

DESCRIPCIÓN DE LAS INTERNACIONES EN SALUD MENTAL DE UNA INSTITUCIÓN MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA, ARGENTINA.

DESCRIPTION OF MENTAL HEALTH HOSPITALIZATION IN A MONOVALENT INSTITUTION IN THE CITY OF BAHÍA BLANCA, ARGENTINA.

PAOLA ESTEFANÍA BUEDO, ROMINA FIADARON

Área de Psicología en Internación Psiquiátrica. Clínica Privada Bahiense, Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo describir el número de personas que utilizan el dispositivo hospitalario de guardia psiquiátrica e internación en el sector privado de la ciudad de Bahía Blanca en el periodo 2007 -2015. Se realizó un estudio de tipo descriptivo cuantitativo observacional, con uso de fuentes primarias para la obtención de datos. Se analizaron en la Clínica Privada Bahiense (CPB): 1) registros de las internaciones en el periodo 2007-2015 ; 2) consultas por guardia de psiquiatría en el periodo 01/07/2014-31/05/2015; 3) diagnósticos de internación psiquiátrica ocurridos durante el periodo 01/07/2014 - 31/05/2015 y sus características. Durante este último periodo se realizaron 1154 consultas a la guardia de psiquiatría y 485 internaciones. El porcentaje total de re-internación fue del 20%, teniendo en cuenta que el total de internaciones fue de 485 personas. Respecto a las personas internadas, la relación hombre-mujer fue de 1:1,35 y

respecto al número de internaciones la relación hombre-mujer se mantiene muy similar, siendo 1:1,28. El presente trabajo tiene las limitaciones propias de un trabajo retrospectivo. En cuanto a las fortalezas del presente estudio, se destaca la sistematización de los datos sobre las urgencias psiquiátricas y la frecuencia de internación del sector privado. Como conclusión se plantean los siguientes interrogantes: ¿Es posible la desmanicomialización en nuestra ciudad?, ¿Dónde serán asistidas las 40 personas que se internan, en promedio por mes?, ¿Existen redes de apoyo y programa de contención para la persona con sufrimiento mental? ¿Se ha creado proyectos de reinserción social?

Palabras clave: salud mental, guardia psiquiátrica, internaciones, institución monovalente

Abstract: This article aims at describing the number of individuals who used the private psychiatric emergency service and hospitalization in the city of Bahía Blanca in 2007-2015. A descriptive-quantitative-observational study was performed using primary sources for data collection. The following documents were analyzed at Clínica Privada Bahiense (CPB): 1) 2007-2015 hospitalization records; 2) referrals to psychiatric emergency service from 01/07/2014 to 31/05/2015; 3) psychiatric hospitalization diagnosis from 01/07/2014 to 31/05/2015 as well as the characteristics thereof. During this last period,

Correspondencia: Dra. Paola Buedo . E-mail paolabuedo@gmail.com.
Correo postal: Berutti 506, 2do piso, depto. C, Bahía Blanca, CP 8000, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

Enviado: 30 de Septiembre de 2015

Aceptado: 28 de Enero de 2016

1154 patients were referred to the psychiatric emergency service and 485 were hospitalized. The total re-hospitalization percentage was 20%, taking into account that a total of 485 patients were hospitalized. With regard to the hospitalized patients, the male/female ratio was 1:1.35 and with regard to the number of hospitalizations the male/female ratio was similar: 1:1.28. This paper has the weaknesses inherent to a retrospective work. Regarding strengths, psychiatric emergency data systematization and private sector hospitalization frequency can be highlighted. As a conclusion, the following questions arise: Is it possible to eliminate mental houses in our city?, Where will the monthly average of 40 hospitalized patients be treated?, Are there support networks and contention programs for the people with mental suffering? Have social reinsertion projects been developed?

Keywords: mental health, psychiatric emergency service, hospitalizations, monovalent institution

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está asistiendo a un progresivo cuestionamiento de la institución manicomial, siendo la Ley Nacional de Salud Mental Argentina una expresión concreta de ello. La Ley expone entre otras cosas, modalidades de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, fuera del ámbito hospitalario y basado en los principios de la atención primaria de la salud, favoreciendo los abordajes grupales, comunitarios y los dispositivos que tiendan a la inclusión social de las personas (1).

Para dar cumplimiento a esta ley es necesaria una reorganización del sistema actual. Es fundamental conocer el número de personas que actualmente hacen uso de los dispositivos hospitalarios para comprender la dimensión de las modificaciones que son necesarias realizar (2). En el año 2014, también en el marco de la Ley, se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2013-2018, en el que se plantean diferentes problemas y objetivos para encaminar su aplicación. Uno de los problemas identificados es el escaso desarrollo de la epidemiología, para lo que se propone promover el desarrollo de la investigación epidemiológica en Salud Mental de modo interdisciplinario e intersectorial (3). Este problema es planteado también por organizaciones internacionales, tales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2,4,5).

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA) en el año 2011 y en coherencia con el problema planteado, elaboró el primer informe sobre la situación epidemiológica. Allí se hace especial mención a la dificultad de la obtención de datos de las instituciones privadas y semipri-

vadas, muchas de ellas monovalentes (3,6).

En la ciudad de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina se encuentra la Clínica Privada Bahiense (CPB), institución sanitaria dedicada a la atención y el cuidado de personas con sufrimiento mental, destinada a quienes poseen cobertura social de salud.

Para dar cumplimiento a la Ley, la CPB evalúa y aborda terapéuticamente a las personas que concurren de manera interdisciplinaria, con el objetivo de superar la situación aguda que motivo la consulta. Para ello, cuenta con profesionales de diversos ámbitos como psicólogos, asistentes sociales, médicos, enfermeros, musicoterapeutas, profesores de educación física y terapeutas ocupacionales, entre otros. Las propuestas terapéuticas que ofrece la CPB son: consulta ambulatoria psiquiátrica, psicológica y psicopedagógica, hospital de día, dispositivo de internación de psiquiátrica, talleres ambulatorio-externos y guardia psiquiátrica externa.

En la guardia psiquiátrica externa se atienden las emergencias psiquiátricas, donde se realiza una entrevista por el equipo profesional y se decide la terapéutica a seguir en conjunto con la persona y si hubiera, a quien lo acompaña.

El concepto de emergencia psiquiátrica se define como un trastorno grave del estado del ánimo, el pensamiento o la conducta que requiere atención inmediata. Esto no implica necesariamente la internación psiquiátrica (7-10). La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (1,4, 5).

Si una persona presenta síntomas agudos de padecimiento mental se considera la alternativa de internación, teniendo en cuenta los criterios que se exponen en la bibliografía (7-10) y que se resumen a continuación:

- paciente con "insight" escaso o ausente sobre su enfermedad (sin conciencia de enfermedad);
- situación de riesgo para sí o para otros;
- actividades cotidianas muy deterioradas o contaminadas;
- el hogar o entorno residencial es desfavorable o ausente y representa una fuente de estrés.

Si se decide la internación como el recurso terapéutico más adecuado, la persona es asistida integralmente por los profesionales de la institución, teniendo en cuenta la necesidad de mantener los lazos socio-familiares y de reorganizarlos, para el futuro sostenimiento ambulatorio. Por ello, la familia participa y acompaña activamente el proceso de hospitalización.

Este artículo tiene como objetivo describir el número de personas que utilizan el dispositivo hospitalario de guardia

psiquiátrica e internación en el sector privado de la ciudad de Bahía Blanca del 2007 al 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio de tipo descriptivo cuantitativo observacional, con uso de fuentes primarias para la obtención de datos.

Se analizaron en la CPB: 1) registros de las internaciones desde el año 2007 al 2014; 2) consultas por guardia de psiquiatría desde el 1 de julio del 2014 al 31 de mayo del 2015; 3) diagnósticos de internación psiquiátrica ocurridos desde 1 de julio del 2014 al 31 de mayo del 2015 y sus características.

Los registros, las consultas y los casos son consecutivos y representan el total ocurrido en el lapso de tiempo mencionado. Para la realización del ítem 3, se confeccionó una ficha para la obtención de datos sobre las internaciones psiquiátricas donde se consignaron las siguientes variables:

- *Código*: para asegurar el anonimato a la hora del análisis de datos; a igual código igual persona referida, así se pudo evaluar las re-internaciones.

- *Género*: Masculino/Femenino.

- *Edad*: aquella declarada en la historia clínica al momento de la internación. Se han agrupado las edades de manera que tengan que ver específicamente con los diagnósticos y a la vez que sea útil para el análisis y la visualización de los datos, quedando así designados 3 grupos: de 14 a 17 años, de 18 a 64 años y de > 65 de años.

- *Diagnóstico de internación*: se utilizaron categorías diagnósticas:

- Trastornos del desarrollo neurológico
- Trastornos psicóticos
- Trastorno bipolar
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
- Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
- Trastornos neurocognitivos (Demencia)
- Tentativa suicida o ideación suicida

- *Orden judicial*: si corresponde a la orden de evaluación emitida por un juez.

Posteriormente los datos fueron cargados en una planilla de cálculo, donde se realizaron los análisis.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio del 2014 y el 31 de mayo del 2015, se realizaron 1154 consultas a la guardia de psiquiatría y 485 internaciones. En la Figura 1 se muestra el detalle de la frecuencia de ambas puntualizando el mes en curso. El porcentaje total de re-internación fue del 20%, teniendo en cuenta que la cantidad de personas internadas fue de 388 y el total de internaciones, como ya se mencionó, de 485. La distribución según grupo etario y género se muestran en las Figuras 2 y 3.

En la TABLA 1 se muestran los diagnósticos de internación según frecuencia y sus respectivos porcentajes.

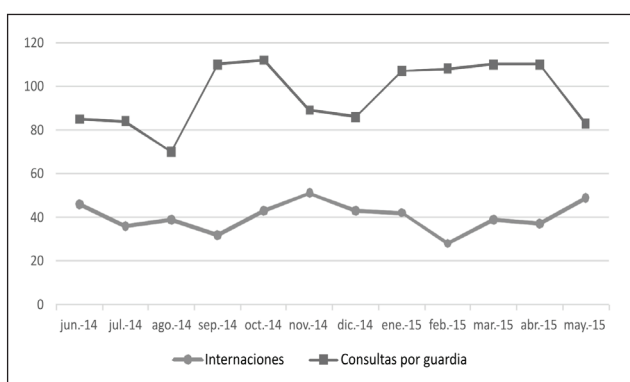


Figura 1. Consultas a la guardia y número de internaciones

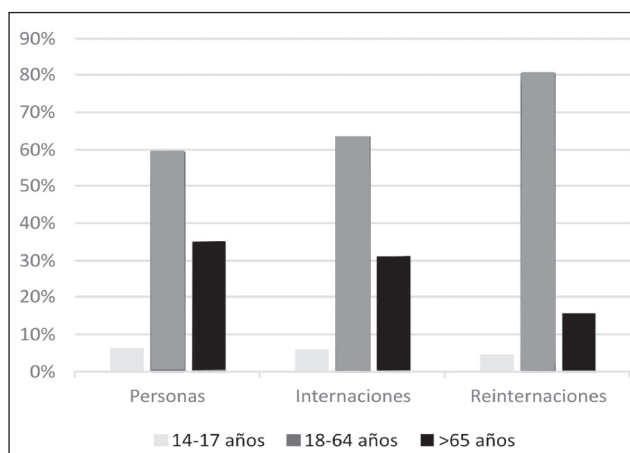


Figura 2. Porcentaje de personas internadas, número de internaciones y reinternaciones según grupo etareo.

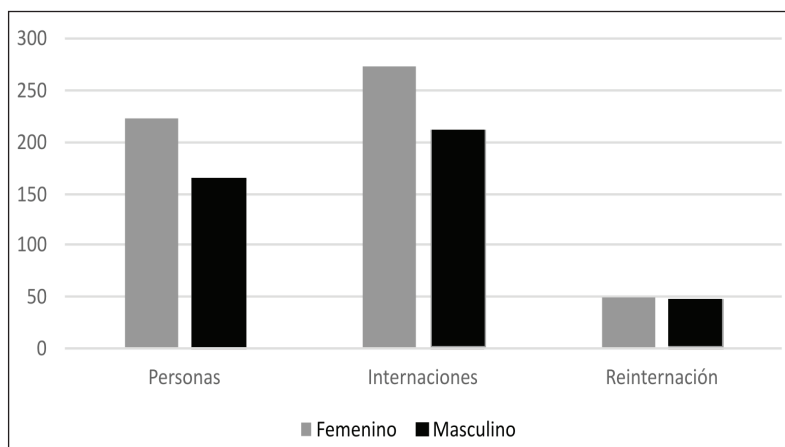


Figura 3. Frecuencia de personas internadas, número de internaciones y reinternaciones según género.

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trastornos psicóticos	155	31,96%
Trastornos neurocognitivos (demencias)	74	15,26%
Trastornos depresivos	62	12,78%
Tentativa suicida o ideación suicida	53	10,93%
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	47	9,69%
Trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta	34	7,01%
Trastornos bipolares	26	5,36%
Trastornos del desarrollo neurológico	26	5,36%
Trastornos de ansiedad	4	1,03%
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	3	0,62%

Tabla 1. Diagnósticos de internación en orden descendente.

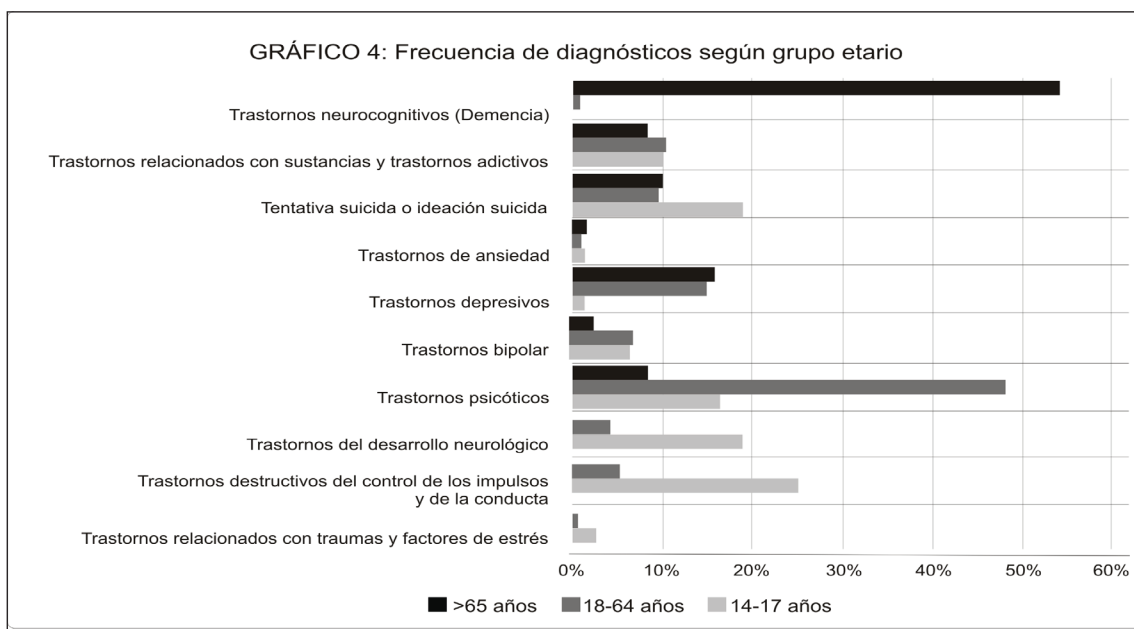


Figura 4. Frecuencia de diagnóstico según grupo etareo.

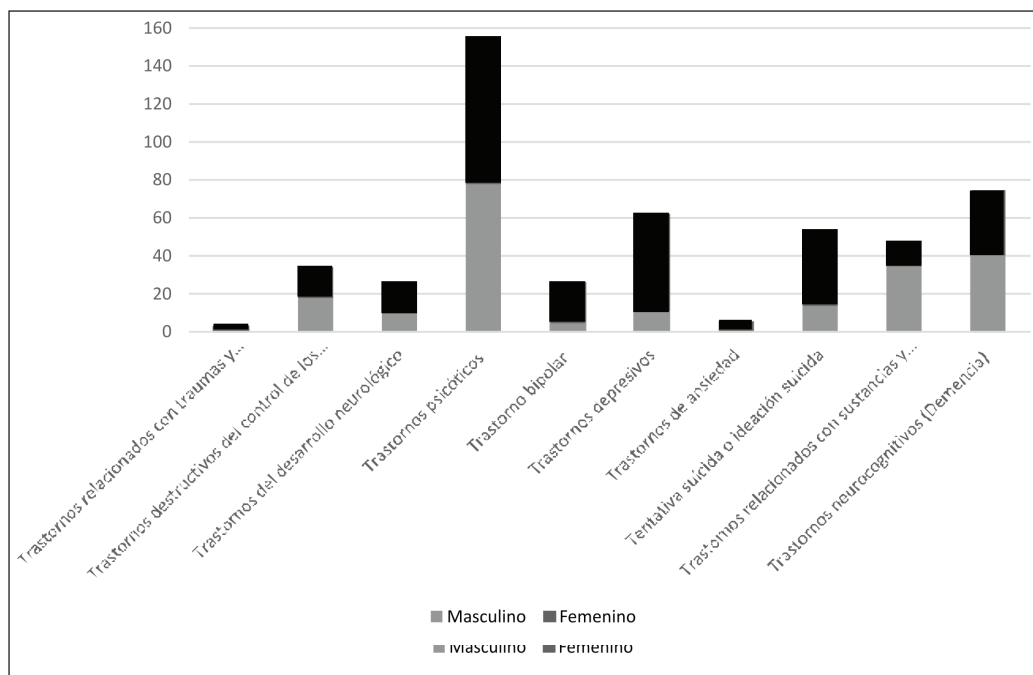


Figura 5. Frecuencia de diagnóstico según género.

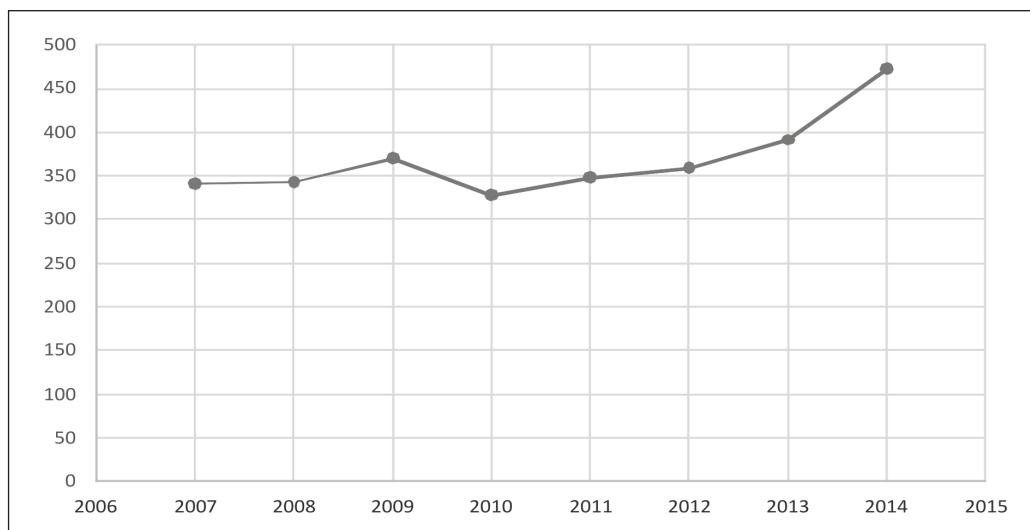


Figura 6. Número de internaciones según año.

Las internaciones efectuadas a punto de partida de órdenes judiciales de evaluación fueron 15 en el periodo mencionado, siete de ellas con diagnóstico de trastorno psicótico, tres por trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, dos por trastornos neurocognitivos (demencias), una por trastorno bipolar, una por trastornos del desarrollo neurológico y una por trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta.

En la figura 4 se muestra la frecuencia de los diagnósticos según grupo etario. En la figura 5 se muestra la frecuencia de los diagnósticos según género. Las internaciones que se efectuaron desde el 2007 hasta el 2014 se observan en la figura 6.

DISCUSIÓN

A partir del devenir del trabajo diario y de las continuas derivaciones desde hospitales generales, sumado al porcentaje de re-internaciones que registramos, se podría advertir una deficiencia en la consolidación del modelo comunitario de atención que refuerza la persistencia de internaciones como una de las principales respuestas frente al padecimiento mental. Respecto a este último tópico, en la Figura 6 se observa un incremento exponencial en el número de internaciones en los últimos 4 años.

El porcentaje de re-internación fue del 20 % en el año comprendido entre el 1 de julio del 2014 y el 31 de mayo del 2015. Encontramos datos de hospitales generales de la ciudad de Buenos Aires en este punto. En la Unidad de Internación Psiquiátrica de hombres del Servicio de Psicopatología del Hospital Piñero de Buenos Aires durante el período 1994-1998, el porcentaje de re-internación fue del 30% (11). Datos de Sala de Internación de Psicopatología del Hospital General de Agudos “Teodoro Álvarez” recolectados entre el 1 de Junio del 2004 al 31 de Mayo del 2005, concluyeron que el 13,4% correspondió a re-internaciones (12).

Respecto a personas internadas la relación hombre-mujer fue de 1:1,35 y respecto al número de internaciones la relación hombre-mujer se mantiene muy similar, siendo 1:1,28. En ambos casos la relación entre los géneros se mantiene casi igual, a diferencia de lo registrado en otras instituciones.

Respecto de la población atendida desde el año 1980 hasta el año 2000 en División Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos “Dr. Teodoro Álvarez” de la Ciudad de Buenos Aires, informaron una relación mujer-hombre 3:1 (13); el Hospital Piñero de Buenos Aires registro un 69% y 31% respectivamente (11); en una institución monovalente de la ciudad de Pergamino en el periodo 2006-2010 registraron un porcentaje de internaciones del género femenino del 73,9% y 26,1% del género masculino. A nivel nacional, según la DNSMA, el 56% de las internaciones correspondió a hombres (3).

Se visualiza un aumento en las internaciones en la primavera (septiembre, octubre y noviembre), presumiéndose así un mayor número de descompensaciones psiquiátricas, tal como indica la literatura respecto a la cuestión estacional (3,7-10,14-15). El menor número de internaciones se registra en el verano (diciembre, enero y febrero). Siendo entonces el pico mayor de internación en octubre y el menor en febrero. Otoño e invierno registran similares número de internaciones.

En América Latina y el Caribe, al igual que Argentina, el trastorno depresivo se presenta como más frecuente, seguido de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, trastornos de ansiedad, trastorno relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos psicóticos, y trastornos

bipolares (14,16,17).

A diferencia de estos datos, el diagnóstico de alta más frecuente en nuestro estudio fue de trastornos psicóticos. Según la DNSMA, en el estudio que realizaron en el año 2011 en Argentina, concluyen que las instituciones monovalentes comparten la característica de que los trastornos psicóticos son el grupo diagnóstico más importante en número, seguido por los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (3). La Sala de Internación de Psicopatología del Hospital General de Agudos “Teodoro Álvarez” también registró el diagnóstico de trastornos psicóticos como el más frecuente (12). La Unidad Psiquiátrica del Hospital Piñero de Buenos Aires registró en más de la mitad de internaciones algún trastorno psicótico (55,7%) (11). En cambio, encontramos en otras instituciones que el diagnóstico más frecuente al alta ha sido el trastorno depresivo (6,18-19).

En relación a los trastornos psicóticos, la proporción de hombres y mujeres fue similar. Dentro del grupo de los trastornos depresivos, la proporción hombre-mujer es 1:5, coincidiendo ambas proporciones con los datos nacionales (3,14,17).

El suicidio se presenta como una de las tres primeras globales causas de defunción en personas de 15 a 44 años y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado (OMS, 2012). En nuestro estudio, el grupo etario comprendido entre 14-17 años presentó el mayor número de internaciones por este motivo. El mencionado grupo etario registra además como diagnóstico más frecuente el trastorno destructivo del control de los impulsos y de la conducta. Respecto del grupo etario comprendido entre 18-64 años, el diagnóstico más frecuente fue trastorno psicótico, y en el grupo etario siguiente (mayores de 65 años) fue trastorno neurocognitivo (demencias).

El presente trabajo tiene las limitaciones propias de un trabajo retrospectivo. En cuanto a las fortalezas del estudio, se destaca la sistematización de los datos sobre las urgencias psiquiátricas y la frecuencia de internación del sector privado. Hacia el final se plantean las siguientes preguntas: ¿Es posible la desmanicomialización en nuestra ciudad? ¿Dónde serán asistidas las 40 personas que se internan, en promedio por mes? ¿Existen redes de apoyo y programa de contención para la persona con sufrimiento mental? ¿Se ha creado proyectos de reinserción social?

La desinstitucionalización no significa cerrar los hospitales; ni trasladar a las personas a otros lugares con lógicas similares pero con nombres diferentes. La desmanicomialización debe concebirse como un proceso de transformación ideológica y de acción, que implica la exigencia del compromiso y de decisiones políticas para generar nuevas

alternativas, especialmente para los sectores más vulnerables (2,4,15,20).

Desde la CPB, se han creado y se sostienen alternativas que puedan acompañar a la persona y su familia con padecimiento mental, tales como hospital de día, atención ambulatoria individual y grupal, atención domiciliaria; así como también se está planteando la posibilidad de la creación de casas de medio camino.

La Ley Nacional de Salud Mental instituyó un criterio común básico de derechos y garantías para un debido proceso de atención integral para todas las personas, desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria en un marco de Derechos Humanos. Según la Ley, el cierre de los Hospitales monovalentes debe ser en el 2020, el tiempo para ello es acotado, y es responsabilidad de la sociedad toda garantizar la atención de calidad de la persona con padecimiento mental (1).

Agradecimientos: Los autores agradecen al Dr. David Orozco y al Dr. Gustavo Mena por los aportes y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
2. Roses Periago M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4/5):223-5.
3. Epidemiología en salud mental y adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de salud, Presidencia de la Nación, 2011.
4. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental. Washington, 2011.
5. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Salud mental en la comunidad. Washington: Serie PALTEX, 2009.
6. Nemirovsky M, Guardo G, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R. Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2003; XIV:292-8.
7. Chinchilla A, Correas J, Quintero F, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Elsevier, Barcelona, 2010.
8. Kaplan I, Harold J, Sadock. Tratado de psiquiatría sexta edición. Editorial Intermédica, Buenos Aires, 1997.
9. Gómez Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M. Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Editorial Panamericana, Bogotá, 2008.
10. Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de psiquiatría. Editorial Masson, Barcelona, 1994.
11. Strejilevich S, Chan M, Orgambide S, Triskier F. Datos operacionales de una Unidad psiquiátrica de internación en un Hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2002;XIII:85-92.
12. Richly P, Xamena P, Surur C, Espert J, Pavlovsky F. Datos operacionales de la Sala de Internación de Psicopatología de un hospital general a lo largo de un año. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2006; XVII:182-7.
13. Fantín J, Fridman P, Raggi S, Trímboli A. Estudio epidemiológico sobre la variación de la demanda en salud mental en las últimas décadas. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2004; XV:245-50.
14. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo Anduaga J, Saxena S, Saraceno. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam Salud Pública*. 2005; 18(4/5):229-40.
15. Madalena FV, Del Porto J. Seasonality of admissions for mania in a psychiatric hospital of Belo Horizonte, Brazil. *Journal affective disorder*. 2006; 94.
16. Rodríguez J, Kohn R, Levav I. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2009.
17. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud, 2010.
18. Buey F. Frecuencia de presentación de patologías psiquiátricas en pacientes de una clínica privada de Salud Mental de la ciudad de Pergamino durante el periodo 2006-2010. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, 2011.
19. Buriyovich J, Carbonio R, Regis S. Informe sobre servicios de salud mental de hospitales generales. Área de investigación del hospital neuropsiquiátrico. Dirección de Jurisdicción de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.
20. Galende E, Ardilla S. El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*. 2011; 1(1):39-50.