

PERFIL TEMPORAL, SOCIODEMOGRÁFICO Y DIAGNÓSTICO DE CASOS ASISTIDOS PSICOLÓGICAMENTE EN SERVICIO DE GUARDIA GENERAL - JUJUY

TEMPORAL, SOCIO-DEMOGRAPHIC AND DIAGNOSTIC PROFILE OF PSYCHOLOGICALLY ASSISTED CASES AT AN EMERGENCY MEDICAL SERVICE – JUJUY

PERFIL TEMPORAL, SOCIODEMOGRÁFICO E DIAGNÓSTICO DE CASOS ATENDIDOS PSICOLÓGICAMENTE NO SERVIÇO DE GUARDA GERAL - JUJUY

Lorena Cecilia López Steinmetz^{1,3}, Mónica Noemí Medina², Juan Carlos Godoy¹

1 Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi-UNC-CONICET), Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

2 Servicio de Salud Mental, Hospital Pablo Soria. Jujuy, Argentina.

3 Email de contacto: cecilia.lopezsteinmetz@unc.edu.ar

Conceptos clave:

Que se sabe sobre el tema

La importancia de disponer de datos epidemiológicos ciertos para la toma de decisiones en salud es ampliamente reconocida. Sin embargo, Argentina prácticamente no cuenta con estudios epidemiológicos a mediana/gran escala sobre salud mental general. En la provincia de Jujuy, especialmente son muy escasas las investigaciones relacionadas con la salud mental general. Las pocas investigaciones realizadas hasta ahora abordaron aspectos específicos tales como consumo de alcohol e intentos suicidas.

Atento a ello, el objetivo del presente estudio fue conocer las principales características del perfil temporal, sociodemográfico y diagnóstico de los usuarios asistidos psicológicamente en el Servicio de Guardia general del principal hospital público de Jujuy.

Que aporta este trabajo

Este trabajo aporta el primer perfil diagnóstico de casuística asistida por urgencias en salud mental en la Provincia de Jujuy

Resumen:

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo conocer características temporales, sociodemográficas y diagnósticas de usuarios asistidos psicológicamente en el Servicio de Guardia general del principal hospital de Jujuy. **Métodos:** El estudio fue transversal (20/01/18 al 13/09/18). Se analizaron variables temporales, sociodemográficas y diagnósticas (según la CIE-10) en 657 casos. Para los análisis de datos se usó RStudio. Se informaron frecuencias y estadísticos descriptivos. Se evaluaron diferencias en edad según sexo (mujeres-varones) y según categorías de edad (adolescentes-adultos) con prueba de Wilcoxon y diferencias en agrupaciones diagnósticas según sexo y edad con prueba de Kruskal-Wallis. El error tipo I se fijó en ≤ 0.05 . **Resultados:** Prevalcieron los casos asistidos durante fines de semana. Del total, el 57.53% fueron mujeres. La media de edad en ambos sexos fue de 34.35 años (± 15.08 ; Mediana = 32). Hubo un patrón decreciente de casos desde franjas etarias menores a mayores. No hubo diferencias en edad según sexo (p -valor = 0.22), pero sí según categorías de edad (p -valor < 0.001). Prevalcieron casos con estado civil soltero y ocupación laboral. Las agrupaciones diagnósticas generales prevalentes fueron: Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (31.51%); Trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas (12.48%); Lesiones autoinfligidas intencionalmente (10.20%); Agresiones (9.59%). **Conclusiones:** Se presenta el primer perfil diagnóstico de casuística asistida por urgencias en salud mental en Jujuy. Se destaca la necesidad de diseñar estrategias de prevención para trastornos relacionados con alcohol y otras sustancias, dirigidas principalmente a adolescentes y jóvenes. Se discuten otras implicancias de los resultados presentados.

Palabras clave: servicios médicos de urgencia; salud mental; diagnóstico; distribución por edad; distribución por sexo.

Abstract:

Aim: The objective of this study was to know temporal, socio-demographic and diagnostic features of psychologically assisted patients at the General Emergency Service of the major hospital in Jujuy. **Methods:** The study was transversal (01/20/2018 to 09/13/2018). Temporal, socio-demographic and diagnostic variables (according to ICD-10) were analyzed in 657 cases. For data analysis RStudio was used. Frequencies and descriptive statistics were reported. We evaluated differences in age according to sex (women-men) and according to age categories (adolescents-adults) with Wilcoxon Test, and differences in diagnostic clusters according to sex and age with Kruskal-Wallis Test. The type I error was set at ≤ 0.05 . **Results:** Cases assisted during weekends prevailed. From the total, 57.53% were women. The mean age in both sexes was 34.35 years (± 15.08 ; Median = 32). A decreasing pattern of cases from younger to older age groups were found. There were no differences in age according to sex (p -value = 0.22), but they were differences according to age categories (p -value < 0.001). Cases with single marital status and employment were prevalent. The prevalent general diagnostic groups were: Neurotic, stress-related and somatoform disorders (31.51%); Disorders due to psychoactive substance use (12.48%); Intentional self-harm (10.20%); Assault (9.59%). **Conclusions:** We present the first diagnostic profile of mental health emergency-assisted casuistry in Jujuy. We highlight the need to design prevention strategies for alcohol and other psychoactive substances related disorders, aimed primarily at adolescents and young people. We discuss further implications of the results.

Keywords: emergency medical services; mental health; diagnosis; age distribution; sex distribution

Resumo

Objetivo: Este estudo teve como objetivo conhecer características temporais, sociodemográficas e diagnósticas de usuários psicologicamente atendidos no Serviço de Guarda Geral do principal hospital de Jujuy. **Métodos:** O estudo foi transversal (20/01/18 a 13/09/18). Variáveis temporais, sociodemográficas e de diagnóstico (de acordo com a CID-10) foram analisadas em 657 casos. O RStudio foi utilizado para análise dos dados. Frequências descritivas e estatísticas foram relatadas. As diferenças de idade foram avaliadas de acordo com o sexo (mulheres-homens) e de acordo com as categorias de idade (adolescentes-adultos) com o teste de Wilcoxon e as diferenças nos grupos de diagnóstico de acordo com o sexo e a idade com o teste de Kruskal-Wallis. O erro do tipo I foi definido como $\leq 0,05$. **Resultados:** predominaram os casos atendidos nos finais de semana. Do total, 57,53% eram mulheres. A idade média em ambos os sexos foi de 34,35 anos ($\pm 15,08$; mediana = 32). Houve um padrão decrescente de casos de faixas etárias menores para as maiores. Não houve diferenças na idade de acordo com o sexo (valor de $p = 0,22$), mas de acordo com as categorias de idade (valor de $p < 0,001$). Casos pré-avaliados com estado civil único e emprego. Os grupos diagnósticos gerais predominantes foram: distúrbios neuróticos relacionados ao estresse e somatomórficos (31,51%); Distúrbios pelo uso de substâncias psicoativas (12,48%); Lesões intencionalmente autoinfligidas (10,20%); Agressões (9,59%). **Conclusões:** É apresentado o primeiro perfil diagnóstico de casos assistidos por emergências de saúde mental em Jujuy. Destaca-se a necessidade de elaborar estratégias de prevenção para transtornos relacionados ao álcool e outras substâncias, voltados principalmente para adolescentes e jovens. Outras implicações dos resultados apresentados são discutidas.

Palavras chave: serviços médicos de emergência; saúde mental; diagnóstico; distribuição por idade; distribuição por sexo

Recibido: 2019-09-14 Aceptado: 2020-09-21

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n1.25419>



© Universidad Nacional de Córdoba

Introducción

El Hospital Pablo Soria (HPS) de Jujuy es una institución pública de salud, de tercer nivel de complejidad y de referencia provincial. En enero de 2018, se implementó el proyecto de Psicólogos de Guardia (PG) (24 hs.) en el Servicio de Guardia (SG) general del HPS. Acorde a los lineamientos establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental¹, los PG se insertaron como un servicio más dentro de dicho SG, a fin de brindar una atención interdisciplinaria y de calidad a los usuarios de servicios de salud generales y públicos. La inserción de los PG en el SG general del HPS es diferente que una guardia de salud mental propiamente dicha, tanto en lo que se refiere a enfoque, alcances-limitaciones y conformación del equipo de salud (e.g., en este SG no se cuenta con psiquiatra ni con enfermeros especializados en salud mental).

Desde el año 2004, el SG general del HPS cuenta con psicólogos de guardia. Dichas guardias eran cubiertas por los profesionales Residentes de la Residencia en Psicología Clínica y Comunitaria del Hospital Néstor Sequeiros de Jujuy. Sin embargo, depender de recursos humanos externos al HPS para la cobertura de guardias implicaba dos defectos. El primero, que dicha cobertura era parcial: sólo en horas de la tarde los días hábiles y en horario diurno los fines de semana². El segundo, que los Residentes no tenían supervisión en el SG. La actual inserción de los PG en el SG general del HPS enmendó ambos defectos.

La importancia de disponer de datos epidemiológicos ciertos para la toma de decisiones en salud es ampliamente reconocida. Argentina prácticamente no cuenta con estudios epidemiológicos a mediana/gran escala sobre salud mental general. A nivel nacional, los pocos datos existentes se refieren a egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento durante 2005 a 2011^{3,4}. Al respecto, entre los principales trastornos mentales y del comportamiento en egresos hospitalarios se destacaron: consumo de psicotrópicos (prevalentes en hombres de 15 a 24 años y en mujeres de 15 a 19 años); esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (prevalentes en hombres de 20 a 24 años y en mujeres de 30 a 44 años); trastornos del humor (predominantes en mujeres aunque con picos en ambos sexos de 15 a 19 años); trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (predominantes en mujeres de todas las edades, pero principalmente en 30 a 49 años)^{3,4}. Sin embargo, al referirse sólo a egresos hospitalarios, estos datos excluyen los casos moderados y leves que no requirieron internación. Algunos otros datos disponibles a nivel nacional se refieren a temáticas específicas tales como suicidio⁵ y consumo de alcohol⁶. Por otra parte, hay estimaciones que indicaron que en Argentina probablemente el 21% de la población de 15 o más años padecía algún trastorno mental durante 2010⁷ y que los trastornos depresivos y de ansiedad fueron, respectivamente, la 6^{ta} y 7^{ma} causa de discapacidad durante 2016⁸, pero lo cierto es que estas estimaciones no se fundamentaron en encuestas epidemiológicas a gran escala efectuadas en Argentina. En cambio, se realizaron extrapolando datos relevados en algunos otros países de América Latina y el Caribe. Recién en 2018 se publicó un estudio⁹ epidemiológico sobre salud mental en adultos de población general de áreas urbanas de Argentina, el cual reportó una prevalencia de por vida del 29.1% para cualquier trastorno mental, con las mayores prevalencias en trastornos del estado de ánimo (especialmente depresivos), de ansiedad y relacionados con el alcohol. Empero, ese estudio es representativo sólo de las áreas metropolitanas más grandes del país, las que excluyen a Jujuy. En esta provincia hay escasas investigaciones relacionadas con la salud mental, entre las que se cuentan algunas sobre consumo de alcohol^{10,11} y sobre intentos suicidas^{2,12-17}. Atento a todo lo mencionado, el objetivo del presente estudio es conocer las principales características del perfil temporal, sociodemográfico y diagnóstico de los usuarios asistidos psicológicamente en el SG general del HPS.

Métodos

El estudio fue epidemiológico, de corte transversal. El período de estudio abarcó desde el 20/01/18 (inserción de los PG) hasta el 13/09/18. Se contabilizaron todos los casos asistidos por los PG en el SG general del HPS durante ese período (n = 657). Al momento del estudio, se contaba con un total de 7 PG para brindar la cobertura todos los días durante las 24 hs. (un psicólogo por guardia). Los algoritmos de admisión y evaluación psicológica diseñados para la intervención de los PG¹⁸, establecían que esta se producía si algún médico de guardia realizaba un pedido de interconsulta. No obstante,

además de los casos asistidos tras interconsultas (570 casos), también se asistieron casos derivados directamente desde instituciones hospitalarias (10 casos), servicio de emergencias SAME (28 casos), instituciones de seguridad (2 casos) y algunos otros casos que se presentaron espontáneamente para asistencia psicológica (47 casos). Las atenciones psicológicas se brindaban en el mismo SG general. Los datos se registraron posterior a dichas atenciones, periódicamente y anonimizados, en una planilla Excel elaborada *ad hoc*. Los datos analizados en este trabajo se presentan divididos en tres perfiles:

- **Perfil temporal:** incluye datos referidos a mes y día de atención.

- **Perfil sociodemográfico:** incluye datos sobre lugar de procedencia, sexo, edad, estado civil y ocupación. El sexo se categorizó en términos dicotómicos: mujer-varón. La edad se analizó en términos de frecuencias, de franjas etarias (amplitud de clase 10 años) y agrupada en las categorías adolescente o bien adulto. La categoría adolescente se extendió hasta los 24 años inclusive, siguiendo criterios actuales¹⁹. El estado civil se analizó según las categorías¹⁴: soltero; pareja conviviente (sea que estuviera casado o en concubinato); pareja no conviviente; divorciado (ruptura de relación conviviente); ruptura de relación no conviviente; viudo (fallecimiento de pareja conviviente); fallecimiento de pareja no conviviente. La situación ocupacional se analizó según las categorías²⁰: estudiante; laboral (incluyó casos que tenían trabajo remunerado y también incluyó a quienes se dedicaban a tareas domésticas, i.e., la figura de *ama de casa*); sin ocupación referida (casos que no trabajaban ni estudiaban y esto les era egosintónico); desempleado (casos de desempleo propiamente dicho, i.e., egodistónico); jubilado (jubilado propiamente dicho, retirado y pensionado).

- **Perfil diagnóstico:** incluye datos referidos a cantidad de atenciones psicológicas por cada paciente, evaluación de la disponibilidad de redes de contención socio familiar, acompañamiento por parte de seres queridos durante la asistencia del usuario en el SG y diagnóstico principal. Por cantidad de atenciones psicológicas se entendió la cantidad de dichas atenciones que fueron necesarias para resolver el motivo de consulta de cada paciente. Cada atención psicológica se delimitó por semejanza con una sesión psicológica. En dicho conteo se incluyeron las entrevistas con el paciente y, cuando las hubo, las entrevistas con familiares, pareja, amigos y/u otros referentes del paciente. La evaluación de la disponibilidad de redes de contención sociofamiliar fue realizada por cada psicólogo tratante y categorizada en una de las siguientes opciones: disponible, deficiente, no disponible. El registro de los datos sobre acompañamiento del paciente se estableció en términos de presencia-ausencia. En cuanto al diagnóstico, se incluyó sólo el principal. Para la codificación diagnóstica se siguió la clasificación de la CIE-10²¹, y se presentaron según agrupación diagnóstica general y según codificación diagnóstica específica.

Para los análisis de los datos se usó el programa RStudio versión 3.5.3 (2019-03-11)²². Se informaron frecuencias absolutas (f) y porcentajes (%). Se calcularon los estadísticos descriptivos: media, desviación estándar (\pm d.e.) y mediana. Dado que la distribución de casos según edad no cumplió con el supuesto de normalidad (Shapiro-Wilk = 0.93, *p*-valor < 0.001; Asimetría = 0.73; Curtosis = 2.81), se utilizaron test no paramétricos para evaluar diferencias; específicamente, la prueba de Wilcoxon (W) para muestras independientes y la prueba de Kruskal-Wallis (K-W). En todos los análisis el error tipo I se fijó en \leq 0.05.

Resultados

Perfil temporal

En el período de estudio se asistieron psicológicamente n = 657 casos. La media fue de 73 casos mensuales (\pm 34.44; mediana = 80). El mayor porcentaje de casos fue asistido en marzo (16.74%), seguido de abril (16.13%), mayo (14.31%), julio (13.39%), febrero y junio con iguales porcentajes (12.18% cada mes), agosto (9.74%), días de enero (3.20% del 20 al 31 de enero) y días de septiembre (2.13% del 1 al 13 de septiembre). En la distribución por días de la semana, el mayor porcentaje de casos fue asistido los domingos (19.18%), seguido de sábados (18.11%), viernes (15.83%), martes (15.22%), miércoles (12.02%), lunes (10.05%) y jueves (9.59%).

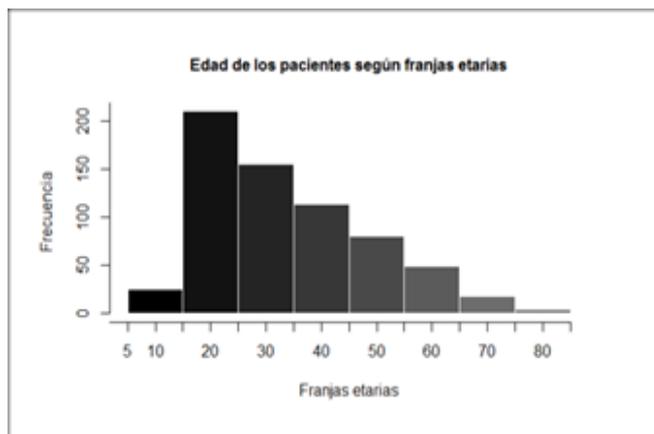
Perfil sociodemográfico

La mayoría de pacientes que requirió asistencia psicológica en el SG eran oriundos de San Salvador de Jujuy, capital de la provincia. La distribución de casos según lugar de procedencia se presenta en la **tabla 1**.

Tabla 1. Distribución de casos asistidos psicológicamente según lugar de procedencia.

Lugar de procedencia	Ambos sexos	
	f	%
San Salvador de Jujuy (Jujuy, Argentina)	549	83.56
Palpalá (Jujuy, Argentina)	23	3.50
Perico (Jujuy, Argentina)	15	2.28
Monterrico (Jujuy, Argentina)	10	1.52
El Carmen (Jujuy, Argentina)	9	1.37
La Quiaca (Jujuy, Argentina)	6	0.91
Abra Pampa (Jujuy, Argentina)	6	0.91
Tilcara (Jujuy, Argentina)	4	0.61
Humahuaca (Jujuy, Argentina)	4	0.61
Susques (Jujuy, Argentina)	2	0.30
San Pedro (Jujuy, Argentina)	2	0.30
San Antonio (Jujuy, Argentina)	2	0.30
Ledesma (Jujuy, Argentina)	2	0.30
Huacalera	2	0.30
Purmamarca (Jujuy, Argentina)	2	0.30
Aguas Calientes (Jujuy, Argentina)	1	0.15
Cochinoca (Jujuy, Argentina)	1	0.15
Fraile Pintado (Jujuy, Argentina)	1	0.15
Palma Sola (Jujuy, Argentina)	1	0.15
Pampa Blanca (Jujuy, Argentina)	1	0.15
Santa Catalina (Jujuy, Argentina)	1	0.15
Buenos Aires (Argentina)	3	0.46
Formosa (Argentina)	2	0.30
Salta (Argentina)	2	0.30
Córdoba (Argentina)	1	0.15
Chaco (Argentina)	1	0.15
Mendoza (Argentina)	1	0.15
Neuquén (Argentina)	1	0.15
Tierra del Fuego (Argentina)	1	0.15
Perú	1	0.15

Del total de casos, el 57.53% eran mujeres y el restante 42.47% varones. La razón entre sexos (mujer-varón) fue 1.35 a 1. Por edad, la media en el grupo ambos sexos fue 34.35 años (± 15.08 ; mediana = 32), de 35.02 años en mujeres (± 15.30 ; mediana = 33) y de 33.45 años en varones (± 14.76 ; mediana = 30). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad de los pacientes en función del sexo ($W = 55615$, $p\text{-valor} = 0.23$). El 33.49% de los casos eran adolescentes y el 66.51% restante adultos. La media de edad fue de 19.13 años en adolescentes (± 2.81 ; mediana = 19) y de 42.02 años en adultos (± 21.75 ; mediana = 40), con diferencias significativas entre ambos grupos ($W = 278.50$, $p\text{-valor} < 0.001$). Por franjas etarias, el mayor porcentaje de casos se concentró en 15-24 años y hubo un patrón decreciente hacia franjas etarias mayores. Cabe señalar que, aunque en el HPS se asiste a pacientes desde los 15 años, se registraron dos casos menores a dicha edad: uno de 13 y otro de 14 años (**Figura 1**).



La distribución de casos según estado civil se muestra en la **tabla 2** y según ocupación en la **tabla 3**. Los mayores porcentajes

Tabla 2. Casos asistidos psicológicamente, según estado civil en ambos sexos y en cada sexo (n = 657)

Estado civil	Ambos sexos		Mujeres		Varones	
	f	%	f	%	f	%
Soltero	286	43.53	146	22.22	140	21.31
Pareja conviviente (casado o concubinato)	202	30.75	123	18.72	79	12.02
Pareja no conviviente	72	10.96	42	6.39	30	4.57
Divorciado (ruptura de relación conviviente)	59	8.98	41	6.24	18	2.74
Viudo (fallecimiento de pareja conviviente)	21	3.20	15	2.28	6	0.91
Ruptura de relación no conviviente	15	2.28	11	1.67	4	0.61
Fallecimiento de pareja no conviviente	2	0.30	0	0	2	0.30
n	657	100	378	57.52	279	42.46

correspondieron a estado civil soltero y a situación ocupacional laboral, respectivamente.

Tabla 3. Casos asistidos psicológicamente, según ocupación en ambos sexos y en cada sexo (n = 657)

Ocupación	Ambos sexos		Mujeres		Varones	
	f	%	f	%	f	%
Laboral (incluye ama de casa)	294	44.75	183	27.85	111	16.89
Sin ocupación referida (no trabaja ni estudia, pero esto es egosintónico)	139	21.16	60	9.13	79	12.02
Estudiante	132	20.09	85	12.94	47	7.15
Desempleado (desocupación egodistónica)	67	10.20	30	4.57	37	5.63
Jubilado, pensionado o retirado	25	3.81	20	3.04	5	0.76
n	657	100	378	57.53	279	42.45

Perfil diagnóstico

En cuanto a la cantidad de atenciones psicológicas que fue necesario brindar a cada paciente para responder a su motivo de consulta, en el 49.92% de los casos se requirió sólo una atención, en el 27.09% de los casos se requirieron dos atenciones, en el 11.26% se requirieron tres atenciones, en el 5.48% se requirieron cuatro atenciones y en el restante porcentaje de casos se requirieron cinco o más atenciones (3.20% cinco atenciones; 1.67% seis atenciones; 0.61% siete atenciones; 0.61% ocho atenciones; 0.15% trece atenciones). Del total, el 61.19% permaneció acompañado por familiares, amigos y/u otros seres queridos durante la asistencia en el SG, mientras que el 38.81% no contó con dicho acompañamiento. En cambio, las evaluaciones de redes de contención sociofamiliar que realizaron los psicólogos tratantes indicaron que el 56.01% contaba con adecuadas redes de contención sociofamiliar, el 34.40% contaba con redes de contención sociofamiliar, aunque las calidades de estas eran deficientes y el 9.59% no contaba con dichas redes.

En la **tabla 4** se presenta la distribución de casos según diagnóstico principal que motivó la asistencia psicológica en el SG general del HPS. Dichos datos se presentan según agrupación diagnóstica general (en ambos sexos con medidas de tendencia central según edad y en cada sexo) y, además, según codificación diagnóstica específica (en ambos sexos). En el total de casos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las agrupaciones diagnósticas generales según sexo ($K-W = 0.80$, $df = 1$, $p\text{-valor} = 0.37$), ni según edad ($K-W = 82.37$, $df = 64$, $p\text{-valor} = 0.06$). Tampoco hubo diferencias en las agrupaciones diagnósticas generales según edad en el grupo de adolescentes ($K-W = 16.80$, $df = 13$, $p\text{-valor} = 0.21$; **Tabla 5**), ni en el grupo de adultos ($K-W = 62.13$, $df = 55$, $p\text{-valor} = 0.24$; **Tabla 5**).

Tabla 4. Diagnóstico principal según agrupación diagnóstica general en ambos sexos y en cada sexo, y codificación diagnóstica específica en ambos sexos (n = 657)

Agrupación diagnóstica general a	Ambos sexos			Mujeres			Varones			Código diagnóstico específico a	Ambos sexos	
	f	%	M de edad ± d.e.	f	%	f		%	f		%	
Tr. mentales orgánicos, incluidos los tr. sintomáticos (F00-F09)	6	0.91	61.50 ± 22.89	5	0.76	1		0.15	F00	3	0.46	
									F05	3	0.46	
Tr. mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)	82	12.48	28.51 ± 11.40	21	3.20	61		9.28	F10	32	4.87	
									F10.0	5	0.76	
									F10.3	3	0.46	
									F12	1	0.15	
									F14 (cocaína prop. dicha)	2	0.30	
									F14 (pasta base)	6	0.91	
									F14.3 (pasta base)	1	0.15	
									F19	27	4.11	
									F19.0	1	0.15	
									F19.3	4	0.61	
Esquizofrenia, tr. esquizotípicos y tr. delirantes (F20-F29)	12	1.83	35.17 ± 15.03	4	0.61	8		1.22	F20	2	0.30	
									F21	1	0.15	
									F29	9	1.37	
Tr. del humor [afectivos] (F30-F39)	14	2.13	44.64 ± 17.87	8	1.22	6		0.91	F31	2	0.30	
									F32	12	1.83	
Tr. neuróticos, tr. relacionados con el estrés y tr. somatomorfos (F40-F48)	207	31.51	38.22 ± 15.78	138	21.00	69		10.50	F40	1	0.15	
									F40.0	1	0.15	
									F41	1	0.15	
									F41.0	18	2.74	
									F41.1	17	2.59	
									F41.9	12	1.83	
									F43.0	117	17.81	
F43.1	1	0.15										

PERFIL PSICOLÓGICO EN GUARDIA

										F43.2 (duelo)	26	3.96
										F44	6	0.91
										F45.1	5	0.76
										F45.2	1	0.15
										F45.3	1	0.15
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59)	7	1.07	18.71 ± 6.40	5		0.76	2		0.30	F50.2	4	0.61
										F50.9	3	0.46
Tr. de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69)	1	0.15	13.00 ± 0	1		0.15	0		0	F63.8	1	0.15
Tr. emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F90-F98)	1	0.15	16.00 ± 0	1		0.15	0		0	F94.0	1	0.15
Tr. episódicos y paroxísticos (G40-G47)	5	0.76	40.40 ± 17.77	3		0.46	2		0.30	G40	4	0.61
										G45	1	0.15
Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	2	0.30	61.50 ± 8.49	2		0.30	0		0	O04	2	0.30
Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta (R40-R46)	3	0.46	25.67 ± 8.02	1		0.15	2		0.30	R41	2	0.30
										R41.2	1	0.15
Síntomas y signos generales (R50-R69)	15	2.28	30.33 ± 17.88	8		1.22	7		1.07	R56	15	2.28
Accidentes de transporte (V01-V99)	22	3.35	31.09 ± 13.06	8		1.22	14		2.13	V01-V09	2	0.30
										V20-V29	12	1.83
										V40-V49	8	1.22
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84)	67	10.20	26.78 ± 11.95	36		5.48	31		4.72	X60	10	1.52
										X61	17	2.59
										X68	4	0.61
										X69	2	0.30
										X70	14	2.13
										X78	14	2.13
										X80	4	0.61
										X81	1	0.15
										X83	1	0.15
Agresiones (X85-Y09)	63	9.59	30.73 ± 10.15	51		7.76	12		1.83	Y04	19	2.89
										Y05	13	1.98
										Y07.0	31	4.72

PERFIL PSICOLÓGICO EN GUARDIA

Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)	27	4.11	30.26 ± 14.62	11		1.67	16		2.44	Y10-Y14	6	0.91
										Y18	1	0.15
										Y19	1	0.15
										Y28	19	2.89
Persona en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes (Z00-Z13)	8	1.22	32.13 ± 13.75	3		0.46	5		0.76	Z03	8	1.22
Persona en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de la salud (Z40-Z54)	100	15.22	38.22 ± 14.11	60		9.13	40		6.09	Z51	98	14.92
										Z53	2	0.30
Persona con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales (Z55-Z65)	8	1.22	37.88 ± 12.87	7		1.07	1		0.15	Z59	1	0.15
										Z63	5	0.76
										Z63.0	1	0.15
										Z64	1	0.15
Persona con riesgos potenciales para su salud, relac. con su historia fliar. y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud (Z80-Z99)	7	1.07	50.14 ± 13.78	5		0.76	2		0.30	Z91.1	7	1.07
n	657	100		378		57.53	279		42.47	n	657	100

M = media; ± d.e. = desviación estándar; f = frecuencias; % = porcentajes; Tr. = trastorno/s; relac. = relacionados; fliar. = familiar; prop. = propiamente.

a Agrupaciones diagnósticas y códigos diagnósticos específicos según clasificación de la CIE-10.

Tabla 5. Frecuencias y medidas de tendencia central de agrupaciones diagnósticas generales en los grupos de adolescentes y de adultos.				
Grupo de adolescentes (n = 220)				
Agrupación diagnóstica general a	n	M	±d.e.	Mdn
Tr. mentales orgánicos, incluidos los tr. sintomáticos (F00-F09)	1	16.00	±0.00	16.00
Tr. mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)	39	19.79	±2.88	19.00
Esquizofrenia, tr. esquizotípicos y tr. delirantes (F20-F29)	2	18.00	±1.41	18.00
Tr. del humor [afectivos] (F30-F39)	2	19.50	±2.12	19.50
Tr. neuróticos, tr. relacionados con el estrés y tr. somatomorfos (F40-F48)	52	18.94	±2.74	19.00
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59)	6	16.33	±1.21	16.50
Tr. de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69)	1	13.00	±0.00	13.00
Tr. emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F90-F98)	1	16.00	±0.00	16.00
Tr. episódicos y paroxísticos (G40-G47)	1	15.00	±0.00	15.00
Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	1	14.00	±0.00	14.00
Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta (R40-R46)	1	18.00	±0.00	18.00
Síntomas y signos generales (R50-R69)	6	18.33	±2.25	18.00
Accidentes de transporte (V01-V99)	8	19.63	±2.70	20.50
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84)	40	19.50	±3.32	20.00
Agresiones (X85-Y09)	21	19.57	±2.56	19.00
Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)	12	20.25	±2.53	21.00
Persona en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes (Z00-Z13)	3	18.00	±2.00	18.00
Persona en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de la salud (Z40-Z54)	22	18.86	±2.25	19.00
Persona con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales (Z55-Z65)	1	16.00	±0.00	16.00
Grupo de adultos (n = 437)				
Categoría diagnóstica general a	n	M	±d.e.	Mdn
Tr. mentales orgánicos, incluidos los tr. sintomáticos (F00-F09)	5	69.60	±6.73	68.00
Tr. mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)	43	36.51	±10.52	33.00
Esquizofrenia, tr. esquizotípicos y tr. delirantes (F20-F29)	10	39.70	±13.36	36.00
Tr. del humor [afectivos] (F30-F39)	12	48.83	±15.59	52.00
Tr. neuróticos, tr. relacionados con el estrés y tr. somatomorfos (F40-F48)	155	44.95	±12.74	43.00
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59)	1	33.00	±0.00	33.00
Tr. episódicos y paroxísticos (G40-G47)	4	46.75	±12.34	47.50
Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	1	26.00	±0.00	26.00
Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta (R40-R46)	2	29.50	±6.36	29.50
Síntomas y signos generales (R50-R69)	9	38.33	±19.40	27.00
Accidentes de transporte (V01-V99)	14	38.07	±11.55	31.50
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84)	27	37.81	±11.69	37.00
Agresiones (X85-Y09)	42	36.33	±7.74	36.50
Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)	15	37.13	±15.32	33.00
Persona en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes (Z00-Z13)	5	35.20	±8.53	33.00
Persona en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de la salud (Z40-Z54)	78	43.50	±10.80	42.00
Persona con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales (Z55-Z65)	7	41.00	±10.10	39.00
Persona con riesgos potenciales para su salud, relac. con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud (Z80-Z99)	7	50.14	±13.78	50.00
M = media; ±d.e. = desviación estándar; Mdn = Mediana; Tr. = trastorno/s; relac. = relacionados; fliar. = familiar.				
a Agrupaciones diagnósticas generales según clasificación de la CIE-10.				

Discusión

Del total de casos ($n = 657$), el mayor porcentaje fue asistido durante los fines de semana. Esto coincide con la caracterización informada al respecto, en un estudio anterior, para casos de intentos de suicidio¹³. Prevalcieron los casos de mujeres (57.53%) y, por edad, los casos de franjas etarias menores (15-24 y 25-34 años, i.e., adolescentes y adultos jóvenes). Para el total, la media de edad fue 34 años. Sin embargo, dada la elevada variabilidad (± 15.10), los datos de edad están mejor representados por la mediana, la cual fue de 32 años. Ésta fue superior a la mediana de edad de inicio para cualquier trastorno mental, que fue reportada en 20 años según un reciente estudio⁹ que abarcó las principales áreas metropolitanas de Argentina, entre las cuales no se incluye Jujuy. Por una parte, esa divergencia podría deberse a que la casuística asistida por urgencias en salud mental en Jujuy se caracteriza de modo diferente a las casuísticas de grandes urbes. En este sentido, estudios previos sobre urgencias suicidas en Jujuy¹³⁻¹⁶ hallaron características específicas de esta casuística que discrepan de caracterizaciones de casuísticas foráneas. Por otra parte, la señalada divergencia de edad podría estar indicando que la mayoría de los casos asistidos en el SG general del HPS no corresponde a casos de primer episodio de trastornos mentales. En cualquiera de los casos, son necesarios estudios adicionales a fin de profundizar en el conocimiento de las principales características sociodemográficas en la casuística local. En cuanto al estado civil, fue prevalente soltero (44.29%), – lo cual fue en cierto modo consistente con la caracterización de la muestra según edad –, mientras que la situación ocupacional prevalente fue laboral (43.38%). Hubo muchos casos asistidos psicológicamente cuyos diagnósticos principales estuvieron relacionados con aspectos orgánicos no-mentales (e.g., agrupaciones diagnósticas G40-G47, O00-O08, R40-R46, R50-R69, V01-V99, Z00-Z13, Z40-Z54, Z80-Z99). Esto se comprende si se recuerda que el enfoque del proyecto de inserción de los PG no apuntó a constituir una guardia de salud mental propiamente dicha, sino a brindar asistencia psicológica a usuarios asistidos en el SG de este hospital general. Al respecto, cabe destacar que dicho enfoque es acorde a los lineamientos establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental¹.

En cuanto a los casos asistidos por problemas relacionados con salud mental específicamente, las cuatro agrupaciones diagnósticas prevalentes fueron: Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48), Trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19), Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84) y Agresiones (X85-Y09). La agrupación diagnóstica F40-F48, que fue prevalente en ambos sexos (31.51%), estuvo influida principalmente por cuadros en los que la angustia fue el síntoma cardinal. En dicha agrupación, las categorías diagnósticas específicas más prevalentes fueron Reacción al estrés agudo (F43.0) y Trastorno de adaptación (F43.2), referido éste privativamente a reacción de duelo.

La agrupación diagnóstica F10-F19 acumuló el segundo mayor porcentaje (12.48%). Sus diagnósticos específicos más prevalentes fueron los trastornos debidos al uso de alcohol (F10) seguidos de los debidos al uso de múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas (F19). Lo hallado es consistente con estudios nacionales⁹ y foráneos²³ que destacan la prevalencia de trastornos relacionados con alcohol, especialmente en población más joven²⁴. En este estudio hubo numerosos otros casos que, debido al diagnóstico principal que motivó la atención, fueron agrupados en diagnósticos relacionados con aspectos orgánicos no-mentales. No obstante, cabe destacar que en muchos de esos casos el alcohol jugó un importante rol como factor desencadenante, interviniente o bien coadyuvante (datos no presentados). Esto último es consistente con estudios que señalan que el abuso y dependencia de alcohol se relacionan con accidentes automovilísticos²⁵, violencia doméstica²⁶, escasa adherencia al tratamiento médico²⁷, entre otros aspectos.

La agrupación diagnóstica X60-X84, que consistió en los casos de intento de suicidio, acumuló el tercer mayor porcentaje (10.20%). Esto corrobora reportes anteriores que indican que los intentos de suicidio son prevalentes entre los casos asistidos psicológicamente por problemas relacionados con salud mental en el SG general del HPS, principal hospital público de Jujuy^{2,12,13,15,16}. El método más prevalente en intentos suicidas fue envenenamiento autoinfligido intencionalmente con drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas (X61). Esto fue consistente con lo reportado previamente en este sitio de estudio¹⁷. Le siguieron como métodos frecuentes ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (X70) y autolesiones con objeto cortante (X78), con iguales

porcentajes entre ambos. Esto indicaría un cambio en la tendencia en el uso de métodos en intentos suicidas, ya que durante 2007-2008 y 2011-2012, el segundo método más frecuente era X78, pero su porcentaje de uso (27.30%) superaba ampliamente a X70 (6.80%)¹⁷. Además, lo hallado alerta sobre la importancia del uso de psicofármacos como método en intentos de suicidio. Al respecto, es importante señalar que restringir el acceso a los métodos más frecuentemente utilizados en intentos suicidas demostró ser una estrategia eficaz de prevención y reducción de suicidios tanto intentados como consumados, según reportes de estudios foráneos²⁸⁻³⁰. Finalmente, si bien los intentos suicidas se ubicaron como tercer grupo diagnóstico más prevalente (10.20%), es posible que su prevalencia haya sido mayor, ya que parte del porcentaje de casos que se categorizaron como eventos de intención no determinada (Y10-Y34: 4.11%) podría, en realidad, corresponder a aquéllos.

Por último, cabe mencionar que el cuarto mayor porcentaje estuvo representado por la agrupación diagnóstica X85-Y09 (9.59%). La mayoría de los casos agrupados allí tuvieron como común denominador la violencia de género. Consistieron principalmente en casos de víctimas de maltrato (incluye abuso físico, sexual, crueldad mental, tortura) por esposo o pareja (Y07.0), además de casos de víctimas de agresión sexual con fuerza corporal (Y05). Aparte de los casos que tuvieron aquél común denominador, se incluyeron los casos de víctimas de agresión por terceros, que fueron codificados como agresión con fuerza corporal (Y04). Lo hallado en cuanto a la prevalencia de casos de víctimas de violencia de género destaca la necesidad de elaborar estrategias de prevención y abordaje específicos destinados a este grupo.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados presentados enfatizan la necesidad de diseñar e implementar estrategias de prevención para trastornos relacionados con alcohol y otras sustancias psicoactivas, dirigidas primordialmente a población adolescente y joven. Por otra parte, en base a los resultados presentados, se recomienda aplicar intervenciones destinadas a restringir el acceso a los métodos más frecuentemente utilizados en intentos suicidas (e.g., psicofármacos), como estrategia de prevención y reducción de suicidios intentados y/o consumados.

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad de este trabajo se limita a los autores del mismo

Fuentes de apoyo:

Ninguna

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Bibliografía

1. Congreso de la Nación Argentina. Ley n° 26657. Ley nacional de salud mental. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina;2010. Disponible:<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/1750-179999/175977/norma.htm>
2. López Steinmetz LC. Sondeo de factores de riesgo del proceso de suicidio en pacientes que recibieron atención psicológica de Guardia por intento de suicidio en la provincia de Jujuy en el año 2007. *Clepios*. 2009;15(48):22-5.
3. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina 2005-2010. Sector público. Buenos Aires: DNSMyA, Ministerio de Salud; 2014.
4. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Epidemiología en salud mental y adicciones*. Buenos Aires: DNSMyA, Ministerio de Salud; 2015.
5. Ministerio de Salud. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones, 3. Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011.
6. Ministerio de Salud. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones, 4. Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011.
7. Ministerio de Salud. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones, 1. Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2010.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation. Argentina [internet]. s.f. Disponible: <http://www.healthdata.org/argentina>
9. Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S, Vommaro H, Loera G, Medina-Mora ME, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(4):341-50.
10. Alderete E, Bianchini P. Consumo de alcohol en la consulta de una sala de emergencia. *Medicina (Buenos Aires)*. 2008;68(1):31-6.
11. Alderete E, Kaplan CP, Nah G, Pérez-Stable EJ. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública de México*. 2008;50(4):300-7.
12. López Steinmetz LC. Análisis y caracterización de factores de riesgo del proceso suicida. Estudio clínico-psicológico bianual (períodos 2007-2008) de intentos suicidas en servicio de guardia. *Jujuy. Difusiones*. 2012;3:7-27.
13. López Steinmetz LC. Marcadores temporales de riesgo supuesto en casos asistidos psicológicamente en un Servicio de Guardia: Descripción de sus distribuciones y confrontación de la hipótesis de asociación entre temporalidad y conductas suicidas. *Investigaciones en Psicología*. 2015;20(2):79-93.
14. López Steinmetz LC. Análisis de soledad objetiva y subjetiva en intentos de suicidio. *Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*. 2017;(2017):103-29.
15. López Steinmetz LC. Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 2017;9(1):44-53.
16. López Steinmetz LC. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*. 2017;11(1):89-100.
17. López Steinmetz LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias Psicológicas*. En prensa-2019;13(2).
18. López Steinmetz LC. Algoritmos de admisión y de evaluación psicológica en Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria. *Disertación, por invitación. En: Ateneo para profesionales del Hospital Pablo Soria: Objetivos, Funciones y Organigramas de la Guardia de Psicología en un Hospital General*. Jujuy; 16 mayo de 2018.
19. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8.
20. López Steinmetz LC, López Steinmetz RL, Godoy JC. Is unemployment less important than expected for suicide attempted in developing regions? Occupational profile of suicide attempts in Jujuy north westernmost Argentina. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(1):67-75.
21. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10a Revisión. Vol. N° 1. Washington D.C.: OPS; 1995.
22. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. 2019. Disponible: <https://www.R-project.org/>.
23. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence studies of substance-related disorders: A systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):373-84.
24. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-42.
25. Chou SP, Dawson DA, Stinson FS, Huang B, Pickering RP, Zhou Y et al. The prevalence of drinking and driving in the United States, 2001-2002: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83(2):137-46.
26. Caetano R, Nelson S, Cunradi C. Intimate partner violence, dependence symptoms and social consequences of drinking among white, black and Hispanic couples in the United States. *Am J Addict*. 2001;10(suppl):60-9.
27. Bazargan-Hejazi S, Bazargan M, Hardin E, Bing EG. Alcohol use and adherence to prescribed therapy among under-served Latino and African-American patients using emergency department services. *Ethn Dis*. 2005;15(2):267-75.
28. Daigle MS. Suicide prevention through means restrictions: Assessing the risk of substitution: A critical review and synthesis. *Accid Anal Prev*. 2005;37:625-32.
29. Law CK, Svetcic J, De Leo D. Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2014;38:134-8.
30. Skegg K, Herbison P. Effect of restricting access to a suicide jumping site. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43:498-502.