

Psiquiatría de Comunidad en Turrialba

Néstor Zamora Quesada *

PROLOGO

El actual Plan de Estudios para el entrenamiento de psiquiatras de la Universidad de Costa Rica, obliga al residente de Tercer Año a realizar una labor de tipo comunal en alguna zona del país. El presente trabajo corresponde a mi experiencia en el Hospital de Turrialba, cuya zona de atracción comprende una buena parte de la región del Atlántico. Agradezco profundamente la colaboración que me ha sido prestada a las siguientes personas: Dr. Alvaro Gallegos Chacón, sin cuya dirección técnica, confianza y apoyo constantes, no habría sido posible esta labor. Dr. Zeirith Rojas Alfaro por sus valiosas observaciones en la supervisión de la Psicoterapia de Grupo. Dr. Alvaro Zúñiga Soto, Director del Hospital y compañeros médicos, por su interés y excelente acogida. Personal paramédico y administrativo del mismo centro, por su amable colaboración en numerosas gestiones. Especial mención a la señorita Teresita Rojas Cubero, Encargada de Estadísticas, que me ayudó en la recopilación de datos y preparación de los cuadros y gráficas; y Sra. Janeth Ch. de Valverde que mecanografió el trabajo. A todos ellos, mi afecto y agradecimiento.

INTRODUCCION

Desde el año de 1965 en que se inició la Psiquiatría de Comunidad, introducida al país por el Dr. Alvaro Gallegos Chacón, a la sazón Director de la Sección de Adultos del Hospital Psiquiátrico Chapuí y actual Jefe de los Servicios de Psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social, tal actividad ha ido extendiéndose, primero al área metropolitana, y después, rebazando estos límites, a regiones muchos más apartadas. La extensión ha sido tan rápida y efectiva, y tan bien comprendida por el cuerpo médico nacional, que puede decirse, ya es sólo cuestión de personal y dinero para que embarque todo el ámbito del país. En los años siguientes al 69

quedaron establecidas consultas psiquiátricas permanente en los Hospitales de San Ramón, Cartago, Heredia, Alajuela, Liberia, y Dispensarios de Nicoya. Actualmente se está saliendo ya de la primera etapa, la etapa de "interasamiento", y se inicia la etapa de consolidación. Vemos así que en Heredia y Cartago ya hay un psiquiatra permanente y "stock" de psicofármacos sufragado por el mismo hospital regional; Alajuela ingresará el año entrante en la misma senda, y se espera que Liberia también. El Seguro Social ya tiene servicios psiquiátricos en todas las Clínicas Periféricas, y en los Dispensarios de Cartago, Heredia, Alajuela y Liberia; y ya se tiene en proceso la Consulta psiquiátrica en todos los hospitales de la Caja fuera de San José. Con el aumento de la demanda de Servicios Psiquiátricos, las labores del Residente de Tercer Año han tenido que ser restringidas cada vez más a la consulta de pacientes, con detrimento de las acciones comunitarias propiamente dichas y del entrenamiento mismo del Residente. Ya es un lugar común decir que, si bien la parte exclusivamente médico-asistencial es de primerísima importancia, no menos lo es la movilización de los recursos locales humanos y materiales que, a la vez que apoyan a la primera, tienen que ver con la prevención, mantenimiento del estado de remisión y rehabilitación de los pacientes. Esta situación volverá a equilibrarse cuando haya psiquiatras de planta en varios centros regionales, con residentes laborando bajo su supervisión. Sería muy saludable tal vez que el médico que se va a especializar en Psiquiatría, hiciera su período de Servicio Social después del tercer año de especialización, en centros supervisados por especialistas. Me tocó en suerte, con profunda satisfacción, ser el pionero de este tipo de servicios de la Zona del Atlántico. La respuesta del público ha sido tan buena como en las otras zonas a donde se ha llegado. El pueblo es igual en cualquier parte del país. Con la colonización del suelo patrio por el "cartago", que se vió grandemente acelerada después de la Segunda Guerra Mundial, se ha formado lo que bien podemos llamar una cultura tica, o la cultura de los ticos, que se caracteriza entre otras cosas por un no

* Cátedra de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia, C.C.S.S.

tomarse demasiado en serio a ellos mismos; sean cuales fueren los recursos, el pueblo vive al día, sin grandes expectativas, gastándose hoy lo que quizás no tenga mañana. Tal vez no sea una gran cualidad; pero quizás por eso también, sea un pueblo que no tiene amo.

GENERALIDADES

El Hospital de Turrialba está ubicado en el Cantón de Turrialba, una hermosa región de la Provincia de Cartago. Este cantón tiene un área de 1.396.96 Km² y una población total de 75.946 habitantes. La distancia a San José por carretera es de 64 Kms., principal vía de comunicación, sirviendo también el Ferrocarril Nacional del Atlántico para el transporte de carga y pasajeros. El área de construcción del Hospital es de 5.480 m². Hay insuficiencia de planta física, y algunas oficinas administrativas ocupan un edificio en otra parte de la ciudad. A pesar de no haber sido construido de acuerdo con los proyectos médico-arquitectónicos vigentes en materia hospitalaria, es un bello edificio, considerado como Clase C solamente por no estar ubicado en cabecera de provincia, pero a la altura de cualquiera de Clase B por las facilidades y por localidad de los servicios. Cuenta con Consulta Externa con: Medicina General, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Planificación, Pediatría, Odontología, y Optometría. Y en Servicios Clínicos de Hospitalización: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Y Paramédicos: Emergencias, Enfermería, Laboratorio Clínico, Farmacia, Rayos X, Servicio Social y Dietética.

El área de atracción es el siguiente:

Cantón	Distrito
Jiménez	Juan Viñas
	Tucurrique
	Pejibaye
Turrialba	Turrialba
	La Suiza
	Peralta
	Santa Cruz
	Pavones
	Tuis
	Tayutic
	Santa Teresita
Santa Rosa	
Alvarado	Pacayas
	Cervantes
	Capellades

Para efectos de internamiento se incluye Siquirres, y lo mismo cuenta para Psiquiatría; tocó atender también a un paciente de Pococí, que es zona de atracción del Hospital de Guápiles, y a otro de Limón. El Hospital de Turrialba recibe pacientes de una serie de Dispensarios satélites propiedad de La Caja (Juan Viñas, Atirro, La Suiza, Tucurrique, Santa Cruz, Peralta, Pejiballe), pero también recibe de Dispensarios particulares y de Unidades Sanitarias. En la consulta de Psiquiatría sólo atendimos pacientes asegurados. La población asegurada de la zona de atracción (sin contar Siquirres) es de 33.955. El distrito de mayor población asegurada es Turrialba, siguiendo en orden decreciente Juan Viñas, La Suiza, Santa Rosa, Tucurrique, Pejibaye, Santa Cruz, Peralta, Tayutic, Santa Teresita, Pavones, Pacayas, Tuis, Cervantes y Capellades.

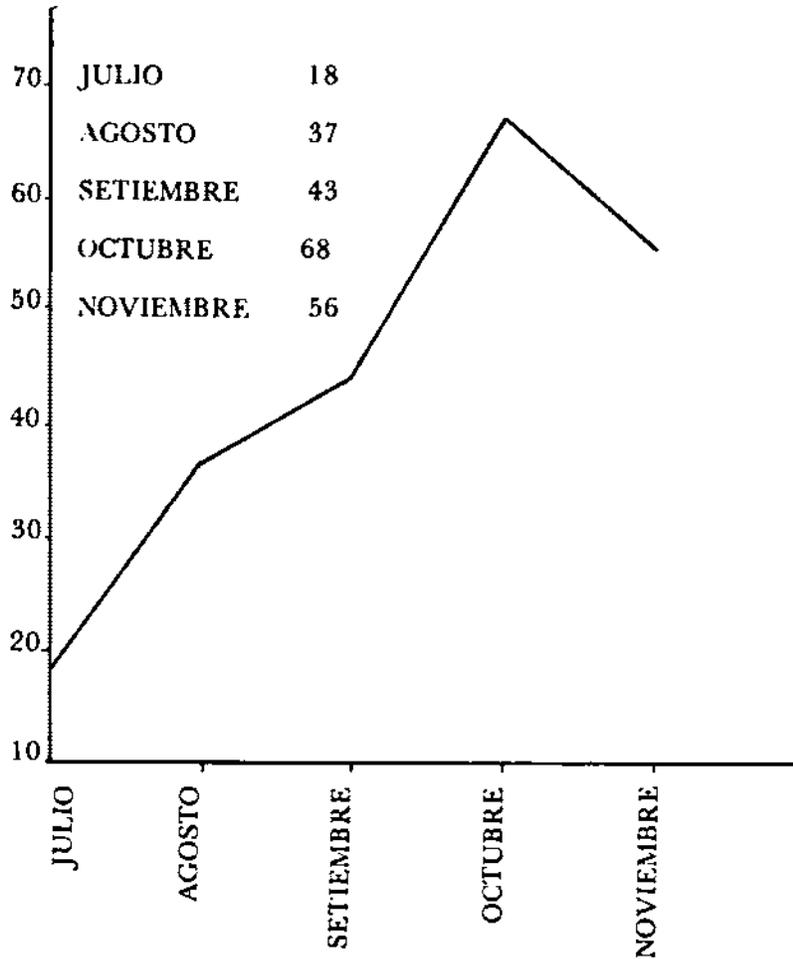
RESULTADOS Y TABULACIONES

Este informe comprende los pacientes atendidos durante los meses de julio a noviembre de 1973. Se vieron 92 pacientes, 83 en consulta y 9 en Psicoterapia de Grupo. Los 83 pacientes se hicieron ocupantes de 232 consultas, a razón de 2.8 consultas por paciente. Esta labor se realizó en 19 días, lo que da 12.2 pacientes por día (sin incluir los de Psicoterapia de Grupo). A la consulta se le dedicaron 4 horas diarias (resto del tiempo en traslado, cambio de impresiones con Secretaría y Servicio Social, almuerzo y trámite de gastos, lo que da 3 pacientes por hora, o sea a razón de 20 minutos por cada paciente. En Psiquiatría, este es un tiempo muy corto. En el tercer trimestre se dieron en el Hospital de Turrialba, 21.418 consultas. La consulta psiquiátrica fué apenas el 0.50/o, dato que no tiene valor, apenas quizás para referencia futura, por la diferencia de condiciones actuales con los otros tipos de consulta. Más significativo es el promedio de consultas por hora médica, que fué el 5.4 en comparación con el 3.05 de psiquiatría. 21 de esos pacientes habían sido atendidos ya, o sea o más veces, en los Hospitales Chapuí o Calderón Guardia. Dos pacientes del sexo femenino de edad mediana habían estado hospitalizadas en el Psiquiátrico más de cinco veces. Estos 21 pacientes constituyen el 25.30/o del total, o sea que el 74.70/o fué de pacientes nuevos en una consulta de Psiquiatría. Tienen estos 83 pacientes 250 hijos, con un promedio de 3 hijos por paciente. 6 pacientes tienen 7 ó más hijos, y en 31 no se reportan o se ignoran. Tratándose de enfermedades altamente incapacitantes, esta población da una idea de la magnitud de los problemas psiquiátricos. De enero a junio se enviaron a San José 59 pacientes de julio a noviembre se enviaron 28 pacientes (en total por la consulta de

Psiquiatría y por las otras ramas). En el primer semestre no existía el servicio; en el segundo sí existía pero se agotó; aún así, cabe destacar la

diferencia, disminuyéndose el traslado de pacientes en más d del 50^oo.

DISTRIBUCION POR MES



Se nota que hay una clara tendencia ascendente. En noviembre descendió porque la consulta ya estaba saturada, y pedimos a los colegas que refirieran los pacientes a San José; además, ya habíamos empezado a distanciar las citas subsiguientes, de un mes a dos meses, y de dos a tres, para hacer más campo. Es notable que en sólo 3 meses la consulta casi se cuadruplicó. Hay que hacer notar que no hicimos ningún esfuerzo por absorber la consulta de San José, precisa-

mente por falta de espacio; por regla general, el paciente que se "coló" fué por iniciativa propia. No es difícil imaginar con estos datos, que en muy poco tiempo habría en Turrialba trabajo de sobra para un psiquiatra, aún sin tomar en cuenta otros organismos que necesitan de servicios especializados, como Higiene Mental (Ministerio de Salubridad), Comisión Sobre Alcoholismo, Universidad, etc.

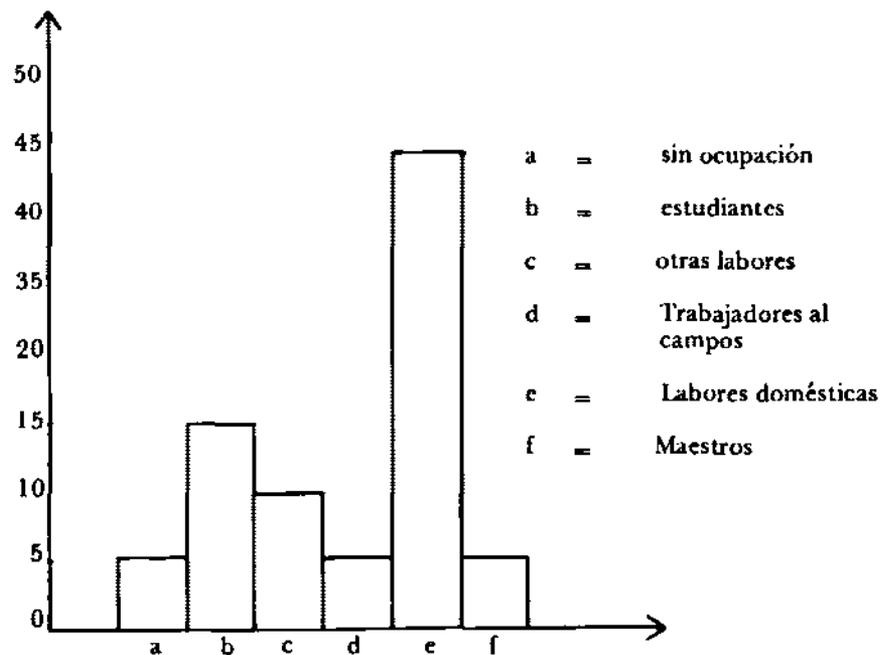
Cuadro No. 1

Grupos etarios en la consulta de Psiquiatría según sexo, estado civil y clase de seguro del Paciente
Consulta realizada en los meses de Julio-Noviembre.

GRUPOS ETARIOS	SEXO		ESTADO CIVIL				CLASE DE SEGURO	
	M	F	S	C	V	D	DIRECTO	FAMILIAR
Total general	21	62	26	56	--	1	15	68
Menos de 5 años	1	--	1	--	--	--	--	1
5 a 15 años	10	7	17	--	--	--	--	17
15 a 25 años	2	7	5	4	--	--	3	6
25 a 35 años	4	20	--	24	--	--	4	20
35 a 45 años	1	16	2	14	--	1	5	12
45 a 55 años	3	8	1	10	--	--	3	8
55 a 65 años	--	2	--	2	--	--	--	2
65 y más . .	--	2	--	2	--	--	--	2

Fuente:
Estadísticas mensuales
Hospital de Turrialba--

Servicio de Psiquiatría
Pacientes atendidos según la ocupación
Gráfico No. 1-B



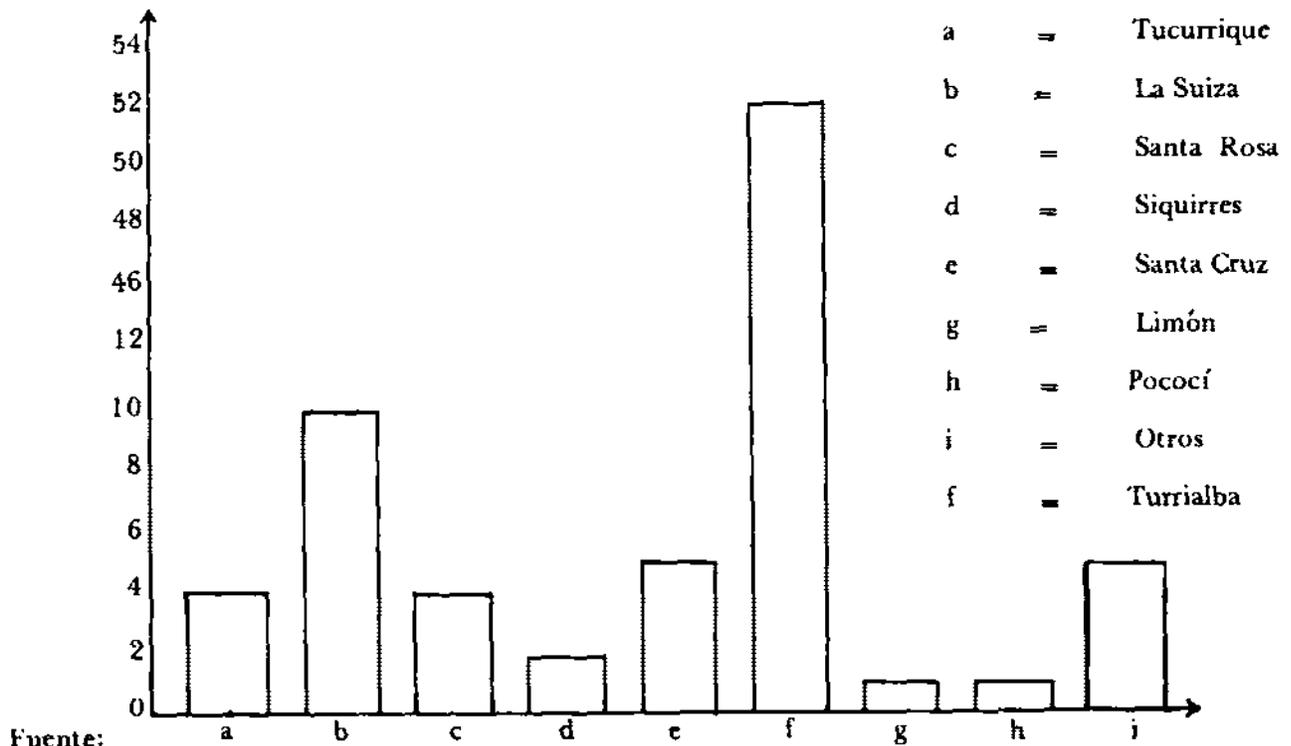
Fuente:

Estadísticas mensuales
Hospital de Turrialba--

21 pacientes corresponden al sexo masculino y los otros 62 al sexo femenino, o sea 3 veces más mujeres que hombres. Es notable que más de la mitad de las mujeres cae entre los 25 y 45 años, con una frecuencia mayor entre los 25 y 35 años. También es notable que, con pocas excepciones, todas sean amas de casa. Únicamente 4 mujeres, entre los 25 a 45 años, son aseguradas directas; las 32 restantes son amas de casa. En los grupos de menor edad encontramos escolares y estudiantes principalmente. El paciente de mayor edad fué una señora de 82 años. Entre los hombres, al contrario de las mujeres, encontramos una frecuencia baja en las edades más productivas. La mayor frecuencia está entre los 5 a 15 años, todos solteros, estudiantes o escolares, con seguro familiar. El paciente de menor edad fue un niño de 3 años. En relación con el estado civil tenemos 26 solteros: 12 mujeres y 14 hombres. 56 casados: 50 mujeres y 6 hombres (de las 50 mujeres, una está separada). 1 divorciado (hombre). Casualmente ningún viudo, ni aún en los más viejos. Encontramos aquí una nueva discrepancia que coincide con la anterior: entre los niños y adolescentes hay aproximadamente el mismo número de hombres y mujeres, pero en edad adulta, la cantidad de mujeres casadas es

abrumadoramente mayor que la de hombres, y casi todas son amas de casa (solamente 4 con seguro directo). Esto nos muestra que el mayor consultante psiquiátrico fué el ama de casa. Esta coincidencia de picos (labores domésticas en el Gráfico 1-B y femenina casada en el cuadro No. 1), merece algún comentario. En nuestras sociedades agrícolas, la mujer casada no trabaja (en puestos remunerados desde luego). A veces se oye decir que el ama de casa asiste a las consultas "para matar el rato", tanto más puesto que, en nuestro medio dominado por "el macho", la mujer tiene pocas oportunidades de salir sola. Yo creo por el contrario que, lo que observaciones como esta indican, es que el gasto de energía que se requiere para mantener un grupo familiar funcionario adecuadamente, es mucho mayor de lo que uno se imagina. En el lado de los hombres, la mayor parte son trabajadores del campo. Era de suponer, puesto que se trata de una sociedad que vive principalmente del café y de la caña. Pero tiende a echar por tierra un viejo prejuicio; que el trabajador del campo no se enferma de los nervios. En los grupos adultos tuvimos también dos maestros, un chofer, un empleado de patio de ferrocarril, un misceláneo, un trabajador de mantenimiento.

Servicio de Siquiatría —
Pacientes atendidos, según procedencia
Gráfico No. 1-A



Fuente:
Estadísticas mensuales
Hospital de Turrialba—

En lo que respecta a la procedencia de los pacientes, el Distrito de Turrialba ocupa el primer lugar, con más de la mitad de la consulta; sigue La Suiza con un octavo aproximadamente; y luego, en orden descendiente, Santa Cruz, Peralta (no aparece en el gráfico), Santa Rosa, Turrique, y el resto de los distritos con uno a tres pacientes. En el gráfico aparecen uno de Pococí y otro de Limón, que habíamos mencionado anteriormente. Esta distribución coincide a grosso modo con el orden de población, con la excepción de Juan Viñas que queda en dirección a Cartago.

AUSENTISMO

En los 19 días de consulta, hubo 21 pacientes ausentes (sin contar los de Psicoterapia de Grupo). Esto da el 9.05^o%, o sea aproximadamente, un paciente de cada diez. 16 fueron mujeres y 5 hombres, todos adultos. Los hombres todos asegurados directos. Las mujeres con seguro familiar, una estudiante, el resto labores domésticas. 7 pacientes estuvieron ausentes a citas subsecuentes. Es decir, exactamente las dos terceras partes no llegaron a la primera cita. Posiblemente se debe, aunque no se confirmó, a la distancia entre el día en que se pidió la cita y la fecha de la cita, aunque también puede tratarse de pacientes que no estaban bien motivados.

La distribución encontrada en esta tabla era de esperar, con un alto número de referencias de Medicina General, seguida por Medicina Interna y Gineco-Obstetricia. Estas 3 juntas suman el 88^o% de las referencias. Se nota, como se ha indicado anteriormente, la escasa referencia de pacientes de San José, 4.8^o%, que sería muy alta durante los primeros meses si se estableciera una consulta permanente.

De estos totales, 23 fueron interconsultas para pacientes que estaban internados en el Hospital, que se distribuyen así:

MEDICINA INTERNA MUJERES	14	60.9 ^o %
MEDICINA INTERNA HOMBRES	5	21.7
GINECOOBSTETRICIA	3	13.0
CIRUGIA GENERAL	1	4.4

Estuvo ausente Pediatría. Notamos el alto porcentaje del Servicio de Medicina Interna, con un 82.6^o% distribuidos en 60.9^o% de mujeres y 21.7^o% de hombres. Aquí, como en la Consulta Externa, las mujeres son las mayores ocupantes. Tenemos la impresión, no confirmada, de que las referencias de Ginecobstetricia fueron mayores, pero que algunas hojas de refe-

DISTRIBUCION POR EL SERVICIO

SERVICIO PETICIONARIO

Los 83 pacientes referidos a la consulta de Psiquiatría tienen el siguiente origen, de acuerdo con el servicio:

MEDICINA GENERAL	41	49.4 ^o %
MEDICINA INTERNA	21	25.3
GINECOLOGIA, OBST., Y PLANIFICACION	11	13.3
PEDIATRIA	3	3.6
ORTOPEDIA	1	1.2
CIRUGIA GENERAL	2	2.4
NEUROLOGIA (H. CALDERON GUARDIA)	1	2.4
PSIQUIATRIA (H. CALDERON GUARDIA)	1	1.2
PSIQUIATRIA (H. CHAPUI)	2	2.4

(Nota: No todos los niños que se vieron en la consulta procedían de Pediatría, tal vez porque en el Seguro Social los mayores de 7 años se ven en Medicina General).

rencia eran rotuladas como "Medicina General"; por lo menos pescamos un error de este tipo; pero el dato esencial no se altera. Coincide mucho con el dato obtenido por el Dr. Ramírez Castro en el Hospital Calderón en el primer trimestre de 1972; 69.18% de interconsultas para Medicina Interna. En cambio, en lo referente a Cirugía y Gineco-Obstetricia, los datos están claramente invertidos. También hay coincidencia con los hallazgos del Dr. Blanco Castro en el Hospital San Juan de Dios, a mediados de 1969. Los Servicios de Medicina le dieron por ahí de un 62% de interconsultas. Los de Cirugía dan una cifra un poco más alta, pero semejante, a la estadística del Dr. Ramírez, así como el Servicio de Maternidad. Llama la atención en la estadística del Dr. Blanco que no hubo ninguna interconsulta del Servicio de Ginecología. Pareciera desprenderse que en Medicina el consenso es desta-

car adecuadamente la importancia de los factores psicológicos, pero que en otros servicios intervienen otros factores.

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

Los diagnósticos encontrados fueron los siguientes, reducidos a sus términos más simples. Se vieron 10 niños menores de diez años, uno con un Síndrome Cerebral Orgánico Crónico debido a Infección Intracraneana (Sarampión) con Reacción Psicótica. Los otros presentaban trastornos fóbicos, ansiosos, depresivos y obsesivos, que a uno le impedía ir a la escuela, a otro le impedía hablar, a otros miedo de morir, a otro terror nocturno, a otro lo impulsaba a empaquetar todos los desperdicios que encontraba y guardarlos en las gavetas de los muebles, reacciones de angustia y trastornos de conducta.

NIÑOS

SCOC CON REACCION PSICOTICA	1	1.2%
TRASTORNOS NEUROTICOS	8	9.7

MUJERES

NEUROSIS DEPRESIVO ANSIOSA	12	14.5
NEUROSIS DE ANSIEDAD	8	9.7
NEUROSIS DEPRESIVA	7	8.4
NEUROSIS HISTERICA	6	7.2
NEUROSIS MIXTA	1	1.2
ESQUIZOFRENIA FRONTERIZA	2	2.4
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1	1.2
ESQUIZOFRENIA CRONICA INDIFERENCIADA	3	3.6
ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	1	1.2
DEPRESION PSICOTICA	2	2.4
BROTE PSICOTICO AGUDO	1	1.2
MELANCOLIA INVOLUTIVA	10	12.1
TIPO DEPRESIVO	8	
TIPO PARANOIDE	2	
SCOC SIN REACCION PSICOTICA	2	2.4%
ASOC. A ARTERIOESCL. CER.	1	
ASOC. A ENFERMEDAD SENIL	1	

HOMBRES

NEUROSIS DEPRESIVO-ANSIOSA	4	4.8
NEUROSIS DEPRESIVA	4	4.8
NEUROSIS DE ANSIEDAD	2	2.4
ALCOHOLISMO CRONICO	2	2.4
ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA	1	1.2
ESQUIZOFRENIA CATATONIA	1	1.2
MELANCOLIA INVOLUTIVA TIPO DEPRESIVO	2	2.4
SCOC DE CAUSA DESCONOCIDA SIN REACCION PSICOTICA	2	2.4
	<u>83</u>	<u>100.0%</u>

En siete pacientes, hombres y mujeres, se vieron acompañado estas dolencias trastornos psicofisiológicos importantes de aparato digestivo (tipo ulceroso y colítico), y de aparato urogenital (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, vejiga neurogénica), pero ninguno fué referido por ese síntoma en particular. En el siguiente cuadro los reunimos en grupos más grandes para tener un enfoque mejor. En las Neurosis incluimos las infantiles y los casos de alcoholismo por sus síntomas depresivos y ansiosos.

NEUROSIS	63.9%
MELANCOLIA INVOLUTIVA	14.4
ESQUIZOFRENIA	10.9
SINDROMES ORGANICOS	7.2
DEPRESION PSICOTICA	2.4
BROTE PSICOTICO AGUDO	1.2
	<u>100.0%</u>

Hay una alta incidencia de Neurosis, como era de esperar. Siguen las Depresiones Involutivas, tan frecuentes en nuestro medio. El porcentaje de Esquizofrenias no corresponden ni al de la población general (1%), ni al de la población admitida a los hospitales (25%). Posiblemente corresponde al de una consulta psiquiátrica general, comparable a la que se da en el Hospital Calderón Guardia, Clínicas y Dispensarios del Seguro Social (no tengo el dato).

MEDICACION EMPLEADA

DIAZEPAN	30	15.2%
DIAZEPAN JARABE	1	0.5
CLORODIAZEPOXIDO	19	9.7
HIDROXIZINA	1	0.5
CARBAMACEPINA	1	0.5
PERFENAZINA	14	7.1
TRIFLOUPERAZINA	11	5.6
CLOROPROMAZINA	5	2.5
TIORIDAZINA	8	4.1
HALOPERIDOL TAB.	1	0.5
HALOPERIDOL GTS.	1	0.5
AKINETON	21	10.7
ARTANE	2	1.0
DIFENHIDRAMINA	10	5.1
AMIIRIPTILINA	50	25.4
IMIPRAMINA	13	6.6
NIALAMIDA	1	0.5
FENELZINA	1	0.5

DIFENILHIDANTOINA	2	1.0
FENOBARBITAL	3	1.5
TIAMINA	1	0.5
NO MEDICADO	1	0.5
	<hr/>	<hr/>
	197	100.00/o

Se observa que se dieron 197 prescripciones a 83 pacientes, o sea 2.25 prescripciones a cada uno. En este cómputo se toman en cuenta únicamente los pacientes nuevos, es decir, las medicaciones en la primera consulta. Si se hubiera tomado en cuenta todas las consultas, el tanto por uno hubiera disminuído ligeramente, pues en consultas subsecuentes frecuentemente se disminuyó la dosis o se eliminó uno de los medicamentos, pero no se aumentaron las dosis ni se cambió de medicación. La droga que más se usó fué la amitriptilina, lo que indica que el síntoma aislado más abundante fué la depresión, presente tanto en casos de neurosis como de psicosis; también la imipramina, droga semejante, se usó en un buen número de casos. Siguen el diazepam y el clorodiazepóxido, dos ansiolíticos. Y luego la perfenazina y la trifluoperazina, dos antipsicóticos. Naturalmente, hay cierta relación con la distribución de diagnósticos.

Reuniéndolos en grupos, tenemos los siguientes porcentajes:

ANTIDEPRESIVOS	33.00/o
Amitriptilina	25.4
Imipramina	6.6
Nialamida	0.5
Fencelzina	0.5
	<hr/>
	33.0
TRANQUILIZANTES MENORES	26.40/o
Diazepam Jarabe	0.5
Diazepam	15.2
Clorodiazepóxido	9.5
Hidroxizina	0.5
Carbamacepina	0.5

TRANQUILIZANTES MAYORES	20.30/o
Perfenazina	7.1
Trifluoperazina	5.6
Tioridazina	4.1
Clorpromazina	2.5
Haloperidol	1.0
	<hr/>
	79.7
OTROS	20.3
	<hr/>
	100.00/o

El porcentaje de tranquilizantes mayores casi alcanza el de tranquilizantes menores, mientras que el número de neuróticos duplica el de psicóticos. Esta disparidad se debe, por un lado, a que en psicóticos se usaron a veces dos tranquilizantes mayores, mientras que en neuróticos no se usaron mezclas de tranquilizantes menores; por otra parte, se usaron tranquilizantes en algunos casos de neurosis, especialmente cuadros en edad involutiva bordeando ya el terreno psicótico. El Síndrome Depresivo, como se dijo antes, contamina un alto porcentaje de casos neuróticos y psicóticos, e incluso orgánicos. De ahí el alto porcentaje de los antidepresivos. La gran mayoría fueron antidepresivos tricíclicos. Solamente un 10/o corresponde a inhibidores de la monoaminooxidasa. Casi un 80/o corresponde a estos tres tipos de drogas: tranquilizantes mayores, tranquilizantes menores y antidepresivos, que son las principales en el arsenal psiquiátrico. Enseguida tenemos un 16.80/o de anti-parkinsonianos, que se usaron para corregir efectos extrapiramidales de los tranquilizantes mayores; la difenhidramina se usó con este propósito y también para inducir el sueño. Un pequeño porcentaje de las drogas, aproximadamente un 50/o, se usó en los Síndromes Orgánicos, y un paciente no fué medicado. Solamente en un paciente que fué trasladado al Servicio de Psiquiatría fueron escasas y leves un paciente de retención urinaria, uno que reportó gran somnolencia, y uno con akatisia. Cedieron fácilmente con disminución de la de retención urinaria, uno que reportó gran somnolencia, y uno con akatisia. Cedieron fácilmente con disminución de la dosis. No se puede comparar estrictamente esta serie con la del Dr. Blanco Castro, ya que se trata de grupos muy diferentes. Aquel era de pacientes hospitalizados; este es de pacientes de Consulta Externa fundamentalmente. En la serie del Dr. Blanco predominan los Síndromes Orgánicos, y

estos juntos con las Psicosis Funcionales, suman más del doble de los casos de Neurosis; esto justifica el mayor uso de Tranquilizantes Mayores en aquella serie. Mientras que, sorprendentemente, la serie del Dr. Ramírez Castro es mucho más abundante en casos de Neurosis. Uno podría pensar dos cosas: o bien en el Calderón Guardia, como existe un Servicio de Psiquiatría, los médicos usan más de la interconsulta para los llamados "trastornos menores"; o bien que la población del San Juan de Dios es bastante diferente. Ambas hipótesis podrían ser ciertas.

EVOLUCION

REMISION TOTAL (ALTA)	6	11.8 ^o /o
CITA UNICA	6	11.8
COMPENSADOS	18	35.3
MEJORADOS	8	15.7
MEJORIA LEVE	3	5.9
MISMO ESTADO	2	3.9
TRASLADO AL HOSPITAL C.G.	1	1.9
NO REGRESARON	7	13.7
	-----	-----
	51	100.0 ^o /o
NO PUDIERON SER VISTOS NUEVAMENTE	32	

	83	

El último grupo NO PUDIERON SER VISTOS NUEVAMENTE, constituyen la mayor parte de los pacientes vistos en los dos últimos meses, a los cuales no se les pudo dar cita nuevamente por falta de tiempo y de espacio; por lo tanto no pudieron ser evaluados. En REMISION TOTAL se incluyen aquellos pacientes que después de un cierto número de citas no necesitaron más tratamiento, y se les dió de alta. CITA UNICA son pacientes que fueron vistos una sola vez y remitidos al Servicio de donde procedían, ya sea porque pueden ser controlados fácilmente, o porque solamente se evacuó alguna consulta; conveniencia de practicar una salpingectomía; capacidad de un paciente para firmar documentos; riesgo de tomar como empleado a cierta persona (las dos últimas fueron consultas de la Dirección del Hospital). COMPENSADOS son pacientes que se mantienen bien mientras tengan tratamiento, pero que no se les puede dar de alta; podrían considerarse como MEJORADOS, aun-

que en este grupo se incluyeron pacientes que todavía necesitaban de citas frecuentes. MEJORIA LEVE incluye dos niños que fueron referidos a Psiquiatría Infantil. MISMO ESTADO es un grupo interesante. Se trata de dos pacientes del sexo femenino con maridos sumamente refractarios al tratamiento psiquiátrico, que finalmente las retiraron del mismo. Uno de estos caballeros que acostumbraba golpear a su señora, pobre policonsultante de todos los servicios, alegaba que su comportamiento nada tenía que ver con los padecimientos de su esposa. Como es la costumbre, exigía radiografías, exámenes, etc., y como no había base para otorgárselos, clamaba que el Seguro Social no se interesaba en su señora! En el otro caso había una apresurada ansiedad, por parte del marido y de su hija, por depositar a la paciente en algún sitio. Tomaron rumbo a San José, TRASLADO fué un paciente, ya citado con anterioridad, que se pudo haber tratado en el mismo Hospital, de haber contado con un Psiquiatra fijo. NO REGRESARON, es decir, ausentismo a citas subsecuentes, está constituido por 7 pacientes, todas del sexo femenino, con trastornos mentales menores (neurosis). No hubo tiempo de investigar las causas, lo cual habría sido interesante. El porcentaje mayor es el de los compensados, con 35.3^o/o o sea la tercera parte. Junto con los mejorados constituyen un 51^o/o, cifra semejante a la del Dr. Blanco Castro en el San Juan de Dios. También es semejante la de los remitidos, con 11.8 aquí, y un 19.4 allá. Desde luego, se les podría juntar los de cita única, puesto que a estos no se les dió más cita en la consulta psiquiátrica, lo cual haría un 23.6^o/o de remitidos, o sea la cuarta parte. Si estos datos nos pudieran servir para juzgar la experiencia, tendríamos que aceptar un 75^o/o de éxito. En realidad sería mayor, por que lo único que podemos contar como fracaso es el 3.9^o/o de mismo estado.

ASISTENCIA

El ausentismo ha sido analizado en párrafos anteriores. Ya habíamos señalado al principio que cada paciente asistió 2.8 veces a consulta. El mínimo es una consulta por paciente, y el máximo 8, distribuidos de la siguiente manera:

- 40 pacientes con 1 consulta
- 3 pacientes con 2 consultas
- 5 pacientes con 3 consultas
- 16 pacientes con 5 consultas
- 10 pacientes con 5 consultas

7 pacientes con 6 consultas

1 paciente con 7 consultas

1 paciente con 8 consultas

El número de pacientes visto solo una vez es muy alto por las razones anotadas con anterioridad (últimos meses), y no deberían contar para el análisis. El mayor número corresponde a 4 citas, seguido con poca diferencia por 5 citas. Como el número de pacientes que ocuparon estas citas son 26, el período 5 meses, y tomando en cuenta sólo los 51 pacientes controlados, se deduce que el 50% de los pacientes fueron vistos una vez cada 30 días aproximadamente (mensualmente). La distribución sigue una curva de campana, con menor número de veces para los que iniciaron la consulta en los primeros meses, y visceversa. Pero también influye el tipo de paciente y el tipo de terapia. El paciente que fué visto 8 veces fué una adolescente que se tuvo en terapia familiar con sus padres. En el tratamiento intervino también el Servicio Social e, indirectamente, un colega de un Dispensario. El caso fué muy interesante porque muestra la profunda diferencia entre generaciones que puede darse en un lugar que progresa rápidamente. Los padres pertenecieron a una sociedad netamente agrícola, en que la mujer se ocupa de labores domésticas únicamente. Las hijas se están formando en una sociedad que cuenta con colegios diurnos y nocturnos para hombres y mujeres, con Universidades con un intenso cambio tanto horizontal como vertical, que apunta ya a las características industriales. El resultado de este choque es frustración por ambas partes, impotencia para entender las motivaciones del otro y, trajo en la adolescente habituación a marihuana, trastornos de conducta y deseos de huir del hogar. Los resultados de la terapia se pueden calificar de notables, con abandono del uso de la droga por parte de la adolescente, y una mejor comprensión de los problemas mutuos por ambas partes. Es también un caso muy interesante porque muestra que la consulta psiquiátrica con citas frecuentes y de larga duración (1/2 a 1 hora) no sólo son lo más conveniente para el paciente, sino lo más económico para la Institución, por el bajo consumo de psicofármacos y por las remisiones a corto y moderado plazo. Lo anterior se aplica también al paciente que fué visto 7 veces, que era un escolar con temor de ir a la escuela, y que remitió totalmente. También una niña que fué vista 6 veces en Terapia Familiar, en la cual hubo una notable remisión, que no fué completa por los intensos problemas de hostilidad de la madre hacia el marido, pero que estaban en caminos de mejorar; la enferma, real-

mente, era la madre, aparentemente la más adecuada al grupo.

RECOMENDACIONES ESPECIALES

ELECTROENCEFALOGRAMA	4
PSIQUIATRIA INFANTIL	4
SERVICIO SOCIAL	3
NEUROLOGIA	2
COMISION PSIQUIATRICA	2
TRASLADO AL HOSPITAL CALDERON G.	1
DERMATOLOGIA	1
NO PRACTICAR SALPINGECTOMIA	1
PUEDE FORMAR ESCRITURA DE VENTA	1
PUEDE DARSELE EMPLEO	1
TESTS PSICOLOGICOS	1

La observación más importante es que prácticamente todos los pacientes, aún los psicóticos abiertos, fueron manejados ambulatoriamente y en el mismo lugar. Esto incluye el Brote Psicótico Agudo, que remitió totalmente con el tratamiento instituido ambulatoriamente. Solamente un paciente fué trasladado de Medicina I del Hospital de Turrialba, a Medicina I (Psiquiatría) del Hospital Calderón Guardia, y este, como se dijo anteriormente, pudo haber sido tratado allí mismo. Dos de los cuatro pacientes referidos a Psiquiatría Infantil se recibieron nuevamente en la consulta, con las recomendaciones del especialista en esa rama. Posiblemente hubiera pasado lo mismo con los de Neurología. Todo lo anterior debe hacer pensar en la comodidad para el paciente y en la economía para la Caja, ya que un alto porcentaje de estos pacientes solicitan transporte y otros gastos cuando tiene que venir a San José. Es posible también que, viendo los pacientes en el mismo lugar donde viven y trabajan, se economice en incapacidades. Desdichadamente no se tabuló este parámetro, aunque podemos afirmar que fué de poca monta, entre otras cosas porque la mayor parte de la consulta fué de seguro familiar. El Servicio Social colaboró mucho, en el estudio de los pacientes que se le refirieron, en las conversaciones con grupos de profesores de la localidad, en la integración y motivación de las pacientes para Psicoterapia de Grupo, y en el estudio de pacientes que se enviaron a la consulta; pero la consulta en sí, refi-

rió pocos pacientes a Servicio Social. Creo que esto se debió a la falta de tiempo y al abarrotamiento, error que se debe evitar en el futuro. En resumen, con un equipo poco entrenado, y con poco tiempo, se dió una consulta altamente necesaria, altamente eficaz, y altamente económica.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

El grupo se formó a petición de uno de los ginecólogos del Hospital que tenía varias pacientes con problemas de frigidez. Las 9 pacientes vistas asistieron 34 veces a 12 sesiones, con un promedio de 2.8 pacientes por sesión, un mínimo de 1 paciente por sesión, y un máximo de 5 pacientes por sesión. Es decir, nunca estuvieron las 9 en una sola sesión. Y por otra parte, con un promedio de 4.3 consultas psicoterápicas por paciente. La asistencia fué muy irregular:

3	pacientes	asistieron	1	vez
2	pacientes	asistieron	2	veces
1	paciente	asistió	3	veces
1	paciente	asistió	7	veces
1	paciente	asistió	8	veces
1	paciente	asistió	9	veces

Siendo 12 el número de sesiones, ninguna asistió un número adecuado de veces, salvo la última la cual, habiendo iniciado la terapia en la tercera sesión, solamente faltó una vez. Seis pacientes desertaron. Dos por venir de muy lejos, Guápiles y Limón respectivamente. Por lo tanto estuvieron mal incluídos, lo que reduce el número a 7 pacientes. Desconocemos la causa de las deserciones: 57o/o (4 de 7 pacientes). Refleja defectos en la formación y en la conducción del grupo, que no es del caso discutir aquí.

Edades:

17 años.....	1 paciente
22 años.....	1 paciente
23 años.....	1 paciente
24 años.....	1 paciente
28 años.....	4 pacientes
31 años.....	1 paciente

Nos llama la atención el pico en 28 años, e el 44.4o/o de los casos referidos inicialmente, pero no tenemos datos de comparación para sacar conclusiones. Solamente pensamos que, si la edad sexual más activa es entre los 15 y los 45 años, una curva en campana, la que rige los eventos biológicos, buscaría su mayor incidencia alrededor de los 30 años.

Hijos:

1 paciente.....	1 hijo
4 pacientes.....	2 hijos
1 paciente.....	3 hijos
1 paciente.....	5 hijos

(desconocemos el dato en las 2 pacientes que vinieron de lejos).

La mayor parte, 57o/o, tenían 2 hijos. Tampoco se pueden sacar conclusiones con el corto número de casos, pero da la impresión de que el número de hijos no influye. No se pudieron analizar las causas adecuadamente, por la baja asistencia. En las cuatro pacientes que más asistieron se encontró que una, huérfana de padre, había tenido intensos deseos incestuosos con su hermano, el cual, en efecto, la había poseído. Otra, también huérfana de padre, tipo "devoradora de hombres" (rasgo histérico), se había casado con un hombre de raza negra, al cual quería, pero del que se avergonzaba. Otra, un caso de "frigidez secundaria", había sido capaz de realizar el acto sexual normalmente mientras su marido la hizo sufrir en los primeros años de matrimonio; cuando el marido cambió, ella inició su frigidez; no llegamos a analizar las causas de estos cambios en ambos cónyuges. Finalmente una, la que asistió más veces, tenía un marido responsable y cariñoso, chapado a la antigua, pero profundamente celoso (él a su vez tenía una madre muy dominante), que la había agredido sexualmente desde que eran novios, insultándola con la sospecha de que ya había pertenecido a otros hombres; ella era obligada a comportarse como una casta doncella para no ser rechazada por el marido. Así, los motivos eran muy variados, y en todas era factor común la hostilidad por el varón y el temor a perderlo. Esto último había sido la razón por la que buscaron ayuda, y no el deseo de sentir orgamos.

RESULTADOS: La paciente que asistió más veces, una señora joven muy inteligente, con un hijo, portadora de un embarazo de 4 meses al final de la terapia, fué la única que hizo un excelente progreso. Fué una lástima que la Psicote-

rapia se interrumpiera. Quedó lo que podríamos llamar a nivel intelectual, con una excelente comprensión de la situación. Creo que con unas cuantas conversaciones más y algunas entrevistas con el marido, el síntoma habría remitido. Ahora bien, esta paciente presentaba al principio de las sesiones, síntomas neuróticos muy acentuados; mareos, aturdimiento, nerviosismo, desvanecimientos, malestar general, fobia por el semen del marido, etc.; las sesiones le producían gran angustia y sensación de debilidad, hasta el punto que salía a sentarse largo rato en otro sitio antes de atreverse a caminar todos estos síntomas remitieron durante el transcurso de la terapia, sin necesidad de drogas (ella decía que anteriormente tomaba "un montón de pastillas que no le hacían nada"). Naturalmente, el embarazo podía actuar benéficamente, y refrenar los impulsos sexuales del marido, pero aún así, podríamos apuntar este caso como un éxito, al menos parcial. En el resto, el resultado fué un fracaso. La irregularidad en la asistencia creo que fué el factor más importante. Algunos pacientes, que no habían asistido, plantearon asuntos sexuales que ya las otras habían superado o discutido. Esto obligaba siempre a volver al principio, y también aburría. Sucede como con ciertos grupos de alcohólicos en donde tanto se habla de alcohol que al final todo el mundo se aburre. La única conclusión, o más confirmación, es que el ambiente es propicio para este tipo de terapias.

GRUPO DE PROFESORES

Dijimos al principio que las labores del Residente de Tercer Año se han restringido cada vez más a la consulta de pacientes, con detrimento de las acciones comunitarias propiamente dichas. Esto no es estrictamente cierto si se toma en cuenta que la consulta psiquiátrica fuera del centro especializado (Hospital Psiquiátrico, Hospital Calderón Guardia), es en sí una acción comunitaria de gran importancia. La simple influencia del médico, a través del paciente directamente, de sus colaboradores y de las personas con quienes conversa, es un elemento de aculturamiento altamente valioso. Creo que uno de los factores más importantes de la experiencia psi-

quiátrica en Turrialba, fué el sensible interés que despertó en el público en general, y en los colegas y personal del Hospital. Pero el Residente tuvo muy poca oportunidad de hablar directamente con los notables de la localidad. Una de estas oportunidades fueron dos reuniones que se suscitaron con un grupo de Profesores los colegios diurno y nocturno de la ciudad. Estas reuniones fueron promovidas por la Servidora Social del Hospital, a través de las Orientadoras de los respectivos colegios. Tenían como finalidad especial enfocar el problema del uso de drogas entre los jóvenes estudiantes. La actitud de los profesores fué muy positiva. Se hizo incapié en la necesidad de detectar el caso para ayudarlo y no para castigarlo. Los señores profesores expresaron el deseo de que tuviéramos más charlas para enfocar otro tipo de problemas con los estudiantes, y las mismas no se llevaron a cabo solamente por falta de tiempo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Algunas conclusiones se han expuesto ya en el transcurso del texto, pero me gustaría aquí destacar algunas. El número de pacientes, el potencial futuro expresado por el incremento de la consulta en pocos meses y por la consulta de San José que no se absorbió, y la economía en tiempo y en dinero, tanto para el paciente como para la Institución, justifica el establecimiento en Turrialba de una consulta psiquiátrica permanente, por lo menos de medio tiempo. Con un Psiquiatra de planta, el Hospital podría, y debería, dedicar un porcentaje de sus camas para la atención de pacientes psiquiátricos. Concomitante con lo anterior, debería darse al personal algún entrenamiento en Enfermería Psiquiátrica. El Servicio Social debería aumentarse para poder abarcar la demanda. Con este equipo, el lugar sería ideal para el entrenamiento de los Residentes del Seguro Social en Psiquiatría de Comunidad. Deben coordinarse los servicios con otros organismos interesados, como Salud Mental, Comisión Sobre Alcoholismo y Universidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— BARRANTES CAMACHO, FRANCISCO. Experiencia en Psiquiatría Comunitaria en San Ramón". Tesis, 1970.
- 2.— BLANCO CASTRO, ARNOLDO. "La Psiquiatría en un Hospital General. Interconsulta Psiquiátrica". Tesis 1970.
- 3.— CCSS. "Evaluación Hospital Turrialba" Set. 1973.
- 4.— CCSS. "Informe Estadístico Trimestral". 3er. trimestre, 1973.
- 5.— GALLEGOS CHACON, ALVARO. "Proyección Psiquiátrica Comunitaria. Generalidades". Acta Médica Costarricense, Vol. 14: No. 2, pag.
- 6.— KERN, HOWARD M. & JACOBSON, WAYNE E. "Training in Community Psychiatry". The Journal of Medical Education, Vol. 42 Numb. 10, Oct. 1967.
- 7.— RAMIREZ CASTRO, GUILLERMO. "La Interconsulta Psiquiátrica en el Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia". Tesis, 1972.