

# Tratamiento Intensivo en un Hospital Psiquiátrico

## (Aspectos Funcionales Proyectados a la Comunidad)

Mario Catarinella Andreoli \*\*

Hace más de 4 años empezaron a funcionar en el antiguo Hospital Psiquiátrico Chapuí las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI). Este sistema operativo fue una conquista más y continuó la pauta de modificaciones numerosas que desde hace más de 15 años vienen sucediéndose en beneficio de una, más acorde con los tiempos, asistencia psiquiátrica. La idea de dichas unidades no es autóctona.

Si bien la UTIS no nacieron como idea original nuestra, pero si fue nuestro el esfuerzo por iniciarlas, aplicarla y ajustarla a nuestro medio, mantenerlas vivas y funcionales, afinarlas con la experiencia cotidiana durante las 24 horas del día y sin ninguna solución de continuidad durante estos cuatro años de actividad. Lo que movió a formar la UTIS fue la necesidad de calmar la angustia que en todos nosotros provocaba lo que se llamaba el "tercer". Un tercer pabellón después del de observación y el de crónicos (mejor llamados estos, para corresponder a la filosofía real provocada por el cambio ya mencionado, pacientes de tratamiento continuo). Tercero: un tercer mundo. Los terceros (pabellones Brikman y Pinto para los que vivieron este período de la historia nuestra) yo los recuerdo como lugares dantescos. Dichosamente las cosas fueron cambiando con ánimo y actuaciones revolucionarias. El anterior y más nos obligó a que se eliminaran este atropello a la humanidad. Se cerraron los terceros para transformarlos en áreas de atención para los pacientes de tratamiento continuo. Fueron acondicionadas dos salas para que los enfermos agitados tuvieran camas, pudieran vigilarse convenientemente, fueran sedados y tratados bajo la continua vigilancia médica y de enfermería, ya que por este tiempo se disponía de mayor material humano y con formación psiquiátrica más moderna. Las UTIS prontamente empezaron a tomar cuerpo y forma. En primer tiempo

permanecieron ligadas al control general del asistente del servicio de observación, ya que todavía, no se había sectorizado el hospital y también por no haber suficiente número de asistentes que pudieran dedicarse exclusivamente a ellas. En la práctica habían permanecido bajo la casi exclusiva responsabilidad y manejo de los residentes. Posteriormente con la creación de las jefaturas de servicios esta falta pudo corregirse. Los Jefes de Servicio se hicieron consultores de los problemas psiquiátricos en dichas unidades y casi contemporáneamente el hospital fue estabilizándose en la estructura que actualmente tiene. Un promedio de diez pacientes diarios de primer ingreso o de reingreso vienen ubicados de admisión en cada UTI y esporádicamente uno o dos pacientes agitados vienen trasladados de los equipos internos para una mejor vigilancia. La población de estancia diaria promedio puede girar alrededor de quince pacientes en cada una de las unidades; habiendo tendido puntas máximas de hasta veinte pacientes y un mínimo de uno o dos pacientes. Por lo general durante la visita matutina se examinan doce o trece pacientes en cada una de ellas. Estos números sin embargo parecen tener tendencia ascendente con la apertura del nuevo Hospital. Podemos considerar que las UTIS representan un centro operacional táctico orientado a la observancia de la segunda área de prevención para una psiquiatría total e integrada que ya no reconoce límites entre "afuera y adentro" y que constantemente se apoya a la tríada biológica psicológica social del ser. La tempestiva acción terapéutica y bien orientada clínicamente permite una recuperación rápida, una menor permanencia en el hospital y un regreso a la familia y a la comunidad con reducidas secuelas debidas a la cronificación y/o a la iatrogenización hospitalaria. Desglosando las acciones de la UTI, extraeremos cuatro momentos que yo considero básicos y que allí acontecen en el quehacer cotidiano y continuo:

\* Trabajo presentado en el XLI Congreso Nacional de Costa Rica.

\*\* Jefe de Sección del Hospital Nacional Psiquiátrico Profesor adjunto de la Cátedra de Psiquiatría - Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Profesor Titular de Psiquiatría, Escuela de Trabajo Social de Costa Rica.

- a.- clínico
- b.- terapéutico
- c.- asistencial
- d.- docente

El aspecto clínico es menester situarlo en primera línea. De lo profundo y objetivo de ello dependen todas las acciones posteriores en cuanto al manejo de los casos. Es experiencia nuestra y por esto se le da el mayor cuidado al aspecto orgánico, que numerosos son los casos en los cuales la emergencia psiquiátrica se asocia o es determinada por los problemas de medicina interna de la más diferente etiología. El auxilio de un médico internista con capacitación psiquiátrica es aquí de enorme valor. Lástima que todavía no se haya podido lograr también un neurólogo de planta. Esto reforzaría todavía más la validez diagnóstica y determinaría una mayor posibilidad de éxito y/o se canalizarán mejor algunos casos de difícil diferenciación y tratamiento. Un laboratorio de Microbiología y otros servicios de ayuda diagnóstica (rayos X EEG-EKG) completan los refuerzos anteriores. Con el traslado del Hospital y con las dificultades económicas actuales se ha perdido la posibilidad de una rápida y efectiva comunicación en el Hospital general y algunos de estos servicios han quedado en serias dificultades. Los servicios auxiliares de diagnóstico del hospital necesitan numeroso personal capacitado en el área de psiquiatría, siendo la labor orientada a la condición específica que determina nuestra patología. La relación médico-paciente no se limita a psiquiatra-paciente sino que debe extenderse a Hospital-paciente; Todos y cada uno para un individualizado proceso diagnóstico y terapéutico. Nuestra patología es especializada por ser mental y a veces puede ser desconocida por unas categorías de personal. Hay que agregar que nuestra psiquiatría, desde el punto de vista cultural, es bastante diferenciada. Es una patología mental costarricense. El aspecto terapéutico está también condicionado por las características estructurales del Hospital. Estas pueden compendiarse en: hospital de tipo nacional, mediana capacidad, ingresos y reingresos numerosos, diagnósticos los más variados (recordar el gran número de síndromes cerebrales orgánicos además de las psicosis funcionales), limitación numérica de personal, limitación numérica de camas. Tomando en cuenta lo anterior es fácilmente comprensible que la terapia debe orientarse a lograr una remisión de síntomas en el más breve tiempo posible y a la posterior movilización de los pacientes hacia los equipos terapéuticos. Las UTIS se paralizarían en la espera de posibles remisiones espontáneas de síntomas agudos o de acciones psicoterapéuticas, menos agresivas que las terapias biológicas. Debemos considerar la terapia, acá, como de emergencia y de ataque hacia los síntomas agudos de la enfermedad. Se ha dicho a veces que se abusa de terapia de shocks y que los pacientes a veces son sobremedicados. Esto, percibido desde afuera resulta muy cierto, pero

percibido durante la acción en las UTIS es lo único posible en determinados momentos. La presión que ejercen el número de pacientes es muy grande. Sería interesante en estudios posteriores evaluar la eficacia de terapias agresivas o menos agresivas a lo largo del tiempo y la preferencia del uso de ellas según las características personales de diferentes terapéuticos o bien según las situaciones de presión determinadas por las circunstancias. Personalmente he percibido que el tratamiento en muchas ocasiones está determinado por la personalidad del médico y por la situación de la UTI y no exactamente por las características clínicas del cuadro mental. Si existen en la UTI agresividad terapéutica, es estimulante, de otro lado, apreciar que ésta no se generaliza a una agresividad de ambiente y las relaciones humanas son de aceptación y ayuda. Puede decirse que en las UTIS prevalece el modelo médico de emergencias biológicas, pero no desaparece el modelo psiquiátrico de relación humana y de terapia de ambiente. Es primordial estimular la aceptación al tratamiento, lograr rápidamente contacto con la realidad y favorecer la comunicación que posteriormente deberá continuar con los equipos terapéuticos sectorizados. En lo asistencial se ha favorecido el cambio de actitudes hacia el enfermo mental habiéndose borrado el trinomio desconfianza-aislamiento-rechazo para transformarlo en confianza-comunicación-aceptación. Sin embargo desde un principio se ha visto la dificultad que existe en la relación de las unidades de tratamiento con los equipos. A los pacientes que son tratados en la UTI se les varía el cuadro psicopatológico de ingreso bajo los tratamientos y con esta transformación, distante de ser la real situación, viene recibido, aun con notas bastante amplias, en otro ambiente y con otros médicos. Se ha discutido muchas veces que una información escrita por lo amplia y detallada que sea, nunca logra transmitir una verdadera y válida información. Esto sucede y hay que remediarlo. Los médicos de los equipos tendrán que participar más directamente de una información a través de un contacto, más personal que escrito, con las UTIS. Los altos y bajos numéricos del personal, de otra parte, pueden mermar la eficacia asistencial. Aquí, donde el trabajo no permite respiro, el personal debería mantenerse constantemente en el mismo nivel de eficacia profesional y numérica; pero numerosas causas, que en este momento no podemos examinar, hacen oscilante el potencial humano, con la consecuencia de una pérdida de efectividad asistencial. Las UTIS han demostrado ser áreas de aprendizaje de enorme valor. Estos servicios enseñan por sí mismos. Son como libros abiertos. Los residentes de II año permanecen tres meses en cada una de las UTIS y además las

guardias son cubiertas por los residentes de segundo año y tercero. La docencia se hace en servicio a través de la comunicación continua y de la observación de la patología mental y física expresada por los pacientes. Se mantiene aquí las destrezas médicas generales y el entrenamiento que un psiquiatra necesita frente a las emergencias, a situaciones rápidamente cambiantes y frente a un número continuo de pacientes nuevos para con los cuales hay que tomar decisiones rápidas y muchas veces con un mínimo de información. El aspecto de transición entre modelo médico y modelo psiquiátrico, que antes mencioné, atrae al joven psiquiatra en formación. A pesar del mucho trabajo en esta área los residentes esperan el momento de ser ubicados acá y les gusta el trabajo que aquí se desarrolla tal vez por ser parte activa del tratamiento y porque no se les traumatiza con un paso imprevisto de situaciones, que aprendieron en la Universidad y que su nivel de madurez impone, a otras teorías abstractas y de menor destreza motora. Debemos mencionar que en la docencia de pre-grado las UTIS son también de enorme utilidad. Los estudiantes pueden observar acá y entrevistar pacientes al inicio de la enfermedad, cuadros más definidos y sin las manipulaciones posteriores determinadas por los tratamientos o transformados por el progreso de la enfermedad. No quisiera terminar esta exposición sin poder expresar el deseo que este tipo de servicio pueda extenderse a los hospitales generales para la atención de algunas emergencias psiquiátricas y para la intervención en crisis. Muchos pacientes que nosotros recibimos pueden perfectamente ser atendidos en los hospitales generales. De la conveniencia para los pacientes y para las instituciones de extender en forma especializada las UTIS, se está hablando y se han hecho pasos importantes en algunos hospitales metropolitanos y de provincia.

#### RESUMEN

1.— Descripción de la labor en las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI)

2.— Se examinan a lo largo de una experiencia de más de tres años en estos servicios, los logros, fracasos y compromisos que han tenido dichas unidades como servicios en sí, las relaciones y exigencias para con los equipos terapéuticos dedicados a una asistencia hospitalaria tradicional y sectorizados en áreas de atracción para una contemporánea acción comunitaria.

3.— El expositor a lo largo de 18 años de labor en el Hospital Psiquiátrico Nacional, ha sido testigo de los profundos cambios que se han operado en la asistencia psiquiátrica nacional. De un lado, la desaparición de pabellones de obser-

vación y aislamiento y de otro, la proyección comunitaria, han modificado esencialmente la estructura de un hospital tradicionalmente estático para transformarlo, esto con la contribución de un cambio de planta física antigua e inadecuada por una moderna y más funcional, en una institución dinámica y cada vez más tendiente a considerarse abierta e injertada en forma viva y productiva en la vida del país, en beneficio de una salud integrada y total del pueblo.

#### SUMMARY

1.— Description of the organization in the intensive treatment unit (UTI)

2.— The achievements, failures and engagements of these units during a three years experience are examined from the point of view of the units themselves and of their relations with the others units dedicated to a traditional assistance and sectionized in the attraction areas to develop, at the same time, a community psychiatric action.

3.— The expositor, along eighteen years in the Psychiatric Hospital, bears witness to the deep changes in the national psychiatric assistance. The observation and seclusion wards disappearance, the projection to the community had essentially changed the structure of a static traditional psychiatric hospital to transform itself into a dynamic, more "open door" institution which, alive and productive, grafts itself to the country life for an integrated and total people health.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.— Bow James H., Harvey Michael L. Psychiatric Emergencies in the General Hospital. Canadian Psychiatric Association (Journal) Vol. 16 No. 12, Abril 1971.
- 2.— Gallegos Chacón Alvaro. Informe Anual de Labores Hospital Psiquiátrico M.A. Chapuí, Año 1970.
- 3.— Harvey Michael L., Brown James H. Psychiatric Patient in the General Hospital Canadian Psychiatric Association (Journal) Vol. 16 No. 12, Abril 1971
- 4.— Patient Committee K. Ward welcome to K. Ward Bellevue Hospital Kingston Jamaica, February 1969.
- 5.— Rush Thomas N. Psychiatric Education in the Emergency Room Setting Canadian Psychiatric Association (Journal). Vol. No. 12 April 1971.
- 6.— Straeker M., Yung C., Weiss L. A Comprehensive Emergency Psychiatric Service Canadian Psychiatric Association (Journal) Vol. 16 No. 12, Abril 1971.