



Perfil del funcionamiento psicológico y social de pacientes psiquiátricos en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá

- Mario Garcés Ferrer MD, Especialista en Salud Pública, Profesor Asistente, y Luis Alberto López Pérez, Estadístico MsC PhD, Profesor Asociado. Universidad Nacional de Colombia.
- Juanita Benavides Delgado, Profesora Corporación Universitaria de Ciencias Agropecuarias -UDCA-

Se indagó el perfil psicosocial de los pacientes tratados en la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá (HSJD) con el propósito de conocer los beneficios de la atención médica recibida en los servicios de consulta externa y hospitalización. El instrumento evaluador fue la escala global de de J Endicott y colaboradores, la cual trata de identificar el continuo hipotético del proceso salud-enfermedad mental, que comprende el funcionamiento global considerado como normal dentro de los patrones culturales de conducta habitualmente establecidos, hasta las alteraciones psicóticas pasando por los trastornos de personalidad, neuróticos y afectivos. El análisis se realizó en tres grupos de pacientes atendidos en los servicios de consulta externa (uno) y de hospitalización (dos). En hospitalización se estudiaron independientemente dos muestras denominadas: hospitalizados y esquizofrénicos. La calificación del estado psicosocial de los pacientes se realizó en tres momentos: al iniciar el tratamiento, en el intermedio de éste y al egreso o última consulta, con un intervalo de alrededor de 15 días. La asignación de los puntajes de la escala se realizó previa evaluación de la similitud de los criterios de los evaluadores. Los resultados del estudio mostraron una evidente mejoría de los grupos de pacientes calificados que se explica así: el grupo de consulta externa cruzó del punto que los clínicos consideran digno de tratamiento o atención por cualquier sintomatología o menoscabo en el funcionamiento psicosocial tal como: intentos suicidas, rituales obsesivos severos, ansiedad frecuente, severo comportamiento antisocial o ingestión compulsiva de alcohol al nivel en el cual el paciente presentaba algunos síntomas benignos como ánimo depresivo e insomnio leve, ciertas dificultades en varias áreas del funcionamiento pero, en general, su desempeño era aceptable y la mayoría de las personas sin entrenamiento no lo consideraban enfermo. Los pacientes hospitalizados y esquizofrénicos pasaron del nivel en que el paciente tenía incapacidad de funcionar en todas las áreas, permanencia en la cama todo el día, presentaba delirios y alucinaciones o tenía un serio menoscabo de la comunicación o del juicio, a la persona que presentaba síntomas patológicos moderados o bien se desempeñaba con ciertas dificultades. No se comprobó un comportamiento idéntico o paralelo de los perfiles de los grupos ($F = 26.42$, $G LN = 2$; $GLD = 76$; $P = 0.0001$) - ($Pr > F = 0.0001$). Los niveles finales de mejoría según la escala de valoración de funcionamiento global de los pacientes, señaló que se requería continuar la supervisión del equipo de salud para mantener o alcanzar otros niveles de salud mental o evitar su deterioro.

INTRODUCCION

La vigorosa aproximación de las ciencias naturales y las ciencias humanas que se sintetizó en la concepción del hombre como una unidad bio-psicosocial trajo como consecuencias la ampliación de los criterios sobre el estudio del proceso salud-enfermedad y, contribuyó, en buena parte, a modificar la orientación médica, eminentemente biológica, hacia el desiderátum de la medicina integral, psicosomática o psicosociosomática (1).

La medición de variables cualitativas para examinar con mayor precisión las condiciones de salud de las personas, se ha constituido en un imperativo científico, en especial al estudiar aspectos psicológicos y sociales humanos.

El diseño de instrumentos para valorar el estado mental de la persona en sus distintas facetas ha tenido un gran desenvolvimiento en los últimos 30 años. Varios autores (2-11) han efectuado propuestas de gran influencia en la descripción y análisis del trastorno mental en psiquiatría clínica y comunitaria.

La OMS (12,13), viene promoviendo hace más de tres décadas, la identificación y normalización de instrumentos para diagnosticar el desorden mental y, recientemente, conceptuó que las actuales condiciones demográficas, sociales, económicas y de salud del planeta favorecen un incremento constante de la morbilidad por enfermedad mental.

Estudios realizados en América Latina (14-23) sobre la existencia de algunos desórdenes mentales indican la importancia del problema. Mención especial requiere la investigación adelantada por Canino y colaboradores (15) en Puerto Rico, en la cual se precisó la prevalencia de algunos daños con las siguientes cifras: trastornos esquizofrénicos 1.7%, trastornos afectivos 7.6%, consumo excesivo o dependencia de alcohol 12.2%, deterioro cognoscitivo 2.9% y trastornos por ansiedad 14.4%. Levao y colaboradores (21), después de analizar la metodología

investigativa, consideraron que los resultados podrían reflejar la realidad latinoamericana y caribeña del desorden mental.

El HSJD es una entidad médico-quirúrgica y psiquiátrica y es el principal centro docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente cuenta con 459 camas y con una productividad que en 1992, puede resumirse así: porcentaje ocupacional 80%, promedio de estancia 11.5 días, giro de camas 11.4 egresos, promedios de estancia en urgencias 3.9 días, consultas externas 40.565, consultas de urgencias 18.827, egresos hospitalarios 4.509 y total de pacientes atendidos: 65.544.

La USM es uno de los departamentos del HSJD. Dispensa los servicios de consulta externa, hospitalización hospital de día y urgencias. Imparte la docencia de psiquiatría para los programas de pre y postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. En 1992 realizó 2.620 consultas externas, 753 atenciones de urgencias y 234 hospitalizaciones. Estas actividades representan 6.5% de las consultas externas, 4% de las atenciones de urgencias y 5.2% de los egresos hospitalarios del HSJD. (M. Garcés, observación inédita 1991).

La misma observación señaló los siguientes elementos demográficos de los pacientes de la USM, 65% era del sexo femenino; 77% perteneció al grupo de edad entre 15 y 44 años, 42% eran solteros, 31% casados y 23% en unión libre. La morbilidad, en orden de importancia, fue la siguiente: trastornos neuróticos, psicosis esquizofrénica, farmacodependencia, psicosis afectiva y trastorno de la personalidad. El sexo masculino fue afectado principalmente por psicosis esquizofrénica y farmacodependencia y el femenino por el trastorno neurótico y la psicosis afectiva. Por servicios, las cinco principales patologías diagnosticadas en los pacientes atendidos en consulta externa fueron las siguientes: trastornos neuróticos, psicosis esquizofrénica, farmacodependencia, psicosis afectiva y trastorno de la personalidad. En la hospitalización psicosis esquizofrénica, psicosis afectiva, psicosis atípica, psicosis no orgánica y psicosis orgánicas.

Los tipos de tratamiento aplicados en consulta externa y hospitalización de la USM tuvieron la siguiente distribución: farmacológico 80%, psicoterapéutico 8%, farmacológico y psicoterapéutico 8% y ninguno en 4%. El 46% de los pacientes, tuvo por lo menos, una hospitalización previa; según servicios, en consulta externa la proporción fue 40% y en hospitalización 55%. Los indicadores hospitalarios básicos de la USM en 1992 fueron: porcentaje ocupacional 65.2%, promedio de días de estancia hospitalaria 21.2 y giro de camas 11.4 egresos.

El estudio evalúa el perfil de los pacientes con desorden mental tratados en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Juan de

Dios de Bogotá, en 1991.

La investigación se cimentó sobre la trascendencia que tiene para el médico, el conocimiento de la eficacia y efectividad de la atención médica en relación con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el pronóstico sobre el curso del proceso mórbido (24, 25).

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio analítico de tipo retrospectivo en tres sectores básicos de la USM del HSJD de Santafé de Bogotá. Se estudiaron 26 historias clínicas en consulta externa, 30 de hospitalizados y 23 con psicosis esquizofrénica.

Las muestras fueron seleccionadas aleatoriamente, según los siguientes criterios generales: número de historias clínicas y por servicio de patología específica; distribución porcental por sexo de los pacientes, un error de muestreo aceptable del 15% y una confiabilidad del 95% (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes Unidad de Salud Mental, Hospital San Juan de Dios, 1992.

Grupo	No. historias Clínicas Diligenciadas	Sexo		Muestras Calculadas (1)	Muestras Evaluadas
		F	M		
Consulta externa	2.620	30	70	36	26
Hospitalización	234	55	45	42	30
Esquizofrénicos	80	66	34	42	23
Total				120	79

(1) Criterios para calcular una muestra con un atributo; porcentajes según sexo, error de muestreo 15%; e intervalo de confianza 95%.

La valoración del funcionamiento psico-social se efectuó utilizando la escala global de Endicott (4). Esta escala busca medir el comportamiento psicosocial de los pacientes. Un reflejo claro de mejoría de los pacientes se detecta en un incremento del valor de la escala en estudio. El puntaje de la escala varía entre 0 y 100 puntos, distribuidos en diez niveles de diez puntos cada uno (ver anexo). Los puntajes fueron asignados en tres períodos diferentes con intervalos de tiempos semejantes de alrededor de 15 días que se denotaron como: período inicial, período intermedio y período final. El coeficiente de correlación por rangos de Spearman, el análisis multivariado de perfiles y el análisis multivariado de varianza para perfiles fueron, esencialmente, las pruebas estadísticas diferenciales empleadas en el estudio (26-29).

Para evaluar a los pacientes, se tuvieron en cuenta dos grupos evaluadores en cada sector, de tal manera que presentarían criterios semejantes en la aplicación de la escala de medida. Esta similitud de criterios fue analizada estadísticamente usando el coeficiente de correlación por rangos de Spearman, el cual mostró una asociación de 0.93 entre los criterios de evaluación de los dos grupos. Una vez aceptada la semejanza de criterios en los procesos de evaluación, se procedió al análisis de la información.

RESULTADOS

Las cifras promedios en el período inicial fueron: para los esquizofrénicos 19 puntos, para los pacientes de consulta externa 46.5 puntos y para los hospitalizados 25.1 puntos.

Con relación a la fase intermedia (observando los resultados medios de los diferentes grupos), se nota una mejoría sustancial, registrándose un incremento mayor en la escala en el grupo de esquizofrénicos.

El comportamiento en la fase final con relación a la fase intermedia, registró una mejoría para los pacientes de hospitalización y esquizofrénicos, obteniéndose los mejores resultados en este último grupo (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluación de los pacientes según la escala de Endicott. Unidad de Salud Mental, Hospital San Juan de Dios, 1991. (Promedios de los períodos de observación).

Grupo	Inicial	Período Intermedio	Final
Consulta externa	46.5	64.0	64.0
Hospitalización	25.1	41.7	61.4
Esquizofrénicos	19.0	37.0	55.6

Con el propósito de identificar la existencia de paralelismo de los perfiles de los grupos de estudio se conjeturó la existencia de un comportamiento idéntico y paralelo de los perfiles para lo cual se utilizaron cuatro pruebas de comprobación de paralelismo (Tabla 3).

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla 3 se observa que todas las pruebas conducen a no aceptar la hipótesis de paralelismo entre los diferentes segmentos de los perfiles de los tres grupos estudiados, lo que equivale a decir que con el tiempo el comportamiento psicológico y social de los grupos es significativamente diferente.

Como el número de observaciones fue pequeño, sin perder la representatividad de las muestras, se consideró pertinente comprobar, adicionalmente, la hipótesis del comportamiento

paralelo de los grupos de estudio, por no existir igualdad de las respuestas medias en el tiempo (Tabla 4).

Tabla 3. Resultados de los estadísticos para la prueba de perfiles.

Prueba	Valor	F	G-L Numerador	G-L Denominador	Prob
Wils	0.589855	26.42	2	76	0.0001
Pillai	0.4101447	26.42	2	76	0.0001
Hotelling	0.6958808	26.42	2	76	0.0001
Roy	0.695330	26.42	2	76	0.0001

F: distribución F, GL: grados de libertad del numerador y del denominador y Prob: Probabilidad.

Tabla 4. Análisis multivariados de varianza para perfiles.

Fuentes de:	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Cuadrados medios	Valor de F	Pr>F
Grupo	2	35.782.54	17871.21	521.95	0.0001
Período de tiempo	2	16.385.17	81.92.59	44.68	0.0001
Sujetos	76	997599	189.41		
Grupo por tiempo	4	4400.59	1100.15	92.09	0.0001
Sujetos por grupo	152	5210.20	34.28		
Total	236	17.154.49			
Distribución F, F mayor que Pr.					

DISCUSION

A pesar de la discrepancia que genera la estructura y valoración de los niveles de la Escala Endicott, al segmentar en sus distintos estratos la visión concatenada de la enfermedad mental y asignar puntajes similares en su distribución, que la convierte, teóricamente, en un instrumento poco flexible para su aplicación, en la práctica se demostraron aceptables grados de precisión epidemiológica. Esta apreciación está de acuerdo con otros estudios (30-33) que han considerado este instrumento de evaluación como adecuado para valorar la severidad y complementar otros métodos diagnósticos de la enfermedad mental.

Las condiciones demográficas, epidemiológicas y metodológicas no permitieron realizar comparaciones razonables con otros

estudios de perspectivas similares, sin embargo, trabajos realizados por J Endicott y colaboradores y L Gaviria y colaboradores (4, 17) relativos con la metodología para lograr criterios de similitud de los evaluadores, presentaron resultados parecidos a los de este estudio, a pesar de los distintos métodos estadísticos de correlación utilizados.

Para el análisis de la información se utilizó la metodología de estudio de datos con medidas repetidas (28, 29) en donde uno de sus componentes es el análisis multivariado de perfiles el cual permite establecer comparaciones entre poblaciones observadas durante un tiempo y evaluar el comportamiento de una o más variables, lo cual permite determinar si los perfiles de los grupos de estudios son similares, y si esto ocurre, si existe o no diferencia entre los tratamientos y variaciones de comportamiento a través del tiempo. Con el fin de confirmar los resultados sobre la conducta de los perfiles se emplearon otros estadígrafos para confirmar los resultados de la prueba.

El estudio concluye que los grupos de pacientes observados obtuvieron una significativa mejoría de sus condiciones psicosociales, en especial, de los pacientes esquizofrénicos. El análisis estadístico evidenció, claramente, que no fue posible aceptar la hipótesis de igualdad de las respuestas medias en el tiempo de los distintos grupos con lo cual se deduce que el factor tiempo tiene un efecto muy importante sobre el resultado observado aún cuando incidió de manera diferente en cada uno de los grupos.

La anterior conclusión determina la necesidad de diseñar estudios prospectivos que permitan profundizar en el conocimiento de esta revelación y de otras particularidades de la atención médica psiquiátrica.

Por otra parte, como los puntajes finales de los tres grupos, en especial de los hospitalizados y los esquizofrénicos muestran aún niveles precarios de salud mental al egreso se recomienda continuar

la supervisión médica para procurar un mayor progreso psicosocial, o evitar su desmedro.

AGRADECIMIENTOS

A Ismael Roldán, Director del Departamento de Psiquiatría, por la asesoría científica y consejo. A los 24 estudiantes de X semestre de Medicina del segundo semestre académico de 1992, por la cooperación en la recolección de la información. A Aida Villagran, Jefe del Departamento de Estadística del Hospital San Juan de Dios, por su diligencia en el suministro de las historias clínicas consultadas. Y a Ernesto Barbosa, Profesor de Fisiología, por su contribución en el procesamiento y análisis de los datos.

SUMMARY

A physiological and social profile was developed for all patients attended at the Mental Health Unit (USM) of the Hospital San Juan de Dios (HSJD) of Santafé de Bogotá. The profile included three different groups for Outpatient care, Hospital care and Schizophrenic areas. 26 medical histories for outpatient care, 30 for hospital care and 23 schizophrenic cases were studied. We used the J Endicott Global Scale. The similarity of the criteria considered by the evaluation group was measured by means of the Spearman Range correlation coefficients ($r_s = >0.9$). The global score functionality of the patients analyzed were obtained in three different frames of time during the observation schedule. The profiles of the three groups evaluated sensed and highlighted a significant recuperation from an statistical point of view of each group and within them ($t = >2$; $DF =$; $P = 0.05$). No identical behavior or parallel approach within each group and profile in the multivariable analysis cover out of the parallel test and variance profile ($F = 26.42$; $DF = 2 - DFD = 76$; $P = 0.0001$) ($Pr > F = 0.0001$) were found. The final patients global behavior results showed the need to maintain the Health Supervising Team in order to continue improvements of the mental health programs or to avoid its detriment.

REFERENCIAS

1. Sonis A. Medicina Sanitaria. Buenos Aires: Editorial Ateneo. 1971.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Ed. Washington DC. 1980.
3. Dallston WG, Welsh GS. NPMI Handbook: a Guide for use in Clinical Practice and Research. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1960.
4. Endicott J, Spitzer RC, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale. Arch Gen Psychiatry 1976; 33: 766-767.
5. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-mental State: a Practical Method of Grading the Cognitive State of Patients for the Clinical. Psychiatry Res 1985; 12: 189-198.
6. Guy W. Assessment Manual for Psychopharmacology. DHW Publication No. (ADM) 76-338. Washington; U.S. Government Printing Office. 1976: 217-222.
7. Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
8. Plutchik R, Conte H, Lieverman M, Bakur M, Grossman J, Lehman N. Reliability and Validity of a Scale for Assessing of Geriatric Patients. J Amer Geriatr Soc 1970; 18: 491-500.
9. Reisberg B, Ferris SH, DeLeon MJ, Crook J. The Global Deterioration Scale (GDS) an Instrument. Am J Psy. 1982; 193: 1136-1139.
10. Shader RI, Harmatz JS, Slazman CA. A New Scale for Clinical Assessment in geriatric Populations. Sandoz Clinical Assessment Geriatric (SCAG). J Amer Geriatric Soc 1979; 22: 107-113.
11. Wechsler DA. Standardized Memory Scale for Clinical Use. Journal of Psychology 1945; 19: 87-95.
12. Organización Panamericana de la Salud. Riesgo del Ambiente Humano para la Salud. Washington DC. Publicación Científica: 1990; 329. 288-293.

13. Organización Mundial de la Salud. Atención de salud mental en los países desarrollados. Análisis crítico de los resultados de las investigaciones. Informe de un grupo de estudios de la OMS. Serie de informes técnicos 698. Ginebra 1984.
14. Adis GC, Hernández U, Vásquez C, Alvarenga BF. Prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica. En: MIRATEGUI J, ADIS G eds. Epidemiología Psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires: Fundación Acta. Fondo para la Salud Mental 1970; 89-114.
15. Canino G, Bird HR, Schorout PE. The prevalence of specific Psychiatric Disorders in Puerto Rico. Arch Ge Psychiatr 1987; 44: 727-735.
16. Casullo M, Aszkenazi M. Prevalencia de Patologías Mentales en Argentina. 1979-1983. Buenos Aires. Técnicas 1985. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. Documenta Laboris. Año V. No. 78.
17. Gaviria L, Arévalo W, León A. Replicabilidad de la escala Global de Evaluación en el Medio Colombiano. Colombia Médica 1989; 20: 105-109.
18. González VM, Yambure A, Garcia R, Pardo F y Betancourt E. Epidemiología de los Transtornos Mentales en Bogotá. Primera Etapa. Resultados de la encuesta de sintomatología psiquiátrica. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1978; 24: 93-99.
19. Grimson RW, Blanco AC, Estrugamou M. Investigación epidemiológica en entidades psiquiátricas. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 1972; 73: 572-585.
20. Leon C, Climent C. Evaluación de instrumentos para el estudio de la prevalencia de trastornos mentales (Ensayo metodológico de una población semi-rural). In: Mariategui J, Adis CG. Ed. Epidemiología Psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires: Fundación Acta. Fondo para la Salud Mental. 1970: 64-88.
21. Levao I, Lima BR, Somoza M, Kramer M, González R. Salud mental para América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1989; 107: 196-219.
22. Marconi J, Muñoz L. Visión General de la Investigación Epidemiológica en Salud Mental en Chile. En: Mariategui J Adis Castro G eds. Epidemiología psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires: Fundación Acta. Fondo para la Salud Mental. 1970;115-125.
23. Mari J. Morbilidad Psiquiátrica en Centros de Atención Primaria. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 1988;104: 171-181.
24. Lwanga SK, Tye CHY. La Enseñanza de la Estadística Sanitaria. Organización Mundial de la Salud. 1987.
25. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. The Nuffield Provincial Hosp Trust London 1972.
26. Conover A. Practical Nonparametric Statistics. John Eiley and Sons. 1971.
27. Cassio RM. Analise Estatística Multidimensional. Universidad de Sao Pablo: Escuela Superior de Agricultura "Luis de Queiroz". 1985.
28. López LA. Experimentos con medidas repetidas caso datos Longitudinales. Simposio de estadística diseño de experimentos. Universidad Nacional de Colombia. 1993.
29. Morrison DF. "Multivariate Statistics Methods". Diseño de Experimentos. Universidad Nacional de Colombia. 1993.
30. Hegerl U, Gaebel W, Gutzman H, Uldrich S. Auditory Schizophrenic outpatients. Int J Psychophysiology 1988; 6: 207-214.
31. Harding C, Brook GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness I. Methodology study sample, and overall status 32 years later. Am J Psychiatry 1987; 144: 718-726.
32. Straus JS, Carpenter WT Jr. Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five years outcome and its predictors. Arch Gen Psychiatry 1977; 34: 159-163.
33. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Ribera JC. Further measures of the psychometric properties of the children's global assessment scale. Arch Gen Psychiatry 1987; 33: 821-824.