



**Gobierno Bolivariano**  
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular  
para la Salud

**200 años**

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD  
SERVICIO AUTONOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS  
“DR. ARNOLDO GABALDON”  
ESPECIALIDAD: EPIDEMIOLOGIA**

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES  
EGRESADOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. LUIS DANIEL  
BEAUPERTHUY, MATURÍN, ESTADO MONAGAS, VENEZUELA. PRIMER  
TRIMESTRE 2009.**

**Trabajo Especial de Grado presentado como Requisito Parcial para  
optar al Título de Especialista en Epidemiología**

**AUTOR: MED. MARISOL CARREÑO  
TUTOR: MED.ESP.RUTH DITRAGLIA**

**Ciudad Guayana 07 de Mayo del 2010**

## AVAL DEL TUTOR

Yo, MED. ESP. RUTH DITRAGLIA en mi carácter de Tutor del

Trabajo de Especialización Titulado:

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES EGRESADOS  
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. LUIS DANIEL BEAUPERTHUY,  
MATURÍN, ESTADO MONAGAS, VENEZUELA. PRIMER TRIMESTRE 2009**

presentado por el (la) ciudadano (a) CARREÑO MARISOL

titular de la cédula de identidad N° 9.651.563

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Bolívar a los 07 días del mes de mayo del año dos mil diez

  
MED. ESP. RUTH DITRAGLIA  
C.I: 7.196.998

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública  
"Dr. Arnaldo Gabaldon"

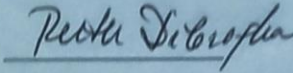
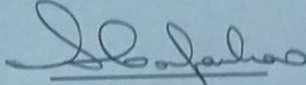
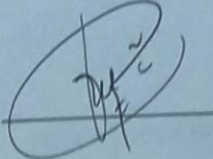
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del  
Trabajo de Especialización de Epidemiología titulado:

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES  
EGRESADOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. LUIS  
DANIEL BEAUPERTHUY, MATURÍN, ESTADO MONAGAS,  
VENEZUELA. PRIMER TRIMESTRE 2009**

presentado por el Ciudadano (a) **CARREÑO MARISOL**, para optar al Título  
de Especialista de Epidemiología, estimamos que el mismo reúne los  
requisitos para ser considerado como APROBADO.

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
MED. RUTH DITRAGLIA <b>Presidente:</b>	7.196.998	
MgS. STELLA GAFANHAO <b>Miembro:</b>	5.699.910	
LCDA. RAIZA AFANADOR <b>Miembro:</b>	4.596.786	

Bolívar, 07 de mayo de 2010

## DEDICATORIA

### **En Memoria:**

Gabriel E. Carreño y María A. Del R. Betancourt de Carreño, mis padres,  
amigos...a quienes llevo en mi mente y corazón en cada paso que doy

### **A:**

Domingo, mi esposo. Columna que no me deja caer...Te amo!

Mgsc. Stella Gafanhao, coordinadora del Postgrado, guía y amiga...

El ímpetu Personificado que nos incentivó hacia esta nueva meta

Arelys, Benmar, Elisa, Luz .Compañeras y amigas quienes me brindaron su  
apoyo y compañía

Med.Esp.Ruth DiTraglia: profesora, guía, Tutora y amiga...

**Marisol Carreño B**

## AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el timón de mi vida.

A mi esposo Domingo, por su paciencia, permanencia y acompañarme en cada paso que doy.

A mis hijas Marianny y Arianna, por llenar mi vida de amor, dulzura y esperanza.

A mis hermanas Gabriela y Dulce

A mis familiares y amigos que con su apoyo incondicional han hecho posible la culminación de esta gran etapa de mi carrera, especialmente a mi suegra:

Sra. Silvia...Gracias!

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>p.p</b>
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TABLA DE CONTENIDO	vi
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE GRAFICOS	x
RESUMEN	xii
INTRODUCCION	01
CAPITULO I	04
EL PROBLEMA	04
Planteamiento del Problema	04
Justificación	09
Objetivos:	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Alcance y Limitaciones	13
CAPITULO II	14
MARCO TEORICO	14
Antecedentes de la Investigación	14
Bases Teóricas	16
CAPITULO III	30
MARCO METODOLOGICO	30
Tipo de Investigación	30
Población y Muestra	30
Instrumento de Recolección de Datos	30
Procedimientos	31
Técnicas de Recolección, Tabulación y Análisis de Datos	32
Operacionalización de las variables	33
CAPITULO IV	36
RESULTADO Y ANALISIS	36

CAPITULO V	47
DISCUSION	47
CAPITULO VI	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	56
Definición de Términos	57
Tablas	59
Instrumento de Recolección de Datos	70

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLAS</b>		<b>Pp.</b>
1	Pacientes Psiquiátricos Masculinos según Diagnóstico de Ingreso y Edad. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Beauperthuy” Maturín. Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009	60
2	Pacientes Psiquiátricos Femeninos según Diagnóstico de Ingreso y edad. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	61
3	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Procedencia. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	62
4	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	63
5	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Ocupación y Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	64
6	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Estado Civil. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	65
7	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Convivencia Familiar. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís	66

Daniel Beauperthuy". Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.

- 8 Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Motivo de Egreso. Hospital Psiquiátrico "Dr. Luís Daniel Beauperthuy". Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009. 67
- 9 Pacientes psiquiátricos Egresados según Días de Hospitalización y Sexo. Hospital Psiquiátrico "Dr. Luís Daniel Beauperthuy". Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009. 68
- 10 Pacientes psiquiátricos Egresados según Días de Hospitalización y Diagnóstico de Egreso. Hospital Psiquiátrico "Dr. Luís Daniel Beauperthuy". Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009. 79

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRAFICOS</b>		<b>Pp.</b>
1	Pacientes Psiquiátricos Masculinos según Diagnóstico de Ingreso y Edad. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	36
2	Pacientes Psiquiátricos Femeninos según Diagnóstico de Ingreso y edad. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	37
3	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Procedencia. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	38
4	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	39
5	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Ocupación y Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	40
6	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Estado Civil. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	41
7	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Convivencia Familiar. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	42
8	Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Motivo de Egreso. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel	43

Beauperthuy". Maturín. Estado Monagas. Venezuela.  
Primer Trimestre 2009.

9 Pacientes psiquiátricos Egresados según Días de  
Hospitalización y Sexo. Hospital Psiquiátrico "Dr. Luís 44  
Daniel Beauperthuy". Maturín. Estado Monagas.  
Venezuela. Primer Trimestre 2009.

10 Pacientes psiquiátricos Egresados según Días de  
Hospitalización y Diagnóstico de Egreso. Hospital 45  
Psiquiátrico "Dr. Luís Daniel Beauperthuy". Maturín.  
Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD  
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS  
“DR. ARNOLDO GABALDON”  
ESPECIALIDAD: EPIDEMIOLOGÍA**

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES  
EGRESADOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “DR. LUIS DANIEL  
BEAUPERTHUY”. MATURÍN, ESTADO MONAGAS, VENEZUELA.  
PRIMER TRIMESTRE 2009.**

**AUTOR: MED. MARISOL CARREÑO B.  
TUTOR: MED. ESP. RUTH DITRAGLIA  
AÑO: 2010**

**RESUMEN**

Esta investigación de Campo Descriptiva tuvo como finalidad Caracterizar Epidemiológicamente a los Pacientes Egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” de Maturín, estado Monagas, Venezuela, en el Primer Trimestre 2009. Desde el punto de vista Epidemiológico es un estudio Observacional Descriptivo. La población: 27 pacientes egresados del centro asistencial. Los datos recolectados en un formulario identificado como FCEP, se analizaron con metodología cuantitativa. Hallazgos: Diagnóstico de ingreso y egreso más frecuente: Esquizofrenia, predominantemente en hombres representando 66,66% de la población. El grupo etario más afectado: 20 a 59 años, con una media de 40 ±12,19 años. 40% proceden del estado Monagas. 30% son atendidos por algún familiar y 66% egresaron por mejoría. Conclusión: El tiempo de Estancia supera los 30 días en un 37%, de los pacientes y la mayoría no tiene un familiar que se haga cargo lo que perpetúa la institucionalización del paciente

**Palabras Claves:** Caracterización Epidemiológica, Pacientes Psiquiátricos, Estancia Hospitalaria



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA  
POPULAR DELPODER MINISTRY FOR LASALUD  
SERVICE STAND ALONE INSTITUTE OF HIGHER STUDIES  
"DR. ARNOLDO GABALDON"  
SPECIALITY: EPIDEMIOLOGY**

**EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS GRADUATES  
OF THE. HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. "LUIS DANIEL  
BEAUPERTHUY". MATURÍN, MONAGAS STATE, VENEZUELA. FIRST  
QUARTER 2009.**

**AUTHOR: MED. MARISOL CARREÑO B.  
GUARDIAN: MED. ESP. RUTH DITRAGLIA  
YEAR: 2010**

**SUMMARY**

This descriptive field research was purpose characterize Epidemiológicamente by the Alumni patients of the mental hospital "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" of Maturín, Monagas state, Venezuela, in first quarter 2009. From the point of view epidemiology is a descriptive observational study. Population: 27 patients graduates of the facility. Data collected in a form identified as FCEP, were analysed with quantitative methodology. Findings: Diagnosis of income and more frequent discharge: schizophrenia, predominantly in men representing 66,66% of the population. The most affected age group: 20 to 59 years, with an average of  $40 \pm 12$ , 19 years. 40% come from the Monagas state. 30% are served by a family member and 66% graduated for improvement. Conclusion: Time of stay exceeds 30 days in 37% of patients, and most do not have a family that takes over which perpetuates the institutionalization

**Key words:** Epidemiological characterization, psychiatric patients stay hospital

## INTRODUCCION

De acuerdo con Kleimbaum (1982 cit. Hernández Ávila, 2007), uno de los propósitos de la Epidemiología es la descripción de las condiciones de salud de la población mediante la caracterización de la ocurrencia de las enfermedades, de su prevalencia en los subgrupos poblacionales y de sus tendencias generales. Uno de los subgrupos poblacionales de interés son los pacientes con enfermedades crónicas que han incrementado su incidencia desde mediados del siglo XX contribuyendo a ampliar al campo de acción de esta disciplina hacia el estudio de la dinámica del cáncer, las afecciones cardiovasculares, los padecimientos degenerativos y los trastornos mentales.

El estudio objetivo y riguroso de los problemas mentales es relativamente nuevo. Todavía en el siglo XIX los enfermos mentales eran reclusos en asilos donde recibían "tratamientos morales" con el fin de disminuir su "confusión mental" y "restituir la razón". Es entonces cuando surgió por primera vez el concepto de "enfermedad mental" y la Psiquiatría haría su ingreso definitivo a la medicina.

Emil Kraepelin (1856-1926), Psiquiatra Alemán, considerado como el fundador de la Psiquiatría científica moderna, la Psicofarmacología y la Genética Psiquiátrica, aseveró que las enfermedades psiquiátricas son causadas principalmente por desórdenes biológicos y genéticos; en 1896 diseñó un sistema de Identificación y clasificación de los problemas mentales que se convirtió en la base de los estudios psiquiátricos modernos

Sin embargo los factores determinantes de los trastornos mentales van más allá de lo biológico y lo genético e incluyen los determinantes sociales como son: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la

marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social .y el estudio de los mismos corresponde a la epidemiología.

Los Hospitales Psiquiátricos son establecimientos de salud, dedicados al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversos trastornos Psiquiátricos, en ellos la hospitalización es fundamental para el manejo de casos graves no obstante la mejoría de estos pacientes no sólo depende del tratamiento farmacológico y ocupacional indicado sino también del conocimiento de las características personales, las que tienen que ver con el tiempo y el espacio en relación a las personas que sufren trastornos mentales, así como las características clínicas, fin primordial de la Epidemiología Descriptiva.

Señala Evans (2001, p.293): “para conocer bien un fenómeno dado este debe ser adecuadamente descrito y analizado en sus componentes“, en fin debe ser caracterizado. Para conocer bien los factores determinantes de los trastornos mentales en pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” de Maturín, Estado Monagas, Venezuela se debe realizar una caracterización. Ello permite no sólo identificar la morbilidad en estos grupos específicos sino también investigar los factores que determinan la prolongación de la estancia de los mismos en el ámbito hospitalario.

El conocimiento adquirido a través de la Caracterización Epidemiológica de los Pacientes Egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy”, Maturín, Estado Monagas, Venezuela .durante el Primer Trimestre 2009, permite formular planes que favorezcan una pronta reinserción social y familiar de estos pacientes en sus comunidades

De aquí la importancia del conocimiento de las características de la población con la finalidad de planificar una mejor atención, docencia e investigación en estas instituciones.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 2007.), La salud mental no es sólo la ausencia de Trastornos Mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Contrariamente, un Trastorno Mental, consiste en la pérdida de este bienestar psicosocial, unido a un deterioro en el ámbito laboral o académico (escuela, universidad) y alteraciones en las actividades sociales habituales o en la vida de relación con los demás (familia, amigos).

La Enfermedad Mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. Sin embargo el termino “Enfermedad Mental” puede asociarse a estigmatización social .por ello es está en desuso y se emplea más el de “Trastorno Mental”, “trastorno” o “psicopatología”.

Este término lo utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la OMS y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana. Sobre todo en aquellos

casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales.

Dichas patologías están determinadas multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico (genético, neurológico), ambiental (relacional, familiar, psicosocial) y psicológico (cognitivo, emocional), teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación. Pero el conocimiento de estos factores requiere del consenso de la Epidemiología.

Esta ciencia, haciendo uso de la Caracterización ha permitido el conocimiento de la distribución, frecuencia y factores determinantes de los trastornos mentales en general, pero en particular ha sido muy relevante para el desarrollo de la psicopatología clínica. Además, por supuesto, la mayoría de lo que sabe sobre prevención en el área de los trastornos mentales proviene de la aportación epidemiológica.

Caracterizar, tal como lo define el Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado (2007, p 201), es “determinar los atributos de una persona o cosa” y en Salud Pública de acuerdo a lo señalado por Fernández (2001), se utilizan los estudios epidemiológicos descriptivos para caracterizar o describir la frecuencia y los atributos más importantes de un problema de Salud. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales tanto para los administradores sanitarios así como para los Epidemiólogos y los Clínicos. Los primeros identificarán los grupos de población más vulnerables y distribuirán los recursos según dichas necesidades y para los segundos, son el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad.

Para los clínicos es imprescindible, la Caracterización Clínico-Epidemiológica de los Trastornos Mentales no sólo para describir las características personales, la clínica de los afectados y la participación de los factores condicionantes, sino también, para orientar el diagnóstico etiológico confirmativo y aplicar el tratamiento específico y prevenir las complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria. Ello es vital para la toma de decisiones.

En Epidemiología Psiquiátrica Caracterizar es vital para tomar decisiones no sólo diagnósticas y terapéuticas sino en la prevención defendida por Anthony y Van Etten, (2004) quien expresa la necesidad de prevenir específicamente los efectos secundarios de la internación prolongada de los Enfermos Mentales siempre y cuando se caractericen las causas de ingreso y egreso relacionadas con la larga estancia que pudiera estar relacionada con el diagnóstico pero que también pudieran deberse al abandono familiar.

Por otro lado, en Venezuela la asistencia a la Salud Mental ha sido rodeada de estigmatizaciones, por parte del personal de salud que a veces por falta de experiencia, conocimiento o habilidad en el abordaje de pacientes con este tipo de problemas, optan por referir a éstos a otros niveles de atención más complejos; aun sin ser necesario; en tal sentido, la Coordinación Nacional de Salud Mental, adelanta tareas en la promoción, prevención y reorganización de la atención al enfermo con trastornos mentales, sin embargo esto no puede lograrse cuando se desconocen las características personales, la clínica de los afectados y la participación de los factores condicionantes la en donde incluso los familiares de los pacientes reciben ayuda para aprender a vivir con un familiar que lo padece.

La Caracterización incluye determinar la magnitud del problema de salud, la incidencia, la prevalencia y su distribución geográfica. A este respecto Saraceno (1993): afirma que los trastornos mentales y neurológicos no son exclusivos del Tercer Mundo ni de una clase social en específico:

Es un error pensar que los problemas de salud mental sean exclusivamente de los ricos o de los pobres; son males generales. Hay diferencias. Hay una distribución geográfica de las enfermedades. Vemos que, por ejemplo, la depresión es más frecuente en países desarrollados como en Estados Unidos y Canadá, así como en países industrializados de América Latina, más que en África. En cambio, trastornos como la epilepsia, infecciones perinatales o el retraso mental, ocurren con más frecuencia en África o en países de muy bajo desarrollo. (pp. 159-172. 159-172.)

De acuerdo a lo expresado por este autor en relación a la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas y en específico a los Trastornos Mentales, no sólo dependen de la enfermedad “per se” sino que es fundamental la Caracterización de cada uno de los que la padecen para así determinar los factores que las predisponen, acentúan y perpetúan su estancia en establecimientos de larga estancia. Así mismo recalca que pareciera ser un problema de clases sociales ya que estas patologías se han encontrado distribuidas variando su predisposición de acuerdo al nivel económico de la población., de la cultura, del apego familiar, entre otros factores.

En Monagas, el Hospital Psiquiátrico, es un establecimiento de Salud con una capacidad de 150 camas cuya cobertura alcanza a los Estados Monagas, Anzoátegui, Sucre, Bolívar, Delta Amacuro. y Miranda. En su Organización fue definido por el antiguo Ministerio de Salud y Asistencia Social (actualmente Ministerio del Poder Popular Para la Salud, MPPS) como un Hospital de Agudos, como una puerta de entrada para la atención de

Pacientes Psiquiátricos de Emergencia que requirieran menos de 30 días de Hospitalización; aquellos que ameritaran mayores días de Estancias serían referidos para los Establecimientos para Pacientes de Larga Estancia, (EPLÉS). Sin embargo el Hospital fue convertido por necesidades de servicio en un Hospital de Larga Estancia permaneciendo Pacientes que deberían ser referido a los EPLÉS o egresados a sus Hogares para el cuidado familiar dentro de la institución.

Según datos aportados por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del centro asistencial en promedio tiene una hospitalización de 120 pacientes mensuales, en la emergencia atiende 150 pacientes mensuales Desde febrero del 2008 se inició el Postgrado de Psiquiatría incluyendo a 4 residentes y 6 Especialistas Psiquiatras esto trajo consigo la mejora en la atención hospitalaria de las emergencias y control de los pacientes hospitalizados. Si bien la inclusión del Postgrado ha traído mejoras en cuanto al Diagnóstico clínico y el manejo Terapéutico de los casos, los pacientes continúan presentando una larga estancia.

A pesar que en el manejo y tratamiento de los Pacientes Psiquiátricos se incluyen terapia farmacológica, laborterapia, psicoterapia individual y familiar, es decir, una atención Integral incluyéndose todos los aspectos del ser humano como un todo, pareciera escaparse de las manos otros factores determinantes de la Estancia Hospitalaria como son la convivencia familiar, la ocupación del Paciente y el motivo por el cual egresa del recinto Hospitalario lo que puede dificultar el reingreso de los pacientes a sus hogares aunque las autoridades hospitalarias hagan el esfuerzo de enviarlos a sus casas.

De acuerdo a todo lo descrito se hace necesaria la búsqueda de respuestas a un conjunto de interrogantes:

¿Cual es la causa de ingreso de los pacientes a este centro asistencial?

¿Que Características personales, sociales y demográficas presentan estos pacientes?

¿Cual es el Tiempo Medio de Estancia de los pacientes en este centro asistencial?

Para dar respuesta a estas interrogantes esta investigación se propuso: Caracterizar Epidemiológicamente a los Pacientes Egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy”. Maturín. Estado Monagas. Venezuela durante el primer trimestre 2009.

Ello permitió mejorar la calidad de la atención integral del Paciente Psiquiátrico así como incorporar a la familia en el manejo de su patología.

### **Justificación de la investigación**

La OMS (2006) ha señalado que:

La legislación puede jugar un papel importante en la mejora del acceso a la atención en salud mental. Mejorar el acceso significa aumentar la disponibilidad de servicios, mejorar la accesibilidad financiera y geográfica, y proveer servicios aceptables y de calidad adecuada. Para con ello disminuir el tiempo de internación y asegurar una pronta reinserción social. Un marco para abordar estas cuestiones, teniendo en vista el objetivo de disminuir las barreras de acceso existentes en muchos países. (p.55)

En la práctica, la mayoría de las internaciones son cortas, con una duración de algunos días o un par de semanas, en las que la mayoría de los

pacientes experimentan una recuperación y no reúnen las condiciones para la permanencia por largas estancias.

El 14 de Noviembre de 1990 reunidos por la Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (OPS/OMS), un grupo de legisladores, profesionales de la Salud Mental, líderes de derechos humanos y activistas a favor de los derechos de las personas con discapacidad en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, organizada en Caracas, Venezuela, se llegó a la llamada Declaración de Caracas; en donde se acordó que la internación en Hospitales Psiquiátricos como forma de tratamiento aísla a los pacientes de su ambiente natural y genera mayor discapacidad. La Declaración establece un nexo fundamental entre servicios de salud mental y derechos humanos, al concluir que los servicios de salud mental anticuados, los de Larga Estancia ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes.

La legislación de Salud Mental es más que legislación de “atención y tratamiento”. Proporciona un marco legal para enfrentar cuestiones cruciales de salud mental, como el acceso a tratamiento, rehabilitación y seguimiento, la plena integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad .Así mismo asegura un tratamiento efectivo, mejores terapias de rehabilitación con la finalidad de lograr una corta permanencia en las instituciones.

Para lograr periodos corto de internación es necesario no sólo conocer los motivos de ingreso sino Caracterizar a los Pacientes psiquiátricos y sus Causas de Egreso. La Caracterización Epidemiológica de los Pacientes Psiquiátricos es una herramienta que se utiliza generalmente para orientar

los planes de Salud Pública, identifica la morbilidad en grupos específicos, entre otras variables y describe como está la población en general frente a la salud, con el fin de dictaminar políticas en este aspecto. Para mejorar la calidad de atención y por ende una rápida inserción social.

De allí que se justifique la realización de este estudio Caracterizar a los Pacientes Egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009, para así considerar todos los factores que pudieran contribuir a mejorar su calidad de atención en pro de una rápida reinserción social y una mínima estancia hospitalaria.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy".de Maturín, Estado Monagas, Venezuela durante el primer trimestre 2009.

### **Objetivos Específicos**

- 1.-Determinar el Diagnostico de ingreso y egreso de los pacientes.
- 2.-Describir las características personales: edad, sexo, ocupación, procedencia, estado civil, convivencia familiar del paciente.
- 3.-Determinar el Motivo de Egreso de los Pacientes.
- 4.-Calcular los días de Hospitalización y el Tiempo de Estancia media Hospitalaria.

### **Alcances**

En el presente trabajo se caracterizó epidemiológicamente a los pacientes egresados del hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” Maturín Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” es un establecimiento de salud ubicado en el sector Parariso vía La pica, en la Ciudad de Maturín, Municipio Maturín del Estado Monagas. Tiene una capacidad de 150 camas. Caracterizado por ser un Hospital de Agudos dedicado a la atención de Pacientes con Trastorno Mentales, procedentes de varios Estados: Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Miranda, Monagas, Nueva Esparta y Sucre, de allí que esta investigación alcanza a todo el Sur Oriente de Venezuela.

### **Limitaciones**

No hubo limitación en la realización del presente trabajo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Antecedentes de la Investigación**

Determinar los Diagnósticos de Ingreso y Egreso de los Pacientes Egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” es importante porque permite tomar decisiones en cuanto a las estrategias terapéuticas así como disminuir los días de internación de los pacientes una vez que estas son exitosamente aplicadas

En un estudio realizado por Villegas, López, Cubillo. y Porras, (1987), se encontró que de 212 pacientes, el porcentaje de mayores pacientes correspondió a retraso mental (41,96%), seguido del grupo de Esquizofrenias (32,54%).Este mismo estudio muestra que el 8,96% (19) de los pacientes no tiene familia y un 22,16% contaba con algún familiar para su cuidado.

Marziale y Villegas (1994), en un estudio de la población hospitalizada en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Caracas, establecieron que de 575 historias revisadas, más del 60% de los pacientes estudiados tenían edades comprendidas entre los 20 y 40 años. Evidenciándose que 85% de los pacientes permanecieron hospitalizados por un tiempo no mayor a 60 días, egresando por mejoría un 74%.

Asimismo Iglesias y Rodríguez (1995), respecto al sexo encontraron un predominio de ingresos masculinos (60%) en el área de hospitalización psiquiátrica del Hospital Vargas en Caracas, Venezuela.

Relativo a la Ocupación, Jiménez (1998), encontró que de 158 pacientes 102 (64,6%) no tenían una ocupación definida y 14 pacientes (8,9%) realizaban alguna actividad laboral a tiempo parcial.

Joffre, García, Martínez y Medina, (2009), .en un estudio Mexicano, relativo al estado civil, de 263 pacientes estudiados: 156 (59%) eran Solteros y 54 (20) pacientes eran casados. La media de edad fue de  $37.99 \pm 13.52$ , edad mínima de 15 y la máxima de 97 años, con una mediana de 36. Por grupos de edad predominaron los pacientes entre 26 y 35 años, y se observó que aquellos con 40 años fueron los más frecuentemente hospitalizados.

Torres-Ruiz y Lara-Tapia (1998), encontraron en 369 historias evaluadas que: 52% eran mujeres, el diagnóstico de Esquizofrenia lo presentaban el 29% y los afectivos el 19,24%. Así mismo Franco y Gaviria (2004), en un estudio realizado en Medellín, Colombia, encontraron que en 68 pacientes Hospitalizados, el diagnóstico de egreso más frecuente fue Depresión Mayor (29,4%) seguido de Trastorno Afectivo Bipolar (25%) y Trastorno Depresivo Mayor (23,4%).

Joffre et al (2009), observaron que el promedio de estancia hospitalaria en general fue de 17.2 días. En 101 casos de estos pacientes estudiados el Diagnóstico de ingreso más frecuente fue Esquizofrenia (38.4%), teniendo una estabilidad diagnóstica en relación al egreso hospitalario.

## Bases Teóricas

### Salud Mental

La OMS (2006), ha asegurado que no existe una definición oficial acerca de la Salud Mental, ya que ésta siempre aparece influenciada por las diferencias culturales y la subjetividad.

De todas formas, puede decirse que la Salud Mental es un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

Cabe destacar que la ausencia de una Enfermedad Mental no implica que el individuo goce de buena Salud Mental. El seguimiento del comportamiento cotidiano de una persona es la mejor forma de conocer el estado de su Salud Mental.

También hay que tener en cuenta que la Salud Mental no es una dimensión separada de la salud física, tal como lo recuerda la famosa sentencia latina "*mens sana in corpore sano*". Existen evidentes conexiones entre las Enfermedades Mentales y las biológicas.

Se define como Pacientes Psiquiátricos a las personas que sufren de una Enfermedad o Trastorno Mental y que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado.

El Tratamiento Psiquiátrico es toda acción, incluidas las propias de la medicina y otras profesiones relacionadas, tales como psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras según sea procedente,

efectuadas bajo la supervisión de un médico tratante y que tengan por objeto producir la recuperación o mejoría, adaptación y/o habilitación de una persona que sufre una enfermedad o trastorno mental.

Dependiendo del concepto de Enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la Salud Mental el término “Trastorno Mental” (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los Trastornos Mentales.

### Clasificación de las Enfermedades Mentales

#### Enfermedades Nerviosas.

##### A Las Neurosis

Sus principales características son las siguientes:

##### A.1.- Angustia o Ansiedad-Inquietud,

Desesperación, excitación con sensación de opresión (retro esternal) moderada disnea inspirativa, sensación de muerte inminente o bien de gravedad, algo muy grave esta poniendo en peligro su vida

##### A.2.-Síntomas neurovegetativo (SNV) o distonía neurovegetativa (DNV)

Nauseas o vómitos sin causa irritativa o infecciosa, dolor abdominal, deseo de evacuar el intestino, deseo de miccionar, taquicardias, temblor distal, palidez, diaforesis, acufenos, fotofobias, tendencia al vértigo, temor a la

lipotimia, y cambios en el tono muscular, (regiones interés cúpulo vertebrales y esternocleidomastoideos); a veces en los masticadores con tendencia al trismos (somatización de ansiedad).

El paciente a pesar de lo agudo de los síntomas o molestias corporales no presenta rompimiento con la realidad.

El paciente elabora transferencia con el medio y tiene conciencia de la enfermedad.

En forma voluntaria acude a consulta médica en ocasiones con demasiada frecuencia o en forma exagerada.

Las neurosis de angustia

Neurosis depresiva

Neurosis conversivas o histeria de conversión

Neurosis obsesiva compulsiva (TOC)

Neurosis disociativa

Neurosis de hipocondría o hipocondriasis.

## B.-Enfermedades Mentales

### B.1 Las Psicosis

Sus principales características son las siguientes:

1.- El enfermo presenta trastornos del comportamiento por sufrir alucinaciones delirios y falsas creencias.

2.- Percibe el mundo real y material en forma distorsionada por lo tanto llega a sufrir rompimiento de la realidad.

3.- No elabora transferencia con el medio, ni tiene conciencia de enfermedad.

4.- No acude en forma voluntaria a consulta por lo general es llevado por familiares, figuras de amistad o por los medios aplicativos de la ley.

Como ejemplos: Psicosis Esquizofrénica Es la enfermedad más frecuente, predomina en la edad de los 18 - 26 años de edad.

Esquizofrenia Es la más frecuente de todas las enfermedades mentales, se presentan la misma incidencia tanto en el hombre como en la mujer y afecta preferentemente a los adolescentes o sujetos jóvenes, la enfermedad fue descrita por , Emil Kraepelin (1887) en el siglo pasado le dio el nombre de Demencia Precoz, porque según él afectaba únicamente a los jóvenes o adolescentes y los llevaba a un estado demencial (demencia es el déficit global de la inteligencia de etiología adquirida y oligofrenia es el déficit global de la inteligencia pero que viene de nacimiento), además de describir los síntomas esquizofrénicos dividió la enfermedad en 4 tipos, simple, paranoide, catatónica y la hebefrenica.

#### Síntomas:

Los síntomas esquizofrénicos se presentan en diferentes edades del enfermo algunas son formas llamadas tempranas por que pueden presentarse desde la pubertad (11- 13 años de edad) como ocurre con el tipo hebefrenico y la simple, y las formas tardías presentan su sintomatología al final de la adolescencia o bien cuando se inicia periodo adulto joven (18 - 25 años), las formas tardías son el tipo paranoide y las formas catatónicas; los síntomas principales se caracterizan por trastornos del comportamiento donde predomina un estado regresivo, el paciente da la impresión de perder el desarrollo mental que había logrado y regresar a épocas o etapas de la vida ya pasadas y rompe con la realidad por que presenta los siguientes síntomas:

- *Alucinaciones* principalmente visuales y auditivas; las segundas antes de aparecer el enfermo llega a sufrir pensamientos sonoros.

- *Autismo o separación hacia el medio social y familiar* No establece comunicación con familiares ni figuras de amistad abandona actividades laborales o de estudio permanece aislado en su habitación días, semanas o meses.
  - Ambivalencia afectiva.
  - Aplanamiento afectivo.
  - Afectividad inapropiada.
  - Atención disminuida
  - Alteraciones en el contenido del pensamiento, que va desde incoherencia hasta coprolalia.

### Tratamiento

A pesar de los avances científicos aún no hay una total confianza de la población y si bien es cierto que algunos psicofármacos no cuentan con un 100% de efectividad y algunos grupos en contra de ellos se apoyan en este argumento, no es menos cierto que la psicoterapia tampoco la tiene.

Así pues, se debe hacer el tratamiento combinado entre psicoterapia y los psicofármacos para lograr unos mejores resultados.

Normalmente los psicofármacos inspiran miedo, o un poco de respeto puesto que comúnmente son llamados drogas; de aquí nace el recelo a la hora de usarlos cuando, en realidad, científicamente hablando una droga es “todo compuesto de origen exógeno (externo) que se usa para producir un cambio en el estado de funcionamiento del organismo”, con lo que vemos que cualquier medicamento es una droga desde el punto de vista estrictamente científico.

### Hay varios tipos de Psicofármacos:

- Antidepresivos: son medicamentos destinados a combatir la

depresión.

- Antipsicóticos: medicamentos para combatir estados psicóticos.
- Tranquilizantes: medicamentos para combatir la ansiedad.
- Anticonvulsivos: medicamentos utilizados para la epilepsia o en trastornos afectivos para estabilizar el humor.
- Hipnóticos: medicamento para controlar el sueño.

De todos estos grupos tan sólo los antidepresivos y los tranquilizantes pueden crear adicción, pero sólo en casos en los que no se respete la posología descrita por los especialistas en la enfermedad. Estos medicamentos no son tan adictivos como se dice. En cuanto a los efectos secundarios que pueden aparecer con el tratamiento con psicofármacos, no tienen porqué presentarse efectos muy graves si, como ya hemos dicho antes, el tratamiento está prescrito por un médico especialista.

### Terapia Electroconvulsiva (Electroshock)

La idea de utilizar el electroshock nació al ver que las personas que padecían enfermedades que les provocaban convulsiones, como por ejemplo los epilépticos, nunca presentaban cuadros de sintomatología esquizofrénica. Más tarde se dieron cuenta de que no eran las convulsiones lo beneficioso sino el paso de corriente por el cerebro. Al principio se utilizaban sustancias químicas, pero con la aparición de la electricidad apareció también la máquina de electroshocks mediante la cual se puede regular la intensidad y aplicar descargas eléctricas a los pacientes sin poner en peligro su vida. Este método se utilizó durante muchos años.

Las contraindicaciones o efectos secundarios que se pueden producir con este tipo de tratamiento no son absolutos, pero se tiene que tener en cuenta algunos riesgos como: lesiones de ocupación de espacio intracraneal

(como hematomas o tumores); un reciente infarto de miocardio; hipertensión arterial grave no controlada o un embarazo.

Por otro lado, el riesgo de muerte ante un electroshock es muy bajo, tanto como puede serlo la anestesia ante una operación corta.

## B.2 Trastornos Bipolares o Psicosis Maníaco Depresiva (PMD).

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), también conocido popularmente como trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es un trastorno del estado de ánimo. El afectado oscila entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología, atravesando períodos repetitivos de depresión (fases depresivas) que se alternan con temporadas de gran euforia (fases maníacas). Su expresión en el cerebro se produce en forma de un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores. Tiene tratamiento, de ahí la gran importancia de que el diagnóstico del afectado sea correcto.

A pesar de ser considerado un trastorno crónico, una atención integral que aborde todos los aspectos implicados: biológicos, psicológicos y sociales, puede conseguir la remisión total de las crisis. El elemento básico para el tratamiento del trastorno bipolar es la toma de conciencia del problema, su conocimiento por parte del afectado y sus allegados mediante una psicoeducación adecuada que les permita hacer frente a las crisis sin temores infundados y con las herramientas más válidas; así como prevenir las recaídas.

La terapia farmacológica personalizada, especialmente durante las fases de desequilibrio, es otra de las claves. Benzodiacepinas, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo son los fármacos más utilizados. En cuanto al

aspecto social, se debe buscar la plena integración en el entorno. Para ello es condición prioritaria la 'normalización' de éste y los demás trastornos mentales. La erradicación del estigma, de los estereotipos, prejuicios y rechazos con que se carga a las personas que padecen problemas mentales, es el mejor instrumento para que la propia persona afectada reduzca sus niveles de estrés social, que en muchas ocasiones son los que le provocan los cambios de humor extremos.

Los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda. En ocasiones pueden predominar los episodios maníacos ó los depresivos. Algunos de estos trastornos se denominan 'de ciclado rápido' porque el estado de ánimo puede cambiar varias veces en un período muy breve de tiempo. Otras veces se presenta el llamado "estado mixto", en el que los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa. Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta. Los síntomas maníacos y depresivos se pueden dar simultáneamente o en una sucesión rápida en la denominada fase mixta.

Durante la fase depresiva el paciente puede presentar: Pérdida de la autoestima, desánimos continuos, ensimismamiento, sentimientos de desesperanza o minusvalía, sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses, lentitud exagerada (lenta), somnolencia diurna persistente, mala junta, problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia, dificultad para tomar decisiones y confusión general enfermiza,

Cuando el paciente es tratado a tiempo deja de lado las situaciones "alocadas" y regresa a la vida real, para recuperar sus afectos y su vida,

pérdida del apetito, pérdida involuntaria de peso, pensamientos anormales sobre la muerte, pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio, disminución del interés en las actividades diarias, disminución del placer producido por las actividades cotidianas.

En la fase maníaca se pueden presentar: Agresión inútil e innecesaria, aumento de las actividades orientadas hacia metas (es decir, creen que pueden con todo, llegando a pensar que en pocos meses serán estrellas de cine, o grandes empresarios, si los contradicen suelen enojarse y pensar que el mundo está en su contra), ideas fugaces o pensamiento acelerado, enfadarse por cualquier cosa, autoestima alta, menor necesidad de dormir, agitación, logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando)., Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos) , un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas), creencias falsas, alucinaciones.

### B.3 Psicosis Alcohólicas

Esta enfermedad es un tipo de psicosis que ocurre cuando el sujeto se siente impulsado a beber excesivamente por muchas y variadas razones.

Freud, señala:

Constituye un método para huir de problemas comerciales, de las dificultades con la pareja o de sentimientos de inferioridad. Bebiendo, el cobarde cobra valor, el introvertido se siente cómodo y conversa normalmente, el desgraciado se siente feliz y desaparecen las frustraciones de la vida cotidiana. Si nos damos cuenta éstas razones podrían ser suficientemente válidas, pero según la teoría psicoanalítica la causa fundamental del acto de beber es la presencia de tendencias homosexuales reprimidas (p.31-CD-ROM DSM IV.)

Esta teoría se avala con los hechos de que los pacientes beben en compañía de otros hombres en una atmósfera íntima, además señalan que cuando oyen voces (características de la psicosis) estas son de prácticas homosexuales. “El alcoholismo puede considerarse una forma de autoagresión encaminada a impedir formas más graves de autodestrucción”. (Ídem). Esto se genera por un deseo reprimido del paciente por tener un castigo por su conducta tan desviada sexualmente y por tener toda esa confusión de identidad personal. Sus síntomas son:

- Ciega de cólera
- Confusión Mental

Se cree que este tipo de dolencia aparece en individuos con antecedentes psicopáticos, especialmente epilepsia, histeria, esquizofrenia y lesiones del cerebro.

### Sumenarge

Agotamiento tanto físico como mental por el estrés. La depresión es una reacción afectiva desagradable que va desde una simple sensación de abatimiento moral hasta el más profundo estado de tristeza y melancolía sus datos principales son tres:

1. Aplanamiento afectivo por que el paciente es incapaz de reír o de sonreír sus fascies es de indiferencia y se acentúan las arrugas y los surcos faciales naturales.

2. Bradipsiquia por que están disminuidas las ideas razonamientos y la en la unidad de tiempo y cuando estos están presentes son pensamientos pesimistas todo lo piensa con alto grado de dificultad, indiferencia y son frecuentes las ideas de autodestrucción o suicidio y se recuerda el paciente que se suicida siempre es el que sufre de depresión.

3. Hipoactividad motora por que permanecen en una posición durante semanas por lo general en decúbito dorsal o sentados dados al aislamiento cursan con anorexia total, no ingieren líquidos, descuidan el aseo personal su apariencia y el aseo corporal y de vestidos muy inadecuados rápida baja de peso corporal, insomnio, múltiples molestias corporales con predominio de cefalalgia occipital y mialgias en las regiones interescapulovertebrales.

La depresión en relación a su origen puede ser depresión reactiva o exógena por que sus causas provienen del medio socio familiar donde vive, conflictos en el área familiar, social, laboral, relación interpersonal y área sexual. Puede ser endógena o constitucional por que la depresión forma parte de su carácter y en la historia clínica existe el antecedente de periódicamente deprimirse sin razón desde la infancia.

La depresión puede ser sicótica o neurótica, en el primer caso el enfermo sufre de rompimiento con la realidad en el segundo caso a pesar de lo agudo de la ansiedad no percibe la realidad en forma distorsionada. La depresión puede ser por fatiga física y mental por que un estado de estrés prolongado produce el agotamiento y la mayor fatiga tanto física como mental

**B.4 Retardo Mental:** El retardo mental consiste en un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que se presenta junto con deficiencias de adaptación y se manifiesta durante el período de desarrollo.

En realidad, para ser diagnosticado como retrasado mental, la persona tiene que tener ambos, un coeficiente intelectual significativamente bajo y problemas considerables en su adaptación a la vida diaria. Sin embargo, la mayoría de los niños pueden aprender muchas cosas y al llegar a adultos

pueden vivir de una manera parcialmente independiente. Lo que es más importante, pueden disfrutar de la vida al igual que todo el mundo.

Se caracteriza por un funcionamiento inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retardo mental se manifiesta antes de los dieciocho años.

Las personas con retardo mental necesitan gozar de todos los servicios para su desarrollo (Cervera, S. Zapata, R).

- Educación
- Preparación vocacional
- Servicios de salud
- Recreación
- Deben de tener acceso a los centros de diagnóstico o evaluación, a programas de estimulación infantil hasta la etapa pre-escolar;
  - Programas educacionales que incluyen actividades apropiadas a la edad del niño
  - La enseñanza de las habilidades académicas para ser parte de la sociedad
  - Oportunidades para vivir en forma independiente y hasta obtener un empleo competitivo dentro de las máximas posibilidades (pp. 3
  - Las personas tienen la capacidad de aprender, desarrollarse, y crecer. La gran mayoría de estas personas puede lograr tomar parte productiva en la sociedad.

B.5. Demencia Senil: Se define la demencia senil de acuerdo con criterios DSM-III-R como un síndrome mental orgánica que se caracteriza por

un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad. Todas estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir significativamente en las actividades de relación, laborales o sociales.

Aunque el concepto es similar en el DSM-IV no se hace distinción entre trastornos y síndromes mentales orgánicos, introduciendo todos los tipos de demencias en el concepto de demencia como trastorno cognoscitivo.

Siguiendo el DSM-III-R, criterio diagnóstico para el Camdex, aparecen como rasgos asociados a la demencia: ansiedad, síntomas obsesivos, aislamiento social, ideación paranoide o celotipia y vulnerabilidad incrementada al estrés.

La edad de comienzo de la demencia senil es después de los 65 años, aunque existe otra demencia de inicio presenil.

El curso de acuerdo con la terapéutica puede ser, progresivo, estático o reversible (hipotiroidismo, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva).

Según la etiología puede ser de inicio brusco y curso estable (enfermedad neurológica), de inicio insidioso y curso lentamente progresivo (enfermedad degenerativa) y de inicio y curso lentos (tumores, hematoma subdural, metabolopatías, etc.)

El deterioro del estado general es variable. Leve, cuando conserva la capacidad de independencia, con un juicio relativamente intacto y una adecuada higiene personal; moderado, cuando necesita algún grado de supervisión y grave, cuando necesita supervisión continua, con estado vegetativo.

A lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen una serie de complicaciones, auto y heteroagresividad, delirio, traumatismos, infecciones diversas, desorientación temporoespacial, etc.

### Estancia Hospitalaria

La definición de Estancia es arbitraria y producto de un consenso. Ello se debe a que obviamente, las horas en que se producen los ingresos y las altas son variables. Desde el punto de vista práctico, existe una estancia cuando un enfermo pernocta y realiza una comida principal (Carlos Alvares Nebreda, 1998: 186)

Estancia Media: Refleja el número medio de estancias por enfermo, por servicios, plantas o conjunto del hospital y en un tiempo dado (Ídem)

Estancia media depurada: Es la estancia media excluidos todos aquellos casos extremos, es decir, aquellos casos considerados atípicos o fuera de lo normal en cuanto a estancia hospitalaria para aquella patología. (Ídem, 5)

Estancia por área: Serán aquellas generadas a la hora censal por pacientes hospitalizados en las unidades integrantes de las distintas áreas (Ibídem, :214)

Tiempos de Estancia Media: (T M E) Esta se determina sumando las estancias (días de ingreso) de todos los pacientes ingresados durante el periodo estudiado, dividido por el número de pacientes.

$$T.M.E = \frac{\sum \text{días de estancia de todos los pacientes estudiados}}{\text{Total pacientes estudiados}}$$

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

#### **Diseño y Tipo de la Investigación**

Desde el punto de vista metodológico el estudio se enmarca dentro de la investigación de Campo Descriptiva.

Desde el punto de vista Epidemiológico es un estudio Observacional Descriptivo.

#### **Población y Muestra**

El Universo (N) y muestra (n) de este estudio estuvo representado por: todos los pacientes que egresaron del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” de Maturín, Estado Monagas, Venezuela, durante el Primer Trimestre del 2009. Un total de 27 pacientes

En este estudio se contó con unidades de análisis que fueron las Historias Clínicas de estos pacientes.

#### **Instrumento de Recolección de Datos**

Se utilizó una entrevista epidemiológica formalizada en base a un cuestionario modificado por el investigador a partir del formulario utilizado por el Departamento de Servicio Social del Hospital “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” de Maturín, Estado Monagas; dicha entrevista fue focalizada

ya que estuvo dirigida a los individuos que forman parte de la población y muestra. El mismo se denominó:

Formulario para la Caracterización Epidemiológica de los pacientes **(F.C.E.P)**: Semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas dicotómicas

Dado que el formato original es el utilizado por el Departamento de Servicio Social del Hospital psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” ya se encuentra validado.

### **Procedimientos**

La investigación se realizó en las siguientes etapas:

1.-Visita a la Coordinación Regional de Salud Mental del Estado Monagas, a la dirección del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas; con la finalidad de solicitar autorización para la realización del estudio.

2.-Visita al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” de Maturín. Para solicitar las historias de los Pacientes Egresados durante el primer trimestre del 2009.

3.- Visita al Departamento de Servicio Social del Hospital para solicitar autorización para la revisión de los Informes Sociales de los Pacientes Egresados.

4.-Revisión Bibliográfica y Documental.

5.-Selección de los individuos que conforman la muestra: Visita diaria (de Lunes a Viernes) al Departamento de registros Médicos y Estadísticas de Salud del Hospital para solicitar las historias de los pacientes egresados durante el periodo de estudio.

6.- Diseño del Instrumento.

7.-Aplicación del Instrumento de Recolección de Datos.

8.-Tabulación de los Datos

9.-Análisis de los Datos

10.-Presentación de los Resultados.

### **Técnica de Recolección y Análisis de los Datos.**

Se Recolectaron los Datos utilizando como Instrumento el Formulario **F.C.E.P**

Los datos recabados en este instrumento fueron tabulados a través del paquete estadístico Microsoft Office Excel 2007.

Para el análisis de los datos se utilizó metodología cuantitativa; los resultados se presentan en tablas y gráficos

### SISTEMA DE VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICION TEORICA</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>
Diagnóstico de Ingreso	Diagnostico de Ingreso	Causa de hospitalización de acuerdo a la Clasificación del CIE-10 por la cual el médico dictamina el ingreso. del paciente al Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 3 del formulario FCEP
Diagnostico de egreso	Diagnostico de Egreso	Causa de salida del hospital de acuerdo a la clasificación del CIE-10 por la cual el médico dictamina el egreso del paciente del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 4 según respuesta a la pregunta formulario FCEP
Características Personales	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de ingreso del paciente al Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.	Edad en años según respuesta a la pregunta N° 2.1 del formulario FCEP
	Sexo	Condición orgánica que diferencia el macho (masculino) de la hembra (femenino) en los pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta 2.2 del Formulario FCEP

### SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL
Características personales	Ocupación	Empleo, facultad u oficio tienen y ejercen públicamente al momento del estudio los pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 2.3 del Formulario FCEP
	Procedencia	Lugar de habitación por Parroquia, Municipio o Estado de los paciente egresados del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 2.4 del Formulario FCEP
	Estado Civil	Es la situación física determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes de los pacientes del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 2.5 del Formulario FCEP
	Convivencia	Persona con quien vive el paciente egresado del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.o	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 2.6 del Formulario FCEP

### SISTEMA DE VARIABLES

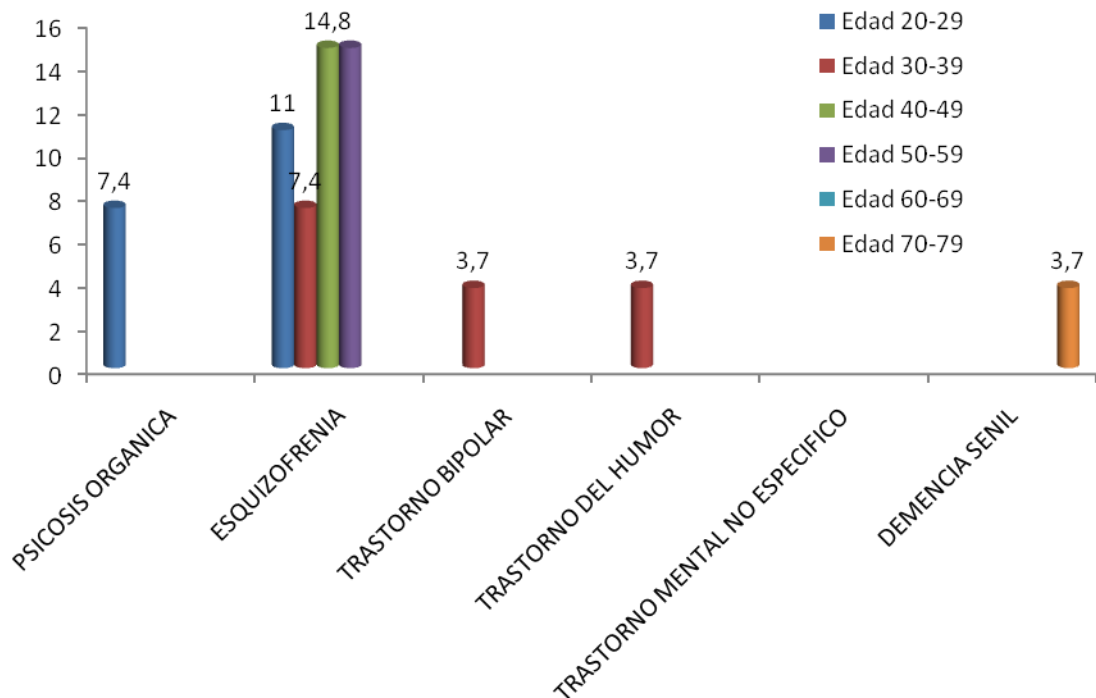
VARIABLES	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL
Causa de Egreso	Motivo por el cual el paciente sale del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 5 del Formulario FCEP
Días de Hospitalización	Tiempo transcurrido desde el ingreso al egreso de los paciente egresados del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 6 del Formulario FCEP
Promedio de Estancia Hospitalaria	Es la sumatoria de las estancias (días de ingreso) de todos los pacientes ingresados durante el periodo estudiado, dividido por el numero de pacientes del Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.	Número y porcentaje según respuesta a la pregunta № 7 del Formulario FCEP

## CAPITULO IV

### RESULTADO Y ANALISIS

#### GRAFICO 1

**Pacientes Psiquiátricos Masculinos según Diagnostico de Ingreso y Edad. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

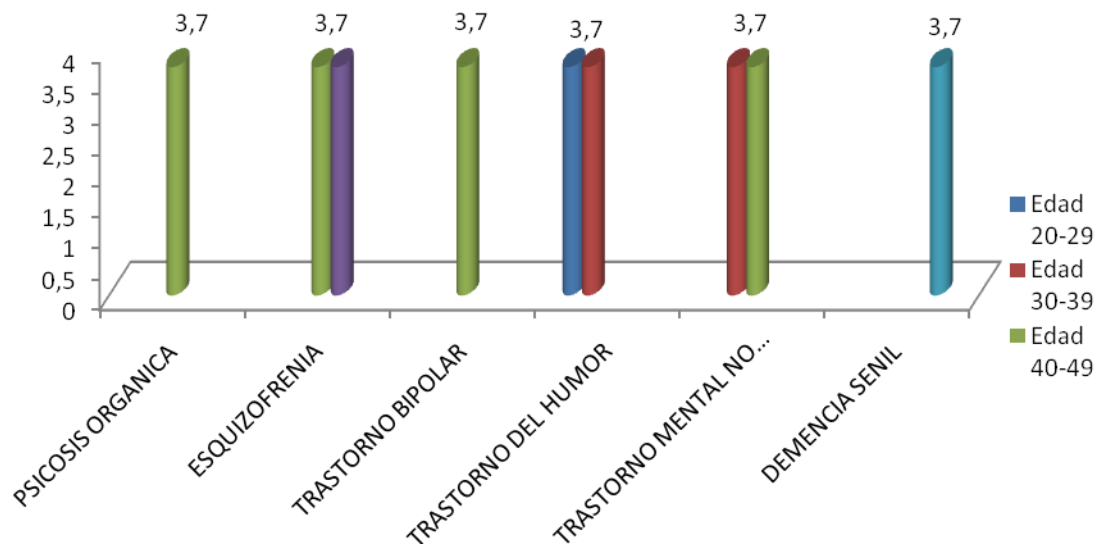


Fuente: Tabla 1

En pacientes Masculinos el principal diagnóstico de Ingreso fue Esquizofrenia (48%), con vulnerabilidad de los grupos etarios: 40-59 años en un 14,8%, seguida del grupo de 20-29 años en un 11% y del grupo de 30-39 años en un 7%. En segundo lugar: Psicosis Orgánica con un 7,4% en el grupo de 20-29 años.

## GRAFICO 2

**Pacientes Psiquiátricos Femeninos según Diagnostico de Ingreso y edad. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

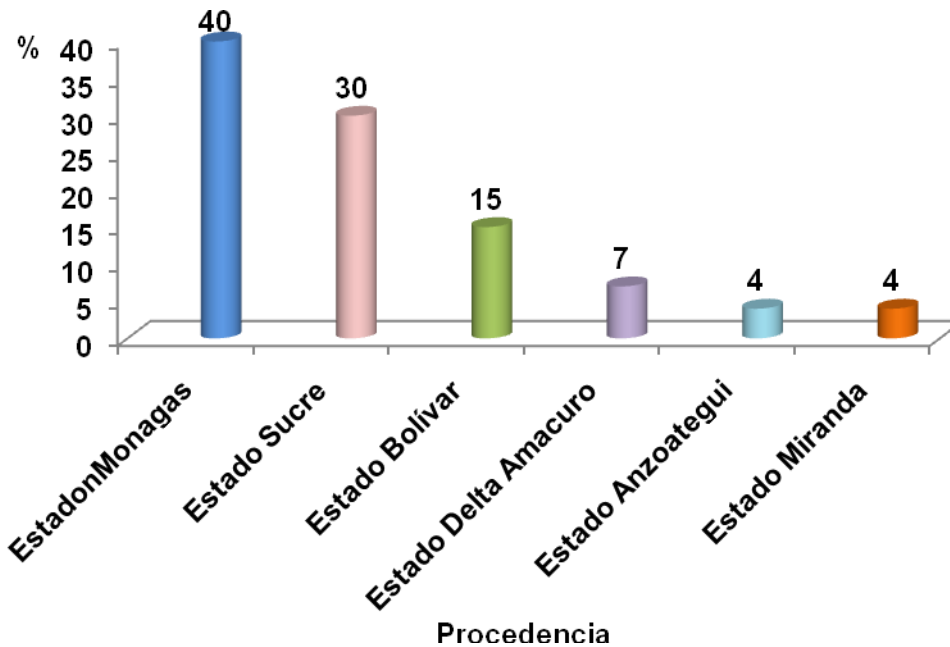


Fuente: Tabla 2

En las mujeres la distribución de las causas de ingreso fue la misma, 3,7% para cada una

### GRAFICO 3

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Procedencia Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

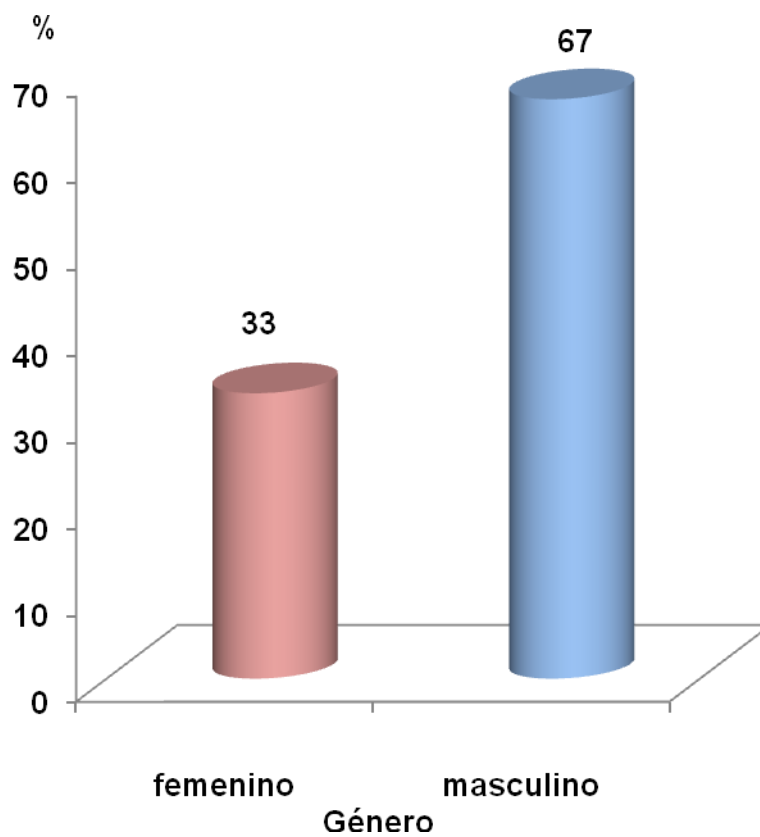


Fuente: Tabla 3

La mayor proporción de pacientes procedían del Estado Monagas un 40% (11 pacientes), un 30 % del Estado Sucre (8 pacientes), un 15 % del Estado Bolívar (4 pacientes), 7% del Estado Delta Amacuro (7 pacientes), 4% del Estado Anzoátegui (1paciente) y 4% del Estado Miranda (1 paciente).

**GRAFICO 4**

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

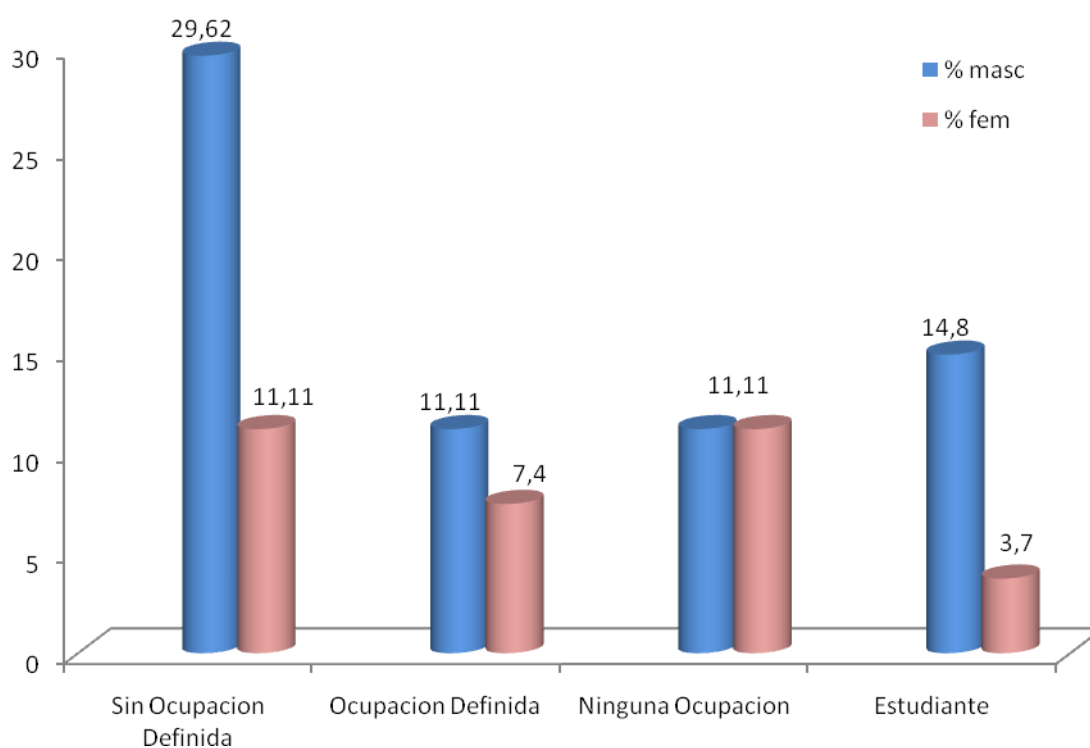


Fuente: Tabla 4

El Sexo Masculino predomino en un 66,66%.

### GRAFICO 5

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Ocupación y Sexo Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

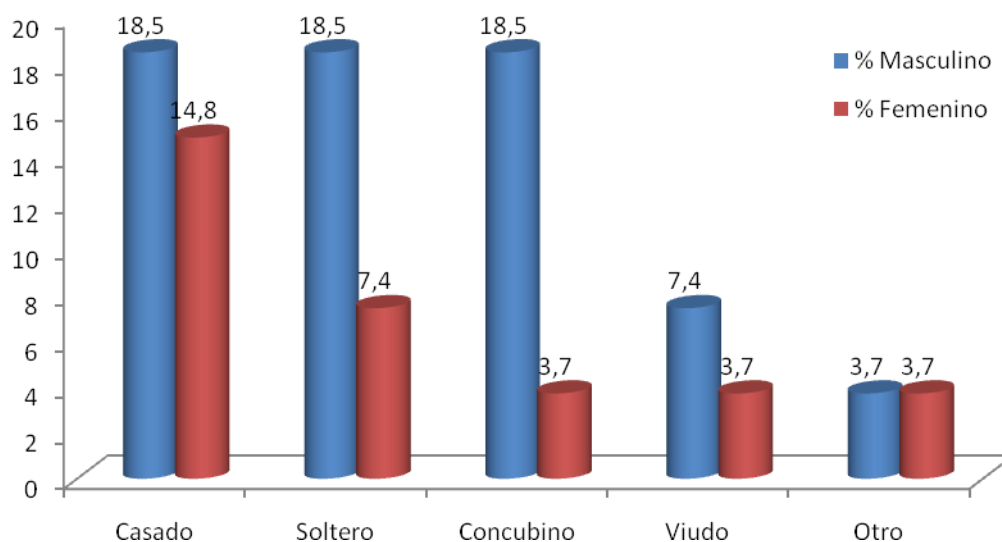


Fuente: Tabla 5

El mayor porcentaje de pacientes masculinos no tiene una ocupación definida, un 29,62%. Así mismo un 14,8% de pacientes Masculinos son estudiantes. En relación a las Mujeres: 11,11% no tiene ocupación definida, 11% ninguna ocupación 3,7% son estudiantes.

### GRAFICO 6

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Estado Civil. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

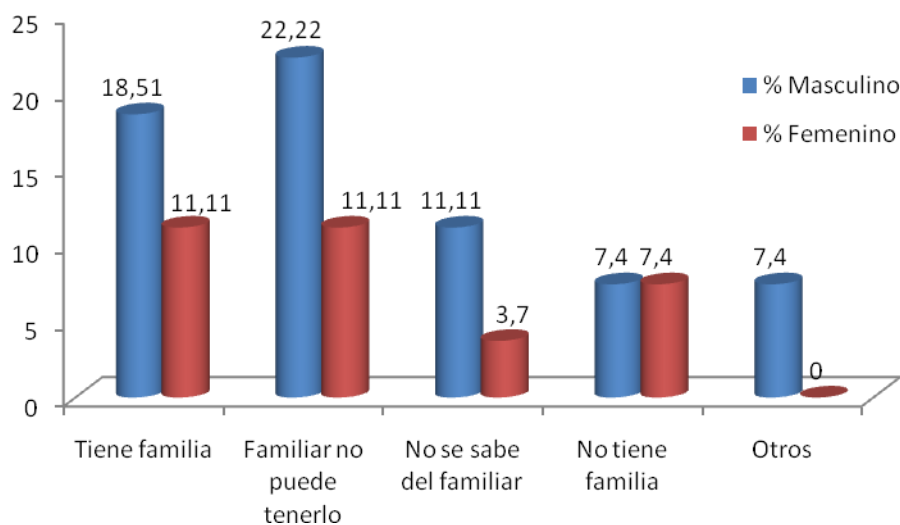


Fuente: Tabla 6

El porcentaje de hombres casados es igual al porcentaje de solteros, 18,8% cada uno. Un 7,4% son viudos. En las mujeres el 14,8% son casadas y un 7,4% solteras.

### GRAFICO 7

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Convivencia Familiar. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beuperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

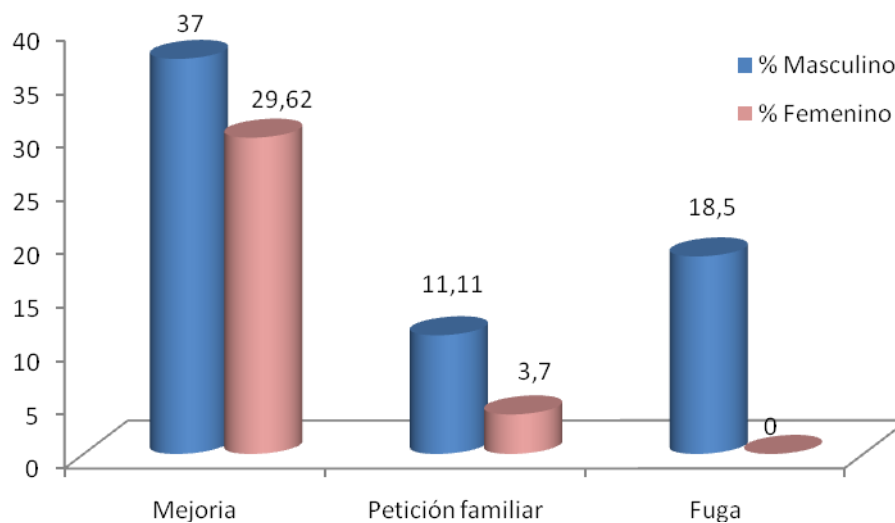


Fuente: Tabla 7

En el 22,22% de los pacientes egresados del sexo masculino no tienen familia, un 18,51% tienen familia que se hace cargo de ellos, un 11,11% no se sabe del familiar luego de la hospitalización y 7,4% no tiene familia. En las mujeres: 11,11% tienen familia y en igual porcentaje el familiar no pueden tenerlo o no se sabe del familiar y 7,4% no tienen familia.

**GRAFICO 8**

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Sexo y Motivo de Egreso. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

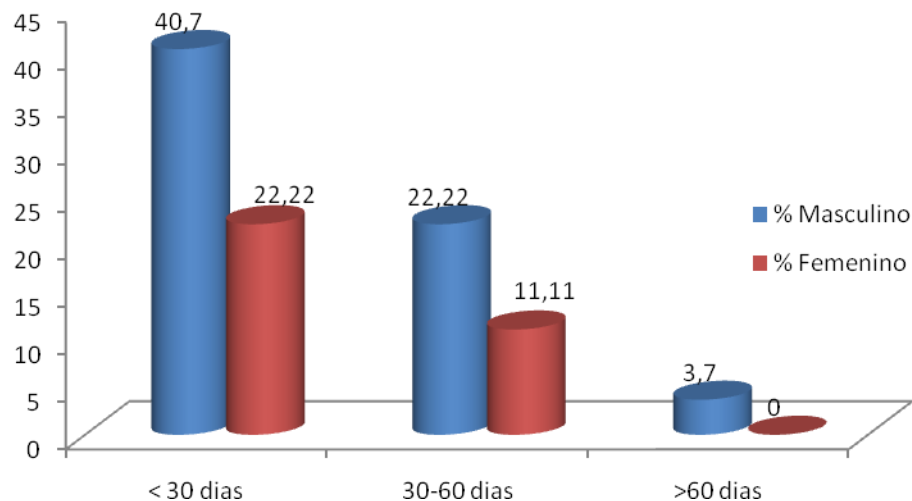


Fuente: Tabla 8

Por mejoría egresaron 37 % de los hombres y 29,62% de las mujeres. Por petición familiar egresaron 11, 11% de los hombres y 3,7% de las mujeres y por fuga: 18,5% de los hombres

### GRAFICO 9

**Pacientes psiquiátricos Egresados según Días de Hospitalización y Sexo Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beuperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

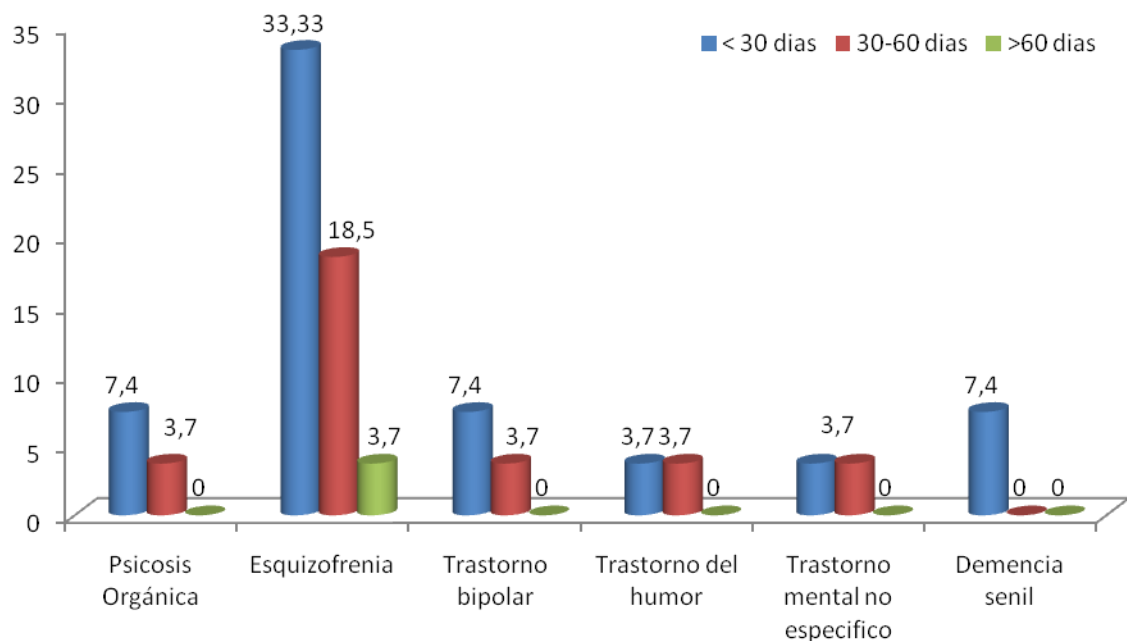


Fuente: Tabla 9

En los hombres, la mayor proporción (40,7%) permanecieron hospitalizados por un lapso menor a 30 días. Un 22,22% de 30-60 días y 3,7% por un tiempo mayor a 60 días. En las Mujeres: 22,22% permanecieron hospitalizadas por menos de 30 días y un 11,11% por un lapso de 30-60 días. Se determinó así mismo que la Estancia Hospitalaria tuvo una Media de 25,38 días; una Moda de 15 días; Una Mediana de 23 días y una Desviación Estándar de  $\pm 16,28$  días.

### GRAFICO 10

**Pacientes psiquiátricos Egresados según Días de Hospitalización y Diagnóstico Egreso. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy”. Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**



Fuente: Tabla 10

Los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia permanecieron hospitalizados por menos de 30 días, un 33,33 %. Por un lapso de 30-60 días: un 18,5% y por más de 60 días: un 3,7%. Los pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar: 7,4% permanecieron hospitalizados por menos de 30 días, un 3,7% por un lapso de 30-60 días (Iguales resultaron los diagnosticados con Psicosis Orgánica). Los pacientes con diagnóstico de

Demencia Senil permanecieron hospitalizados por un lapso menor de 30 días.

Calculo del Tiempo Medio de Estancia

$$\text{T.M.E} = \frac{782}{27} = 28,96 = 29$$

Se pudo comprobar en este estudio que el Tiempo Medio de Estancia de los pacientes reclusos en el hospital psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” de Maturín, Estado Monagas, Venezuela durante el primer trimestre 2009 fue de 29 días.

## CAPITULO V

### DISCUSION

Luego del análisis de los datos obtenidos es importante llamar la atención en cuanto al principal diagnóstico de ingreso y egreso de los Pacientes masculinos el cual fue la Esquizofrenia. Similar resultado se encontró en un estudio realizado en México por Víctor Manuel J, G. García (2008) en donde se presentó este mismo diagnóstico como Causa de ingreso y egreso con un 32,4%.

En cuanto al sexo femenino, estas Pacientes presentaron diagnósticos de ingreso y egreso en proporciones iguales para todas las patologías.

Cabe destacar que la edad representa una media de  $40 \pm 12,2$  años, con una moda de 27 años, esto coincide con un estudio realizado por Marziale y Villegas en el Hospital Universitario de Caracas (1994), en donde se presentó una frecuencia de estos pacientes en edades comprendidas entre los 20 y 40 años, muy similar.

En relación a la variable sexo en este estudio predominó el sexo masculino (66,66%), esto es similar a lo encontrado en un estudio realizado por Iglesias y. Rodríguez, sobre Trastornos Psíquicos, Casuística del Hospital Vargas. Enero-Junio 1995, en donde hubo un mayor predominio de ingreso de hombres.

Se pudo demostrar que 41% de los pacientes no tienen ocupación definida, esto es inferior a lo encontrado en un estudio realizado por Jiménez, D. (1998), en donde resultó que 64,6% no tenían una ocupación definida.

Se demostró que la mayoría son casados 33% (9 pacientes), 26% son solteros, hechos contrarios se encontraron en un estudio por Joffre, García, González y cols (2008), en donde de 263 pacientes estudiados: 156(59%) eran Solteros y 54 (20) pacientes eran casados.

En la mayoría de los pacientes el familiar no puede tenerlo y/o no se sabe de ellos. Sólo en un 30 % cuenta con algún familiar para su cuidado. Similares resultados se halló en el estudio realizado por Joffre et al, donde se manifiesta que un 22, 16% cuenta con algún familiar para su cuidado.

En relación al Motivo de Egreso, la mayoría (67%) egresaron por mejoría. Así mismo en un estudio realizado por Marziale y Villegas en el Hospital Universitario de Caracas (1994), se encontró que 74%.egresaron por mejoría

Los pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia permanecieron hospitalizados por menos de 30 días, similares resultados se observó en un estudio realizado por Joffre et al (2009): en donde el promedio de Estancia Hospitalaria en general fue de 17.2 días. Además se observó que en 101 casos de estos pacientes estudiados el diagnóstico de ingreso más frecuente fue Esquizofrenia (38.4%), teniendo una estabilidad diagnóstica en relación al egreso hospitalario.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

La mayoría de los Pacientes que ingresados a este centro fueron Masculinos en las etapas más productivas de su vida, siendo el principal diagnóstico de ingreso Esquizofrenia. A diferencia de las Mujeres quienes presentaron igualdad de porcentajes para todos los diagnósticos y en todos los grupos etarios (3,7% cada una). En su mayor parte estos Pacientes procedieron del Estado Monagas. Sin ninguna ocupación definida: Es importante mencionar además que los familiares en un gran porcentaje no quieren o no pueden hacerse cargo de estos pacientes.

La media de hospitalización fue de  $25,38 \pm 16,28$  días de Estancia y el Tiempo Medio de Estancia de los pacientes recluidos en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Luis Daniel Beauperthuy" Maturín. Estado Monagas Venezuela. Durante el primer trimestre del 2009 dio como resultado de 29 días.

Estos resultados demuestran que el tiempo de Estancia de los Pacientes en esta Institución no supera los 30 días en la mayoría de los pacientes Hospitalizados. Aun cuando se Esperaba un Promedio de Estancia prolongado por los antecedentes de dichos pacientes en la institución.

Esto puede explicarse por la coincidencia de Inicio del Postgrado de Psiquiatría en este recinto Hospitalario en Enero del 2008, en donde además ingresaron 6 Especialistas Psiquiatras y 4 Residentes de Postgrado. Lo que

mejoró la calidad de asistencia del paciente, asimismo se planificaron a través de la coordinación Nacional de psiquiatría los Egresos de los Pacientes a los EPLES para el primer Semestre del 2009.

Aun cuando es satisfactorio la mejoría notable en cuanto al Promedio de Estancia todavía queda un porcentaje de Pacientes que perdura por más de 30 días Hospitalizados (37%), sabiendo que este es un centro para Paciente Agudos. Esto podría relacionarse con el grado de convivencia familiar ya que la mayoría no tiene un familiar que se haga cargo o simplemente el familiar no quiere o no puede tenerlo en el hogar.

### **Recomendaciones**

1.-Considerar la formación de programas o intervenciones psicoterapéuticas, socioterapéuticas o educativas que permitan atender y por los menos atenuar, sino solucionar, la intensidad del sufrimiento y demás manifestaciones psíquicas y mejorar por ende la calidad de vida y la rehabilitación biopsicosocial de los pacientes.

2.-Corregir el funcionamiento de la Unidad de Hospitalización para abordar la mejora asistencial dirigida al funcionamiento de la Unidad de Hospitalización y poder solucionar los problemas inicialmente planteados, consideramos que era importante, la coordinación y mejora en la comunicación entre los diferentes profesionales y departamentos de la Unidad, por lo que se plantea:

Reuniones diarias de ingresos, con personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, supervisión, psiquiatras, trabajadora social, psicóloga y director de la Unidad.

Reuniones semanales con personal médico (Psiquiatras) y el personal de enfermería

En estas reuniones, se establecerán diferentes pautas a seguir con el paciente, tanto desde el punto de vista asistencial, como rehabilitador/ocupación tiempo libre.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ta edición. Washington DC.

Amezquita Medina, ME., González Pérez RE. y Zuluaga Mejía, D. (2000) Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento Suicida en una Universidad Estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 32(4):341-356. [Online]. Disponible en: <http://redalyc.uae.mx>. [Consulta: 2009, mayo 18].

Ávila Girón R. (1959). Consideraciones sobre la asistencia Psiquiátrica en Venezuela. *Revista de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología*; 51(104): 1-5. 2005 [Online]. Disponible en: [www.infomediconline.com/biblioteca/.../psiquiatría/.../art.152.pdf](http://www.infomediconline.com/biblioteca/.../psiquiatría/.../art.152.pdf). [Consulta: 2009, mayo 18].

Borges, G; Mora, ME y López Moreno, S. (2004).El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales .*Revista Salud Pública.*, México; 46:451-463. [Online].Disponible en:[www.scielosp.org/pdf/spm/v46n5/a10v46n5.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/spm/v46n5/a10v46n5.pdf). [Consulta: 2009, mayo 18].

Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado (2007).México Ediciones Larousse. Decimo tercera Edición.p.201

Fernández, P (2001). Epidemiología Conceptos Básicos. *Epidemiología Clínica*. Madrid Du Pont Phama. S.A. Unidad Epidemiología Clínica. Departamento de Medicina y Psiquiatría Universidad de Alicante., pp. 25-47

Franco y Gaviria (2004) Perfil Epidemiológico y Clínico de los Pacientes Hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado, Corazón durante Septiembre 2003 (Medellín). [Versión Electrónica] *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 33(4): 378-386 [Consulta: 2009, mayo 18].

Goodman and Gilman's. A. (1996), editors. *The pharmacological Basis of therapeutics*. 9na edición. Nueva York: Mc Grawg-Hill.

Hernández Ávila, M. (2007). *Epidemiología diseño y análisis de estudios*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.S.A

Hurtado, J. (2003). *Metodología de la Investigación Holística*. 2da. Edición. Editorial SYPAL. Caracas.

Iglesias, G. y Rodríguez, MA. (1995). Trastornos Psicóticos: Casuística del Hospital Vargas. *Revista Archivos Venezolanos de Psiquiatría Neurológica*; 41(84):9-12.

Jiménez (1998) *Escala facial de Depresión para Poblaciones de bajo nivel cultural con resultados preliminares en una muestra de pacientes Psiquiátricos ambulatorios*. [Documento www] URL. [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol.2num1/art\\_5.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol.2num1/art_5.htm). [Consulta: 2009, Junio 24].

Joffre, García, González y colabs (2009). Perfil de Pacientes admitidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano para su tratamiento y rehabilitación. págs. 296 a 303 [Versión electrónica]. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 15 (4). [Online]. Disponible en:

[www.alcmeon.com.ar/15/60/05\\_joffre%20alcmeon60pdf](http://www.alcmeon.com.ar/15/60/05_joffre%20alcmeon60pdf). [Consulta: 2009, Junio 24].

Marianne Cavazza Rossi, Sergio Paronetto y Pasquale Saraceno (1993) *Una reunión*, "Economía Pública", Bogota, D.C, n.4-5, pp. 159-172.

Marziale, Ángela y Villegas, Gloria. (1994) *Caracterización de la población hospitalizada en el servicio de Psiquiatría; quinquenio 1987-1991*. Caracas; s.n.; 62 p.

Medina Mora, Ma. E., Natera, G., Borges, G. y colabs. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. *Rev. Las Adiciones y la Salud Pública. Drogas, Alcohol y Sociedad. Salud Mental; 24(4)*.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Coordinación Nacional de Programas. Coordinación Nacional de Salud Mental, (2006). Proyecto de Ley de Salud Mental. [Versión electrónica] <http://www.cenaifgestalt.org/docs/saludmental/proyectedeleydesaludmental.pdf>. [Consulta: 2009, mayo 18].

Organización Mundial de la Salud (1996) *Guías de la OMS sobre Política y Salud Mental* (WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package).

Organización Mundial de la Salud (2006) *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*

Torres Ruiz, A, Lara, H, Espinoza Mendoza, G y colabs. (1998). *Análisis Epidemiológico de la Hospitalización Psiquiátrica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia de México*; 3(2):113-7.

Villegas Castaños, J. L.; López Sevilla, J. A., Cubillo Tejedor, J. M. y Porras, O. (1987). Presente y futuro de un Hospital Psiquiátrico. Plasencia (Cáceres).S. Hospital Psiquiátrico de Plasencia (Cáceres, ESPAÑA-UE). *Revista en red: psiquired.com*. [Consulta: 2009, Junio 24].

## **ANEXOS**

## (Anexo 1)

### DEFINICIÓN DE TERMINOS

**Caracterización epidemiológica:** Determinación de los atributos en tiempo, lugar y persona de los pacientes del hospital psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del estado Monagas, Venezuela. Primer trimestre 2009.

**Causa de egreso:** Motivo por el cual el paciente sale del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.

**Diagnóstico de Egreso:** Causa de salida del hospital de acuerdo a la clasificación del CIE-10 por la cual el médico dictamina el egreso del paciente del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.

**Diagnóstico de Ingreso:** Causa de hospitalización de acuerdo a la Clasificación del CIE-10 por la cual el médico dictamina el ingreso. del paciente al Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.

**Días de Hospitalización:** Tiempo transcurrido desde el ingreso al egreso de los paciente egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.

**Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de ingreso del paciente al Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009.

**Estado Civil:** Es la situación física determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes de los pacientes del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas. Venezuela. Primer Trimestre 2009.

**Estancia Hospitalaria:** Es la sumatoria de los días de ingreso de todos los pacientes dividido por el numero de pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009

**Establecimiento psiquiátrico de larga estancia:** Es un hospital u otro centro asistencial de carácter público o privado, destinado a la atención con permanencia superior a los cuarenta y cinco días de los pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009

**Ocupación:** Empleo, facultad u oficio que tienen y ejercen públicamente al momento del estudio los pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009

**Pacientes Psiquiátricos:** Es el diagnostico de un trastorno mental o del comportamiento según la clasificación Norteamericana DSM-IV o el del CIE-10(Los más usados).a los pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy” del Estado Monagas Venezuela. Primer Trimestre 2009

# **TABLAS**

**(Anexo 2)**

TABLA 1

**Pacientes Psiquiátricos Masculinos según Diagnostico de Ingreso y Edad. Hospital Psiquiátrico "Dr. Luís Daniel Beauperthuy." Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Diagnostico	Grupos de edad en años										Total			
	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69				70 a 79	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Psicosis Orgánica	2	7,4											2	7,4
Esquizofrenia	3	11,1	2	7,4	4	14,8	4	14,8					13	48
Trastorno Bipolar			1	3,7									1	3,7
Trastorno del Humor			1	3,7									1	3,7
Trastorno Mental no Especifico														
Demencia Senil											1	3,7	1	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>18,5</b>	<b>4</b>	<b>14,8</b>	<b>4</b>	<b>14,8</b>	<b>4</b>	<b>14,8</b>			<b>1</b>	<b>3,7</b>	<b>18</b>	<b>66,66</b>

**Fuente: F.C.E.P**

TABLA 2

**Pacientes Psiquiátricos Femeninos según Diagnostico de Ingreso y Edad. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beuperthuy.” Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Diagnostico	Grupos de edad en años										Total			
	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69				70 a 79	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Psicosis Orgánica					1	3,7							1	3,7
Esquizofrenia					1	3,7	1	3,7					2	7,4
Trastorno Bipolar	1	3,7			1	3,7							2	7,4
Trastorno del Humor			1	3,7									1	3,7
Trastorno Mental no Especifico			1	3,7	1	3,7							2	7,4
Demencia Senil									1	3,7			1	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>3,7</b>	<b>2</b>	<b>7,4</b>	<b>4</b>	<b>14,8</b>	<b>1</b>	<b>3,7</b>	<b>1</b>	<b>3,7</b>			<b>9</b>	<b>33,3</b>

**Fuente: F.C.E.P**

**TABLA 3**

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Procedencia. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy.” Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Estado Monagas	11	40
Estado sucre	08	30
Estado Bolivar	04	15
Estado Delta Amacuro	02	07
EstadoAnzoategui	01	04
Estado miranda	01	04
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

**Fuente: F.C.E.P**

TABLA 4

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según el Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beuperthuy.” Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Según el Sexo	Frecuencia	
	N°	%
Femenino	9	33,33
Masculino	18	66,66
TOTAL	27	100

**Fuente:** F.C.E.P

TABLA 5

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Ocupación Y Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy.” Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

OCUPACION	Masculino		Femenino		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin ocupación definida	8	29,6	3	11,11	11	40,7
Ocupacion definida	3	11,11	2	7,4	5	18,5
Ninguna ocupación	3	11,11	3	11,11	6	22,22
Estudiante	4	16,6	1	3,7	5	18,5
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>66,6</b>	<b>09</b>	<b>33,3</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

**Fuente:** F.C.E.P

TABLA 6

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Estado Civil. Y Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy.” Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Estado Civil	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Casado(a)	05	18,5	04	14,8
Soltero(a)	05	18,5	02	7,4
Concubino(a)	05	18,5	01	3,7
Viudo(a)	02	7,4	01	3,7
Otro(a)	01	3,7	01	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>66,6</b>	<b>09</b>	<b>33,3</b>

**Fuente: F.C.E.P**

TABLA 7

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Convivencia Familiar Y Sexo.  
Hospital Psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beauperthuy. Maturín, Estado  
Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

---

Convivencia Familiar	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Tiene Familia	5	18,5	3	11,11
Familiar no puede tenerlo	6	22,22	3	11,11
No se sabe del Familiar	3	11,11	1	3,7
No tiene Familia	2	7,4	2	7,4
Otros	2	7,4	0	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>66,6</b>	<b>09</b>	<b>33,3</b>

---

**Fuente: F.C.E.P**

TABLA 8

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según el Motivo de Egreso y Sexo.  
Hospital psiquiátrico “Dr. Luís Daniel Beuperthuy.” Maturín, Estado  
Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Motivo de egreso	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Mejoría	10	37	08	29,6
Petición familiar	03	11,1	01	3,7
Fuga	05	18,5	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>66,</b>	<b>09</b>	<b>33,3</b>

**Fuente:** F.C.E.P

TABLA 9

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Días de Hospitalización y Sexo. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy.” Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Días de Hospitalización	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
<30	11	40,7	06	22,22
30-60	06	22,22	03	11,11
>60	01	3,7	00	0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>66,6</b>	<b>09</b>	<b>33,3</b>

**Fuente: F.C.E.P**

TABLA 10

**Pacientes Psiquiátricos Egresados según Días de Hospitalización y Diagnóstico de Egreso. Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis Daniel Beauperthuy.” Maturín, Estado Monagas, Venezuela. Primer Trimestre 2009.**

Diagnostico de Egreso	Días de Hospitalización						Total	
	<30		30-60		>60			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Psicosis Orgánica	02	7,4	01	3,7			3	11
Esquizofrenia	09	33,3	05	18,5	01	3,7	15	55,5
	02	7,4	01	3,7			3	11
Trastorno Bipolar	01	3,7	01	3,7			2	7,4
Trastorno del Humor								
Trastorno Mental No Especifico	01	3,7	01	3,7			2	7,4
Demencia Senil	02	7,4					2	7,4
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>55,5</b>	<b>09</b>	<b>33,3</b>	<b>01</b>	<b>3,7</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: F.C.E.

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES EGRESADOS. DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. LUIS DANIEL**

**BEAUPERTHUY MATURÍN ESTADO MONAGAS VENEZUELA. PRIMER  
TRIMESTRE 2009.**

**FORMULARIO PARA LA CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE  
PACIENTES (F.C.E.P)**

**AUTOR: MD. MARISOLCARREÑO B**

**FORMULARIO PARA LA CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE  
PACIENTES  
(F.C.E.P)**

a.-Nº \_\_\_\_\_

1.-Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

## 2.-CARACTERISTICAS PERSONALES

2.1.- Edad al ingreso: \_\_\_\_\_ 2.2- Sexo: F  M 

2.3- Ocupación: \_\_\_\_\_

2.4- Procedencia: \_\_\_\_\_

2.5- Estado civil: \_\_\_\_\_

2.6.- Convivencia Familiar: \_\_\_\_\_

3.-DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_

4.-DIAGNOSTICO DE EGRESO: \_\_\_\_\_

5.-CAUSA DE EGRESO: Mejoría  Petición Familiar  Fuga 

6.-DIAS DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

7.-PROMEDIO DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_