

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Barrón-Del Solar, Lucy; Romero-Sandoval, Karina; Saldaña-Vásquez, Neiver; Salazar-Ordóñez, Carlos; Vega-Dienstmaier, Johann M.

Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 75, núm. 1, 2012, pp. 7-18

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036937003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011.

Clinical and epidemiological profile of psychiatric out patients of the Hospital Nacional Cayetano Heredia during October to December 2011.

Lucy Barrón-Del Solar¹, Karina Romero-Sandoval¹, Neiver Saldaña-Vásquez¹, Carlos Salazar-Ordóñez², Johann M. Vega-Dienstmaier³.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, Perú). **Material y métodos:** Es un estudio descriptivo de serie de casos retrospectivo. Se recolectó información de fichas de pacientes nuevos que acudieron a consulta externa de psiquiatría de octubre a diciembre de 2011. **Resultados:** El estudio incluyó 168 fichas de pacientes. La edad promedio fue 35,2 años (DE 15,8); 53% eran mujeres y 47%, varones. La mayoría eran solteros (64,9%), estudiantes (25,9%), católicos (70,5%), que acudieron acompañados de sus padres (37,6%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: depresión mayor (31%) y esquizofrenia (25%). Los fármacos más prescritos fueron: sertralina (42,9%) y clonazepam (42,3%). **Conclusión:** La mayoría de pacientes fueron mujeres adultas, solteras, estudiantes, católicas, que acudieron acompañadas de sus padres, con diagnóstico de depresión mayor y cuya prescripción fue sertralina y clonazepam.

PALABRAS CLAVE: Paciente ambulatorio, servicios de psiquiatría, hospital general.

SUMMARY

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of psychiatric out patients of the Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, Perú). **Material and methods:** This is a descriptive study of a retrospective case series. Data was collected from clinical files of new psychiatric out patients who were attended from October to December of 2011. **Results:** The study included 168 clinical files. The mean age was 35.2 years (DE 15.8); 53% were women and 47%, men. Most were single (64.9%), students (25.9%), Catholic (70.5%) and were accompanied by their parents (37.6%). The most frequent diagnoses were: major depression disorder (31%) and schizophrenia (25%). The most frequently prescribed drugs were sertraline (42.9%) and clonazepam (42.3%). **Conclusions:** The typical

¹ Bachiller en Medicina, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Médico Internista. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Psiquiatra. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

patient was an adult woman who was single, student and Catholic, who came accompanied by their parents, and with a diagnosis of major depression disorder treated with sertraline and clonazepam.

KEY WORDS: Out-patients, psychiatric services, general hospital.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de enfermedades; y en el 2020 serán responsables del 15% del total de los años de vida perdidos por discapacidad (1,2).

En el Perú, más del 30% de la población adulta ha padecido trastornos psiquiátricos. En Lima, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso de alcohol. Solo el 20% de los que tienen problemas de salud mental en los últimos 12 meses recibe atención médica; y más de la mitad no acuden a institutos especializados, sino a hospitales generales del Ministerio de Salud (MINSA) (3).

Actualmente, los hospitales generales reciben una mayor demanda de pacientes que los centros especializados, siendo un buen lugar para implementar medidas que mejoren la calidad de la salud mental de la población (4).

Es fundamental conocer las características de la población que atienden los servicios de salud, a fin de lograr un mejor enfoque del paciente y planificar la atención, la docencia y la investigación. Los datos obtenidos proporcionarán información básica para reorganizar estrategias de atención en varios ámbitos del hospital y promover políticas para mejorar el mecanismo de atención hospitalaria y así adecuar los servicios según las necesidades de la población más demandante.

El objetivo del presente estudio fue describir el perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio realizado en el HNCH es de tipo serie de casos retrospectivo. La información se obtuvo de fichas de pacientes que acudieron por primera vez

a consulta externa de Psiquiatría, aplicadas desde octubre hasta diciembre del 2011. Esta ficha se aplica rutinariamente en dicho consultorio desde septiembre del 2011 con la aprobación del Departamento de Medicina del HNCH. Los datos fueron registrados tal cual estaban en las fichas, obteniéndose información de 170 pacientes.

Se estudiaron los siguientes aspectos de los pacientes: datos socio-demográficos, religión, importancia de las creencias religiosas, acompañantes, institución que lo había derivado, lateralidad, tratamiento psiquiátrico previo, hospitalizaciones psiquiátricas previas, ideación e intento suicida, métodos de intento suicida, consumo de sustancias, antecedentes patológicos personales, antecedentes familiares psiquiátricos, antecedentes gineco-obstétricos, orientación sexual, relaciones sexuales, medidas antropométricas, presión arterial, diagnósticos (Eje I, Eje II y Eje IV según DSM-IV-TR) y prescripción de fármacos.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 20. Las variables categóricas se trabajaron con porcentajes y frecuencias, y las numéricas con medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para las variables numéricas, encontrándose que solo el índice de masa corporal y el perímetro abdominal presentaron distribución normal.

RESULTADOS

Se recolectaron 170 fichas de pacientes que acudieron por primera vez a consulta externa de psiquiatría. En total, fueron evaluadas 168 fichas (98,8%), excluyéndose dos que no contaban con fecha de atención. Se encontraron 97 pacientes con trastorno depresivo/ansioso y 55 pacientes con trastorno psicótico. Se diseñaron las tablas en función a tres grupos: pacientes en general, pacientes con trastorno depresivo/ansioso y pacientes con trastorno psicótico. Existieron pacientes que no pertenecieron a ninguno de los dos últimos grupos así como también otros que pertenecieron a ambos.

En la tabla 1 se describen los datos epidemiológicos. Aquí se observa que la media de edad de los pacientes fue de 35,2 años ($DE \pm 15,8$) y la mediana de 32

Tabla 1. Características epidemiológicas del paciente

	General	Trastorno depresivo/ Trastorno ansioso	Trastorno psicótico
Género			
Masculino	47,0% (79/168)	38,1% (37/97)	49,1% (27/55)
Femenino	53,0% (89/168)	61,9% (60/97)	50,9% (28/55)
Lugar de Nacimiento			
Costa	73,7% (123/167)	70,1% (68/97)	77,8% (42/54)
Sierra	19,1% (32/167)	23,7% (23/97)	18,5 (10/54)
Selva	7,2% (12/167)	6,2% (6/97)	3,7% (2/54)
Lugar de Procedencia			
Provincia de Lima y Callao	86,1% (143/166)	85,4% (82/96)	83,3 (45/54)
Departamento fuera de Lima	12,0% (20/166)	12,5% (12/96)	14,8 (8/54)
Fuera del Perú	1,9% (3/166)	2,1% (2/96)	1,9% (1/54)
Estado Civil			
Soltero	64,9% (109/168)	56,7% (55/97)	70,9% (39/55)
Conviviente	8,3% (14/168)	9,3% (9/97)	7,3% (4/55)
Casado	14,9% (25/168)	20,6% (20/97)	10,9% (6/55)
Separado	7,7% (13/168)	8,2% (8/97)	9,1% (5/55)
Divorciado	1,8% (3/168)	2,1% (2/97)	1,8% (1/55)
Viudo	2,4% (4/168)	3,1% (3/97)	0,0% (0/55)
Ocupación			
Empleado	11,4% (19/166)	13,7% (13/95)	7,3% (4/55)
Desempleado	19,3% (32/166)	16,8% (16/95)	21,8% (12/55)
Estudiante	25,9% (43/166)	23,2% (22/95)	18,2% (10/55)
Ama de casa	23,5% (39/166)	24,2% (23/95)	32,7% (18/55)
Independiente	19,3% (32/166)	21,1% (20/95)	20,0% (11/55)
Pensionado	0,6% (1/166)	1,0% (1/95)	0,0% (0/55)
Lateralidad			
Diestro	94,7% (142/150)	95,3% (81/85)	97,9% (47/48)
Zurdo	5,3% (8/150)	4,7% (4/84)	2,1% (1/48)
Religión			
Católica	70,5% (117/166)	69,1% (67/97)	77,8% (42/54)
Evangélica	11,5% (19/166)	14,4% (14/97)	11,1% (6/54)
Cristiana	5,4% (9/166)	5,2% (5/97)	3,7% (2/54)
Testigo de Jehová	2,4% (4/166)	3,1% (3/97)	1,8% (1/54)
Sin religión	9,6% (16/166)	7,2% (7/97)	5,6% (3/54)
Otra	0,6% (1/166)	1,0 % (1/97)	0,0% (0/54)
Importancia de la creencia religiosa			
Ninguna	18,9% (31/164)	17,0% (16/94)	12,9% (7/54)
Poca	42,7% (70/164)	43,6% (41/94)	46,3% (25/54)
Moderada	31,1% (51/164)	30,9% (29/94)	31,5% (17/54)
Alta	7,3% (12/164)	8,5% (8/94)	9,3% (5/54)
Acompañante			
Padres	37,6% (62/165)	28,1% (27/96)	51,9% (28/54)
Pareja	8,5% (14/165)	6,3% (6/96)	9,3% (5/54)
Hijos	4,2% (7/165)	6,3% (6/96)	0,0% (0/54)

Tabla 1 (Cont). Características epidemiológicas del paciente

	General	Trastorno depresivo/ Trastorno ansioso	Trastorno psicótico
Hermanos	9,7% (16/165)	8,3% (8/96)	12,9% (7/54)
Solo	34,5% (57/165)	43,7% (42/96)	22,2% (12/54)
Otro	5,5% (9/165)	7,3% (7/96)	3,7% (2/54)
Lugar de donde es derivado			
Hospital Psiquiátrico	25,3% (42/166)	16,6% (16/96)	54,5% (30/55)
Departamento/Servicio del HNCH *	43,4% (72/166)	52,1% (50/96)	25,5% (14/55)
- Medicina Interna	30,6% (22/72)	18,0% (9/50)	21,4% (3/14)
- Neurología	18,1% (13/72)	8,0% (4/50)	0,0% (0/14)
- Psicología	18,1% (13/72)	16,0% (8/50)	14,4% (2/14)
- Reumatología	8,4% (6/72)	10,0% (5/50)	0,0% (0/14)
- Urología	6,9% (5/72)	6,0% (3/50)	7,1% (1/14)
- Emergencia	5,5% (4/72)	8,0% (4/50)	7,1% (1/14)
- Atención inmediata	5,5% (4/72)	4,0% (2/50)	7,1% (1/14)
- Otros	6,9% (5/72)	30,0% (15/50)	42,9% (6/14)
Centro de salud	6,0% (10/166)	4,2% (4/96)	5,5% (3/55)
Por su propia cuenta	25,3% (42/166)	27,1 (26/96)	14,5% (8/55)

*El porcentaje de cada servicio se basa en el total de todos los pacientes procedentes de algún departamento o servicio del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH).

años. De los pacientes, el 47% eran varones y 53%, mujeres. La mediana del grado de instrucción fue de 11 años. El 64,9% fue soltero, el 25,9% de ocupación estudiante y el 23,5% ama de casa. El 70,5% era católico. El 42,7% refirió que sus creencias religiosas eran poco importantes. Los pacientes acuden a consulta principalmente con sus padres (37,6%) o solos (34,5%). El 43,4% fue derivado de un servicio o departamento del HNCH, siendo el más frecuente el de Medicina Interna con 30,6%; los pacientes derivados del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) y los que acudieron por cuenta propia tienen el mismo porcentaje (25,3%). Los datos descritos en general son similares para el grupo de trastorno depresivo/ansioso y el de trastorno psicótico. Sin embargo, los pacientes con trastorno psicótico fueron en su mayoría amas de casa (32,7%), derivados del INSM “HD-HN” (54,5%) y acudieron a consulta acompañados de sus padres (51,9%). Por otro lado, la mayoría de pacientes con trastorno depresivo/ansioso fueron mujeres (61,9%) y acudieron solos (43,7%).

En la tabla 2 se describe el índice de masa corporal (IMC), los antecedentes personales y familiares,

consumo de sustancias y sexualidad. Con respecto al IMC, la media fue 24,8kg/m² (DE± 4,4); el 47,7% presentó IMC normal, el 38,7% sobrepeso u obesidad y el 13,5% bajo peso. El 51,8% presentó tratamiento psiquiátrico previo y el 13,7% hospitalizaciones psiquiátricas previas. Se presentó ideación suicida alguna vez en la vida en el 41,5%, el 9,8% en la última semana y el 9,1% con plan específico. El 16,7% presentó intentos suicidas, siendo el método más frecuente la ingesta de medicamentos (28,6%). En el 18,6% se presentaron antecedentes patológicos no psiquiátricos, siendo el más frecuente el de dislipidemia (6,6%). Los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos se observaron en el 43,1% de la muestra.

Las sustancias más consumidas alguna vez en la vida por el paciente en general fueron: alcohol (hasta embriagarse) con 49,1% y tabaco con 38,3%. Con respecto a las relaciones sexuales, el 50% de los pacientes no tuvo más de una pareja sexual. El 66,9% las tenía con una pareja estable y el 29,8% con parejas casuales. El 50% de las mujeres tenía hasta un hijo vivo. Los resultados descritos en general son similares para el grupo de trastorno depresivo/ansioso

Tabla 2. Características clínicas del paciente.

	General	Trastorno depresivo / trastorno ansioso	Trastorno psicótico
IMC			
Normal	47,7% (74/155)	56,5% (52/92)	33,3% (16/48)
Sobrepeso	29,7% (46/155)	30,4% (28/92)	35,4% (17/48)
Obesidad tipo I	5,8% (9/155)	4,4% (4/92)	8,3% (4/48)
Obesidad tipo II	2,6% (4/155)	2,2% (2/92)	4,2% (2/48)
Obesidad tipo III	0,6% (1/155)	0,0% (0/92)	2,1% (1/48)
Bajo peso	13,6% (21/155)	6,5% (6/92)	16,7% (8/48)
Tratamiento psiquiátrico previo			
Sí	51,8% (87/168)	44,3% (43/97)	80,0% (44/55)
No	48,2% (81/168)	55,7% (54/97)	20,0% (11/55)
Hospitalizaciones psiquiátricas previas			
Sí	13,7% (23/118)	5,2% (5/97)	32,7% (18/55)
No	86,3% (145/168)	94,8% (92/97)	62,3% (37/55)
Ideación suicida alguna vez en la vida			
Sí	41,5% (68/164)	54,2% (52/96)	40,7% (22/54)
No	58,5% (96/164)	45,8% (44/96)	59,3% (32/54)
En última semana	9,8% (16/164)	12,5% (12/96)	14,8% (8/54)
Con plan específico	9,1% (15/164)	11,5% (11/96)	11,1% (6/54)
Intento suicida alguna vez en la vida			
Sí	16,7% (28/168)	20,6% (20/97)	23,6% (13/55)
No	83,3% (140/168)	79,4% (77/97)	76,4% (42/55)
Métodos de intento suicida*			
Ingesta de medicamentos	28,6% (8/28)	25,0% (5/20)	30,8% (4/13)
Envenenamiento	17,9% (5/28)	15,0% (3/20)	7,7% (1/13)
Caída de altura	7,1% (2/28)	0,0% (0/20)	15,4% (2/13)
Otros	14,3% (4/28)	20,0% (4/20)	0,0% (0/13)
Antecedentes patológicos no psiquiátricos			
Hipertensión arterial	4,2% (7/167)	4,1 % (4/97)	5,5% (3/55)
Diabetes mellitus	0,6% (1/167)	6,2% (6/97)	0,0% (0/55)
Dislipidemia	6,6% (11/167)	11,3% (11/97)	1,8% (1/55)
Enfermedad coronaria	0,6% (1/167)	1,1% (1/97)	0,0% (0/55)
Asma	5,4% (9/167)	4,1% (4/97)	7,3% (4/55)
Accidente cerebro vascular	1,2% (2/167)	2,1% (2/97)	0,0% (0/55)
Antecedentes familiares psiquiátricos			
Familiares con trastorno psiquiátrico	43,1% (72/167)	36,5% (35/96)	36,4% (20/55)
Familiares con intento suicida	6,06% (10/167)	4,2% (4/96)	5,4% (3/55)
Familiares con suicidio consumado	1,8% (3/167)	2,1% (2/96)	0,0% (0/55)
Consumo de sustancias			
Alcohol hasta embriagarse			
- Alguna vez en su vida	49,1% (82/167)	44,3% (43/97)	58,2% (32/55)
- En último año	13,8% (23/167)	9,3% (9/97)	18,2% (10/55)
- En último mes	11,9% (20/167)	9,3% (9/97)	10,9% (6/55)
Tabaco			
- Alguna vez en su vida	38,3% (64/167)	39,2% (38/97)	32,7% (18/55)

Tabla 2 (Cont). Características clínicas del paciente.

	General	Trastorno depresivo / trastorno ansioso	Trastorno psicótico
- En el último año	11,9% (20/167)	9,3% (9/97)	9,1% (5/55)
- En el último mes	3,6% (6/167)	5,2% (5/97)	1,8% (1/55)
Marihuana			
- Alguna vez en su vida	9,0% (15/167)	8,2% (8/97)	7,3% (4/55)
- En último año	2,4% (4/167)	3,1% (2/97)	1,8% (1/55)
- En último mes	2,4% (4/167)	1,0% (1/97)	1,8% (1/55)
Cocaína			
- Alguna vez en su vida	2,4% (4/167)	2,1% (2/97)	0,0% (0/55)
- En último año	0,1% (1/167)	1,0% (1/97)	0,0% (0/55)
- En último mes	0,0% (0/167)	0,0% (0/97)	0,0% (0/55)
Pasta básica de cocaína			
- Alguna vez en su vida	1,8% (3/167)	2,1% (2/97)	0,0% (0/55)
- En último año	0,1% (1/167)	0,0% (0/97)	0,0% (0/55)
- En último mes	0,0% (0/167)	0,0% (0/97)	0,0% (0/55)
Inhalantes			
- Alguna vez en su vida	0,0% (0/167)	0,0% (0/97)	0,0% (0/55)
Orientación sexual			
Heterosexual	98,8% (164/166)	99% (96/97)	100,0% (55/55)
Homosexual	1,2% (2/166)	1% (1/97)	0,0% (0/55)
Relaciones sexuales			
Con pareja estable			
- Alguna vez en su vida	66,9% (111/166)	77,3% (75/97)	53,7% (29/54)
- En último año	21,1% (35/166)	27,8% (27/97)	9,2% (5/54)
- En último mes	15,1% (25/166)	18,6% (18/97)	9,2% (5/54)
Con pareja casual			
- Alguna vez en su vida	29,8% (48/161)	34,7% (33/95)	22,6% (12/53)
- En último año	8,1% (13/161)	9,5% (9/95)	5,7% (3/53)
- En último mes	5,6% (9/161)	7,4% (7/95)	5,7% (3/53)

*El porcentaje de cada método se basa en el total de todos los pacientes con intento suicida.

Tabla 3. Ideación suicida, relaciones sexuales y consumo de sustancias según género.

	General		Trastorno depresivo/ansioso		Trastorno psicótico	
	M	F	M	F	M	F
Ideación suicida						
Alguna vez en su vida	32,9% (26/79)	47,2% (42/89)	48,6% (18/37)	56,7% (34/60)	29,6% (8/27)	50,0% (14/28)
Relaciones sexuales						
Con pareja estable	62,0% (49/79)	69,7% (62/89)	70,3% (26/37)	81,7% (49/60)	48,2% (13/27)	57,1% (16/28)
Con pareja casual	31,7% (25/79)	25,9% (23/89)	40,5% (15/37)	30% (18/60)	22,2% (6/27)	21,4% (6/28)
Consumo de sustancias						
Alcohol	54,4% (43/79)	43,8% (39/89)	45,9% (17/37)	43,3% (26/60)	63,0% (17/27)	53,6% (15/28)
Tabaco	45,6% (36/79)	31,5% (28/89)	43,2% (16/37)	36,7% (22/60)	48,2% (13/27)	17,9% (5/28)
Marihuana	10,1% (8/79)	7,9% (7/89)	10,8% (4/37)	6,7% (4/60)	7,4% (2/27)	7,1% (2/28)
Cocaína	2,5% (2/79)	2,2% (2/89)	2,7% (1/37)	1,7% (1/60)	0,0% (0/27)	0,0% (0/28)
PBC	1,3% (1/79)	2,2% (2/89)	2,7% (1/37)	1,7% (1/60)	0,0% (0/27)	0,0% (0/28)
Inhalantes	0,0% (0/79)	0,0% (0/89)	0,0% (0/37)	0,0% (0/60)	0,0% (0/27)	0,0% (0/28)
Otros	0,0% (0/79)	0,0% (0/89)	0,0% (0/37)	0,0% (0/60)	0,0% (0/27)	0,0% (0/28)

M = Masculino, F = Femenino

Tabla 4. Diagnósticos del eje I.

Diagnósticos	General	Masculino	Femenino
Depresión mayor	31,0% (52/168)	19,0% (15/79)	41,6% (37/89)
Trastornos depresivos no específicos	11,3% (19/168)	8,9% (7/79)	13,5% (12/89)
Trastorno de ansiedad generalizada	7,2% (12/168)	6,3% (5/79)	7,9% (7/89)
Trastorno de pánico	6,0% (10/168)	6,3% (5/79)	5,6% (5/89)
Agorafobia	2,4% (4/168)	1,3% (1/79)	3,4% (3/89)
Fobia social	4,2% (7/168)	2,5% (2/79)	5,6% (5/89)
Trastorno obsesivo-compulsivo	4,2% (7/168)	5,1% (4/79)	3,4% (3/89)
Trastorno de estrés post-traumático	1,2% (2/168)	0,0% (0/79)	2,2% (2/89)
Trastornos de ansiedad no específicos	17,9% (30/168)	17,7% (14/79)	18% (16/89)
Esquizofrenia	25,5% (42/168)	27,8% (22/79)	22,5% (20/89)
Trastornos psicóticos no específicos	9,6% (16/168)	7,6% (6/79)	11,2% (10/89)
Trastorno bipolar	6,0% (10/168)	2,5% (2/79)	9,0% (8/89)
Trastorno déficit de atención e hiperactividad	2,4% (4/168)	5,1% (4/79)	0,0% (0/79)
Adicción/abuso sustancias	7,1% (12/168)	12,7% (10/79)	2,2% (2/89)
Otros	16,1% (27/168)	21,5% (17/79)	11,2% (10/89)

Tabla 5. Diagnósticos del eje II, eje IV y prescripción de psicofármacos.

	GENERAL	Trastorno depresivo / trastorno ansioso	Trastorno psicótico
EJE II	25% (42/168)	26,8% (26/97)	16,3% (9/55)
Retardo mental	3,6% (6/168)	0,0% (0/97)	3,6% (2/55)
Trastorno de personalidad limitrofe	7,7% (13/168)	10,3% (10/97)	1,8% (1/55)
Otros trastornos de personalidad	13,7% (23/168)	16,5% (16/97)	10,9% (6/55)
EJE IV	42,3% (71/168)	55,7% (54/97)	23,6% (13/55)
Disfunción familiar	17,9% (30/168)	22,7% (22/97)	7,3% (4/55)
Problemas de pareja	8,3% (14/168)	9,3% (9/97)	3,6% (2/55)
Abuso sexual	7,7% (13/168)	11,3% (11/97)	10,9% (6/55)
Maltrato físico	4,8% (8/168)	7,2% (7/97)	1,8% (1/55)
Muerte de ser querido	3,6% (6/168)	5,2% (5/97)	0,0% (0/55)
Prescripción de psicofármacos			
Sertralina	42,9% (72/168)	68,0% (66/97)	21,8% (12/55)
Fluoxetina	8,3% (14/168)	8,3% (8/97)	10,9% (6/55)
Otros antidepresivos	12,5% (21/168)	1,0% (1/97)	9,1% (5/55)
Risperidona	23,8% (40/168)	11,3% (11/97)	60,0% (33/55)
Quetiapina	2,4% (4/168)	0,0% (0/97)	5,5% (3/55)
Otros antipsicóticos atípicos	3,0% (5/168)	1,0% (1/97)	7,3% (4/55)
Antipsicóticos clásicos	11,3% (19/168)	3,1% (3/97)	27,3% (15/55)
Biperideno	11,3% (19/168)	0,0% (0/97)	32,7% (18/55)
Clonazepam	42,3% (71/168)	52,6% (51/97)	43,6% (24/55)
Otras benzodiacepinas	4,2% (7/168)	6,2% (6/97)	1,8% (1/55)
Valproato	7,1% (12/168)	4,1% (4/97)	1,8% (1/55)
Otros anticonvulsivantes	4,2% (7/168)	1,0% (1/97)	1,8% (1/55)

Tabla 6. Variables cuantitativas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mediana	Moda	Rangos intercuartiles
General								
Edad	165	11	78	35,2	15,8	32	21	23
Grado de instrucción	166	0	20	10,9	4,2	11	11	5
Nº parejas sexuales	162	0	200	4,0	16,7	1	0	3
Gestaciones	80	0	12	1,9	2,4	1	0	3
Nacidos a término	80	0	9	1,3	1,8	0	0	2,3
Nacidos pre término	80	0	1	0,04	0,2	0	0	0
Abortos	80	0	5	0,5	0,9	0	0	1
Hijos vivos	80	0	7	1,3	1,7	1	0	2,3
Índice de masa corporal	155	14,8	40,4	24,8	4,4	24,2	24	5,4
Perímetro abdominal	104	39	126	83,9	15,6	85	78	17
Presión arterial diastólica	151	50	110	72,2	9,0	70	70	10
Presión arterial sistólica	151	90	140	112,5	10,9	110	110	16
Trastorno depresivo/ ansioso								
Edad	96	11	78	36,2	16,2	34	18	25
Grado de instrucción	96	0	19	11,2	3,9	11	11	4,8
Nº parejas sexuales	96	0	200	5,4	-	2	2	3
Gestaciones	54	0	12	2,2	2,6	1,5	1	4
Nacidos a término	54	0	9	1,6	1,98	1	0	3
Nacidos pre término	54	0	1	0,1	0,2	0	0	0
Abortos	54	0	5	0,5	0,9	0	0	1
Hijos vivos	54	0	7	1,6	1,8	1	0	3
Índice de masa corporal	91	18,3	37,6	24,9	3,6	24,2	22,5	4,9
Perímetro abdominal	62	39	121	83,6	16,4	85	85	21,1
Presión arterial diastólica	88	60	90	73,3	8,4	70	80	10
Presión arterial sistólica	88	90	140	113,4	11,1	110	120	10
Trastorno psicótico								
Edad	54	17	75	37,0	13,5	37,0	17	20
Grado de instrucción	54	1	18	11,1	3,8	11,0	11	5
Nº parejas sexuales	53	0	8	1,4	1,8	1	0	2
Gestaciones	27	0	9	1,9	2,5	1	0	4
Nacidos a término	27	0	9	1,3	2,0	0	0	3
Nacidos pre término	27	0	0	0	0	0	0	0
Abortos	27	0	3	0,5	0,9	0	0	1
Hijos vivos	27	0	6	1,1	1,6	0	0	2
Índice de masa corporal	48	15,8	40,4	25,6	5,2	25,2	15,8	6,6
Perímetro abdominal	36	52	126	86,7	14,2	88	90	13,3
Presión arterial diastólica	47	50	90	71,4	7,9	70	70	10
Presión arterial sistólica	47	90	135	111,9	8,9	110	110	10

y el de trastorno psicótico. Sin embargo, en el grupo con trastorno depresivo/ansioso la mayoría presentó ideación suicida alguna vez en la vida (54,2%). Por otro lado, en los pacientes con trastorno psicótico el 50% presentó sobrepeso u obesidad, la mayoría presentó tratamiento psiquiátrico previo (80%), el 32,7% hospitalizaciones psiquiátricas previas y el 58,2% consumió alcohol hasta embriagarse alguna vez en la vida.

En la tabla 3 se aprecian los datos de ideación suicida, relaciones sexuales y consumo de sustancias según el género. En general, el 47,2% de las mujeres y el 32,9% de los varones presentaron ideación suicida alguna vez en su vida; mientras que en el grupo de pacientes con trastorno depresivo/ansioso el 56,7% de las mujeres y el 48,6% de los varones presentaron dicho antecedente. Con respecto a las relaciones sexuales, más del 60% de varones y mujeres tenía pareja estable y aproximadamente un tercio pareja casual. En cuanto al consumo de sustancias, el 45,6% de varones y el 31,5% de mujeres consumieron alguna vez en su vida tabaco; y el 54,4% de varones y el 43,8% de mujeres alcohol hasta embriagarse. En los pacientes con trastorno psicótico, la mayoría de varones (63%) y mujeres (53,6%) consumieron alguna vez en su vida alcohol hasta embriagarse.

En la tabla 4 se observan los diagnósticos del Eje I según el género. Los más frecuentes fueron depresión mayor (31%), seguido de esquizofrenia (25%) y finalmente trastornos de ansiedad no específicos (17,9%). De las mujeres, el diagnóstico más frecuente fue depresión mayor (41,6%) y de los varones fue esquizofrenia (27,8%).

La tabla 5 describe los diagnósticos del eje II y IV, y la prescripción de psicofármacos. El 25% de los pacientes en general presentó trastornos del eje II; y el 7,7% presentó trastorno de personalidad límite. El 42,3% mostró problemas del eje IV; el 17,9% presentó disfunción familiar, el 8,3% problemas de pareja y el 7,7% abuso sexual. En cuanto a los psicofármacos, el antidepresivo más recetado fue sertralina (42,9%); el antipsicótico más frecuente, risperidona (23,8%); la benzodiacepina más utilizada, clonazepam (42,3%); y el anticonvulsivante más prescrito, valproato (7,1%). En el 11,3% se prescribió biperideno.

Los datos descritos en general son similares para el grupo de trastorno depresivo/ansioso y el de trastorno psicótico. En el eje IV, el abuso sexual ocupa un segundo lugar de frecuencia (aproximadamente

11%) en ambos grupos. Por último, en los pacientes con trastorno psicótico, el fármaco más recetado fue risperidona (60%), seguido de clonazepam (43,6%), biperideno (32,7%) y antipsicóticos clásicos (27,3%).

DISCUSIÓN

En el presente estudio predominaron pacientes adultos (mediana de la edad: 32 años), lo cual es similar a lo que ocurre con pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica (5-7). No hemos encontrado otros trabajos de pacientes ambulatorios psiquiátricos en nuestro país para compararlos con los de nuestro estudio. Por otro lado, investigaciones epidemiológicas nacionales han reportado que las pacientes de sexo femenino son más susceptibles de presentar trastornos psiquiátricos (8). Ello es congruente con la mayor frecuencia de mujeres en nuestro estudio, específicamente en pacientes con trastorno depresivo/ansioso, mientras que en pacientes con trastorno psicótico esta diferencia se vio reducida. Si bien la mayoría de pacientes que acuden a consulta externa son mujeres, se ha visto mayor frecuencia de varones en estudios de urgencias psiquiátricas en España (9); sin embargo, el contexto de un paciente de emergencia es distinto al de uno de consulta externa.

Se conoce que el grado de instrucción más frecuente en la población de la costa peruana es secundaria completa (10). Asimismo, según Joffre-Velázquez et al, la mayoría de los pacientes admitidos en un hospital psiquiátrico en México tenía secundaria completa (7). El acceso a la educación no se encontraría limitada para individuos con enfermedad mental en nuestro medio, ya que se obtuvieron resultados similares a los mencionados.

Con respecto al estado civil, el 60% de la población de Lima Metropolitana es casada o conviviente (11); sin embargo en nuestro estudio se observó que la mayor frecuencia de pacientes que acuden a consulta externa corresponde a solteros. De modo que la ausencia de pareja podría ser un factor predisponente o una consecuencia de los trastornos psiquiátricos. Asimismo, se observó que la mayoría de los pacientes con trastorno psicótico acuden acompañados, lo cual reflejaría mayor grado de dependencia, a diferencia de los pacientes con trastorno depresivo/ansioso quienes tienden a acudir solos.

En nuestro estudio, la mayoría de pacientes que acudieron a consultorio externo presentaron trastorno depresivo/ansioso, a diferencia de estudios de

urgencia hospitalaria donde el trastorno psicótico es el diagnóstico más frecuente (9). La mayor cantidad de pacientes provino del HNCH. Existe marcada frecuencia de pacientes derivados del INSM “HD-HN” y un alto porcentaje de pacientes con tratamiento psiquiátrico previo, especialmente en el grupo de pacientes con trastorno psicótico.

La prevalencia de vida de ideación suicida en Lima y Callao es de 30,3% (8). La Asociación Americana de Psiquiatría ha recopilado estudios que confirman la presencia de trastornos afectivos, en especial el depresivo, como factor de riesgo significativo para suicidio. Asimismo, trastornos psicóticos como la esquizofrenia incrementan hasta 8,5 veces más el riesgo de suicidio (12,13). En nuestro estudio, menos de la mitad de los pacientes presentaron ideación suicida, sin embargo la mayoría de los pacientes con trastorno depresivo/ansioso la presentaron (54,2%). Además, los varones con trastorno depresivo/ansioso presentaron una frecuencia de ideación suicida mayor que los varones de toda la muestra. Por otro lado, nuestros resultados evidencian que la ideación suicida es predominante en mujeres, de ellas aproximadamente la mitad presentó dicho antecedente. En la población general estadounidense se encontró la misma relación pero no resultó estadísticamente significativa (14).

En el Perú, el consumo de alcohol es un grave problema de salud pública, con impacto en la salud mental: en el 2006 la prevalencia de vida fue de 83% (11). Nuestros datos evidenciaron que hubo consumo de tabaco alguna vez en la vida en un 38%, y de alcohol hasta embriagarse en un 50% aproximadamente, con mayor frecuencia de consumo de alcohol en varones y mujeres con trastorno psicótico (63% y 53,6% respectivamente). Esto es similar a lo encontrado en el estudio de Regier et al, en el cual se reporta que el riesgo de padecer un trastorno de abuso o dependencia de sustancias es cuatro veces mayor en pacientes esquizofrénicos que en la población general estadounidense, siendo el alcohol la droga de preferencia (15). Además, en nuestro estudio se evidenció que los varones presentaron mayor frecuencia de consumo de sustancias en comparación con las mujeres, lo que concuerda con el estudio de Brady et al en la población general estadounidense (16).

En el Perú, la Encuesta Nacional de Indicadores para Enfermedades Crónicas No Transmisibles del 2005, evidenció que el promedio de IMC en la población nacional adulta se encontraba en el rango

de sobrepeso (IMC=25,8), con una prevalencia de sobrepeso u obesidad de 52% (17). En nuestro estudio, aproximadamente el 50% de pacientes tuvo IMC normal; sin embargo llama la atención que el porcentaje de sobrepeso u obesidad fue menor al de la población nacional (38,7%). Esto podría explicarse por la mayor cantidad de pacientes con trastorno depresivo/ansioso, quienes usualmente presentan hiporexia o anorexia.

Asimismo, se esperaría encontrar mayor porcentaje de sobrepeso u obesidad en nuestros pacientes con trastorno psicótico, debido al consumo crónico de antipsicóticos atípicos como risperidona, ya que usualmente son pacientes continuadores con tratamiento psiquiátrico establecido. En el meta-análisis de Rojas et al, en EEUU, se evidenció que dentro de los antipsicóticos atípicos la risperidona fue uno de los que causó menor incremento de peso (2 kg/año) (18). Esto podría explicar la ausencia de un alto índice de sobrepeso u obesidad en nuestros pacientes con trastorno psicótico.

La prevalencia de vida de depresión y esquizofrenia en Lima Metropolitana es de 18,2% y 0,6% respectivamente (19). En nuestro estudio se evidenció marcado porcentaje de pacientes con depresión mayor, seguido de esquizofrenia, tal como lo revelado por Franco et al, acerca del paciente hospitalizado en un centro psiquiátrico (5). Esta alta frecuencia de pacientes con esquizofrenia se debería a que éstos son derivados usualmente del INSM “HD-HN”.

Datos epidemiológicos de la población estadounidense revelan que la depresión mayor es más frecuente en mujeres, y se considera a este sexo como factor de riesgo para su desarrollo (20). De las mujeres de nuestro estudio, la mayoría presentó depresión mayor, lo cual concuerda con lo anteriormente mencionado. En la actualidad esto se explica por factores hormonales, genéticos, biológicos y sociales (20).

En el meta-análisis publicado por Cipriani et al, en el que se compara eficacia y aceptación de antidepresivos, la sertralina fue el fármaco con mayor beneficio, aceptación y costo (21); lo cual se ve reflejado en nuestros pacientes ya que fue el fármaco más prescrito. Asimismo, se evidenció que el clonazepam fue el segundo fármaco más recetado, lo cual concordaría con algunos estudios, dentro de ellos uno publicado por Joffre-Velásquez et al acerca del paciente psiquiátrico hospitalizado, en el cual los antipsicóticos atípicos y las benzodiacepinas fueron los

psicofármacos más prescritos (7). La predominancia de antipsicóticos atípicos en dicho estudio se debió probablemente al mayor porcentaje de pacientes con trastornos psicóticos. En nuestro grupo de pacientes con trastornos psicóticos, el psicofármaco más prescrito fue la risperidona. Cierta porcentaje de nuestros pacientes con trastorno psicótico recibió también antipsicóticos clásicos, lo que justificaría la similar frecuencia de uso del biperideno, probablemente para la prevención y manejo de síntomas extrapiramidales.

Respecto a la lateralidad dominante, llama la atención el que la proporción de zurdos sea menor entre los pacientes con psicosis tomando en cuenta que se conoce que en la esquizofrenia hay una menor lateralización cerebral con una menor proporción de individuos diestros (22).

En conclusión, el perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consulta externa de psiquiatría corresponde a una paciente mujer adulta, de aproximadamente 32 años, con secundaria completa, soltera, estudiante o ama de casa, católica, que va acompañada de sus padres, derivada usualmente de un servicio del HNCH, con tratamiento psiquiátrico previo, con consumo alguna vez en su vida de alcohol hasta embriagarse, con diagnóstico de depresión mayor y a quien se le prescribiría sertralina y clonazepam.

Correspondencia:

Karina Valeria Romero Sandoval
Calle Diez N°210, Córpac, San Isidro, Lima 27, Perú.
Correo electrónico: karina.romero@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra: OMS; 2005.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Division of Mental Health. Ginebra: WHO; 1992.
3. Rondon M. Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2006;23(4):237-38.
4. Lipsitt R. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. *World Psychiatry*. 2003; 2(2):87-92.
5. Franco J, Gaviria A. Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, durante septiembre 2003. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004; 33(4): 378-86.
6. Lahariya CH, Singhal S, Gupta S, Mishra A. Pathway of care among psychiatric patients attending a mental health institution in central India. *Indian J Psychiatry*. 2010; 52(4):333-338.
7. Joffre-Velázquez V, García-Maldonado G, Saldívar-González A, Martínez-Perales G, Medina-Medina O. Perfil de pacientes admitidos en un hospital psiquiátrico mexicano para su tratamiento y rehabilitación en el año 2008. *Rev Arg Clin Neuropsiq*. 2009; 15(4): 296-303.
8. Saavedra J. Situación de la salud mental en el Perú. Lima: 10. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; 2012. URL disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/SSMP/2012-SSMP/index.html#0>. (Fecha de acceso: 10 de febrero del 2012).
9. Conde M, Esteban C, Rosado L, Barroso M, Romero S. La urgencia psiquiátrica en un hospital general: la patología de la agresividad, principal motivo de consulta. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2009; 29(104): 303-17.
10. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa 2006. Informe general. *Anales de Salud Mental*. 2007; 23 (1-2).
11. Kendall-Folmer R, Pérez R, Sanz Y. Prevalencia y factores asociados en el abuso/dependencia del alcohol en el adulto en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*. 2010; 26(2):19-29.
12. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(11):1-60.
13. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-228.
14. Utah Department of Health Office of Public Health Assessment. BRFSS Utah Depression Surveillance Report 2005-2007. Salt Lake City, UT: Utah Department of Health; 2009.
15. Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*. 1990; 264:2511-2518.
16. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:1707-1711.
17. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: INS-CENAN; 2006.
18. Rojas P, Poblete C, Orellana X, Rouliez K, Liberman

- C. Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica. *Rev Med Chile*. 2009; 137: 106-114.
19. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe general. *Anales de Salud Mental*. 2002; 18(1-2): 1-197.
20. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science*. 1995; 269:799-801.
21. Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009; 373:746-758.
22. Sommer I, Ramsey N, Kahn R, Aleman A, Bouma A. Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2001;178:344-51.