

*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Perfil de pacientes ambulatorios atendidos por la Residencia de Psiquiatría del HIGA¹ “Prof. Dr. R. Rossi” de La Plata

Diego Giannandrea

Especialista en psiquiatría, ex Residente, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata

Julián Achilli Lucas

*Instructor de Residentes, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata
E-mail: jachilli@yahoo.com*

Lucía Saldaño

Especialista en psiquiatría, ex Residente, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata

María Julia Barrenengoa

Especialista en psiquiatría, ex Residente, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata

Mariano Dramis

Especialista en psiquiatría, ex Residente, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata

Mariano Barraco

Jefe de Residentes, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata

Matías González Olivi

Especialista en psiquiatría, ex Residente, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata

María Teresa Burry

Residente de 4° año, Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. R. Rossi”, La Plata

¹ Hospital Interzonal General de Agudos.

Introducción

Como agentes de salud y miembros de un Servicio de Salud Mental de un hospital público es importante contar con medidas de referencia sobre la población asistida, más allá de la impresión personal y de grupo que se pueda apreciar en la cotidianeidad. Asimismo, por compartir espacios, tratamientos, recursos y formación con personal de salud perteneciente a otras disciplinas afines (residentes de psicología), de mayor experiencia (psicólogos y psiquiatras de planta permanente del hospital) e incluso de Servicios de Salud Mental de otros hospitales, nos preguntamos si la población que asistimos tendrá características diferenciales al resto. Así es como surge la necesidad de definir la población asistida y poder compararla. Para ello, el enfoque epidemiológico resulta fundamental (1, 2).

Si partimos de los datos existentes sobre Salud Mental en la población general encontramos numerosos estudios que infieren una alta prevalencia de trastornos mentales, y una gran brecha entre las personas que necesitarían tratamiento y las que lo obtienen (3-6). Sin embargo, es nuestro deber recordar que no debiera equipararse la prevalencia de trastornos mentales en la población general, y sobre todo la inferida a través de encuestas heteroadministradas por legos, con una población que debiera destinarse a tratamiento psiquiátrico (7-10). En general, sólo los trastornos mentales de grado

moderados a graves deberían ser pasibles de tratamiento psicofarmacológico, debiendo sí aconsejarse para la mayoría de los casos el tratamiento psicológico (11, 12). Es por ello que la distribución de trastornos mentales que arrojen las encuestas en la población general podría diferir de manera significativa con la definida en los consultorios psiquiátricos. De esta manera, queremos decir que estas diferencias no sólo son consecuencia de la fracción que llega a la consulta, sino que también existirán diferencias dadas por la severidad de los diagnósticos de los asistidos en Salud Mental, y sobre todo de los que llegan al psiquiatra.

En el caso de los pacientes asistidos por los residentes de psiquiatría del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Rossi de La Plata, no sólo los candidatos llegan desde la entrevista de admisión, sino que también son derivados desde los consultorios de psicología, el área de interconsulta o la guardia de clínica luego de una evaluación por un equipo de Salud Mental.

En el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (1), en el que se presentan los datos de consultas externas de primera vez de pacientes mayores de 19 años de edad, durante el bienio 2010-2011 (n= 5.961), se observa que las mujeres representan el 60% de los consultantes y que los diagnósticos más frecuentes son los trastornos relacionados con el estrés (de ansiedad) (23%), los trastornos del humor (14%), los trastor-

Resumen

Objetivo: Determinar el perfil de los pacientes asistidos y la evolución de los tratamientos efectuados por consultorios externos de la residencia de psiquiatría del HIGA "Prof. Dr. R. Rossi" de La Plata. **Métodos:** Se sometió a análisis el período comprendido entre los años 2005 y 2010 (seis años). Se seleccionaron las variables sexo, edad, diagnóstico (según CIE-10), duración y evolución del tratamiento. **Resultados:** Del total de pacientes (n= 341), 58,7% fueron mujeres (n= 200) y 41,3% varones (n= 141). Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos de ansiedad (13,6%), trastornos depresivos (12,8%), esquizofrenia (12,2%), otras psicosis no afectivas (9%) y retrasos mentales (8,4%). Los pacientes que abandonaron representaron el 26,1%, los que continuaban un 25,2% y los que obtuvieron el alta un 17%. **Discusión:** La elevada frecuencia de psicosis (esquizofrenia y otras psicosis no afectivas) nos recuerda la importancia del hospital público en la asistencia de las patologías graves y crónicas. Existen semejanzas y diferencias con respecto a otros estudios. Sin embargo, la población estudiada tiene características distintivas que dificultan su comparación, ya que son pacientes incorporados a tratamiento psiquiátrico, cuando la mayoría de los estudios epidemiológicos se basan en la población general o en primeras consultas en Servicios de Salud Mental.

Palabras Claves: Epidemiología psiquiátrica – Salud Mental – Trastornos mentales – Residencia de psiquiatría – Pacientes ambulatorios – Diagnóstico.

OUTPATIENT'S PROFILE ASSISTED BY THE PSYCHIATRY RESIDENTS OF THE "PROF. DR. R. ROSSI" GENERAL HOSPITAL FROM LA PLATA

Abstract

Objective: To define the profile and the treatments evolution of the outpatients assisted by the psychiatry residents of the Rossi Hospital in La Plata. **Methods:** It was analyzed the period between 2005 and 2010 (six years). The variables selected included gender, age, diagnosis (according to ICD 10), duration and evolution of treatment. **Results:** From the total number of patients (n=341), 58,7% were women (n= 200) and 41,3% men (n= 141). The most frequent diagnoses were: anxiety disorders (13,6%), depressive disorders (12,8%), schizophrenia (12,2%), other non-affective psychoses (9%) and mental retardation (8,4%). The patients who dropped out represented the 26,1%, the ones who continued the 25,2% and the percentage of discharged was 17. **Discussion:** The high frequency of psychoses (schizophrenia and other non-affective psychoses) reminds us the importance of the public hospital in the assistance of severe and chronic pathologies. There are similarities and differences with other publications. However, the population studied has distinctive characteristics which hamper comparisons among them, as our patients are already in psychiatric treatment, when other investigations are based on general population or first consultation on Mental Health Services.

Keywords: Psychiatric epidemiology – Mental health – Mental disorders – Psychiatry resident – Outpatients – Diagnosis.

nos neuróticos (9%), los trastornos de la personalidad (8%) y esquizofrenia y otras psicosis (5%). En cuanto a la conducta a seguir en la admisión, resulta que el 57% se deriva para psicoterapia individual mientras que el tratamiento farmacológico se prefiere para el 21%. Esto da cuenta de que sólo 1 de cada 5 consultantes de primera vez se destina a tratamiento farmacológico, al menos en la admisión.

En el estudio de Vera de 1970 en el Hospital Borda se evaluaron 164 pacientes consultantes por primera vez, que fueron asistidos exclusivamente por residentes (médicos y psicólogos). El período de evaluación fue de dos meses, y se obtuvo un porcentaje de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del 20%. Como categoría más frecuente obtuvieron lo agrupado dentro de los desórdenes psiconeuróticos con un 36,5% (13).

Con respecto a la continuidad de los tratamientos, en el estudio de Triskier, en una clínica privada, se observa un porcentaje de permanencia luego de aproximadamente 6 meses de un 20% (14). En el de Goldchluk en el Hospital Borda (público) es del doble, con un 39%. En este se observa cómo los pacientes con diagnóstico de psicosis tienen mayor permanencia que los diagnosticados de neurosis (15). Vera, en este mismo hospital, obtuvo un 59% de asistencia luego de 2 meses.

A diferencia de los otros hospitales públicos de La Plata que son sede de residencias de psiquiatría, el nuestro no cuenta con sala de internación psiquiátrica, por ende la mayor parte del recurso humano del servicio se encuentra abocada a la asistencia de pacientes por consultorios externos e interconsulta. Los residentes no son la excepción, apostados al dispositivo de atención ambulatoria durante los cuatro años de formación. Esto determina que representen las dos terceras partes del total de profesionales dedicados a la práctica psiquiátrica en consultorios.

Se contrastará este trabajo con datos epidemiológicos, y con los estudios realizados a nivel nacional mencionados previamente, que evalúan tanto el perfil de la población que llega a un Servicio de Salud Mental, como las características y evolución de los tratamientos efectuados (1, 2, 13-15). El trabajo de Vera investiga la población asistida sólo por residentes (13).

Métodos

Se realizó un relevamiento en base a la información acumulada en planillas semestrales que mostraban los datos básicos de las personas asistidas por los residentes de psiquiatría del HIGA "Rossi". Éstas se realizan de forma sistemática cada seis meses, como parte de las actividades programadas de la residencia. Se abordó el periodo comprendido entre los años 2005 y 2010 (6 años), incluyéndose los pacientes que ya estaban en tratamiento desde antes de 2005, sin importar la fecha de comienzo, por lo que algunos podrían tener más de 6 años de evolución al momento de completarse las planillas del 2010.

Se utilizaron las siguientes variables demográficas y clínicas: sexo, edad, diagnóstico (en base al criterio del residente de psiquiatría bajo supervisión de sus superiores, en entrevistas semiestructuradas, según criterios de

la CIE-10 (16)), tiempo de tratamiento y forma de evolución (alta, abandono, derivación, internación, óbito, no iniciaron, continúan).

En lo que respecta a las categorías diagnósticas, éstas fueron agrupadas de la siguiente manera:

- Trastornos orgánicos abarca de F00 a F09 (demencias, delirium, etc.).
- Consumo de sustancias abarca de F10 a F19.
- Esquizofrenia incluye F20.
- Otras psicosis no afectivas abarca de F21 a F29 (trast. esquizotípico, trast. de ideas delirantes, trast. psicóticos agudos, etc.).
- Trastorno bipolar incluye F30 y F31 (episodio maníaco, trast. bipolar).
- Trastornos depresivos abarca de F32 a F39 (episodio depresivo, trast. depresivo recurrente, distimia, etc.).
- Fobia incluye F40 (fobia simple, fobia social, agorafobia).
- Trastornos de ansiedad incluye F41 y F48 (trast. de ansiedad generalizada, trast. de pánico, otros trast. neuróticos, etc.).
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) incluye F42.
- Trastornos por estrés incluye F43 (trastornos de adaptación, trast. por estrés posttraumático, etc.).
- Trastornos somatomorfos y disociativos incluye F44 y F45.
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos abarca F50-F59 (trast. de la conducta alimentaria, trast. no orgánicos del sueño, etc.).
- Trastornos de personalidad abarca F60-F69 (excepto F63 – véase siguiente).
- Trastornos del control de los impulsos incluye F63.
- Retrasos mentales abarca F70 a F79.
- F99 (trastorno mental sin especificación) incluye tanto a los pacientes que no iniciaran tratamiento como a los que se encontraran en proceso diagnóstico.
- S/D (sin datos). Se utilizó para designar aquellos casos en los que no se dispone del dato requerido.

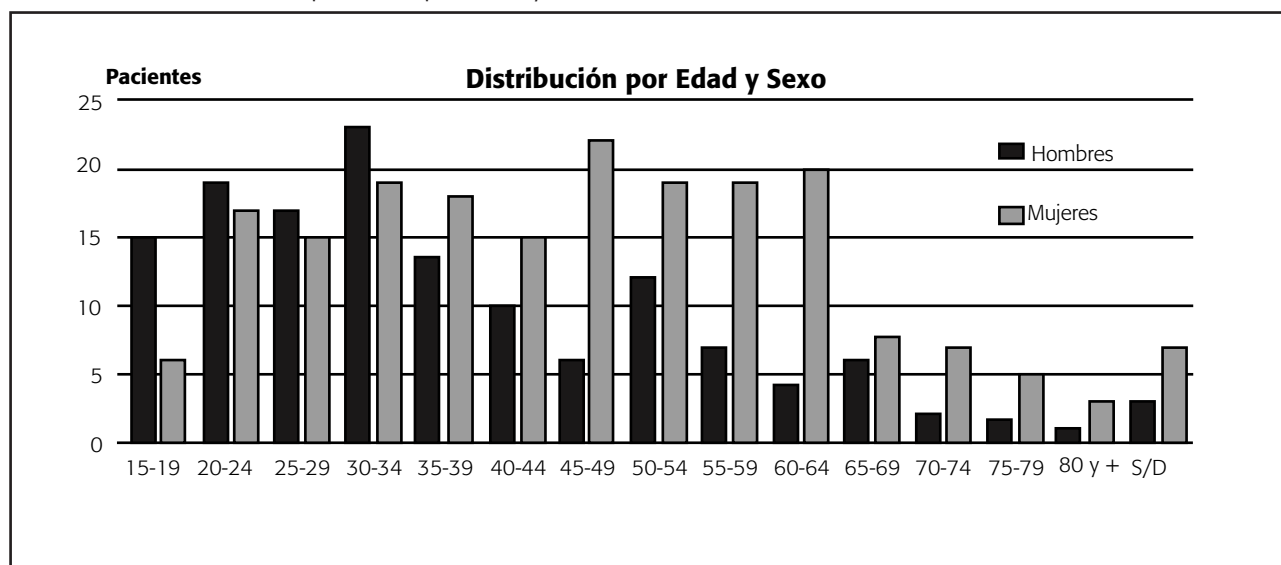
Los diagnósticos se contabilizaron individualmente, aunque se encontrara más de uno en un único paciente (comorbilidad). Se detallarán las comorbilidades más frecuentes.

Para cada paciente se asentó el último diagnóstico que estaba registrado.

Resultados

Del total de pacientes (n= 341), 58,7% fueron mujeres (n= 200) y 41,3% varones (n= 141) (Gráfico 1). La edad promedio fue de 45,6 años para las mujeres y de 37,2 para los hombres. Esta diferencia se refleja de mejor forma a través del dibujo de la curva, que muestra un predominio de los hombres en las edades inferiores a 35 años y de las mujeres en las edades superiores a dicho nivel. Existieron 10 pacientes de los cuales no se registraron las edades, figurando en la columna S/D (sin datos).

Los diagnósticos más frecuentes (Tabla 1) fueron trastornos de ansiedad (13,6%, 50 pacientes), trastornos depresivos (12,8%, 47), esquizofrenia (12,2%, 45), otras

Gráfico 1. Distribución de pacientes por edad y sexo.

psicosis no afectivas (9%, 33) y retrasos mentales (8,4%, 31). Con respecto a la categoría otras psicosis no afectivas, el 54% fueron diagnósticos de psicosis no orgánica sin especificación (F29 – CIE 10).

En cuanto a las comorbilidades se encontraron 27 pacientes que presentaban dos diagnósticos (54 diagnósticos), siendo los más frecuentes los trastornos depresivos

(10), los retrasos mentales (9), los trastornos de personalidad (7), los trastornos somatomorfos y disociativos (5) y las psicosis no afectivas (5).

Con respecto a la evolución de los tratamientos (Tabla 2), los que abandonaron representan el 26%, los que continuaban un 25,2%, los que obtuvieron el alta

Tabla 1. Distribución de diagnósticos por sexo.

Diagnóstico	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Trast. ansiedad	24	15,9	26	12,0	50	13,6
Trast. depresivos	11	7,3	36	16,6	47	12,8
Esquizofrenia	20	13,2	25	11,5	45	12,2
Otras psicosis no afectivas	13	8,6	20	9,2	33	9,0
Retrasos mentales	21	13,9	10	4,6	31	8,4
Trast. por estrés	11	7,3	19	8,8	30	8,2
Trast. orgánicos	10	6,6	11	5,1	21	5,7
Trast. personalidad	6	4,0	11	5,1	17	4,6
Fobias	4	2,6	11	5,1	15	4,1
Trast. bipolar	2	1,3	11	5,1	13	3,5
Trast. disf. fisiol.	3	2,0	8	3,7	11	3,0
Consumo de sust.	6	4,0	3	1,4	9	2,4
TOC	2	1,3	4	1,8	6	1,6
Trast. control impuls.	4	2,6	2	0,9	6	1,6
Somat. y disociativos	2	1,3	3	1,4	5	1,4
F 99	5	3,3	6	2,8	11	3
Sin Datos	7	4,6	11	5,1	18	4,9
Total	151		217		368	

un 17% y los que se derivaron un 11,7%. Se registró un alto porcentaje de pacientes sin el dato correspondiente (17,9%).

En la Tabla 3 se registró el tiempo transcurrido de tra-

tamiento hasta el alta para los pacientes que finalizaron, resultando mayor el porcentaje de altas para el primer año de tratamiento (48,2%) que para el segundo (36,2%), pero cayendo drásticamente a partir del tercero (1,7%).

Tabla 2. Destinos de los tratamientos.

Modo de finalización	Total	%
Abandonan	89	26,1
Continúan	86	25,2
Alta	58	17,0
Derivación	40	11,7
Resto (no iniciaron, óbito, internación)	7	2,1
S/D	61	17,9
Total	341	

Tabla 3. Tiempo transcurrido hasta el alta.

Tiempo	Total	%
0-6 meses	18	31,0
6-12 meses	10	17,2
1-2 años	21	36,2
2-3 años	1	1,7
> 3 años	2	3,4
S/D	6	10,3
Total	58	

De los pacientes que abandonaron (Tabla 4), el 50,5% lo hizo antes de los 6 meses, y el porcentaje disminuye progresivamente a medida que aumenta el tiempo de tratamiento.

En la Tabla 5 se muestra el tiempo transcurrido de tratamiento para los pacientes que continuaban, siendo mayor la proporción para los que llevaban más de 5 años de tratamiento (33,7%), seguido por los de menos de 6

meses (22,1%) y de 6 a 12 meses (20,9%). De esto resulta que el 43% se encontraban durante el primer año de tratamiento.

En la Tabla 6 se ordenan los diagnósticos de los pacientes que llevaban transcurridos más de 5 años de tratamiento (31 diagnósticos para 29 pacientes), observándose que la esquizofrenia, otras psicosis no afectivas

Tabla 4. Tiempo transcurrido hasta el abandono.

Tiempo	Total	%
0-6 meses	45	50,6
6-12 meses	13	14,6
1-2 años	10	11,2
2-3 años	5	5,6
> 3 años	4	4,5
S/D	12	13,5
Total	89	

Tabla 5. Tiempo transcurrido de los que continúan.

Tiempo	Total	%
0-6 meses	19	22,1
6-12 meses	18	20,9
1-2 años	10	11,6
2-3 años	1	1,2
3-4 años	5	5,8
4-5 años	4	4,7
> 5 años	29	33,7
Total	86	

Tabla 6. Diagnósticos de los pacientes que continuaban más de 5 años.

Diagnósticos	Total
Esquizofrenia	12
Otras psicosis no afectivas	5
Retrasos mentales	5
Trastorno bipolar	2
Trastornos depresivos	2
Trastornos orgánicos	2
Trastornos de ansiedad	1
Somatormorfos y disociativos	1
Trastornos de personalidad	1
Total	31

y los retrasos mentales se encuentran en los primeros lugares con 12, 5 y 5 pacientes respectivamente, ocupando entre ellos el 70% de los casos.

En la Tabla 7 se observa la evolución para cada diagnóstico. Se puede ver en la primera columna de porcentajes cómo se distribuyeron los abandonos, siendo los trastornos de ansiedad y depresivos los diagnósticos más importantes (que van del 12 al 14% –columna “%1” de la categoría “abandonos”). Sin embargo, también los trastornos de ansiedad y depresivos integran los diagnósticos más frecuentes dentro del total de altas (19 al 24% –columna “%1” de la categoría “altas”) seguidos por los trastornos por estrés (16%). Con respecto a los que continuaban, la esquizofrenia expresó una amplia ventaja con un 28%, seguida por los retrasos mentales con un 13% (columna “%1”).

Si examinamos cómo evolucionó cada diagnóstico (columnas “%2”), resulta que los pacientes que más abandonaron son los que tenían diagnóstico de trastornos del control de los impulsos (83,3%), trastornos somatomorfos y disociativos (60%), y TOC (50%). Los

diagnosticados con fobia obtuvieron el alta en mayor proporción (40%) seguidos por los que tenían un trastorno por estrés (33%) y trastornos de ansiedad (30%). Los que son incluidos en esquizofrenia (63%), retrasos mentales (42%), y trastornos bipolares (38%) son quienes continuaron con el tratamiento en mayor proporción.

Haciendo el cálculo de la relación altas/abandonos según diagnósticos, encontramos que para la mayoría de las categorías diagnósticas (11 de 16) la relación favoreció a los abandonos por sobre las altas. La relación más baja fue para los trastornos bipolares y el trastornos del control de los impulsos (que no registraron altas) y para otras psicosis no afectivas.

Discusión

Al comparar la población asistida con la de otros estudios, encontramos similitudes tanto en el predominio del sexo femenino (que va del 56 al 72%) como en su mayor edad promedio (1, 2, 14, 20).

Tabla 7. Diagnósticos y evolución del tratamiento.

Diagnósticos	Ab	% ¹	% ²	Al	% ¹	% ²	Con	% ¹	% ²	Otros (Derivac - No iniciar - Óbito - Intern)	S/D	Total
Trast. de ansiedad	14	14,4	28	15	24,6	30	11	11,3	22	3	7	50
Trast. depresivos	12	12,3	25,5	12	19,6	25,5	9	9,2	19,1	6	8	47
Esquizofrenia	4	4,1	8,8	1	1,6	2,2	28	28,8	63,6	8	4	45
Otras psicosis no afectivas	8	8,2	24,2	1	1,6	3	11	11,3	33,3	5	8	33
Retrasos mentales	8	8,2	25,8	2	3,2	6,4	13	13,4	41,9	5	3	31
Trast. por estrés	8	8,2	26,6	10	16,4	33,3	5	5,1	16,6	2	5	30
Trast. orgánicos	6	6,2	28,5	3	4,9	14,2	3	3,1	14,2	3	6	21
S/D	7	7,2	38,9	2	3,2	11,1	0	0	0	3	6	18
Trast. de personalidad	7	7,2	41,2	3	4,9	13	1	1	5,9	2	4	17
Fobias	3	3,1	20	6	9,8	40	2	2	13,3	0	4	15
Trast. bipolares	3	3,1	23	0	0	0	5	5,1	38,4	3	2	13
F 99	2	2	18,2	1	1,6	9,1	1	1	9	7	0	11
Trast. dis. fisiol y f. som.	2	2	18,1	2	3,2	18,1	2	2	18,1	1	4	11
Consumo de sustancias	2	2	22,2	1	1,6	11,1	3	3,1	33,3	1	2	9
Trast. control impulsos	5	5,1	83,3	0	0	0	1	16,7	1	0	0	6
TOC	3	3,1	50	1	1,6	16,6	2	2	33,3	0	0	6
Somat. y disociativos	3	3,1	60	1	1,6	20	0	0	0	0	1	5
Total	97			61			97			53	64	368

Ref: Ab = Abandonos; Al = Alta; Con = Continúan; Derivac = Derivación; No iniciar = No iniciaron; Intern = Internación.

¹ Los porcentajes representan la proporción de cada diagnóstico para el total de la categoría de la variable "evolución del tratamiento" que le corresponde a cada columna (abandono, alta o continúa). El total es el que figura en la última fila ("Totales"). Dicho de otra manera, el valor responde a la pregunta: "¿Qué porcentaje representa cada diagnóstico del total de abandonos, del total de altas, del total que continúan?"

² Los porcentajes representan la proporción de pacientes con cada diagnóstico que evolucionó en el tratamiento con la categoría de la variable que le corresponde por su columna (abandono, alta, continúa). El total es el que figura en la última columna de la derecha ("Total"). Dicho de otra manera, el valor responde a la pregunta: "¿Qué porcentaje representan los abandonos, las altas o los que continúan para el total de pacientes con cada diagnóstico?"

Si comparamos la distribución de nuestra población con los mismos intervalos de edad que en el estudio de la Ciudad de Buenos Aires (1), obtenemos las mismas características.

También encontramos coincidencias con las categorías diagnósticas más frecuentes de dicho estudio (trastornos de ansiedad 23%, trastornos del humor 14%). Allí las psicosis ocupan el quinto lugar de los diagnósticos psiquiátricos con un 5%, detrás también de los trastornos neuróticos y de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, en esa investigación un 25% de los consultantes se ubicaban en las categorías "personas con riesgos potenciales para su salud" y "personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes", que no involucran ningún diagnóstico psiquiátrico. Por lo tanto, para hacer una comparación más justa habría que calcular que en el estudio de la Ciudad de Buenos Aires la incidencia real de los porcentajes pertenecientes a todos los diagnósticos psiquiátricos estaría levemente

incrementada, en desmedro del 25% que no es inherente a una patología en sí.

Si comparamos los diagnósticos con el estudio de Vera de 1970 en el Hospital Borda, ellos encontraron un 20% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (12% en nuestro caso). Suponemos que la cifra mayor de esquizofrenia pueda tener relación con que al ser un hospital monovalente concentraba muchas consultas de pacientes con cuadros graves. Como categoría más frecuente obtuvieron lo agrupado dentro de los desórdenes psiconeuróticos con un 36,5%, cuando en el nuestro llegamos a un valor de 47,9% si intentamos homologarlo –con obvias falencias metodológicas– a un grupo que abarque desde F40 a F49 y de F60 a F69. Y las diferencias se van incrementando a medida que continúan las comparaciones.

Siguiendo con nuestros resultados, véase por un lado que conjugándose las categorías de esquizofrenia y otras psicosis no afectivas se alcanza el primer lugar de los diagnósticos con un 21%, y esto se ubica por encima de la pre-

valencia encontrada en primeras consultas en Servicios de Salud Mental (que va del 5 al 14% en hospitales generales y hasta el 20% en monovalentes) (1, 2, 13). Y, por otro lado, se sabe que los cuadros graves y crónicos se concentran en las psicosis (que es el principal diagnóstico al egreso en las salas de internación de Salud Mental, con un promedio de 64% en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires) (2). De esto se desprenden dos conclusiones que consideramos muy importantes. Primero, la gran concentración de los diagnósticos de psicosis en los consultorios del psiquiatra; y segundo, la importancia de sostener en tratamiento a la mayoría de estos pacientes, por el impacto sanitario que generan en casos de descompensación (14).

Entendemos que las discrepancias de resultados con los estudios a nivel local devienen de las características diferenciales de las poblaciones analizadas: consultantes de primera vez *versus* pacientes en tratamiento psiquiátrico. Como se dijo anteriormente, solo un 21% de los pacientes que consultan por primera vez a un servicio de Salud Mental son destinados a un tratamiento psicofarmacológico (1). Inferimos, por lo tanto, que nuestra población no sólo posee otras características, sino que también es una minoría porcentual del total considerado en otras investigaciones.

La escasez de diagnósticos de consumo de sustancias se debe con seguridad a que la mayoría de ellos son derivados en la entrevista de admisión a instituciones especializadas en la asistencia de dichas patologías.

Se observa un escaso porcentaje de comorbilidades según lo esperado para la tendencia de estudios epidemiológicos. Esto se puede explicar si se tiene en cuenta que una de las características de la residencia en su formación y práctica es mantener un criterio conservador en su identificación, siguiendo las instrucciones del CIE-10 y manteniendo la línea de varios autores que reivindican la importancia del predominio de la clínica psicopatológica (17, 18).

Cuando evaluamos los diagnósticos en base al sexo se obtienen algunas diferencias, algunas de ellas coincidentes con las que están descritas en estudios epidemiológicos (19, 20), como por ejemplo la relación 2 a 1 que tienen los trastornos depresivos en las mujeres con respecto a sus pares masculinos. En cuanto a los hombres, encontramos también un predominio en los retrasos mentales y en el consumo de sustancias. Además, tal como en la mayoría de las series, no se encontraron diferencias por sexo de diagnósticos como la esquizofrenia y otras psicosis no afectivas. Por el contrario, en los trastornos de ansiedad, que están descritos con mayor prevalencia en las mujeres, tenemos en nuestros resultados una situación inversa. Asimismo, encontramos una mayor predominancia en las mujeres del trastorno bipolar, cuando en la población general no se observan diferencias por sexo en la frecuencia de dicho cuadro.

Con relación al tiempo de tratamiento y los porcentajes de personas que continúan en tratamiento al cabo de 6 meses, un año, dos años, o más, no es posible hacer una comparación con los trabajos que se han ocupado de

este tema en la Argentina con anterioridad. La metodología empleada en este caso hace que aumenten los casos de largo tratamiento, en relación a los estudios previos, sin que eso implique en nuestra muestra que éstos fuesen efectivamente más prolongados que los otros.

Parece sorprender en una primera instancia la gran cantidad de pacientes que abandonan. Sin embargo, es un dato que se repite en la bibliografía (13-15). Basados en la observación de que nuestra población presenta cuadros presumiblemente más graves que los comparados (mayor incidencia de psicosis), sabiendo que en gran proporción realizan tratamientos combinados con psicoterapia, y teniendo en cuenta que según la bibliografía tanto el tratamiento psicofarmacológico como la combinación con psicoterapia son variables asociadas a una menor tasa de abandono en Salud Mental (21, 22), nos arriesgamos a decir que la permanencia en el tratamiento de nuestra población sea algo mayor que la observada en los estudios comparados.

A pesar de dichas tasas de abandono no podemos asegurar que en todos los casos se considere lo que se suele denominar un "fracaso terapéutico". Coincidimos con Triskier en que muchos de estos pacientes se encuentran en plan de discontinuación y/o con notable mejoría respecto al momento de inicio del tratamiento (14).

Debemos lamentar la jerarquía que ha ocupado la categoría "sin datos", sobre todo en la variable "finalización de los tratamientos". Consideramos que la escasez de registro, a veces, incluso en las historias clínicas, fue un factor determinante. A partir del reconocimiento de ello esperamos achicar este margen para futuras investigaciones.

Otra limitación consiste en que aunque los residentes de psiquiatría representen aproximadamente las dos terceras partes de los psiquiatras en nuestro servicio, no se pueden extrapolar los resultados al total de los pacientes asistidos por los psiquiatras, ya que probablemente existan características distintivas de los pacientes que son derivados a un residente, como la severidad o complejidad de los casos. Mucho menos se podría equiparar al total de los pacientes asistidos en el Servicio, ya que no se registraron los que se encuentran en tratamiento psicológico exclusivo. Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer comparaciones con estudios similares.

Tomando como modelo la iniciativa implementada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (1, 2), estimamos acertado incorporar la práctica del registro sistemático de los pacientes asistidos en los consultorios externos de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires. Consideramos que este trabajo se alinea con dicha propuesta y esperamos incentive a la realización de otros trabajos de investigación epidemiológica.

Declaración de intereses: los autores no declaran conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

1. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. Dirección de Salud Mental. Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Datos del período 2010-2011. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/programas/smp_pivesam.php
2. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. Dirección de Salud Mental. Plan de Salud Mental (Tomos I y II) 2002 / 2006. Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/salud_mental/plan_salud_mental_tomo_1.pdf
3. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de Salud Mental, en Chile. *Pan Am J Public Health* 2005; 18 (4/5): 263-70.
4. World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000; 78: 413-25.
5. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004; 82 (11).
6. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM. 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.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62 (6): 617-627.
8. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, Norquist GS. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (2): 109-15.
9. Ustün TB, Chatterji S, Rehm J. Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain "need". *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (12): 1145-6.
10. Pincus HA, Zarin DA, First M. "Clinical Significance" and DSM-IV. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (12): 1145.
11. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 90).
12. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. Leicester (UK): British Psychological Society; 2011. (NICE Clinical Guidelines, No. 113)
13. Vera L, Thieberger J. Un estudio sobre deserción de pacientes. Experiencia de residentes en consultorios externos de un hospital psiquiátrico. *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 1970; 16 (1): 57-61.
14. Triskier, F; Agrest M. La continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 1998, 9 (33): 171-175.
15. Goldchluk A, Amenta M, Dates L. Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 1993, 5 (18): 245-251.
16. World Health Organization. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). *Génova, Suiza: Organización Mundial de la Salud* 1991.
17. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005; Mar 186: 182-4.
18. López-Santín JM, Gálvez FM, Shaw LL. Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2013; 33 (119): 497-510.
19. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Gender Disparities in Mental Health. Disponible en http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf
20. Maulik PK, Harbour CK. Epidemiology of Intellectual Disability. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation* 2010. Disponible en <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/>
21. Wang PS, Gilman SE, Guardino M, Christiana JM, Morselli PL, Mickelson K, Kessler RC. Initiation of and adherence to treatment for mental disorders: examination of patient advocate group members in 11 countries. *Med Care.* 2000 Sep; 38 (9): 926-36.
22. Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry.* 2002 May; 159 (5): 845-51.