijo, cónyuge o persona familiar.

- Erotomaniaco: Convicción de ser amado por una persona de una categoría superior.
- Fantásticos: Delirios físicamente imposibles (extraterrestres, etc.).
- Parasitosis: Creencia de estar infectado por insectos u otros cuerpos extraños bajo la piel.
- Dismorfóbico: El paciente está convencido que posee alguna deformidad.

g.2) Causas⁴⁹

- Infecciones.
- Afecciones que limitan la llegada de oxígeno al cerebro (como ataques cardíacos o derrames cerebrales).
- Intoxicación por alcohol o drogas.
- Cambios en los niveles de líquidos corporales (como la deshidratación).
- Niveles de glucosa (azúcar) en la sangre anormales.
- Reacciones a medicamentos (como pastillas para dormir o analgésicos).
- Cirugías recientes.
- Dolor intenso.
- Fiebre alta.

g.3) Diagnóstico

El delirio primario se suele definir como:

- Creencia falsa o equivocada.
- Fija y persistente.
- Incorregible e irreductible a la argumentación lógica.
- Aparece sin un estímulo externo apropiado.
- No es influenciado por la experiencia (convicción).

⁴⁹ Greenwich Hospital. USA. Disponible en: URL:
http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/geriatric_delirium.pdf
[67]

- Se establece por vía patológica y no se explica por valores sociales, culturales, religiosos o de pertenencia a ningún grupo.
- Es incomprensible psicológicamente, y no deriva de otros síntomas o sucesos de la vida cotidiana.

Es importante señalar que en el delirio se debe también investigar:

- Extensión, o su grado de implicación en la vida del paciente.
- Rareza, o grado de distancia de los contenidos del delirio con la realidad.
- Convicción, o grado de creencia del paciente en la realidad del delirio.
- Desorganización, o grado de falta de consistencia interna, lógica y sistematización.
- Presión, o grado de preocupación y aproximación del paciente al contenido del delirio.⁵⁰

h) Síndrome crepuscular

h.1) Definición

Es una alteración cualitativa de la conciencia, siendo la histeria y la epilepsia las causas más comunes. Se caracteriza por delirio, confusión, pensamiento desorganizado, inatención, inquietud, hiperactividad, vagabundeo, agitación, insomnio, alucinaciones, ansiedad e ira, que se desarrollan a última hora de la tarde o de la noche.⁵¹

⁵⁰ Pifarré J. Trastornos del pensamiento y del lenguaje. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006.p. 187-197.

⁵¹ Vitiello M, Prinz P. Alzheimer's disease and the sundown syndrome. Neurology 1992; 42: S83-S94.

i) Síndrome demencial

i.1) Definición

Síndrome debido a una enfermedad cerebral (generalmente de naturaleza crónica) en la que hay déficit de: pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. Generalmente, el déficit cognoscitivo se acompaña, y a veces es precedido de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación.⁵²

i.2) Causas

La causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer (50-60%), seguidamente encontramos a la enfermedad vascular (8-15%), alcoholismo (6-18%), neoplasias (5%), hidrocefalia normotensiva (4-5%), enfermedad de Huntington (2-5%) y los trastornos metabólicos (2-4%).⁵³

i.3) Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-IV para la demencia tipo Alzheimer hacen énfasis en la presencia de una alteración de la memoria y la presencia conjunta, de, al menos, otro síntoma de deterioro cognoscitivo (afasia, apraxia, agnosia o funcionamiento ejecutivo anormal). Los criterios de diagnóstico también exigen que exista declive funcional gradual y continuado, deterioro en el funcionamiento social o laboral y la exclusión de otras causas de demencia.

⁵² Livingstone Churchill. Guía de bolsillo de la CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.

⁵³ González Romero L. Psicosis orgánicas. En: Amarista FJ, Mata Vallenilla J, editores. Psiquiatría clínica. Caracas: Editorial Ateproca; 1999.p.128-146.

Tabla 7: Criterios diagnósticos DSM-IV para demencia de tipo Alzheimer. Tomado de: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed.*. Madrid: MEDICA PANAMERICANA; 2003.

<p>A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:</p> <p>(1) Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)</p> <p>(2) Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:</p> <p>a. Afasia (alteración del lenguaje).</p> <p>b. Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).</p> <p>c. Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).</p> <p>d. Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).</p>
<p>B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.</p>
<p>C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.</p>
<p>D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:</p> <p>(1) Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).</p> <p>(2) Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).</p> <p>(3) Enfermedades inducidas por sustancias.</p>
<p>E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.</p>
<p>F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p>
<p>Códigos basados en el tipo de inicio y las características predominantes:</p> <p>De inicio temprano: Su inicio es a los 65 años o antes.</p> <p>Con ideas delirantes: Si las ideas delirantes son el síntoma predominante.</p> <p>Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica</p> <p>No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.</p>

j) Síndrome somatomorfo

j.1) Definición

También llamado Trastorno de Somatización, que se define como un “patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias”. La somatización es un proceso por el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial utilizando síntomas físicos.

j.2) Etiología

- Factores genéticos: Cierta predisposición en los familiares de primer grado de sexo masculino de los pacientes al abuso de alcohol y trastornos de la personalidad. Los diagnósticos de somatización predominan en los familiares de primer grado de sexo femenino.
- Factores biológicos: Las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores, cierta hiperactividad del locus ceruleus y disminución del riego sanguíneo cerebral en las regiones posteriores del cerebro.
- Experiencias infantiles: Influirán las carencias afectivas en la infancia y un modelado erróneo de la enfermedad por parte de los padres. El niño puede expresar poco a poco una “conducta de enfermedad” para obtener la respuesta que necesita, apareciendo esta misma conducta en la edad adulta como una forma inconsciente de refugio ante las dificultades de la vida.⁵⁴

⁵⁴ Zegarra H, Guzmán R. Trastorno de Somatización. Rev Pacea Med Fam 2007; 4(6): 144-148

j.3) Diagnóstico

Los criterios diagnósticos formales exigen el registro de al menos cuatro síntomas dolorosos, dos digestivos, uno sexual y uno pseudoneurológico.

Se define seis tipos que se traslapan con los cuadros ansiosos y depresivos:

- Trastorno de somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno de conversión
- Trastorno por dolor
- Hipocondría
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno somatomorfo no especificado

Tabla 8: Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de Trastorno de somatización. Tomado de: First M, Frances A, Alan H. *DSM-IV-TR GUÍA DE USO. 1ªed..Barcelona: MASSON; 2005.*

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empiece antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración: (1) Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción). (2) Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos). (3) Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo). (4) Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo

en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

(1) Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos).

(2) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

k) Síndrome conversivo

k.1) Definición

Trastorno que implica pérdida o cambio en el funcionamiento físico que temporalmente está asociado a un conflicto psíquico. Se manifiesta con síntomas de alteración sensorial, de coordinación psicomotora y/o del equilibrio, parálisis o parestesia localizada, movimientos anormales, dificultad al deglutir, sensación de globus faríngeo, afonía y/o retención urinaria. Constituye la expresión física, no consciente, de un conflicto o problema psicológico subyacente.⁵⁵

k.2) Factores de riesgo

Suele ser más común en poblaciones rurales, en clases socioeconómicas bajas y en personas de menor grado de información sobre temas médicos o psicológicos. Es más frecuente en mujeres que en hombres. El cuadro se inicia raramente antes de los 10 o después de los 35 años. Son más comunes los síntomas al lado izquierdo del cuerpo. En mujeres

⁵⁵ Hornung G, González-Hernández J. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. Revista Memoriza.com 2010; 6:1-14

puede desarrollarse posteriormente el cuadro completo de trastorno de somatización. En varones se asocia con trastorno de personalidad antisocial.⁵⁶

k.3) Diagnóstico

Tabla 9: Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno de conversión. Tomado de: URL: <http://www.psygnos.net/biblioteca//DSM/Dsmconversion.htm>

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

l) Síndrome disociativo

l.1) Definición

Se caracteriza por la disociación, que es “la ruptura en las funciones integradas usualmente de consciencia, memoria, identidad o percepción del ambiente”.⁵⁷ Se manifiesta a través de síntomas tales como amnesia, estados de fuga, flashbacks, derrealización, despersonalización, experiencias extra corporales, trances y desdoblamientos.⁵⁸

⁵⁶ Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Perú. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bivirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/cap-16.htm

⁵⁷ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

⁵⁸ Sadock BJ, Sadock VA: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Séptima edición. Volumen I. Lippincott Williams and Wilkins, 2000.

1.2) Etiología

Existe una excesiva sensibilidad cortical, alteración de circuitos de retroalimentación negativa entre la corteza cerebral y la formación reticular ascendente. Existe consenso en la existencia de una psicodinamia activada por fenómenos y procesos inconscientes.

1.3) Diagnóstico

Existen las siguientes formas clínicas:

- Amnesia disociativa (amnesia psicógena): Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios de amnesia reversible que impide al paciente recordar experiencias previas, generalmente de naturaleza traumática o estresante, demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- Fuga disociativa (fuga psicógena): A la forma clínica de la Amnesia disociativa, se asocian viajes repentinos e inesperados, lejos del hogar o del centro de trabajo. Se puede presentar confusión sobre la identidad personal e, incluso, la asunción de una identidad distinta.
- Trastorno de identidad disociativa (personalidad múltiple): Esencialmente la manifestación es la existencia de dos o más identidades o personalidades, cada una de las cuales asume el control del comportamiento del sujeto a su turno. El estrés psicosocial, a menudo, produce la transición de una identidad a otra. Cada una de las personalidades que emerge, suele tener un nombre y características distintas de la original.
- Trastorno de despersonalización: Destacan episodios persistentes o recidivantes que se caracterizan por una sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo, tanto en el aspecto psíquico como en la corporeidad. Los pacientes señalan sentirse como autómatas, o estar viviendo un sueño o

una película. El individuo mantiene inalterado su contacto con la realidad.

- Trastorno disociativo no especificado: El trastorno no reúne los criterios diagnósticos de las formas clínicas que se han descrito anteriormente.⁵⁹

m) Síndrome angustioso

m.1) Definición

Es el conjunto de angustia, que es la emoción intensa de carácter desagradable, la cual implica la captación de un peligro inminente que amenaza la existencia del individuo, acompañándose así también de síntomas psíquicos.⁶⁰

La crisis de angustia es una enfermedad de aparición brusca, inesperada y con frecuencia desbordante de un sentimiento de terror y aprensión (miedo a morir, enloquecer o enfermar gravemente) acompañado de síntomas somáticos como disnea, palpitaciones y vahídos.⁶¹

m.2) Factores de riesgo

La edad de comienzo de los trastornos de angustia es entre los 10 y 30 años. Es más frecuente entre los 25 y los 45 años. La primera crisis de angustia ocurre antes de los 20 años en un 20% a 40% de sujetos. Es más frecuente en solteros y residentes de áreas urbanas.⁶²

⁵⁹ Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Perú. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-17.htm

⁶⁰ Silva Hernán. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. 1ªed..Chile: JURÍDICA DE CHILE; 1995.

⁶¹ Victor I. Trastornos Mentales. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Mc Graw-Hill, Interamericana; 1998.p.2832-2834.

⁶² Carrión O, Bustamante G. Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos Aires. Galerna. 2001.

m.3) Diagnóstico

Tabla 10: Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de crisis de angustia. Tomado de: URL: First M, Frances A, Alan H. *DSM-IV-TR GUÍA DE USO. 1ªed..Barcelona: MASSON; 2005.*

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- (1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- (2) Sudoración.
- (3) Temblores o sacudidas.
- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) Sensación de atragantarse.
- (6) Opresión o malestar torácico.
- (7) Náuseas o molestias abdominales.
- (8) Inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) Miedo a perder el control o volverse loco.
- (11) Miedo a morir.
- (12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- (13) Escalofríos o sofocaciones.

n) Síndrome fóbico

n.1) Definición

La fobia es un temor intenso, que persiste y no es justificable, debido a que no existe un peligro real en juego, en relación a un objeto o situación específica. Algunos síntomas son: ansiedad o crisis encubiertas de ansiedad, fatiga, ataques de pánico, insomnio, palidez, sudoración, taquicardia, ganas de ir al baño, tartamudeo, etc.⁶³

n.2) Factores de riesgo

Varían de acuerdo con la edad y el sexo. Las fobias específicas son más frecuentes en las mujeres (2 a 1), aunque si se trata de fobia a la sangre o las inyecciones esta proporción es de 1 a 1. La edad de inicio para las fobias de tipo ambiental y a la

⁶³ Axioma Centro de Asistencia Psicológica. Argentina. Disponible en: URL: <http://www.centro-psicologos.com.ar/articulos/Fobia.pdf>

sangre/inyección va de los 5 a los 9 años. Por otro lado, la edad de inicio más frecuente para las de tipo situacional es alrededor de los 20 años (edad de inicio de la agorafobia).⁶⁴

n.3) Diagnóstico

El DSM-IV distingue los siguientes tipos de fobias específicas:

- Animal: El miedo es causado por uno o más tipos de animales. Los más temidos son: serpientes, arañas, insectos, ratas, ratones, gatos y pájaros.
- Ambiente natural: El miedo es provocado por situaciones naturales: alturas, tormenta, viento, agua, oscuridad.
- Sangre/inyecciones/herida: El miedo es inducido por la visualización de sangre, heridas, por recibir inyecciones u otras intervenciones invasoras, por la realización de un análisis de sangre o ver o hablar de intervenciones quirúrgicas.
- Situacional: El miedo es producido por situaciones específicas, tales como: transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, coches, lugares cerrados.
- Otro tipo: El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos. Se incluye: situaciones que produzcan atragantamiento, vómito, adquisición de enfermedad; fobia a los espacios; y miedo de los niños a ruidos fuertes y a las personas disfrazadas.⁶⁵

En la tabla 11, se muestran los criterios DSM-IV para el diagnóstico de fobia específica:

⁶⁴ Jaure C. Las fobias. 1ed..Buenos Aires: GIDESA; 2004.

⁶⁵ Universitat de Barcelona. España. Disponible en: URL:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/360/1/113.pdf>

Tabla 11: Criterios DSM-IV para el diagnóstico de fobia específica. Tomado de: URL: http://www.clinicadeansiedad.com/02/44/Fobia_Simple:_Criterios_Diagnosticos_seg%C3%BA_n_Ias_Clasificaciones_Internacionales.htm

A.	Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
B.	La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
C.	La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
D.	La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
E.	Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
F.	En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
G.	La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Especificar tipos: (1) Tipo animal (2) Tipo ambiental (3) Tipo sangre/inyecciones (4) Tipo situacional (5) Otros tipos

o) Síndrome sociopático

o.1) Definición

Este síndrome se caracteriza porque el paciente presenta rasgos que incluyen violencia, agresión, insensibilidad, falta de empatía

y actos repetidos de criminalidad en contra de las normas sociales.⁶⁶

o.2) Factores de riesgo

Las personas con padres antisociales o alcohólicos están en mayor riesgo. Los hombres resultan más afectados que las mujeres, siendo esta afección común en la población carcelaria. El hecho de prender fuegos y la crueldad con los animales durante la infancia están ligados al desarrollo de la personalidad antisocial.⁶⁷

o.3) Diagnóstico

Tabla 12: Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad.
Tomado de: URL: <http://www.cepvi.com/DSM/dsm93.shtml>

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: (1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. (2) Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. (3) Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. (4) Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. (5) Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. (6) Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas. (7) Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
B. El sujeto tiene al menos 18 años.
C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

⁶⁶ Rodrigo Ch, Rajapakse S and Jayananda G. The "antisocial" person: an insight in to biology, classification and current evidence on treatment. *Annals of General Psychiatry* 2010, 9:31

⁶⁷ Vorvick L et al. MEDEX Northwest Division of Physician Assistant Studies, University of Washington School of Medicine. MedlinePlus. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000921.htm>

p) Síndromes de impregnación y de abstinencia que pueden ser objetivados

El prototipo lo constituyen las toxicomanías por drogas duras y blandas, alcohol, opiáceos, barbitúricos, etc.

q) Síndromes de las crisis (o intercrisis) epilépticas

Sobre todo las temporales de presentación brusca, en accesos autolimitados, estereotipados y recurrentes debidos a descargas del SNC, además de los posibles síntomas neurológicos motores, sensitivos, sensoriales, psíquicos con o sin alteración de la consciencia.

r) Suicidio

r.1) Definición

Se define como un fenómeno complejo, con factores sociales, psicológicos y biológicos asociados. El suicidio parece surgir del sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte es la única vía de escape del dolor, enfermedad terminal, pérdidas económicas y otras circunstancias similares. Se experimenta desesperanza y desvalimiento, conflictos ambivalentes entre la vida y el estrés continuado, sin posibilidades de mejoría o cambio. Estos sentimientos y actitudes son señales de peligro, siendo el próximo paso el intento autolítico. Scneidman definió suicidio como “acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”.

r.2) Factores asociados

- Sexo: Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres. Sin embargo, las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres.
- Métodos: La tasa más alta de suicidios consumados en los hombres se debe a los métodos que emplean: armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde lugares elevados. Las mujeres suelen ingerir una sobredosis de psicótopos o de veneno.
- Edad: La tasa de suicidio aumenta con la edad. El pico más alto de suicidios ocurre después de los 45 años, mientras que en las mujeres el mayor número de suicidios consumados tiene lugar después de los 55 años. Los intentos de suicidio son menos frecuentes en los ancianos que en los jóvenes, aunque también son los que más suelen llegar al suicidio consumado. La tasa de suicidio está aumentando más rápidamente entre los jóvenes, sobre todo en los varones con edades entre los 15 y 24 años. La tasa de suicidio en mujeres del mismo grupo de edad crece en menor proporción que la de los hombres. La mayoría de los suicidios se producen entre los 15 y 44 años.
- Raza: Dos de cada tres suicidas son varones blancos. La tasa de suicidio entre los blancos es casi el doble que la de los demás grupos. El suicidio entre inmigrantes es más elevado que la población nativa.
- Religión: Históricamente, la tasa de suicidio de la población católica era menor que la de protestantes y judíos. Puede que, tanto el grado de ortodoxia individual, como la integración en la religión sean parámetros más precisos del riesgo de suicidio que la simple afiliación religiosa institucional.
- Estado civil: El matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio. Los que permanecen solteros

(se considera a los que estuvieron casados previamente), registran una tasa de casi el doble de suicidios. El suicidio es más frecuente en quienes están aislados socialmente y tienen antecedentes familiares de suicidio (tentativas o suicidios consumados).

- Ocupación: Cuanto más alta es la extracción social, mayor el riesgo de suicidio, pero el haber descendido en la escala social también aumenta el riesgo. El trabajo, en general, protege contra el suicidio. La tasa de suicidio aumenta durante las recesiones económicas y las épocas de gran número de parados y disminuyen cuando hay mucho empleo y durante las guerras.
- Clima: No se ha encontrado ninguna correlación estacional con el suicidio.
- Salud física: La relación entre el suicidio y la salud física es significativa. La atención médica previa aparece como un indicador de riesgo positivo para el suicidio: el 32% de las personas que se suicidan habían recibido cuidados médicos en los 6 meses previos a su muerte. Se estima que una enfermedad física es un factor contributivo importante en el 11 a 51% de los suicidios. Existen siete enfermedades del SNC (Sistema Nervioso Central) que aumentan el riesgo de suicidio: epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneal, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, demencia y SIDA. Algunas afecciones endocrinas se asocian a un aumento del riesgo de suicidio: enfermedad de Cushing, síndrome de Klinefelter y la porfiria. La úlcera péptica y la cirrosis son trastornos gastrointestinales asociados con mayor riesgo de suicidio. Los factores asociados con la enfermedad y que contribuyen tanto a los suicidios como a los intentos de suicidio son: pérdida de movilidad, sobre todo cuando la actividad física es importante en la ocupación laboral; la

desfiguración, especialmente en las mujeres; y el dolor crónico intratable.

- Salud mental: Factores psiquiátricos con relevancia son el abuso de sustancias, trastornos depresivos, esquizofrenia y otros trastornos mentales. Casi un 95% de los que cometen un suicidio tienen un trastorno mental. De este porcentaje, los trastornos depresivos suponen el 80%, la esquizofrenia el 10% y la demencia o delirium el 5%.
- Pacientes psiquiátricos: El riesgo de suicidio es 3 a 12 veces mayor que el de los que no lo son.⁶⁸

Tabla 13: Factores asociados al riesgo de suicidio. Tomado de: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed.* Madrid: MEDICA PANAMERICANA; 2003.

Orden de importancia	Factor
1	Edad (45 años o más)
2	Alcoholismo
3	Irritación, cólera, violencia
4	Conducta suicida previa
5	Varón
6	Reacio a aceptar ayuda
7	Mayor duración que lo habitual del episodio depresivo
8	Ingreso psiquiátrico previo
9	Pérdida reciente o separación
10	Depresión
11	Pérdida de la salud física
12	Desempleado o jubilado
13	Soltero, viudo o divorciado

⁶⁸ Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed.* Madrid: MEDICA PANAMERICANA; 2003.

Tabla 14: Anamnesis, signos y síntomas del riesgo de suicidio. Tomado de: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría. 8ªed..Madrid: MEDICA PANAMERICANA; 2003.*

A. Tentativa previa o fantasías suicidas.
B. Ansiedad, depresión, agotamiento.
C. Disponibilidad de medios de suicidio.
D. Preocupación por el efecto del suicidio en los miembros de la familia.
E. Verbalización de la ideación suicida.
F. Preparación del testamento, resignación después de una depresión agitada.
G. Crisis vital reciente, como duelo o intervención quirúrgica inminente.
H. Historia familiar de suicidio.
I. Pesimismo o desesperanza persistentes.

CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Grupo etáreo	14-25 años 26-35 años 36-45 años 46-55 años Mayores de 56 años	Escala
Sexo	Género	Femenino Masculino	Nominal
Grado de instrucción	Último grado alcanzado	Primaria	Nominal
	Último grado alcanzado	Secundaria	Nominal
	Último grado alcanzado	Superior Incompleta	Nominal
	Último grado alcanzado	Superior	Nominal
	Último grado	Sin información	Nominal

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010- MARZO 2011

	alcanzado		
Estado civil	Última relación	Casado (a)	Nominal
	Última relación	Soltero (a)	Nominal
	Última relación	Conviviente	Nominal
	Última relación	Divorciado (a)	Nominal
	Última relación	Viudo (a)	Nominal
	Última relación	Separado (a)	Nominal
	Última relación	Sin información	Nominal
Ocupación	Labor que desempeña	Profesional	Nominal
	Labor que desempeña	Empleado	Nominal
	Labor que desempeña	Estudiante	Nominal
	Labor que desempeña	Ama de casa	Nominal
	Labor que desempeña	Obrero	Nominal
	Labor que desempeña	Desocupado	Nominal
	Labor que desempeña	Sin información	Nominal
Día de la semana de	Atención	Lunes	Nominal
	Atención	Martes	Nominal

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010- MARZO 2011

atención	Atención	Miércoles	Nominal
	Atención	Jueves	Nominal
	Atención	Viernes	Nominal
	Atención	Sábado	Nominal
	Atención	Domingo	Nominal
Hora de atención	Horario	a.m.	Nominal
	Horario	p.m.	Nominal
Distrito de procedencia de la provincia de Tacna	Distrito	Tacna	Nominal
	Distrito	Alto de la Alianza	Nominal
	Distrito	Calana	Nominal
	Distrito	Ciudad Nueva	Nominal
	Distrito	Coronel GAL	Nominal
	Distrito	Inclán	Nominal
	Distrito	Pachía	Nominal
	Distrito	Palca	Nominal
	Distrito	Pocollay	Nominal
	Distrito	Sama Las Yaras	Nominal
	Distrito	Otro	Nominal
	Distrito	Sin información	Nominal
Diagnóstico	Diagnóstico	Depresión	Nominal

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010- MARZO 2011

nosológico	Diagnóstico	Esquizofrenia paranoide	Nominal
	Diagnóstico	Síndrome de abstinencia alcohólica	Nominal
	Diagnóstico	Psicosis orgánica	Nominal
	Diagnóstico	Distonía	Nominal
	Diagnóstico	Ansiedad	Nominal
	Diagnóstico	Trastorno de personalidad borderline	Nominal
	Diagnóstico	TOC	Nominal
	Diagnóstico	Síndrome de abstinencia cocaína	Nominal
	Diagnóstico	Síndrome de abstinencia ciberadicción	Nominal
	Diagnóstico	Síndrome de abstinencia benzodiazepinas	Nominal
	Diagnóstico	Trastorno conversivo	Nominal
	Diagnóstico	Psicosis aguda	Nominal
	Diagnóstico	Anorexia nerviosa	Nominal
	Diagnóstico	Síndrome de abstinencia marihuana	Nominal

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

	Diagnóstico	Trastorno personalidad disocial	Nominal
Tratamiento recibido	Medicamento	Antidepresivo	Nominal
	Medicamento	Ansiolítico	Nominal
	Medicamento	Antipsicótico	Nominal
	Medicamento	Sin fármaco	Nominal
	Medicamento	Otro	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- 4.1 DISEÑO:** Estudio no experimental, observacional, transversal, prospectivo. La investigación se realizó a través de la aplicación del Instrumento de recolección de datos: “URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011”, elaborado por el autor en base a factores evaluados en diferentes trabajos de investigación, debidamente validado.
- 4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO:** El presente trabajo se realizó en las instalaciones del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. El promedio de atenciones en el Servicio de Emergencia por mes es de 2 300 pacientes promedio.
- 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:**
- a) Población: Fueron el 100% de pacientes mayores de 13 años atendidos por presentar alguna urgencia psiquiátrica entre Octubre 2010-Marzo 2011 en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos mayores de 13 años
- Pacientes atendidos por psiquiatra en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de epilepsia sin psicosis
- Pacientes con intoxicación accidental
- Urgencia psiquiátrica en cualquier servicio del Hospital Hipólito Unanue, a excepción del servicio de Emergencia
- Pacientes que van al Servicio de Emergencia por otras causas no psiquiátricas

4.4 Instrumento de recolección de datos:

El instrumento fue sometido a juicio de expertos (03), en el que se calificó las variables para la validación correspondiente de acuerdo a la siguiente distribución (Ver Anexo 02):

- Datos Generales I (Variables N° 1-N° 5)
- Datos Generales II (Variables N° 6-N° 9)
- Datos Psiquiátricos (Variables N° 10-N° 17)

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE DATOS

- 5.1** Procesamiento de Datos: Los datos fueron procesados utilizando los siguientes programas:
- SPSS versión 15.0 para Windows
 - Microsoft Office Excel 2007 para Windows
- 5.2** Estadísticos Descriptivos – Análisis Cualitativo: Se describieron en frecuencia absoluta (N), frecuencia relativa (%), medidas de tendencia central y chi cuadrado.
- 5.3** Se procedió a la elaboración de tablas complejas y gráficos.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

6.1 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 01

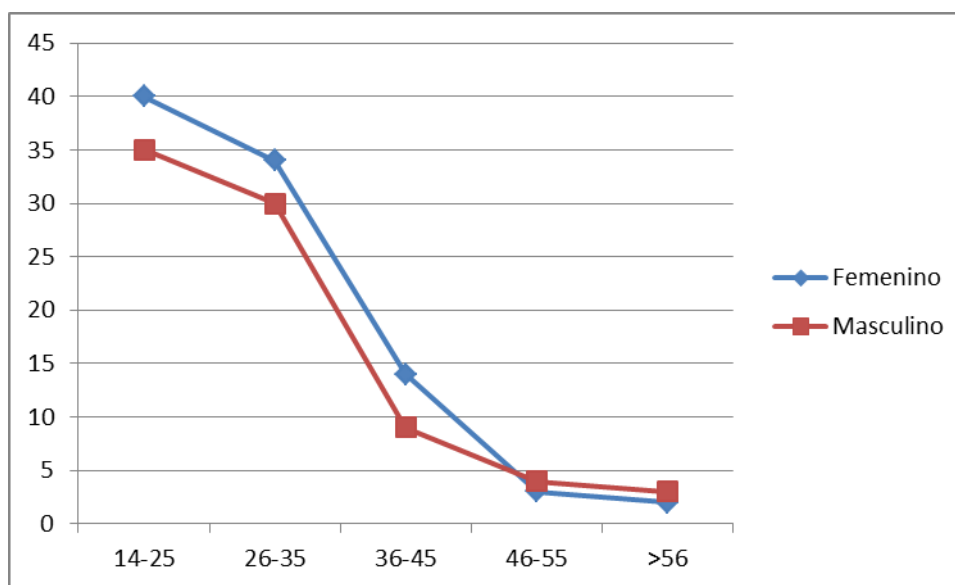
Distribución de casos según Género y Edad. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Grupo de Edad		Género								
		Femenino			Masculino			Total		
		N	% fila	% columna	N	% fila	% columna	N	% fila	% columna
Edad	14-25	40	53.3%	43.0%	35	46.7%	43.2%	75	100.0%	43.1%
	26-35	34	53.1%	36.6%	30	46.9%	37.0%	64	100.0%	36.8%
	36-45	14	60.9%	15.1%	9	39.1%	11.1%	23	100.0%	13.2%
	46-55	3	42.9%	3.2%	4	57.1%	4.9%	7	100.0%	4.0%
	>56	2	40.0%	2.2%	3	60.0%	3.7%	5	100.0%	2.9%
	Total	93	53.4%	100.0%	81	46.6%	100.0%	174	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 01

Distribución de casos según Género y Edad. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011



Fuente: Tabla N° 01

INTERPRETACIÓN

En relación al Género y Edad, podemos apreciar que del total de personas, el 53,4% correspondió a Mujeres y el 46,6% a Hombres. Entre las edades de 14-25 años, encontramos que el 53,3% correspondió al Sexo Femenino y el 46,7% al Sexo Masculino; entre las edades de 26-35 años, encontramos que el 53,1% correspondió al Sexo Femenino y el 46,9% al Sexo Masculino; entre las edades de 36-45 años, el 60,9% correspondió al Sexo Femenino y el 39,1% al Sexo Masculino; entre las edades de 46-55 años, el 42,9% correspondió al Sexo Femenino y el 57,1% al Sexo Masculino; finalmente, de los mayores de 56 años, el 40% correspondió al Sexo Femenino y el 60% al Sexo Masculino.

Cabe señalar que el promedio de edad fue de 29 años, encontrándose como edad mínima 14 años y edad máxima 70 años.

También observamos que del total del Género Femenino, el 43% correspondió a mujeres entre edades de 14-25 años; el 36,6% a mujeres entre edades de 26-35 años; el 15,1% a mujeres entre edades de 36-45 años, habiendo en porcentajes menores las encontradas con edades entre 46-55 y mayores de 56 años. Asimismo, apreciamos que del total del Género Masculino, el 43,2% correspondió a hombres entre edades de 14-25 años; el 37% a hombres entre 26-35 años; el 11,1% a hombres entre 36-45 años, habiendo en porcentajes menores los encontrados con edades entre 46-55 y mayores de 56 años.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 02

Distribución de casos según Grado de Instrucción, Estado Civil y Ocupación.
Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-
Marzo 2011

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		N	% fila	N	% fila	N	% columna
Grado de Instrucción	Secundaria	51	53.7%	44	46.3%	95	54.6%
	Primaria	17	63.0%	10	37.0%	27	15.5%
	Superior Incompleta	15	55.6%	12	44.4%	27	15.5%
	Superior	10	43.5%	13	56.5%	23	13.2%
	Sin información	0	0.0%	2	100.0%	2	1.1%
	Total	93	53.4%	81	46.6%	174	100.0%
Estado Civil	Soltero(a)	51	47.2%	57	52.8%	108	62.1%
	Conviviente	21	58.3%	15	41.7%	36	20.7%
	Casado(a)	16	80.0%	4	20.0%	20	11.5%
	Separado(a)	4	80.0%	1	20.0%	5	2.9%
	Viudo(a)	1	50.0%	1	50.0%	2	1.1%
	Sin información	0	0.0%	2	100.0%	2	1.1%
	Divorciado(a)	0	0.0%	1	100.0%	1	0.6%
Total	93	53.4%	81	46.6%	174	100.0%	
Ocupación	Desocupado	17	37.8%	28	62.2%	45	25.9%
	Estudiante	27	64.3%	15	35.7%	42	24.1%
	Empleado	16	59.3%	11	40.7%	27	15.5%
	Obrero	5	20.8%	19	79.2%	24	13.8%
	Ama de casa	22	100.0%	0	0.0%	22	12.6%
	Profesional	6	50.0%	6	50.0%	12	6.9%
	Sin información	0	0.0%	2	100.0%	2	1.1%
Total	93	53.4%	81	46.6%	174	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Referente al Grado de Instrucción, se puede apreciar que el 54,6% de las personas que acudieron al Servicio de Emergencia tiene Secundaria; el 15,5% Primaria; el 15,5% Superior Incompleta; el 13,2% Superior y el 1,1% no brindó información. El Grado de Instrucción de Secundaria se dio con mayor frecuencia en Mujeres (53,7%).

En relación al Estado Civil, se puede visualizar que el 62,1% era Soltero(a); el 20,7% era Conviviente, el 11,5% era Casado(a); el 2,9% era Separado(a), el 1,1% era Viudo(a); el 1,1% no brindó información y el 0,6% era Divorciado(a). El Estado Civil de Soltero(a) se dio con mayor frecuencia en Varones (52,8%).

Referente a la Ocupación, se puede apreciar que el 25,9% de las personas que acudieron al Servicio de Emergencia era Desocupada; el 24,1% era Estudiante; el 15,5% era Empleado; el 13,8% era Obrero; el 12,6% era Ama de casa; el 6,9% era Profesional y el 1,1% no brindó información. La Desocupación fue más frecuente en Varones (62,2%).

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 03

Distribución según Distrito de procedencia de la provincia de Tacna. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Distrito de procedencia de la provincia de Tacna		
	N	%
Tacna	53	30.5
Coronel GAL	46	26.4
Alto de la Alianza	22	12.6
Ciudad Nueva	19	10.9
Pocollay	5	2.9
Calana	2	1.1
Inclán	2	1.1
Palca	2	1.1
Sin información	2	1.1
Sama-Las Yaras	1	0.6
Fuera provincia Tacna	20	11.5
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación al Distrito de procedencia de la Provincia de Tacna, se muestra que el 30,5% de las personas que acudieron al Servicio de Emergencia procedió del distrito de Tacna; el 26,4% procedió del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa; el 12,6% del distrito Alto de la Alianza; el 11,5% de Otro lugar que no corresponde a los distritos de la provincia de Tacna; el 10,9% procedió del distrito de Ciudad Nueva y en bajo porcentaje provinieron de otros distritos de la Provincia de Tacna.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 04

Distribución según Diagnóstico Nosológico. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Diagnóstico Nosológico		
	N	%
Depresión	75	43.1
Esquizofrenia paranoide	29	16.7
Psicosis orgánica	10	5.7
Ansiedad	7	4.0
Sd. abstinencia alcohólica + Trast. personalidad disocial	7	4.0
Depresión + Trast. personalidad borderline	6	3.4
Síndrome abstinencia alcohólica	5	2.9
Trastorno de personalidad borderline	5	2.9
Psicosis aguda	5	2.9
TOC	4	2.3
Síndrome de abstinencia cocaína	4	2.3
Distonía medicamentosa	3	1.7
Trastorno conversivo	3	1.7
Sd. abstinencia cocaína + Trast. personalidad disocial	3	1.7
Otros	8	4.6
Total	174	100.0

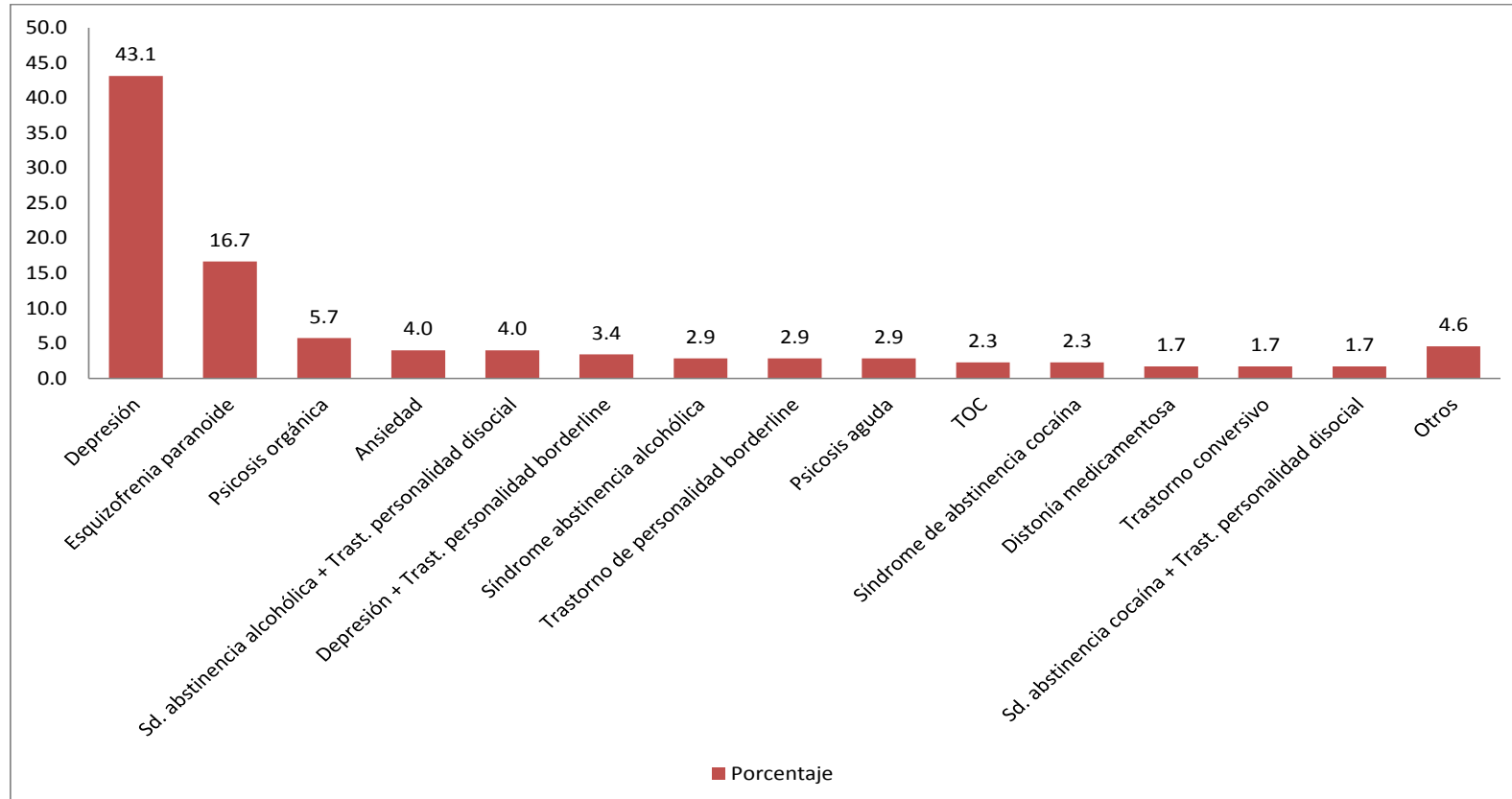
Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Gráfico N° 02

Distribución según Diagnóstico Nosológico.

Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011



Fuente: Tabla N° 04

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

En relación al Diagnóstico Nosológico, se puede apreciar que del total de personas que acudieron al Servicio de Emergencia, el 43,1% correspondió a Depresión; el 16,7% correspondió a Esquizofrenia paranoide; el 5,7% a Psicosis orgánica; el 4% a Ansiedad; el 4% a Sd. abstinencia alcohólica + Trast. personalidad disocial; el 3,4% a Depresión + Trast. personalidad borderline; el 2,9% a Sd. abstinencia alcohólica; el 2,9% a Trastorno de personalidad borderline; el 2,9% a Psicosis aguda; el 2,3% a TOC; el 2,3% a Síndrome de abstinencia cocaína, el 1,7% a Disonía medicamentosa; el 1,7% a Trastorno conversivo; el 1,7% a Sd. abstinencia cocaína + Trast. personalidad disocial y en Otros (4,6%) encontramos al Sd. abstinencia cocaína + Sd. abstinencia marihuana; Síndrome de abstinencia benzodiacepinas; Anorexia nerviosa; Sd. abstinencia ciberadicción + Trast. personalidad disocial; Sd. abstinencia marihuana + Trast. personalidad disocial; Sd. abstinencia cocaína + Sd. abstinencia alcohólica y a la Disonía medicamentosa + Sd. abstinencia cocaína.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 05

Distribución según Género y Depresión. Servicio de Emergencia del Hospital

Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Género		<i>p</i>
			Femenino	Masculino	
Depresión	Sí	N	50	25	0.002
		%	66.7%	33.3%	
	No	N	43	56	
		%	43.4%	56.6%	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 06

Distribución según Edad y Depresión. Servicio de Emergencia del Hospital

Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Edad					<i>p</i>
			14-25	26-35	36-45	46-55	>56	
Depresión	Sí	N	41	29	3	1	1	0.003
		%	54.7%	38.7%	4.0%	1.3%	1.3%	
	No	N	34	35	20	6	4	
		%	34.3%	35.4%	20.2%	6.1%	4.0%	

Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

Referente a la distribución de Depresión según Género, encontramos que del total de personas con Depresión, el 66,7% correspondió al Género Femenino y el 33,3% correspondió al Género Masculino. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encontró como valor p a 0,002.

Referente a la distribución de Depresión según Edad, encontramos que del total de personas con depresión, el 54,7% correspondió a las edades de 14-25 años y el 38,7% a las edades de 26-35 años. Asimismo, al realizar la prueba estadística correspondiente, se encontró como valor p a 0,003.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 07

Distribución según Género y Esquizofrenia paranoide. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Género		<i>p</i>
			Femenino	Masculino	
Esquizofrenia Paranoide	Sí	N	15	14	0.838
		%	51.7%	48.3%	
	No	N	78	67	
		%	53.8%	46.2%	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 08

Distribución según edad y esquizofrenia paranoide. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Edad					<i>p</i>
			14-25	26-35	36-45	46-55	>56	
Esquizofrenia Paranoide	Sí	N	4	13	9	2	1	0.002
		%	13.8%	44.8%	31.0%	6.9%	3.4%	
	No	N	71	51	14	5	4	
		%	49.0%	35.2%	9.7%	3.4%	2.8%	

Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

Referente a la distribución de Esquizofrenia paranoide según Género, encontramos que del total de personas con este diagnóstico nosológico, el 51,7% correspondió a Mujeres y el 48,3% al Varones. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encontró como valor p a 0,838.

Referente a la distribución de Esquizofrenia paranoide según Edad, encontramos que del total de personas con este diagnóstico, el 44,8% correspondió a las edades de 26-35 años y el 31% a las edades de 36-45 años. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encontró como valor p a 0,002.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 09

Distribución según Género y Psicosis orgánica. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Género		<i>p</i>
			Femenino	Masculino	
Psicosis Orgánica	Sí	N	3	7	0.126
		%	30.0%	70.0%	
	No	N	90	74	
		%	54.9%	45.1%	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 10

Distribución según Edad y Psicosis orgánica. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Edad					<i>p</i>
			14-25	26-35	36-45	46-55	>56	
Psicosis Orgánica	Sí	N	4	2	1	1	2	0.013
		%	40.0%	20.0%	10.0%	10.0%	20.0%	
	No	N	71	62	22	6	3	
		%	43.3%	37.8%	13.4%	3.7%	1.8%	

Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

Referente a la distribución de Psicosis orgánica según Género, se encontró que del total de personas con este diagnóstico nosológico, el 70% correspondió a Varones y el 30% a Mujeres. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encontró como valor p a 0,126.

Referente a la distribución de Psicosis orgánica según Edad, encontramos que del total de personas con este diagnóstico, el 40% correspondió a las edades de 14-25 años, el 20 % a las edades de 26-35 años y el mismo porcentaje para la edades >56 años. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encontró como valor p a 0,013.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 11

Distribución según Género y Ansiedad. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Género		<i>p</i>
			Femenino	Masculino	
Ansiedad	Sí	N	6	1	0.081
		%	85.7%	14.3%	
	No	N	87	80	
		%	52.1%	47.9%	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 12

Distribución según Edad y Ansiedad. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Edad					<i>p</i>
			14-25	26-35	36-45	46-55	>56	
Ansiedad	Sí	N	5	1	1	0	0	0.580
		%	71.4%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	
	No	N	70	63	22	7	5	
		%	41.9%	37.7%	13.2%	4.2%	3.0%	

Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

Referente a la distribución de Ansiedad según Género, se encontró que del total de personas con este diagnóstico nosológico, el 85,7% correspondió a Mujeres y el 14,3% a Varones. Asimismo, se encontró como valor p a 0,081.

En relación a la distribución de Ansiedad según Edad, se encontró que del total de personas con este diagnóstico, el 71,4% estuvo entre las edades de 14-25 años. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encontró como valor p a 0,580.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 13

Distribución según Género y Sd. abstinencia alcohólica + Trast. personalidad disocial. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Género		<i>p</i>
			Femenino	Masculino	
Sd. abstinencia alcohólica + Trast. personalidad disocial	Sí	N	2	5	0.178
		%	28.6%	71.4%	
	No	N	91	76	
		%	54.5%	45.5%	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 14

Distribución según Edad y Sd. abstinencia alcohólica + Trast. personalidad disocial. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

			Edad					<i>p</i>
			14-25	26-35	36-45	46-55	>56	
Sd. abstinencia alcohólica + Trast. personalidad disocial	Sí	N	0	3	2	2	0	0.004
		%	0.0%	42.9%	28.6%	28.6%	0.0%	
	No	N	75	61	21	5	5	
		%	44.9%	36.5%	12.6%	3.0%	3.0%	

Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

En relación a la distribución de Síndrome de abstinencia alcohólica + Trastorno de personalidad disocial según Género, se encontró que del total de personas con este diagnóstico nosológico, el 71,4% correspondió a Varones y el 28,6% a Mujeres. Asimismo, se encontró como valor p a 0,178.

Referente a la distribución de Síndrome de abstinencia alcohólica + Trastorno de personalidad disocial según Edad, se encontró que del total de personas con este diagnóstico, el 42,9% estuvo entre las edades de 26-35 años. Asimismo, se encontró como valor p a 0,004.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 15

Distribución según Día de la semana y Hora de atención. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

		Hora de atención					
		Mañana		Tarde/Noche		Total	
		N	% fila	N	% fila	N	% columna
Día de la semana de atención	Domingo	17	50.0%	17	50.0%	34	19.5%
	Lunes	13	43.3%	17	56.7%	30	17.2%
	Jueves	9	39.1%	14	60.9%	23	13.2%
	Viernes	11	47.8%	12	52.2%	23	13.2%
	Sábado	14	60.9%	9	39.1%	23	13.2%
	Martes	9	40.9%	13	59.1%	22	12.6%
	Miércoles	8	42.1%	11	57.9%	19	10.9%
	Total	81	46.6%	93	53.4%	174	100.0%

Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

En relación al Día de la semana de atención se puede apreciar que el 19,5% del total de personas asistió el día Domingo al Servicio de Emergencia; el 17,2% asistió el día Lunes; el 13,2% asistió el día Jueves, que es el mismo porcentaje de personas que se presentó tanto el día Viernes como el día Sábado; el 12,6% asistió el día Martes y el 10,9% asistió el día Miércoles.

En relación a la Hora de atención, el 53,4% de personas que acudieron al Servicio de Emergencia lo hizo por la tarde y/o noche, mientras que el 46,6% lo hizo por la mañana.

Podemos también apreciar que el día Domingo, el 50% asistió por la Mañana y el otro 50% por la Tarde/Noche. El día Lunes, el 56,7% asistió por la Tarde/Noche y el 43,3% por la Mañana.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla N° 16

Distribución según Tratamiento recibido del paciente. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Tratamiento recibido		
	N	%
Antidepresivo + Ansiolítico	54	31.0
Antidepresivo	24	13.8
Antipsicótico	24	13.8
Ansiolítico + Antipsicótico	20	11.5
Ansiolítico	13	7.5
Antidepresivo + Ansiolítico + Antipsicótico	13	7.5
Sin fármaco	5	2.9
Antidepresivo + Ansiolítico + Otro	3	1.7
Antidepresivo + Otro	3	1.7
Ansiolítico + Antipsicótico + Otro	1	0.6
Antipsicótico + Otro	1	0.6
Otro	13	7.5
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

INTERPRETACIÓN

En relación al Tratamiento recibido del paciente, se aprecia que el 31% de los pacientes recibió Antidepresivo + Ansiolítico; el 13,8% recibió Antidepresivo; el 13,8% recibió Antipsicótico; el 11,5% recibió Ansiolítico + Antipsicótico; el 7,5% recibió Ansiolítico; el 7,5% recibió Otro tratamiento; el 7,5% recibió Antidepresivo + Ansiolítico + Antipsicótico y en porcentajes bajos recibieron combinaciones de acuerdo a la psicopatología y decisión del especialista en ese momento.

6.2 DISCUSIÓN:

Las urgencias psiquiátricas son un tema de vital importancia en todo Servicio de Emergencia. Toda urgencia psiquiátrica, así como lo define la Asociación Psiquiátrica Americana, es aquel evento en el cual existe una alteración aguda (pensamiento, comportamiento, humor, relación social, etc.) y donde se requiere una intervención inmediata. Es importante conocer las características sociodemográficas de la población asistente a todo Servicio de Emergencia y que es catalogada como una urgencia psiquiátrica. En relación a esto, BUFFAERTS, Ronny¹⁷ llegó a determinar que había un mayor porcentaje de mujeres (55%) que acudían a un Servicio de Emergencia con alguna urgencia psiquiátrica. Asimismo, HAZLETT, Sara³ determinó que el mayor porcentaje correspondió a mujeres (21,7/1000), lo cual también fue encontrado por TORRES, Vladimir¹⁹, que encontró mayor porcentaje en mujeres (67%). Estos resultados en gran parte concuerdan con los porcentajes obtenidos en el presente trabajo (53,4%), con lo que se demuestra que la gran mayoría de personas que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna por presentar alguna urgencia psiquiátrica fueron mujeres. Cabe también señalar que las proporciones de Género son similares según grupo étnico.

La mitad de las personas tenía grado de instrucción Secundaria; en un menor porcentaje grado de instrucción Primaria y Superior Incompleta. Esto revela que la gran mayoría de las personas con alguna urgencia psiquiátrica tuvo una instrucción básica. TORRES, Vladimir¹⁹ encontró que la escolaridad predominante era Secundaria terminada (49%), lo cual tiene porcentajes parecidos con el presente trabajo, donde se obtuvo como Grado de Instrucción a Secundaria (54,6%). Más de la mitad de las personas que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue tenía Estado Civil Soltero(a); la quinta parte era Conviviente y en menor medida los que eran Casados(as) o Separados(as). Se demuestra entonces que la gran mayoría de personas solteras tienen algún problema de salud mental. En relación a esta variable, CRUZ, Carlos²⁷ encontró que el mayor porcentaje correspondió a personas Solteras

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

(48%), lo cual es parecido a lo encontrado en el presente trabajo, en donde fueron más frecuentes las personas Solteros(as) (62,1%).

La tercera parte de personas que acudieron al Servicio de Emergencia indicó que se encontraba Desocupado; un porcentaje cercano se desempeñó como Estudiante, mientras que un porcentaje menor se desempeñó como Empleado, Obrero y Ama de casa. Esto nos muestra que la mayoría de personas desempleadas sufrió de problemas mentales. En relación a esta variable, en otro trabajo de investigación de CRUZ, Carlos²⁷; encontramos que la mayor población corresponde a personas Desocupadas (48,3%), así como también lo demuestra PASIC, Jagoda²³ (41%). Esto es parecido con el presente trabajo, en donde la gran mayoría de personas que presentaron alguna urgencia psiquiátrica eran Desocupadas (25,9%). En relación al grupo etáreo, lo encontrado en el presente trabajo es que la mayor población con alguna urgencia psiquiátrica es aquella cuyas edades fluctúan entre los 14 y 35 años (14-25 años = 43,1%; 26-35 años = 36,8%). Esto es parecido con lo obtenido por CRUZ, Carlos⁴ (menores 35 años = 48%) y BUFFAERTS, Ronny¹⁷ (30-39 años = cerca del 25%); donde se obtuvieron mayores porcentajes de urgencias en personas con edades similares. Con esto podemos mencionar que la población joven es la más frecuentemente afectada en relación a las urgencias psiquiátricas.

La tercera parte de pacientes que concurrieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue provino del distrito de Tacna (30,5%), por ser el más poblado, lo cual nos muestra que las personas del cercado de Tacna son las que sufrieron más urgencias psiquiátricas, seguidas de las personas que provinieron del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa (26,4%). No podemos comparar con algún otro resultado debido a que no hay estudio al respecto en nuestra localidad, siendo el presente trabajo el primero de estas características.

Las 2 urgencias psiquiátricas más frecuentes que se presentaron en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron la Depresión, en primer lugar, y que cercanamente representa la mitad de los pacientes que asistieron a este servicio; y en segundo lugar, la Esquizofrenia paranoide. Cabe señalar que hay un porcentaje de las urgencias con dos diagnósticos, como son el

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Trastorno de personalidad borderline y disocial, al igual que los síndromes de abstinencia de alcohol y cocaína. La Depresión, que representó el 43,1% en el presente trabajo, es parecido a lo encontrado por SALIOU, Veronique²⁶ (80 casos). La Depresión tuvo relación con el Género ($p = 0,002$), y en especial con el Femenino porque fue el género donde más frecuente se encontró este diagnóstico. Asimismo, la depresión tuvo relación con la edad ($p = 0,003$), y en especial con las edades entre 14-25 años que fueron las más frecuentes dentro de este diagnóstico nosológico. Del total de pacientes con depresión, el 66,7% correspondió a mujeres, siendo esto parecido a lo encontrado por BUFFAERTS, Ronny²⁰ (24%) y CRUZ, Carlos²⁷ (74%). Aplicando la prueba estadística correspondiente ($p = 0,002$), se halló que existía relación entre el género femenino y la depresión.

La Esquizofrenia paranoide no tuvo relación con el Género. Por otro lado, sí existió relación significativa entre este diagnóstico nosológico con la edad ($p = 0,002$), en especial con las edades de 26-35 años, debido a que fueron las edades en donde se encontró con mayor frecuencia (44,8%) a la esquizofrenia paranoide, lo cual es similar a lo descrito por el Manual Diagnóstico Estadístico (DSM-IV)³³ de la Asociación Psiquiátrica Americana y KAPLAN, Harold⁶⁸.

En el Plan Operativo Anual del Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera”⁵, de Lima, se determinó que, del total de urgencias psiquiátricas, 876 correspondieron a esquizofrenia paranoide; 262 a Episodio Depresivo y 163 a Trastorno Específico de la Personalidad. Estos resultados difieren de los encontrados en el presente trabajo, y esto se debe a que el Hospital “Víctor Larco Herrera” es un hospital especializado en psiquiatría, mientras que el presente trabajo fue realizado en un Hospital Regional. Otro motivo es que en Lima, la mayoría de hospitales no especializados en psiquiatría atienden las depresiones, siendo los casos más complejos, como la esquizofrenia paranoide, derivados a un centro entrenado en la intervención del mismo. Cabe destacar que la depresión ocupa el segundo lugar en el Hospital “Víctor Larco Herrera”, lo cual quiere decir que es una psicopatología psiquiátrica frecuente y que a su vez se encuentra en aumento, según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, en

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

donde se espera que se convierta en la segunda causa en orden de importancia de carga de enfermedad para el 2020.

La Psicosis orgánica no tuvo relación con el Género. Por otro lado, sí existió relación significativa entre este diagnóstico y la edad ($p = 0,013$), en especial con las edades entre 14-25 años, debido a que fueron las edades en donde se encontró con mayor frecuencia a la psicosis orgánica.

Fueron más mujeres que hombres las que tuvieron el diagnóstico de Ansiedad, sin embargo, no existió relación significativa entre el Género y este diagnóstico nosológico. Por otro lado, las edades más frecuentes que presentaron Ansiedad fueron las comprendidas entre 14-25 años y no existió relación significativa entre estas dos variables.

No existió relación significativa entre el Género y el Síndrome de abstinencia alcohólica más Trastorno de personalidad disocial. Sin embargo, sí se encontró relación significativa entre el diagnóstico nosológico y la Edad ($p = 0,004$), siendo más frecuentes las edades comprendidas entre 26-35 años.

Alrededor de la quinta parte de las personas que concurrieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna lo hicieron el día domingo, haciéndolo en un mismo porcentaje por la Mañana y por la Tarde/Noche. El día lunes hubo un mayor porcentaje por la Tarde/Noche. Esto nos muestra que tanto el primer como el segundo día de la semana fueron los días con la mayor concurrencia de personas con urgencias psiquiátricas. Asimismo, más de la mitad de las personas con alguna urgencia psiquiátrica lo hizo con mayor frecuencia por la tarde y/o noche. Con respecto al tratamiento recibido, como los diagnósticos nosológicos más frecuentes fueron la Depresión y la Esquizofrenia paranoide, las medidas farmacológicas más frecuentes fueron un Antidepresivo + Ansiolítico (31%), Antidepresivo (13,8%) y Antipsicótico (13,8%), habiendo así concordancia entre diagnóstico y tratamiento. Esto se aprecia también en lo obtenido por CRUZ, Carlos⁴, en donde el tratamiento más frecuente fueron los No psicotrópicos (48,75%), luego Sin fármacos (35,77%) y finalmente los Psicotrópicos (15,48%).

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES:

1. Las urgencias psiquiátricas más frecuentes se presentaron en menores de 36 años (14-25 = 43,1%; 26-35 = 36,8%), en mujeres (53,4%), en personas con secundaria (54,6%), en personas solteras (62,1%), en desocupados (25,9%) y provinieron con mayor frecuencia de los distritos de Tacna (30,5%) y Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa (26,4%).
2. Las urgencias psiquiátricas más frecuentes fueron Depresión (43,1%) y Esquizofrenia paranoide (16,7%).
3. La Depresión fue más frecuente en mujeres (66,7%) cuyas edades fluctuaban entre los 14-25 años (54,7%); la Esquizofrenia paranoide tuvo frecuencias parecidas según Género y las edades más comprometidas fueron entre 26-35 años (44,8%); la Psicosis orgánica fue más frecuente en Varones (70%) y las edades más comprometidas fueron entre 14-25 años (40%).
4. Las urgencias psiquiátricas más frecuentes fueron el día Domingo (19,5%) y Lunes (17,2%) y llegaron por la Tarde y/o Noche (53,4%).
5. Los tratamientos brindados con mayor frecuencia fueron Antidepresivo + Ansiolítico (31%), Antidepresivo (13,8%) y Antipsicótico (13,8%).

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

7.2 RECOMENDACIONES:

1. Fortalecer las competencias vinculadas al manejo de depresión y esquizofrenia paranoide y garantizar la existencia de fármacos para el tratamiento de las mismas en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y en los establecimientos de salud de los distritos de Tacna y Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa.
2. Realizar un futuro trabajo de investigación en donde se tome en consideración como mínimo un año, para así se pueda determinar el mes con mayores urgencias psiquiátricas.
3. Difundir el perfil sociodemográfico de las urgencias psiquiátricas en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
4. Generación de protocolos atención y manejo de depresión y esquizofrenia paranoide y garantizar la difusión de los mismos en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
5. Realizar investigación en urgencias psiquiátricas para la búsqueda de factores asociados y establecer comparación con otras emergencias médicas en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010- MARZO 2011

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, et al. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv* 2005;56:671-7.
- 2.- Weissberg MP. Emergency room medical clearance: an educational problem. *Am J Psychiatry* 1979;136:787-90
- 3.- Hazlett SB, McCarthy ML, et al. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2004 Feb;11(2):193-5
- 4.- Cruz C, Leiva J, y col. Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45 (2): 108-113
- 5.- Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera”. Plan Operativo Anual 2009. Disponible en: URL:<http://www.larcoherrera.gob.pe/transparencia/doc/planeamiento/Plan%20Operativo%20Anual%202009%20HVLH.pdf>
- 6.- Real Academia Española. Disponible en: URL: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=emergencia
- 7.- Martín Conejero A. Estadística y epidemiología. Manual CTO de Medicina y Cirugía. 8a ed..España:CTO editorial; 2011.
- 8.- Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. En: Sadock BJ, Sadock VA (ed). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh edition on CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- 9.- Peralta V., Cuesta M.J.. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 25, Suplemento 3, 2002.
- 10.- Manual Merck. Trastornos de la Personalidad. Disponible en: URL: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_089.html
- 11.- Médicos y Doctores de El Salvador. Glosario de Términos. Disponible en: URL: <http://elsalvador.medicosdoctores.com/diccionario-medico/n/page-2>

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010- MARZO 2011

- 12.- Noticias Jurídicas. Texto refundido de la Ley sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. España. Disponible en: URL: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/va-dleg1-2003.tp.html
- 13.- Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”. Chile. Disponible en: URL: <http://www.psiquiatrico.cl/fileadmin/documentos/dipticostripticos/dipticos%20y%20tripticos/Definiciones%20y%20comentarios%20acerca%20de%20las%20Urgencias%20Psiqui%20Eltricas.pdf>
- 14.- Manual Normon 8a ed. Disponible en: URL: http://www.normon.es/media/manual_8/capitulo_51.pdf
- 15.- Elard Sánchez. Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Disponible en: URL:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-26.htm
- 16.- Bulbuena A, Martín L. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2011.p. 532-547.
- 17.- Bruffaerts R et al. Predicting aftercare in psychiatric emergencies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2005) 40: 829–834
- 18.- Bazargan S et al. Alcohol Misuse and Depression Symptoms among Males and Females. Archives of Iranian Medicine, Volume 13, Number 4, July 2010
- 19.- Torres Lio-Coo Vladimir, Josué Díaz Lídice, Rodríguez Valdés Nicolás Roberto, Font Darías Ileana, Gómez Arias Moraima Bárbara. Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2005 Sep [citado 2011 Jul 23] ; 34(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000300006&lng=es.
- 20.- Bruffaerts R et al. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2004) 39 : 146–153
- 21.- Crespo M y col. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses. An Pediatr (Barc). 2006;64(6):536-41

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

- 22.- Mcniel D et al. Psychiatric Emergency Service Use and Homelessness, Mental Disorder, and Violence. PSYCHIATRIC SERVICES. <http://ps.psychiatryonline.org>. June 2005 Vol. 56 No. 6
- 23.- Pasic J et al. High Utilizers of Psychiatric Emergency Services. PSYCHIATRIC SERVICES. <http://ps.psychiatryonline.org>. June 2005 Vol. 56 No. 6
- 24.- Hazlett S et al. Epidemiology of adults Psychiatric Visits to U.S. Emergency Departments. ACAD EMERG MED February 2004, Vol. 11, No. 2
- 25.- Chaput I et al. Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. PSYCHIATRIC SERVICES. ps.psychiatryonline.org. March 2007 Vol. 58 No. 3
- 26.- Saliou V et al. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. Gen Hosp Psychiatry. 2005 Jul-Aug;27(4):263-8
- 27.- Cruz C y col. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 175-183
- 28.- Chinchilla A. Conceptos y peculiaridades de las urgencias psiquiátricas. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2aed. Madrid: ELSEVIER MASSON; 2010.p. 3-15.
- 29.- Fundación Vittal. Argentina. Disponible en: URL: www.fundacionvittal.org.ar/pps/emergencias_psiquiaticas.pps
- 30.- Barbudo del Cura E, Chinchilla Moreno A. Historia clínica psiquiátrica en urgencias. En: Chinchilla A, Correas J, Quinteros FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2aed. Madrid: ELSEVIER MASSON; 2010.p. 39-147.
- 31.- Perales A, Zambrano M, Vásquez G, Mendoza A. Editores. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". 1aed..Lima: ENOTRIA; 1991.
- 32.- Schultz S, North S et al. Schizophrenia: A review. American Family Physician 2007; Volume 75, Number 12
- 33.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000:297-343.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

- 34.- Bulbuena A. Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006.p. 469-483.
- 35.- Vorvick et al. MEDEX Northwest Division of Physician Assistant Studies, University of Washington School of Medicine. MedlinePlus. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000938.htm>
- 36.- Anderson D. Diccionario Médico de bolsillo Dorland. 27aed. Madrid: McGRAW-HILL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA; 2007.
- 37.- Mayo Clinic Staff. Mayo Clinic. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.mayoclinic.com/health/depression/DS00175/DSECTION=risk-factors>
- 38.- CTO Editorial. Manual CTO de Medicina y Cirugía. 7aed. España: McGRAW-HILL-INTERAMERICANA; 2007.
- 39.- El equipo de Biopsicología. Biopsicología.Net. España. 2009. Disponible en: URL: <http://www.biopsicologia.net/nivel-4-patologias/1.5.4.3.-trastorno-depresivo-no-especificado.html>
- 40.- Depression Center. MedicineNet.com. Last Editorial Review: 9/18/2003. USA. Disponible en: URL: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=4271>
- 41.- PDR Network, LLC. PDRhealth. USA. 2010. Disponible en: URL:<http://www.pdrhealth.com/disease/disease-mono.aspx?contentFileName=BHG01PS05.xml&contentName=Bipolar+Disorder&contentId=11&TypeId=1§ionMonograph=ht2>
- 42.- LANGER, Alvaro I y CANGAS, Adolfo J. Fundamentos y Controversias en la Diferenciación entre Alucinaciones en Población Clínica y Normal. Ter Psicol [online]. 2007, vol.25, n.2 [citado 2010-09-07], pp. 173-182 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. doi: 10.4067/S0718-48082007000200008.
- 43.- Arnalich B, Carrasco, Aznarte J. Delirio y alucinaciones. Guías clínicas en Atención Primaria, 2003.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

- 44.- Merrill D et al. Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center. MedlinePlus. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003258.htm>
- 45.- Gastó C. Psicopatología de la Percepción. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006.p. 173-185.
- 46.- CAPPONI MR: Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Editorial Universitaria. Chile, 1987.
- 47.- Heller J et al. Emergency Medicine, Virginia Mason Medical Center, Seattle, Washington, Clinic. MedlinePlus. USA. 2009. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003202.htm>
- 48.- Gómez-Feria Ildfonso. Psychiatry.es. España. Disponible en: URL: <http://psychiatry.es/content/view/1814/74/>
- 49.- Greenwich Hospital. USA. Disponible en: URL: http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/geriatric_delirium.pdf
- 50.- Pifarré J. Trastornos del pensamiento y del lenguaje. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006.p. 187-197.
- 51.- Vitiello M, Prinz P. Alzheimer's disease and the sundown syndrome. Neurology 1992; 42: S83-S94.
- 52.- Livingstone Churchill. Guía de bolsillo de la CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
- 53.- González Romero L. Psicosis orgánicas. En: Amarista FJ, Mata Vallenilla J, editores. Psiquiatría clínica. Caracas: Editorial Ateproca; 1999.p.128-146.
- 54.- Zegarra H, Guzmán R. Trastorno de Somatización. Rev Pacheña Med Fam 2007; 4(6): 144-148
- 55.- Hornung G, Gonzáles-Hernández J. Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. Revista Memoriza.com 2010; 6:1-14

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

- 56.- Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Perú. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%A1Da/cap-16.htm
- 57.- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- 58.- Sadock BJ, Sadock VA: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Séptima edición. Volumen I. Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
- 59.- Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Perú. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%A1Da/cap-17.htm
- 60.- Silva Hernán. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. 1aed..Chile: JURÍDICA DE CHILE; 1995.
- 61.- Victor I. Trastornos Mentales. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Mc Graw-Hill, Interamericana; 1998.p.2832-2834.
- 62.- Carrión O, Bustamante G. Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos Aires. Galerna. 2001.
- 63.- Axhoma Centro de Asistencia Psicológica. Argentina. Disponible en: URL: <http://www.centro-psicologos.com.ar/articulos/Fobia.pdf>
- 64.- Jaure C. Las fobias. 1ed..Buenos Aires: GIDESA; 2004.
- 65.- Universitat de Barcelona. España. Disponible en: URL: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/360/1/113.pdf>
- 66.- Rodrigo Ch, Rajapakse S and Jayananda G. The “antisocial” person: an insight in to biology, classification and current evidence on treatment. Annals of General Psychiatry 2010, 9:31
- 67.- Vorvick L et al. MEDEX Northwest Division of Physician Assistant Studies, University of Washington School of Medicine. MedlinePlus. USA. 2010. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000921.htm>
- 68.- Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. 8aed..Madrid: MEDICA PANAMERICANA; 2003.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

ANEXOS

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Anexo 01: Instrumento de Recolección de Datos
 “URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011”

Nº:

1.- Edad: años 2.- Sexo: M F Fecha: / /

3.- Grado de instrucción:	Primaria Completa		Superior Completa	
	Primaria Incompleta		Superior Incompleta	
	Secundaria Completa		Profesión: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Secundaria Incompleta		Sin información	

4.- Estado civil:	Casado(a)		Divorciado(a)		Sin información	
	Soltero(a)		Viudo(a)			
	Conviviente		Separado(a)			

5.- Ocupación:	Profesional		Ama de casa		Sin información	
	Empleado		Obrero			
	Estudiante		Otro: <input style="width: 100%;" type="text"/>			

6.- Día de la semana de atención: Lu Ma Mi Ju Vi Sa Do

7.- Hora de atención: a.m. p.m.

8.- Mes de atención: O N D E F M

9.- Distrito de procedencia de la provincia de Tacna:

Tacna		Coronel GAL		Pocollay	
Alto de la Alianza		Inclán		Sama	
Calana		Pachía		Otro: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ciudad Nueva		Palca		Sin información	

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

10.- Persona(s) con quien vive:

Pariente	
Solo	

Otro: _____	
Sin información	

11.- Traído

por: _____

12.- Estado en el cual

llega: _____

13.- Antecedentes familiares de patología psiquiátrica:

Sí	No
----	----

14.- Patología psiquiátrica (ID):

Sd. Psicótico	
Sd. Depresivo	
T. Personalidad	

Sd. Neurótico	
Sd. Adictivo	
Otro: _____	

Dx

Nosológico: _____

15.- Destino del paciente:

Medicina	
Cirugía	
Ginecoobstetricia	

Psiquiatría	
UCI	
Casa	
Otro: _____	

16.- ¿Anteriormente fue visto por un psiquiatra?:

Sí	No
----	----

Sin información	
-----------------	--

17.- Tratamiento recibido:

Antidepresivo	
Ansiolítico	

Antipsicótico	
Sin fármaco	
Otro: _____	

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Anexo 02:

**VALIDACIÓN
INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS
“URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13
AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA.OCTUBRE
2010-MARZO 2011”**

INSTRUCCIONES:

En base al Instrumento de Recolección de Datos del proyecto de tesis “URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA.OCTUBRE 2010-MARZO 2011”, calificar si las variables en mención son las adecuadas para el presente trabajo.

Variables N° 1-N° 5 = Datos Generales I
Variables N° 6-N° 9 = Datos Generales II
Variables N° 10-N° 17 = Datos Psiquiátricos

	SÍ	NO
Datos Generales I	✓	
Datos Generales II	✓	
Datos Psiquiátricos	✓	
TOTAL	3	

Calificador: _____

GOBIERNO REGIONAL TACNA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

JOSE A. REVILLA URQUIZA
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 19943 R.N.E. 12756

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

**VALIDACIÓN
INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS
“URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA.OCTUBRE 2010-MARZO 2011”**

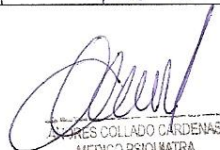
INSTRUCCIONES:

En base al Instrumento de Recolección de Datos del proyecto de tesis “URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA.OCTUBRE 2010-MARZO 2011”, calificar si las variables en mención son las adecuadas para el presente trabajo.

VARIABLES

Variables N° 1-N° 5	=	Datos Generales I
Variables N° 6-N° 9	=	Datos Generales II
Variables N° 10-N° 17	=	Datos Psiquiátricos

	SÍ	NO
Datos Generales I	<i>sumo</i>	
Datos Generales II	<i>sumo</i>	
Datos Psiquiátricos	<i>sumo</i>	
TOTAL	<i>sumo</i>	



 ANDRES COLLADO CARDENAS
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.M.P. 12674 R.N.E. 18283

Calificador: _____

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

**VALIDACIÓN
INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS
“URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA.OCTUBRE 2010-MARZO 2011”**

INSTRUCCIONES:

En base al Instrumento de Recolección de Datos del proyecto de tesis “URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA.OCTUBRE 2010-MARZO 2011”, calificar si las variables en mención son las adecuadas para el presente trabajo.

Variabes N° 1-N° 5 = Datos Generales I
Variabes N° 6-N° 9 = Datos Generales II
Variabes N° 10-N° 17 = Datos Psiquiátricos

	SÍ	NO
Datos Generales I	X	
Datos Generales II	X	
Datos Psiquiátricos	X	
TOTAL	3	

Calificador: _____

~~Dr. JOSE MARTIN QUIJADA
C.M.P. 10790 RNE 3181
Hosp. "Daniel A. Carrión"
TACNA Salud~~

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Anexo 03:

Tabla A

Distribución según Psicopatología psiquiátrica. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Psicopatología psiquiátrica		
	N	%
Síndrome depresivo	67	38.5
Síndrome psicótico	43	24.7
Sd. depresivo + Trastorno personalidad	13	7.5
Síndrome adictivo	12	6.9
Trastorno personalidad + Sd. Adictivo	10	5.7
Síndrome neurótico	9	5.2
Trastorno de personalidad	5	2.9
Sd. depresivo + Sd. neurótico	3	1.7
Trastorno personalidad + Sd. neurótico	3	1.7
Sd. depresivo + Sd. adictivo	2	1.1
Sd. psicótico + Sd. adictivo	1	0.6
Sd. psicótico + Trastorno personalidad + Sd. adictivo	1	0.6
Sd. depresivo + Sd. adictivo + Trastorno personalidad	1	0.6
Sd. psicótico + Otro	1	0.6
Otro	3	1.7
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación a Psicopatología psiquiátrica, podemos apreciar que el 38,5% del total de personas que acudieron al Servicio de Emergencia fue diagnosticado como Síndrome depresivo; el 24,7% como Síndrome psicótico; el 7,5% como Síndrome depresivo + Trastorno personalidad; el 6,9% como Síndrome adictivo; el 5,7% como Trastorno personalidad + Síndrome adictivo; el 5,2% como Síndrome neurótico; el 2,9% como Trastorno de personalidad y en menores porcentajes encontramos dos o más psicopatologías presentes en un mismo paciente.

Las 3 psicopatologías psiquiátricas con mayor frecuencia presentes en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue fueron el Síndrome depresivo, en primer lugar; el Síndrome psicótico, en segundo lugar y el Síndrome adictivo, en tercer lugar.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla B

Distribución de casos según Sexo y Estado Civil. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

		Sexo				<i>p</i>
		Femenino		Masculino		
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila	
Estado Civil	Soltero(a)	51	47.2%	57	52.8%	0.050
	Conviviente	21	58.3%	15	41.7%	
	Casado(a)	16	80.0%	4	20.0%	
	Separado(a)	4	80.0%	1	20.0%	
	Sin información	0	0.0%	2	100.0%	
	Viudo(a)	1	50.0%	1	50.0%	
	Divorciado(a)	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	93	53.4%	81	46.6%	

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Referente al Sexo con el Estado Civil, del total de Solteros(as), el 47,2% correspondió a Mujeres y el 52,8% a Varones; del total de Convivientes, el 58,3% correspondió a Mujeres y el 41,7% a Varones; del total de Casados(as), el 80% correspondió a Mujeres y el 20% a Varones. En menor proporción encontramos a los otros estados civiles. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encuentra como valor *p* a 0,050; lo cual nos indica que sí existe relación significativa entre el estado civil y el sexo.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla C

Distribución según Sexo y Ocupación. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

		Sexo				<i>p</i>
		Femenino		Masculino		
		N	%	N	%	
Ocupación	Desocupado	17	37.8%	28	62.2%	0.000
	Estudiante	27	64.3%	15	35.7%	
	Empleado	16	59.3%	11	40.7%	
	Obrero	5	20.8%	19	79.2%	
	Ama de casa	22	100.0%	0	0.0%	
	Profesional	6	50.0%	6	50.0%	
	Sin información	0	0.0%	2	100.0%	
	Total	93	53.4%	81	46.6%	

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Referente al Sexo con la Ocupación, del total de Desocupados, el 62,2% correspondió a Varones y el 37,8% a Mujeres; del total de Estudiantes, el 64,3% correspondió a Mujeres y el 35,7% a Varones; del total de Empleados, el 59,3% correspondió a Mujeres y el 40,7% a Varones; del total de Obreros, el 79,2% correspondió a Varones y el 20,8% a Mujeres. En menor proporción encontramos a las otras ocupaciones. Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encuentra como valor *p* a 0,000; lo cual nos indica que sí existe relación significativa entre la ocupación y el sexo.

Asimismo, también se muestra que la ocupación estuvo en relación al sexo, y en especial con los varones desocupados, las mujeres estudiantes, las mujeres empleadas y los varones obreros, que fueron los que más frecuentemente asistieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue por presentar alguna urgencia psiquiátrica.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla D

Distribución de casos según Personas con quien vive. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Personas con quien vive		
	N	%
Pariente	164	94.3
Solo	5	2.9
Sin información	5	2.9
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación a las Personas con quien vive, el 94,3% de personas que acudieron al Servicio de Emergencia habitó con por lo menos un pariente; el 2,9% vivió solo y el 2,9% no brindó información.

Casi la totalidad de las personas que presentaron alguna urgencia psiquiátrica vivió acompañada de algún pariente.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla E

Distribución según Persona que trasladó al paciente a Emergencia. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Traído por		
	N	%
Familiar	154	88.5
Bombero	16	9.2
Solo	3	1.7
Sin información	1	0.6
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación a la Persona que trasladó al paciente a Emergencia, el 88,5% de personas fue traído por un familiar; el 9,2% por los bomberos; el 1,7% vino solo y el 0,6% no brindó información.

La mayor cantidad de personas que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue fueron traídas por un familiar.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla F

Distribución según Destino final del paciente. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Destino final del paciente		
	N	%
Psiquiatría	101	58.0
Casa	47	27.0
Medicina	25	14.4
Otro	1	0.6
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación al Destino final del paciente, el 58% del total de personas que acudieron al Servicio de Emergencia fue derivado al Servicio de Psiquiatría; el 27% fue derivado a su Casa; el 14,4% fue derivado al Servicio de Medicina y el 0,6% se catalogó como Otro.

Más de la mitad de personas que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, luego de la evaluación del especialista, fue derivada al Servicio de Psiquiatría, y alrededor de la cuarta parte fue derivado a su domicilio, por lo cual podemos afirmar que la gran mayoría de urgencias psiquiátricas quedaron internadas en el servicio de la especialidad.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla G

Distribución según Estado de Salud en el cual llegan los pacientes con urgencias psiquiátricas. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna.

Octubre 2010-Marzo 2011

Estado en el cual llega		
	N	%
MEG	104	59.8
REG	70	40.2
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación al Estado de Salud en el cual llegan los pacientes con urgencias psiquiátricas, el 59,8% del total de personas lo hizo en Mal Estado General y el 40,2% lo hizo en Regular Estado General.

Más de la mitad de los pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue llegaron en Mal Estado General. Esto demuestra que la urgencia psiquiátrica generalmente llegó en Mal Estado General.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla H

Distribución según sexo y adicción. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo

			Sexo		<i>p</i>
			Femenino	Masculino	
Adicción	Sí	N	4	22	0.00
		%	15.4%	84.6%	
	No	N	89	59	
		%	60.1%	39.9%	

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Referente a la frecuencia de adicción según sexo, encontramos que del total de personas con adicción, el 84,6% correspondió al Sexo Masculino y el 15,4% al Sexo Femenino.

Al realizar la prueba estadística correspondiente, se encuentra como valor *p* a 0,00, lo cual nos indica que sí existe relación significativa entre la adicción y el sexo.

La adicción tuvo relación con el sexo, y en especial con el Sexo Masculino porque fue el sexo donde más frecuente se encontró la adicción.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla I

Distribución según Antecedentes familiares de psicopatología psiquiátrica. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Antecedentes familiares de psicopatología psiquiátrica		
	N	%
No tiene	146	83.9
Sí tiene	28	16.1
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación a los Antecedentes familiares de psicopatología psiquiátrica, el 83,9% del total de personas no presentó antecedentes familiares, mientras que el 16,1% sí los presentó.

La mayor parte de personas que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue no tenía antecedentes de tener algún familiar con psicopatología psiquiátrica, por lo cual afirmamos que las urgencias psiquiátricas se presentaron con mayor frecuencia en personas que no tuvieron antecedentes familiares de este tipo de patologías.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN MAYORES DE 13 AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA. OCTUBRE 2010-MARZO 2011

Tabla J

Distribución según Antecedente de atención por psiquiatra. Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. Octubre 2010-Marzo 2011

Antecedente de atención por psiquiatra		
	N	%
No	115	66.1
Sí	58	33.3
Sin información	1	0.6
Total	174	100.0

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En relación al Antecedente de atención por psiquiatra, el 66,1% del total de pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia mencionó que No fue visto por psiquiatra en alguna oportunidad anterior, el 33,3% mencionó que Sí fue visto por psiquiatra anteriormente y el 0,6% no brindó información.

Las dos terceras partes de personas que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue no fueron vistas por algún especialista en psiquiatría anteriormente, por lo tanto, podemos afirmar que la gran mayoría de urgencias psiquiátricas no fueron vistas antes por el especialista.