

7
362.21
M38570
1965
F. med.
9j. 1

4570

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



"MEDICINA GENERAL Y PSIQUIATRIA"

Consultas psiquiátricas en los servicios del Hospital Rosales durante
el año de 1963

Tesis doctoral presentada por

MAURA MARTINEZ DE RODRIGUEZ

previa opción del título de

DOCTOR EN MEDICINA

ABRIL DE 1965

RECIBIDO 27 MAYO 1965



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector

Dr. Fabio Castillo

Secretario General

Dr. Mario Flores Macall

FACULTAD DE MEDICINA

Decano

Dr. Juan José Fernández h.

Secretario

Dr. Enrique Muyschondt C.

JURADOS QUE PRACTICARON
EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA MEDICA:

Dr. Juan José Fernández h.
Dr. Donaldo Moreno Bulnes
Dr. Gustavo Oriani h.

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Carlos González Bonilla
Dr. Fernando Alvarado Piza
Dr. Juan Nasif Hasbún

CLINICA OBSTETRICA

Dr. Antonio Lazo Guerra
Dr. Tomás Mariano Cáceres
Dr. Ricardo J. Burgos

JURADO DE DOCTORAMIENTO
PUBLICO

Presidente: Dr. José Molina Martínez

Primer Vocal: Dr. Angel Esteves Ulloa

Segundo Vocal: Dr. Fernando Villalobos

Dedicatoria:

A mis tíos:

*Julio César, Manuel,
María Andrea y Sarita.*

A mi esposo:

Domingo Augusto

A mis hijos:

*Maura Luisa Marina y
Domingo Augusto h.*

A mis maestros.

SUMARIO

Introducción.

Breve descripción del Hospital Rosales y Análisis de su población.

Descripción de la muestra.

Motivos que indujeron a solicitar las consultas psiquiátricas.

Consideraciones generales sobre el problema psiquiátrico y las facilidades hospitalarias.

Distribución de la muestra por grupos:

Grupo 1: Intentos de suicidio.

Grupo 2: Cuadros orgánicos con evidente componente emocional.

Grupo 3: Cuadros aparentemente orgánicos.

Grupo 4: Estados de confusión mental.

Grupo 5: Problemas de conducta.

Grupo 6: Alcoholismo.

Grupo 7: Evaluación preoperatoria.

Grupo 8: Depresiones.

Grupo 9: Estados de inconsciencia.

Dinámica en la patología de los grupos.

Diagnósticos psiquiátricos.

Disposiciones y tratamientos psiquiátricos.

Cooperación prestada por el Servicio Médico Social.

Recomendaciones generales.

Recomendaciones inmediatas.

Bibliografía.

INTRODUCCION

**“Hay una sola función, que es la vida;
y un solo órgano: el cuerpo.”**

—Enrique Bergson.

Hablar de Medicina sin tomar en cuenta todas las dimensiones del hombre sería hacer una Medicina incompleta, razón por la cual la Medicina contemporánea tiende a integrarse más, considerando al ser y sus circunstancias.

Ya desde sus albores la humanidad trató de interpretar de diversas maneras las enfermedades, yendo desde la explicación de éstas como un castigo de la divinidad o considerándola como un “mal sagrado” (epilepsia), hasta las actuales concepciones de la ciencia objetiva. Sin embargo, la Filosofía como fuente que nutre a todas las ciencias aparece en el fondo de todas las grandes transformaciones del conocimiento, y en la actualidad la Medicina tiende a volver al concepto uncista del ser como una totalidad.

Desde unos 500 años antes de Jesucristo, Susruta, en la India, afirmaba que las emociones y las pasiones fuertes pueden producir no sólo enfermedades mentales, sino incluso crear estados físicos que exigen el auxilio de la Cirugía; y a principios de este siglo Sigmund Freud fue prácticamente expulsado de su propia patria (Austria) porque daba una explicación dinámica de la conducta, indicando el papel que la represión de las fuerzas del Ello juega en las neurosis; pues carentes de una explicación racional al querer explicarlo todo por factores físicos y por la Anatomía Patológica, los médicos clásicos doctoralmente afirmaban: “La histeria no existe”. Mas como la naturaleza se ha impuesto siempre a las teorías del hombre, ha seguido habiendo histéricos... y Chavigni, con sorna respondió a lo anterior con la pregunta siguiente: “Bien, la histeria no existe, pero ¿qué hacemos con los histéricos”...

En forma similar parece correr la Medicina en nuestro medio donde a las enfermedades mentales no se les reconoce aun su incidencia e importancia, ni se da a los enfermos la atención correspondiente. Nuestro Hospital Psiquiátrico apenas reúne condiciones mínimas para dar cabida a una parte de nuestros enfermos, y de nuestros hospitales generales es el Rosales el único que tiene, desde hace unos cuantos años, un limitadísimo servicio en este campo.

En la actualidad en los países de avanzada se tiende a integrar los Centros Médicos con servicios que cubran las diversas especialidades, incluyendo por supuesto, un departamento de Psiquiatría; y en algunos lugares como en el Canadá se ha tenido la experiencia de que pacien-

tes con enfermedades estrictamente psiquiátricas, alojados en servicios generales, se han recuperado más rápida y eficientemente gracias a su contacto con los otros pacientes. De lo anterior se deduce la necesidad de una revisión total de la actitud del médico ante el enfermo mental a fin de considerarlo no como un caso clínico sino como un hombre enfermo, tomando en cuenta en este concepto sus dimensiones físicas, mental y social.

Revisando un poco la historia de nuestro Hospital Rosales se encuentra que ya por el año de 1914 el Dr. Guillermo Trigueros publicó algunos artículos sobre "Tipos Neuróticos" y probablemente también de él es el artículo "Evolución Psíquica del Hombre". Esto fué en los números de Marzo y Septiembre de la revista "Archivos del Hospital Rosales" de ese año. Desde entonces hasta esta fecha, no obstante el enorme desarrollo alcanzado por la Psiquiatría y la Psicología en los últimos tiempos, en todo el país únicamente el Hospital Rosales como hospital general, tiene una sola plaza para psiquiatra, con dos horas diarias teóricas de trabajo; y un Servicio Médico Social igualmente reducido. ¡Y esto en nuestro primer Centro Médico asistencial y único dedicado a la docencia de nuestra Escuela de Medicina!

Ojalá que el presente trabajo contribuya en alguna forma a despertar las inquietudes de la juventud estudiosa en el sentido de preocuparse del paciente como "un ser humano, con sus preocupaciones, sus temores, sus esperanzas, sus desesperaciones; como un todo indivisible; y no sólo como un portador de órganos, de un hígado o estómago enfermos".



Breve Descripción del Hospital Rosales y Análisis de su Población

El Centro Médico Nacional está constituido por: el Hospital Rosales (fundado en 1902), el Hospital Benjamín Bloom (fundado en 1928) y el Hospital de Maternidad (fundado en 1954); siendo el primero el núcleo original de donde se han ido separando gradualmente algunos servicios, como sucedió con el de Tisiología que pasó a formar parte del Centro Tisiológico de Soyapango y del Sanatorio Nacional; luego los de Maternidad y Ginecología que se independizaron como Hospital de Maternidad; después el de Pediatría que pasó a formar parte del Hospital Benjamín Bloom. Finalmente el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos absorbió casi todo el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, habiendo quedado de éste el Hospital Rosales una pequeña parte para consulta externa.

El Hospital Psiquiátrico (fundado en 1895), conocido como Asilo Salvador, es anterior al Hospital Rosales en su organización como tal y no forma parte del Centro Médico Nacional.

El Centro Médico Nacional está ubicado en la zona central de San Salvador y cubre una extensión de unas seis manzanas de terreno de las cuales cuatro corresponden al Hospital Rosales. Dentro de éstas, pero sin formar parte de él, están la Escuela Nacional de Enfermeras (de San Salvador) y el Hospital Militar. En igual situación están los servicios hospitalarios del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

El Hospital Rosales es un hospital general, nacional, con funciones asistencial, docente, de investigación y, últimamente, preventiva (vacunación); con personal médico que trabaja por cuenta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y con personal docente de la Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador.

Es un hospital de 734 camas las cuales están distribuidas en servicios. Estos en su mayoría están reunidos en Departamentos (Cuadro N° 1).

Los servicios de Cardiología, Neuropsiquiatría y Medicina Física y Rehabilitación no tienen camas: sirven sólo consulta externa.

Población del Hospital Rosales

El Salvador, con una extensión territorial de 20,000 Kms.2, tiene una población de... 2.510,984 habitantes, conforme censo del año 1961; de los cuales 1.544,087 son rurales y 966,897

son urbanos. Aproximadamente una décima parte de la población está concentrada en su capital, San Salvador (255,744 habitantes), que ocupa una posición casi central en el territorio nacional. Las distancias de ciudad a ciudad son cortas, la red de carreteras es buena y hay bastantes facilidades de transporte. No habiendo en otras partes de la República facilidades terapéuticas mejores, la gente de las clases pobre y media-pobre de todo el país, y aun de las Repúblicas vecinas, tienden a concurrir al Hospital Rosales. Las clases media-rica y la rica concurren a hospitales particulares en el país y en el extranjero. Los Hospitales de Santa Ana y San Miguel tienen en sus respectivas zonas una función similar a la del Rosales con respecto a todo el territorio. Fuera de San Salvador no hay facilidades de asistencia psiquiátrica en ningún otro lugar excepto en Santa Tecla donde hay una clínica particular de la especialidad (Clínica Adolfo Meyer).

El grueso de la población del hospital lo constituye la clase pobre. El hospital absorbe predominantemente la población de la ciudad de San Salvador y lugares próximos; y una pequeña porción de la clase media pobre de todo el país, que busca sus pensionados.

A sus 734 pacientes hospitalizados hay que agregar una población flotante de unas 700 personas que son atendidas diariamente en el Consultorio Externo.

El Hospital Rosales está atendido por:

135 médicos;

21 practicantes;

89 enfermeras graduadas;

267 auxiliares de enfermería;

7 trabajadoras sociales;

490 empleados del personal administrativo.

CUADRO N° 1

DEPARTAMENTO DE MEDICINA	1er. Servicio Medicina Mujeres	
	Servicio "Carlos Rodríguez Jiménez"	
	3er. Servicio Medicina Mujeres	
	1er. Servicio Medicina Hombres	
	Servicio "Lázaro Mendoza h."	
	Servicio "Luis V. Velasco"	
	Servicio de Endocrinología	Mujeres
		Hombres
	Servicio de Cardiología	
	Servicio de Neuropsiquiatría.	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	1er. Servicio Cirugía Mujeres	
	2o. Servicio Cirugía Mujeres	
	Servicio de Neurocirugía Mujeres	
	Servicio de Oftalmología Mujeres	
	Servicio de Otorrinolaringología Mujeres	
	5o. Servicio Cirugía Mujeres	
	6o. Servicio Cirugía Mujeres	
	Servicio de Ortopedia "A" (Mujeres)	
	Servicio de Oncología	
	1er. Servicio Cirugía Hombres	
	2o. Servicio Cirugía Hombres	
	Servicio de Neurocirugía Hombres	
	Servicio de Otorrinolaringología Hombres	
	Servicio de Oftalmología Hombres	
	4o. Servicio Cirugía Hombres (Sala de Reos)	
	Servicio de Ortopedia "B" (Hombres)	
Servicio de Ortopedia "C" (Hombres)		
Servicio de Urología.		
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA	Servicio de Dermatología	Mujeres
		Hombres
	Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	
		Hombres
	Servicio de Pensión General	
		Mujeres
	Servicio de Pensión Especial.	
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE, SALA DE OPERACIONES Y OXIGENOTERAPIA		
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLINICO-PATOLOGICO		
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA		
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA.		

Descripción de la Muestra

Son considerados en el presente trabajo los pacientes hospitalizados originalmente por razones médicas generales y que fueron referidos al psiquiatra, ya fuera porque durante su estadía en el centro presentaron cuadros harto evidentes de condición mental patológica; o porque después de batallar con una terapéutica racional somática no se lograron los resultados esperados y no se halló manera de ayudarlos. Varias consultas fueron solicitadas para dilucidar si el paciente adolecía de una enfermedad orgánica o si sus síntomas eran psicógenos. Ocasionalmente se encuentran algunas referencias en que el médico o el cirujano, conscientes del doble aspecto alma-cuerpo de la individualidad del hombre, solicitaron la opinión del psiquiatra.

Estos pacientes corresponden al año 1963 y fueron referidos por el médico que los atendía en el servicio.

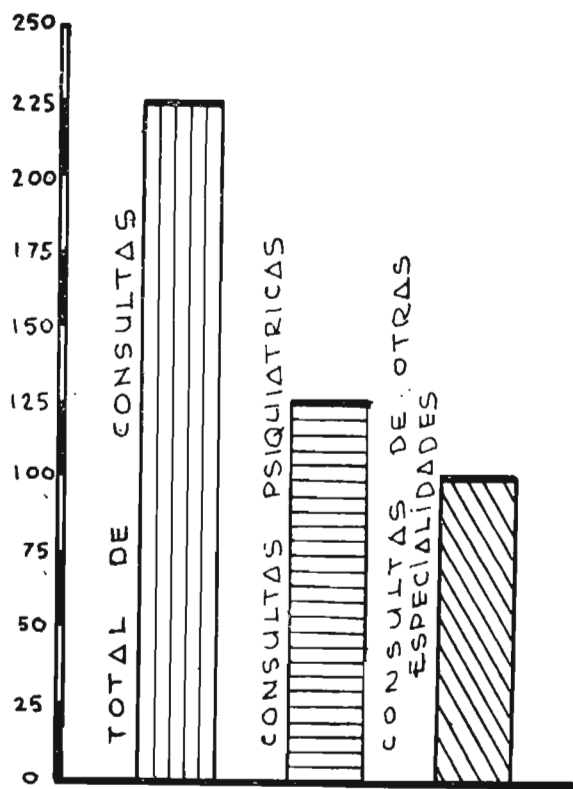
Las consultas psiquiátricas dadas en dicho año en los servicios fueron 127, de las cuales cuatro corresponden a pacientes que ya antes habían sido referidos para consulta de esta naturaleza. Los cuadros estudiados son 122; sólo uno de ellos no fué revisado por no haberse encontrado en el archivo.

En el año de 1963 las consultas psiquiátricas para pacientes hospitalizados se daban en los servicios donde ellos estaban. En la actualidad aun a los hospitalizados se les remite al Consultorio Externo.

De las 149 consultas solicitadas, 22 no fueron servidas porque los pacientes fueron dados de alta, casi siempre, un día después de haber sido referidos al psiquiatra.

El total de consultas internas que el Departamento de Medicina sirvió durante el año de 1963 fue de 225, de las cuales 125 fueron psiquiátricas, o sea un 55.6% del total. El 44.4% restante corresponde a las consultas internas servidas en las otras especialidades.

Fig. # 2 .



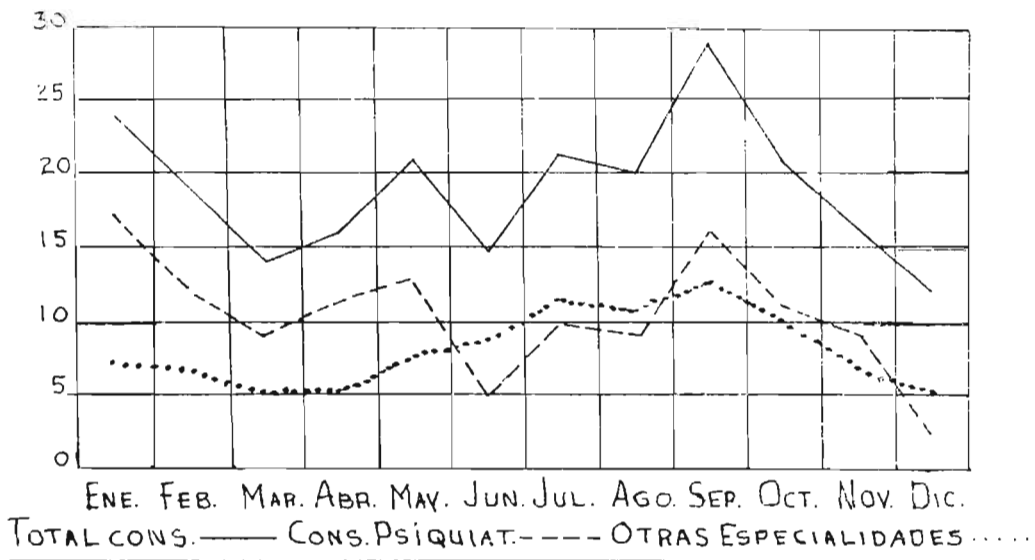
Distribución del Total de las Consultas Internas

La distribución de las consultas internas por meses es la siguiente:

Mes	Nº Total	Nº Cons.	Nº Otras
	Cons. Int.	Psiquiátricas	Cons.
Enero	24	17	7
Febrero	19	13	6
Marzo	14	9	5
Abril	16	11	5
Mayo	21	13	8
Junio	14	5	9
Julio	21	10	11
Agosto	20	9	11
Septiembre	29	16	13
Octubre	21	11	10
Noviembre	15	8	7
Diciembre	8	3	5
TOTALES	225	125	100

Fig. # 3

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS POR MESES DEL AÑO



Motivos que Indujeron a Solicitar las Consultas Psiquiátricas

Sería imposible conocer las motivaciones que indujeron a solicitar cada consulta psiquiátrica, por consiguiente la distribución que de ellas se hace al final del presente capítulo es sólo en base al contenido de la "hoja de referencia" del servicio que solicitó dicha consulta.

Desde hace algún tiempo en el Hospital Rosales se usa una "hoja de referencia" en cuya parte superior se anotan las razones por las cuales se solicita la consulta del especialista, y una síntesis del cuadro clínico de la persona enferma. La parte inferior de la hoja de referencia es reservada para el especialista, quien ha de escribir allí su opinión. En el caso de las consultas psiquiátricas la opinión del especialista figura en el cuadro del paciente. Dado que el hospital no tiene todavía un cuadro especial que pueda garantizar la privacidad que deben tener las consultas de esta naturaleza, en general sólo se ha escrito aquella información que no implica mayor compromiso para el paciente, resultando así que algunas notas sean breves y que en otras expresamente se indique que no se puede revelar mayor información.

La formulación de las notas de referencia no es siempre lo bastante explicativa para saber cuál era el objetivo que se proponía alcanzar con la consulta, hay unas, sin embargo, suficientemente escuetas y claras como la de pedir la evaluación psiquiátrica para determinar la conveniencia o no conveniencia de una intervención dada. Tomando en cuenta el contenido expreso de unas y tratando de interpretar la intención de otras, se ha hecho la distribución antes mencionada, resultando las nominaciones siguientes:

1. — Intentos de suicidio.
2. — Cuadros orgánicos con evidente componente emocional.
3. — Cuadros aparentemente orgánicos.
4. — Estados de confusión mental.
5. — Problemas de conducta.
6. — Alcoholismo.
7. — Evaluación psiquiátrica preoperatoria.
8. — Depresiones.
9. — Estados de inconsciencia.

El estudio de los cuadros revela que una vez hecha la evaluación psiquiátrica lo más importante ha sido el dictar las disposiciones más prácticas, tomando en cuenta tanto las limi-

taciones de personal (un especialista) como de material terapéutico (servicio, medicinas, etc.). Así aparece con frecuencia el traslado de pacientes al Hospital Psiquiátrico, la disposición de altas, o la retención del paciente para observación por un breve tiempo. Con alguna frecuencia se señalan las limitaciones terapéuticas psiquiátricas en el Hospital Rosales como razón para no seguir en el mismo (en el Rosales) el tratamiento que el paciente requiere. Aun cuando en el cuadro médico general no figuran tratamientos seguidos, la confrontación del trabajo del Servicio Médico Social revela la atención de algunos casos, usándose tanto de los servicios del especialista como los de la trabajadora social.

En el grupo 1, que es bastante numeroso y revelador, se han incluido todas las personas cuya información aportó al médico que solicitó la consulta psiquiátrica, la idea clara de una finalidad autodestructiva consciente del paciente.

El grupo 2 comprende aquellas personas en quienes el médico remitente tenía pleno conocimiento de una condición orgánica y que a la vez se evidenciaba un disturbio emocional franco.

En el 3 se agrupan los pacientes que fueron referidos con cuadros que aparentemente eran de origen orgánico, pero en quienes el médico del servicio sospechó un origen psíquico, o consideró dominante el componente psicológico en el cuadro clínico.

En el grupo 4 se han incluido, en general, cuadros de confusión mental deliriosos, que constituyeron más que todo problemas de manejo del paciente dentro del servicio hospitalario. En este grupo se ha hecho caso omiso del factor etiológico del cuadro, factor que se analiza en otra parte del presente trabajo.

El grupo 5 comprende también problemas de manejo en el servicio en la mayoría de los casos, pero sin confusión mental y con bastante evidencia de un fondo caracterológico.

En el grupo 6 se han considerado los pacientes, también con problemas de manejo y disposición, que combina el factor personal (carácter) con el factor tóxico (del alcoholismo, que es uno de los problemas de salud mental más serios en el país).

En el grupo 7 aunque muy reducido es revelador en cuanto a que deja ver la inquietud de algunos cirujanos por el problema del hombre como ser enfermo usando sus mecanismos inconscientes en pro de sus objetivos vitales. La nominación del grupo es de por sí explicatorio: evaluación psiquiátrica preoperatoria.

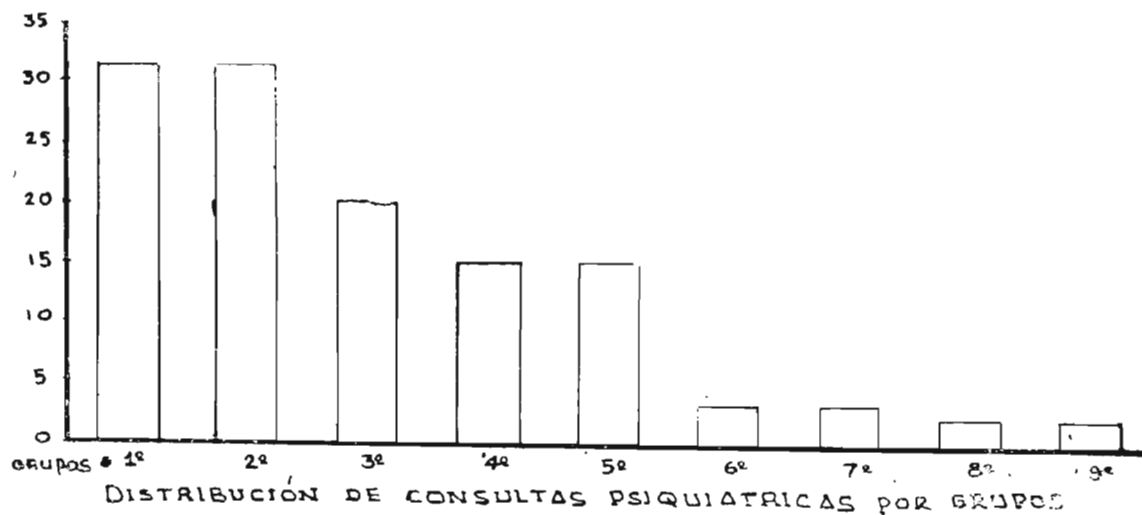
En el 8 se han dejado únicamente los cuadros clínicos referidos como depresiones, aun cuando el término "depresiones" comprende desde las simples reacciones depresivas situacionales transitorias hasta las psicosis profundas.

Finalmente, en el grupo 9 se han incluido las personas que encontrándose en estado de inconsciencia, y descartada la posibilidad de organicidad, al momento de referirlas se consideró conveniente el estudio psiquiátrico de ellas.

Basándose, pues, en el criterio que se explica anteriormente, los 122 pacientes estudiados quedan agrupados así:

1. — Intentos de suicidio	31	25.4%
2. — Cuadros orgánicos con evidente componente emocional	31	25.4%
3. — Cuadros aparentemente orgánicos .	20	16.4%
4. — Estados de confusión mental	15	12.3%
5. — Problemas de conducta	15	12.3%
6. — Alcoholismo	3	2.5%
7. — Evaluación preoperatoria	3	2.5%
8.—Depresiones	2	1.6%
9. — Estados de inconsciencia	2	1.6%

Fig. # 4



Consideraciones Generales Sobre el Problema Psiquiátrico y las Facilidades Hospitalarias

Indudablemente que el problema de la salud del pueblo es uno de los más difíciles de resolver, ya que a la vez que se carece de los medios materiales necesarios se tiene también, desde el punto de vista de la asistencia psiquiátrica, grandes prejuicios populares que vencer y grandes vacíos que llenar en la profesión médica. Actualmente en las escuelas de Medicina se tiende a dar al nuevo médico una formación más integral a fin de que en cierto grado pueda cubrir lo que nunca alcanzarían a cubrir los especialistas. Se capacita al nuevo médico para descubrir, y dentro de ciertos límites tratar también, el aspecto psicológico de la patología del hombre.

Dicho lo anterior, que está necesariamente vinculado a las facilidades del Hospital Rosales, se pasa a considerar en una forma global el problema psiquiátrico.

En todas partes parece predominar la patología mental entre la población urbana, hecho que se comprueba también en el estudio presente:

Personas de procedencia urbana .	100	82%
Personas de procedencia rural ..	22	18%

Sin embargo esta relación no corresponde a la que se encuentra en el Hospital Psiquiátrico, ya que, aun cuando persiste el predominio de población de origen urbano, los porcentajes son diferentes. Por ejemplo, en las primeras admisiones del año 1962 los porcentajes fueron los siguientes:

Personas de procedencia urbana .		57.6%
Personas de procedencia rural ..		42.4%

También la relación por sexos parece seguir la distribución que se ve en otros países, con un número mayor de mujeres que de hombres:

Mujeres	75	61.5%
Hombres	47	38.5%

Desde luego esto no señala en absoluto que esa sea la proporción en que enferman hombres y mujeres, sino la relación en que unos y otras consultan. Es muy probable que los hombres, expuestos a una lucha más agresiva y abierta desde niños, y que las mujeres, con una actitud de resignación y pasividad en la mayoría de los casos, al llegar a la vida adulta arriben

con diferente dotación de medios de lucha; circunstancias estas que en cierto modo influyen en que el hombre sea más resistivo que la mujer a solicitar ayuda y que ésta se disponga más luego a recibirla.

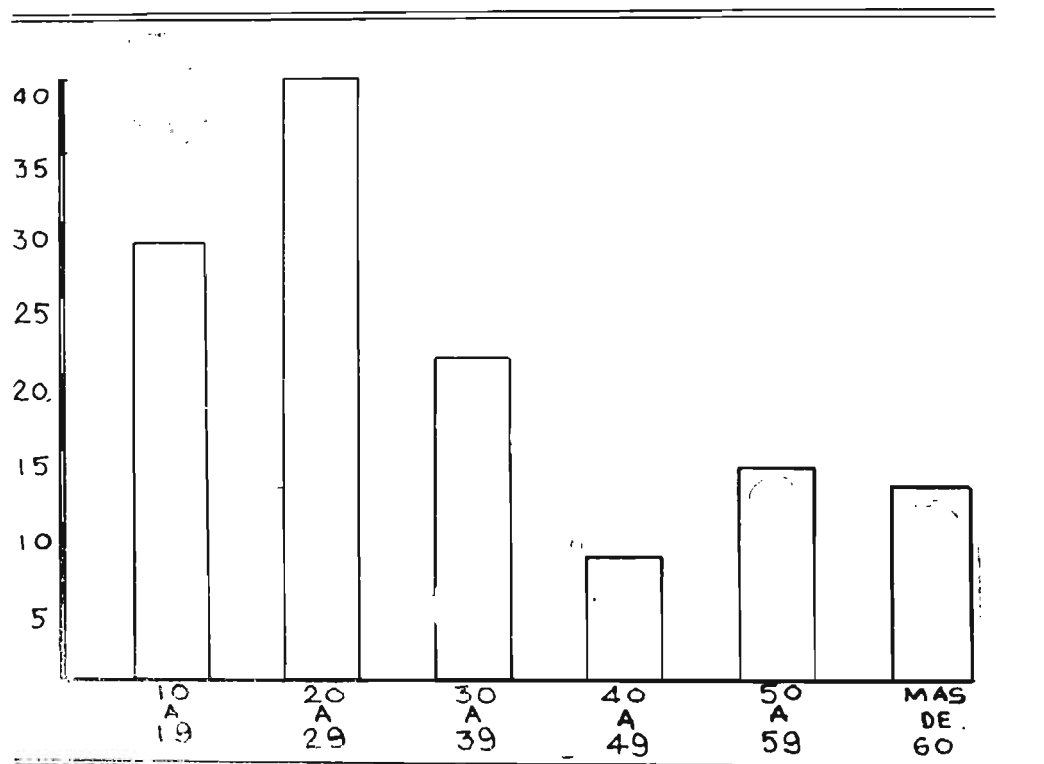
Por otra parte, la distribución por edades en el presente estudio revela una franca predominancia de personas en la tercera década de la vida. El adulto joven, en su paso de la adolescencia, dependiente, a la vida de adulto maduro, con todas las responsabilidades que le corresponden como tal, parece más expuesto a fallos mentales. Pertenecen a esta década (la tercera), 37 personas, o sea un 30.3%. Inmediatamente a él en frecuencia, con 27 personas (23.8%) sigue el de la segunda década de la vida (adulto joven), en que el factor afectivo (romántico) parece jugar un papel mayor, en la dirección autodestructiva (suicidios). En el tercer lugar aparece el grupo de la cuarta década, con 21 personas que representa el 17.2%; para seguirle en orden el grupo de personas en la sexta década, con 14 casos, (11.5%); quedando al final los grupos de personas de sesenta y más años de edad con 13 casos (10.6%), y el de la quinta década, con 8 casos (6.6%).

La presente muestra no incluye casos de 0 a 10 años de edad, pues esta población es atendida en el Hospital Benjamín Bloom.

Observando la gráfica de distribución por décadas se comprueba una proporción alta de casos en la segunda década, número que crece al máximo en la tercera década y desciende al mínimo en la quinta, para luego tener un alza en la sexta, en la época involucional del hombre. (Fig. Nº 5).

En cuanto a las facilidades hospitalarias, de hecho el país cuenta con pocos lugares donde se atiende casos psiquiátricos, de los cuales sólo dos tienen condiciones para institucionalización de pacientes.

FIG.#5
DISTRIBUCION DE CONSULTAS POR DECADAS

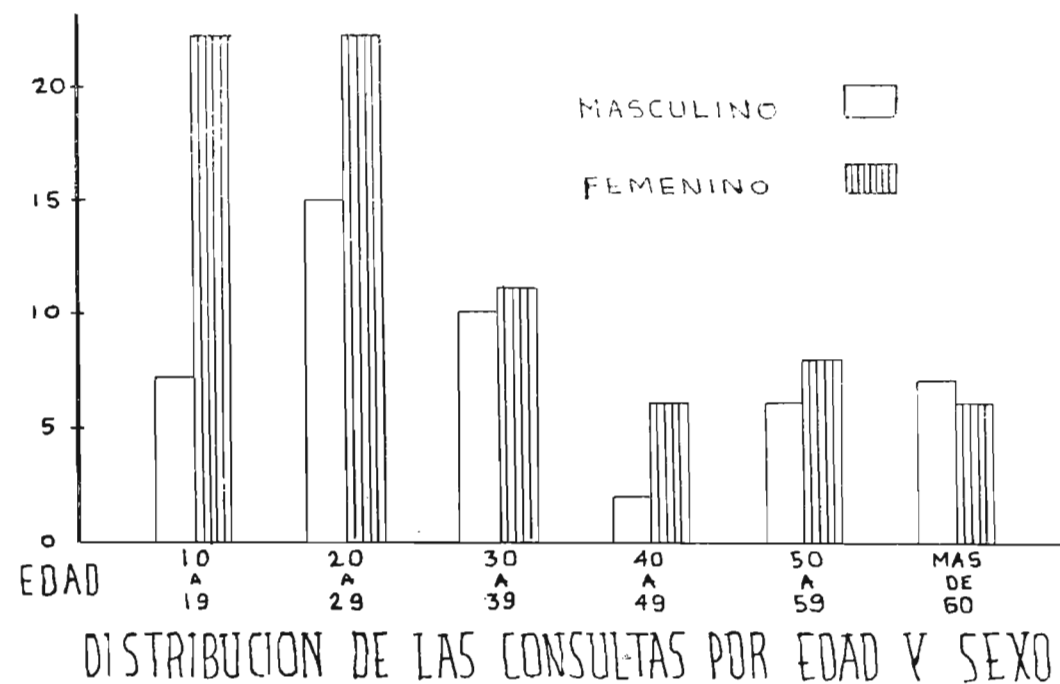


El lugar que más adaptaciones tiene para este fin casi seguramente es la Clínica Meyer, en Santa Tecla. Se trata de una clínica particular, en una casa grande ,antigua, en una ciudad de buen clima y a corta distancia de la capital (11 Kms.) Su capacidad es muy reducida (unas 70 camas), y como población en su mayoría recibe personas de la clase media; predominantemente pacientes del I.S.S.S.

El Hospital Psiquiátrico, que empezó a funcionar como Manicomio Nacional en el año de 1895, pasó a constituirse en Asilo Salvador en 1927 en las edificaciones que actualmente ocupa y que fueron construidas para alojar 350 pacientes. En la actualidad este hospital está dotado únicamente de unas 440 camas y alberga alrededor de 800 personas. Se atiende en su Consultorio Externo una población que crece rápidamente. Hay en este centro, como se comprende, multitud de problemas, pero desde el punto de vista administrativo inquietan sobremanera: 1º) las limitadísimas dotaciones de local e implementos de trabajo. 2º) el reducidísimo personal. 3º) la no especialización del personal técnico (enfermeras, ayudantes, etc.). 4º) la creciente demanda de consulta externa. Sin incurrir en error, aun con la ya alta cifra de consultas externas y las salas que en el hospital se están construyendo con capacidad para 120 pacientes, en el referido centro predominará siempre el aislamiento con hacinamiento.

El Hospital Rosales en el presente año tiene un solo psiquiatra consultor quien, con nombramiento de médico auxiliar del Departamento de Medicina, trabaja dos horas diarias en el Consultorio Externo a donde se le remiten los pacientes de los servicios. En el año 1963 un psiquiatra atendía en los servicios a los pacientes hospitalizados, y otro psiquiatra atendía los pacientes del Consultorio Externo. También ese año hubo servicios de especialistas consultantes, incluyendo psiquiatras, para los hospitales de Santa Ana, San Miguel, San Vicente y Sonsonate, hecho que fué aplaudido en el X Congreso Centroamericano de Medicina como un paso adelante en Salud Mental.

Fig. # 6



Ahora bien, observando la muestra del presente trabajo se comprueba:

1º) que del total de 225 consultas internas del Departamento de Medicina en el año de 1963, 125 fueron psiquiátricas, quedando las 100 restantes distribuidas entre las otras especialidades médicas.

2º) que de las antes dichas 125 consultas servidas (149 solicitadas), 82 (72%) fueron solicitadas por los servicios de medicina, 22 (18%) por los servicios de cirugía y 12 (10%) por servicios de otras especialidades.

GRUPO 1: INTENTOS DE SUICIDIO.

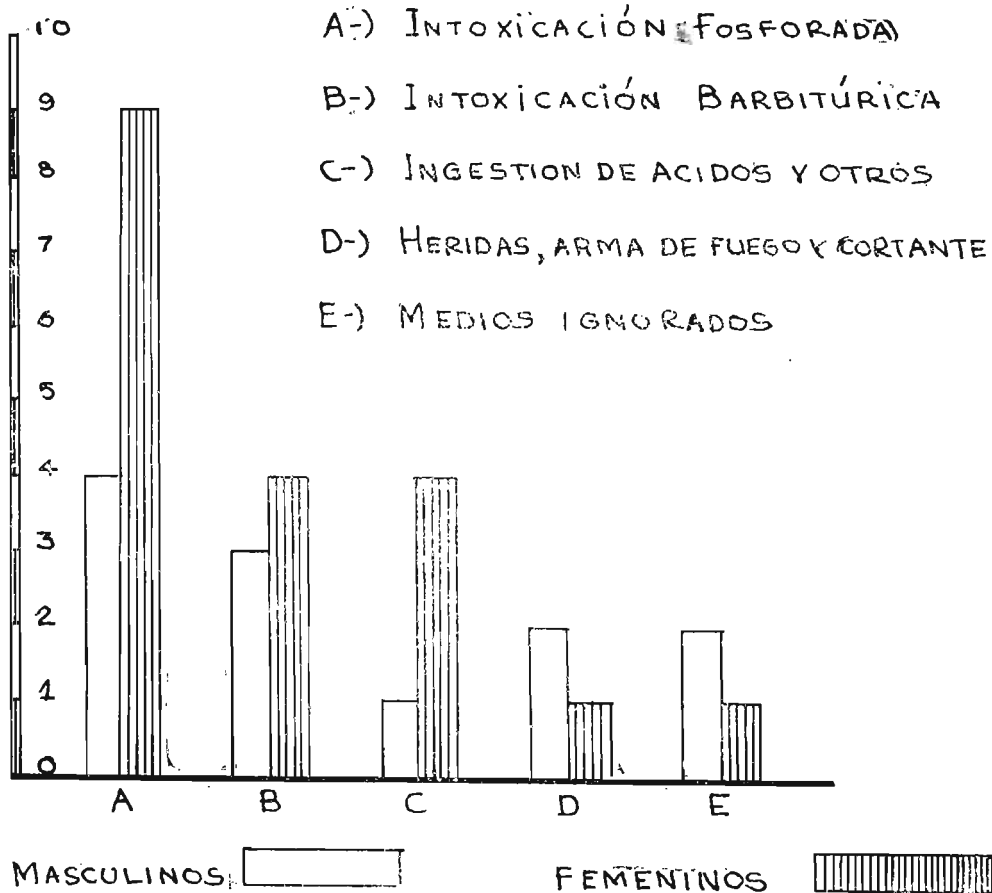
Con anterioridad se ha establecido ya el criterio que se siguió al hacer las presentes agrupaciones. De los 122 casos estudiados resultan 31 casos de intento de suicidio, o sea el 25.4%, sin un solo caso de muerte en este grupo.

El 25.4% que representa este grupo por sí es suficientemente significativo para darle atención preferente, y más aun cuando se ven su distribución por edades, por sexo y por épocas del año. También resulta interesante su estudio tomando en cuenta los medios usados con fines autodestructivos que no incluyen, por ejemplo, lanzamiento desde alturas pues ninguno de estos posibles casos fue referido para consulta psiquiátrica. Tomando en cuenta los medios usados se descompone en cinco subgrupos:

a) Intoxicación fosforada ("chispas del diablo")	13
b) Intoxicación barbitúrica	7
c) Ingestión de ácidos y otras sustancias	5
d) Heridas por armas de fuego y cortantes	3
e) Medios ignorados	3
	—
T O T A L	31

Fig. 4E7

DISTRIBUCION DE LOS SUICIDIOS SEGUN LOS MEDIOS USADOS Y EL SEXO



a) En el sub-grupo de intentos de suicidio por fósforo, es la "chispa del diablo" la sustancia usualmente ingerida. De los 31 casos del ggrupo 1, 13 pertenecen a este sub-grupo (41.9%) y de ellos 9 son mujeres y 4 son hombres. De estas 9 mujeres, 6 son menores de 21 años y las otras 3 son de edades 23, 27 y 39 años; mientras los 4 hombres son 2 de 21 años y 2 de 23 años .De las 9 mujeres 5 son estudiantes y 4 se dedican a oficios de casa. Las ocupaciones de los hombres son: un agente viajero, un estudiante y dos ordenanzas.

Entre las personas de sexo femenino de este subgrupo hay 3 casos de Reacción Neurótica Depresiva, 3 casos de Reacciones de Ajuste de la Adolescencia y 3 de Personalidad Emocionalmente Inmadura; una de estas últimas con historia de epilepsia de 10 años de evolución y evidente debilidad mental.

En este subgrupo es especialmente revelador el caso de una muchacha de 16 años que

en 1961 estuvo hospitalizada durante 2 meses por una intensa cefalea a quien sin pruebas, se le hizo diagnóstico de anemia y sinusitis, y que en el año de 1964 fué operada por cuadro de apendicitis aguda. Su historia psiquiátrica reveló que en 1961 ella se había iniciado en relaciones sexuales, coincidiendo esta circunstancia con su primera hospitalización. La paciente además expresó su deseo de estudiar enfermería.

Entre las personas de sexo masculino hay un caso de Reacción Neurótica Depresiva en un agente viajero de 23 años de edad, con personalidad mal ajustada, que decidió su autodestrucción ante una frustración amorosa. Igualmente por motivos románticos un estudiante de 21 años de edad ante problemas de embarazo de su amante y difíciles relaciones con su padre, y en estado de ebriedad intentó matarse. Otro es el caso de un ordenanza de 23 años de edad, inmaduro, que en estado de depresión intentó por segunda vez suicidarse. El otro caso es el de un sociópata de 21 años de edad que de los 6 a los 16 años vivió en los EE. UU. con unas tías, y que había permanecido por 14 meses en un reformatorio de aquel país por mala conducta; quien por 5ª vez intentaba suicidarse.

Del total de los casos de este subgrupo 6 fueron referidos al Servicio Médico Social.

b) El subgrupo de intentos de suicidio con barbitúricos comprende 7 personas, 3 hombres y 4 mujeres. Con la excepción única de una paciente de 17 años de edad, de otro país centroamericano, empleada, que padecía de Reacción Neurótica Depresiva como única causa, todos los otros eran pacientes que adolecían de epilepsia con psicosis o con Reacción Neurótica Depresiva. Estos pacientes epilépticos habían estado, en su mayoría en tratamiento con barbitúricos por varios años. Los promedios de edad son de 26 años para las mujeres y 24 para los hombres. De 2 de ellos no se tienen noticias de intentos anteriores; mientras los otros 4 se comprueban 2 o más intentos.

c) El subgrupo que comprende las personas que ingirieron sustancias químicas (ácidos, venenos, etc.) es de 5. Una muchacha de 16 años de edad, con cuadro de Depresión Reactiva, que por dificultades en el hogar ingirió una fuerte dosis de aspirina. Otro paciente, de 19 años de edad, empleado de un hospital, ingirió ácido láctico. Otra paciente, de 17 años de edad, con esquizofrenia latente, ingirió ácido sulfúrico al no ganar su sexto grado. Otra joven, de 17 años de edad, con cuadro de Depresión Reactiva, tomó ácido acético. La última paciente de este subgrupo, de 17 años de edad, que se dedicaba a la prostitución y adolecía de paludismo y

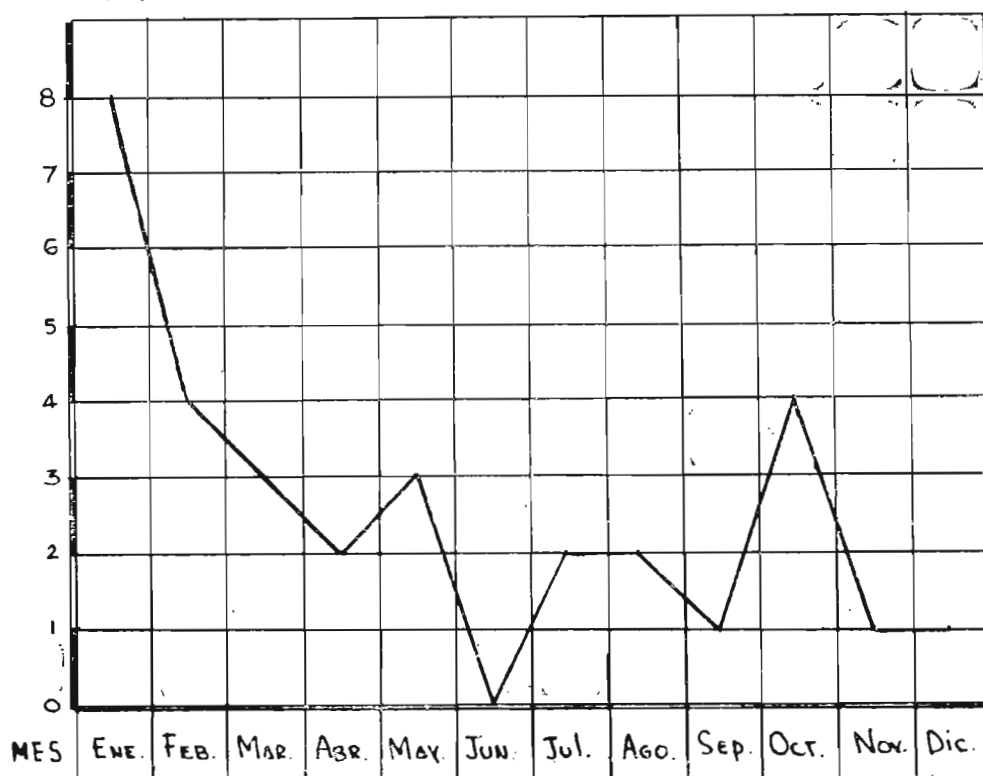
sífilis, tomó un insecticida. Uno de estos casos fue referido al Servicio Médico Social.

d) El subgrupo de intentos de suicidio con armas de fuego y cortante comprende 2 hombres y 1 muchacha. Esta última, de 17 años de edad, campesina, cansada de la hostil dependencia que la madre ejercía sobre ella se dió en el abdomen un balazo que le lesionó el hígado; su caso fué referido al Servicio Médico Social para que se trabajase con la madre de la paciente a fin de disminuir las tensiones entre ellas. Los otros dos casos son de alcohólicos, un motorista y un talabartero. El primero de 55 años de edad, con psicosis paranoide, se dió una herida penetrante del tórax, con arma cortopunzante. El segundo, en su delirio alcohólico y a causa de conflicto por prácticas incestuosas con su madre en la adolescencia, se cortó las venas de las muñecas y se hizo varias cortaduras en el abdomen.

e) Finalmente hay un subgrupo de 3 personas, un profesor de 31 años de edad, alcohólico; una señora de 46 años de edad, paranoide (mesiánica), y un muchacho de 17 años de edad, emocionalmente inestable, en quienes no se encuentra establecido qué medios usaron para fines autodestructivos. El último mencionado aparentemente usó "chispas del diablo" como en su primer intento. De ellos, la señora y el profesor fueron referidos al Servicio Médico Social.

Fig. # 8

DISTRIBUCION MENSUAL DE LOS SUICIDIOS.



Al observar la curva de distribución de suicidios por meses se comprueba una alza grande en Enero con descenso gradual hasta Junio en donde no hay ninguno, para luego subir moderadamente en Octubre y bajar un poco en Noviembre y Diciembre.

La distribución por edad y sexo de los pacientes con intoxicación fosforada no se puede comparar con la del trabajo que sobre dicha intoxicación hicieron los doctores Juan José Fernández, Juan Allwood Paredes, Roberto Masferrer y Nicolás Astacio, pues en el presente estudio sólo se encontraron 13 casos; pero sí se comprueba el alza grande en el mes de Enero al que corresponden 7 casos, 6 de mujeres y un hombre. En cuanto a edades se encuentra que entre los 15 y los 19 años hay 5 mujeres y ni un solohombre; mientras entre 20 y 24 años hay 6 casos, predominando los hombres que son 4 y sólo 2 mujeres. Ocorre entonces que del total de 13 casos 11 están comprendidos entre los 15 y los 24 años.

Del total de 31 casos con intentos de suicidio, 12 fueron referidos al Servicio Médico Social, 3 fueron transferidos al Hospital Psiquiátrico para su hospitalización y 2 fueron referidos al Consultorio Externo del mismo.

Alrededor de 5 pacientes recibieron alguna psicoterapia. Como medicamentos sólo se usó (dadas las reducidas dotaciones hospitalarias) Largactil, Liranol, Ecuamil, Catron, en muy limitada forma.

Al igual que en el estudio antes mencionado, la predominancia de personas del sexo femenino fue franca en el presente trabajo, tanto en el total del grupo como en la intoxicación fosforada.

	Mujeres	Hombres	Total
Intoxicación fosforada	9	4	13
Total de intentos de suicidio	22	9	31

GRUPO 2: CUADROS ORGANICOS CON EVIDENTE COMPONENTE EMOCIONAL.

Este grupo comprende los cuadros francamente orgánicos con un componente emocional manifiesto. Estos son 31 casos distribuidos en la forma siguiente:

Enfermedades gastrointestinales	8
Cardiopatías	6
Cuadros infecciosos agudos	5
" neurológicos	4
" endocrinológicos	2

Cuadros dermatológicos	2
" de Otorrinolaringología	1
" oftalmológicos	1
Enfermedades del aparato respiratorio	1
Enfermedad de Hodgkin	1

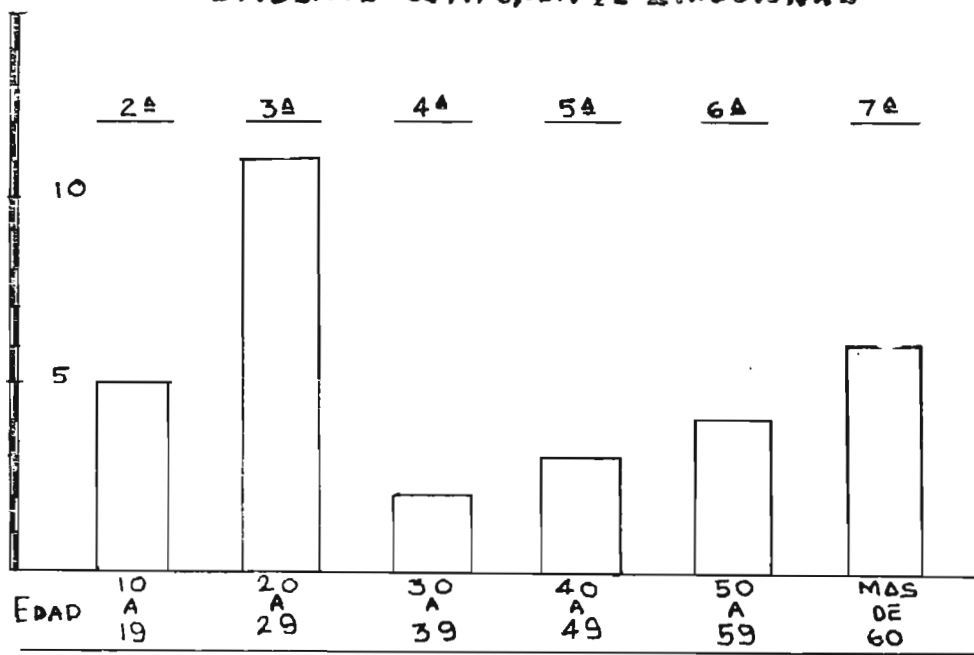
Los casos de cardiología comprenden sintomatología de ansiedad, desesperación, agitación y confusión mental, tendencias depresivas autodestructivas. Los casos de enfermedades gastro-intestinales son: 5 de úlcera péptica para los que se pedía terapéutica psiquiátrica (uno de estos pacientes padecía además de fractura de la cadera), 1 de pancreatitis, 1 de cirrosis hepática y 1 de litiasis biliar. Los cuadros infecciosos agudos incluyen uno de hepatitis viral, uno de neumonía lobar, dos de estados infecciosos indeterminados y uno de fiebre tifoidea. Los de Neurología son 2 casos de epilepsia, 1 de coma y 1 de paraplejía flácida para el cual se solicitaba hipnosis como medio terapéutico. Los cuadros endocrinológicos son 2: uno de bocio tóxico y un supuesto caso de Enfermedad de Addison. Los de Dermatología fueron uno de Prúrigo de Hyde y uno de úlcera trófica de la pierna. Los siguientes casos son: uno de cartara patológica, uno de asma bronquial y uno de Enfermedad de Hodgkin.

Haciendo la distribución de este grupo por edades se observa lo siguiente: nuevamente las décadas 2ª y 3ª por una parte, y la 5ª y 6ª por otra, tienen mayor incidencia, como en el grupo 1; en cuanto al sexo se encuentra siempre la predominancia de las mujeres sobre los hombres, pero en una proporción más nivelada si se le compara con el grupo 1.

	Total	Mujeres	Hombres
Grupo 1	31	22	9
Grupo 2	31	17	14

Fig. # 9

DISTRIBUCION POR EDADES DE CUADROS ORGANICOS CON EVIDENTE COMPONENTE EMOCIONAL



En todos estos casos los exámenes de laboratorio son definitivos en cuanto a su naturaleza orgánica.

De este grupo cuatro pacientes fueron referidos al Servicio Médico Social.

GRUPO 3: CUADROS APARENTEMENTE ORGANICOS.

A este grupo pertenecen 20 casos, o sea el 16.4% del total.

Su distribución es la siguiente:

Cuadros gastrointestinales	8
" neurológicos	8
" cardiovasculares	3
" mioesqueléticos	1
<hr/>	
TOTAL.....	20

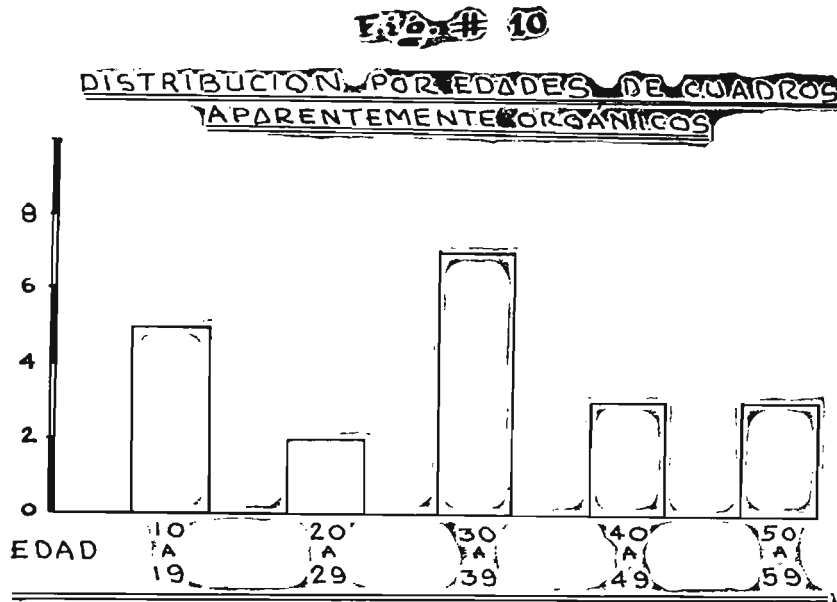
De los casos gastrointestinales hay 2 de diarrea, 2 de constipación, 1 de síndrome ulceroso, 1 de aparente litiasis biliar, 1 de náuseas y vómitos y uno de dolor abdominal agudo. Los exámenes de laboratorio en los de diarrea revelan huevos de tricocéfalos y estrongiloides en uno, y sangre oculta en el otro. Los casos de constipación tienen exámenes negativos. El caso de síndrome ulceroso reveló sangre oculta en heces, y anemia. En el de aparente litiasis biliar los Rx de la vesícula biliar no revelaron patología. Esta paciente además adolecía de tuberculosis pulmonar por la que fue intervenida quirúrgicamente. El caso de náuseas y vómitos tenía una reacción de Friedman positiva. Y en el de dolor abdominal agudo los exámenes de laboratorio mostraron amilasa alta en sangre, y leucocitosis.

Los casos neurológicos son: 2 de naturaleza convulsiva, uno de ellos con E. E. G. que muestra anormalidades, y el otro con E. E. G. neg. Los restantes son: uno de compresión radicular; uno de cefaleas, parálisis y convulsiones; uno de catatonía; uno de cefaleas solas; uno de neuralgia del trigémino y uno de dolor cervical con ligera osteoartritis. Excepto el último, que revela alteraciones vertebrales en la columna cervical, los otros son negativos a exploraciones clínicas, de laboratorio y Rayos X.

De los cuadros cardiovasculares, 2 son síndromes anginosos; uno de ellos con cierta fibrosis de ventrículo derecho y el otro con E. C. G. negativo. El tercero es de una hipertensión arte-

rial permanente.

El cuadro mioesquelético es el de una severa lumbalgia cuyos exámenes de laboratorio y Rayos X son negativos.



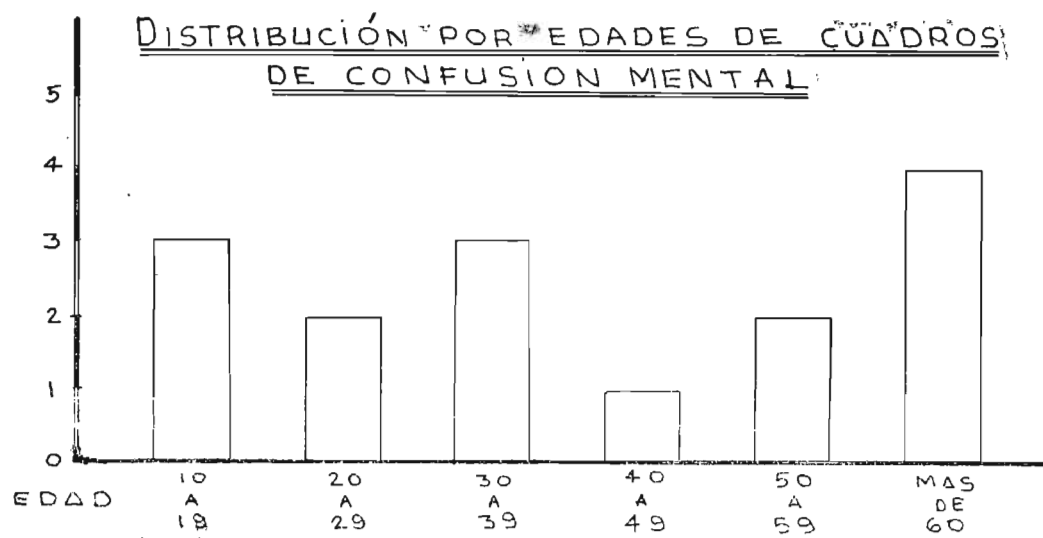
La distribución de las personas por décadas de la vida en este grupo (Fig. N° 10) revela una modificación con respecto a los anteriores. Mientras la 2ª y 4ª décadas se mantienen a niveles arriba del doble de las demás, la 3ª queda a un nivel muy bajo. En cuanto a sexos aparece nuevamente la predominancia del femenino con 14 personas y sólo 6 del masculino.

GRUPO 4: ESTADOS DE CONFUSION MENTAL.

Los casos de confusión mental son 15, o sea el 12.3%. Este grupo con el siguiente son los últimos de mayor significancia numérica, con porcentajes arriba del 10%. En él aparecen 4 casos de aparato digestivo, 2 de ellos de cirrosis, uno de gastritis alcohólica y uno de severo parasitismo intestinal. Hay además 2 casos de desnutrición. Hay uno de dolor cervical, uno de shock anafiláctico, uno de tiroidectomía, uno de mutismo, uno de crisis convulsivas, uno de pseudoesquizofrenia y dos de bronconeumonía; siendo uno de estos en una anciana de 95 años de edad quien además tenía fractura del fémur. En todos ellos la razón para consultar al psiquiatra fue el estado de confusión mental, de inconsciencia, de desorientación o de delirio.

La distribución de este grupo por edades muestra mayores incidencias en la 4ª década y después de la 6ª. En cuanto a sexo se encuentran: 9 mujeres y 6 hombres.

Fig. # 11



Los exámenes de laboratorio y las historias son concluyentes en cuanto a la organicidad correspondiente. Ninguno fue referido al Servicio Médico Social, uno fue trasladado al Hospital Psiquiátrico, uno murió en el Hospital Rosales (el paciente de tiroidectomía) y los demás fueron dados de alta.

GRUPO 5: PROBLEMAS DE CONDUCTA.

Comprende los casos de personas que en el servicio hospitalario eran problemas de manejo o que tenían francos problemas de conducta. Son 15, o sea el 12.3%.

De este grupo es especialmente interesante el de la paciente que con lesión cardíaca reumática fue hospitalizada por tal condición, pero que además, bajo nombre falso, se dedicaba a la prostitución. En el servicio no cooperaba en su tratamiento y por esta razón fue referida para consulta psiquiátrica. Tuvo psicoterapia individual y ayuda del Servicio Médico Social, lográndose su regeneración. Regresó a vivir al lado de sus padres, en una ciudad del interior del país, donde aun permanece.

Otro caso, el de una paciente con Síndrome de Cushing, fue lamentable por su desenlace fatal. El accidente final fue una neumonía hipostática. La condición que motivó la solicitud de consulta psiquiátrica fue el problema de su manejo por el estado de agitación en que se encontraba.

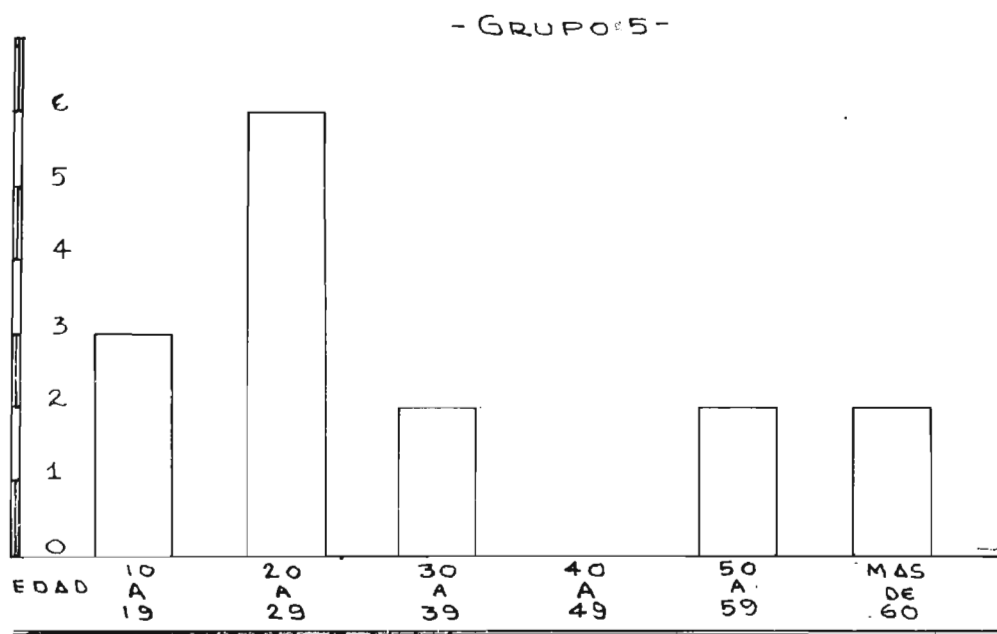
Igualmente constituyeron problemas de manejo una paciente intoxicada con insecticidas

(los inhaló accidentalmente en una algodonera), un paciente cirrótico, uno con T. B. ganglionar, una anciana con catarata senil operada y un paciente con ictericia obstructiva.

Por molestar y no obedecer órdenes fueron referidas: una muchacha de 22 años, fracturada de la pelvis; una niña de 12 años, con cicatriz viciosa consecutiva a quemaduras del miembro superior derecho; y una paciente de 29 años con polineuritis nutricional. Dos pacientes, muchachas de 15 y 22 años, tenían francos cuadros regresivos emocionales, hablaba como tierna y se comportaban, en general, como tales. Una paciente de 32 años, con bronquiectasia, y un hombre de 50 años, con tumor faríngeo (cuya biopsia sólo demostró tejido de granulación), eran problemas en el servicio por su excesiva demanda de atención, y por ello fueron referidos al psiquiatra.

Fig. # 12

DISTRIBUCION POR EDADES DE PACIENTES CON
PROBLEMAS DE CONDUCTA



La curva de distribución por edades revela la mayor incidencia en la 3ª década de la vida y ausencia de casos en la 5ª. En cuanto a sexo, resultan 11 mujeres y 4 hombres, relación un tanto próxima a la del primer grupo.

GRUPOS 6, 7, 8 y 9.

En el grupo 6 están incluidos únicamente los alcohólicos que por un error fueron admi-



tidos en el Hospital Rosales pues lo usual es referirlos al Hospital Psiquiátrico si no hay una patología orgánica seria, concomitante. En el resto de la muestra hay, desde luego, muchos alcohólicos más con cuadros de cirrosis, de gastritis, etc. Uno de estos casos es el de una mujer alcohólica crónica, de 59 años de edad. Los otros 2 son hombres, uno de 22 años, alcohólico crónico, y uno de 32 con cuadro de intoxicación alcohólica aguda.

El grupo 7 comprende 3 casos, 2 mujeres y un hombre. Una de las mujeres es una oficinista de 37 años de edad, con problemas maritales, cuya radiografía de vesícula biliar era sugestiva de calculosis. Fue operada y no se encontró cálculo, pero la paciente aparentemente no sufrió más de sus dolores (en esa región). Otro fue el de un muchacho de 23 años de edad, hondureño, con severa hiperhidrosis, en quien por no contarse con personal de la especialidad para dedicarle tiempo en psicoterapia, y por tener que regresar él a Honduras, se puso como segundo escoge la operación (simpatectomía). Se le practicó ésta pero no se ha tenido noticias posteriores del paciente. El tercer caso es el de una costurera de 53 años de edad, del Servicio de Ortopedia, donde había permanecido por un año, más o menos, con una marcada flexión del muslo izquierdo sobre el tronco y de la pierna sobre el muslo; que había sido operada sin resultado alguno, y que, considerándose la conveniencia de otra operación, se pidió consulta psiquiátrica. El siquiatra consideró que todo el cuadro era de origen histérico y desautorizó más intervenciones, pero la paciente fue nuevamente intervenida y un año después de su ingreso salía del Hospital con ambas piernas en igual condición que la izquierda. Esta paciente fue referida al Servicio Médico Social para que su esposo, separado de ella, la ayudara a establecerse después de haberse vuelto una inválida. Siendo la paciente de una ciudad del interior la trabajadora social hizo una visita a dicha ciudad para tratar de ayudar a la paciente a reiniciar su vida, además de visitar varias veces al esposo que vivía en esta capital, para trabajar en el sentido de convencerlo para que prestara su cooperación en la rehabilitación de la paciente.

El grupo 8 comprende 2 hombres, uno de ellos el de un muchacho de 20 años que a consecuencia de un balazo quedó con hemisección de la médula cervical. Estaba muy deprimido y no colaboraba en su tratamiento. Fue visto varias veces por el psiquiatra (psicoterapia), se recuperó de la depresión y empezó a asistir a rehabilitación, pero después sucumbió a infección por úlceras de decúbito. El otro era un hombre de 32 años, con úlcera péptica, inmaduro emocionalmente, y muy dependiente.

En el grupo 9 quedan únicamente 2 casos. Uno fue el de un señor de 50 años de edad, traumatizado, que después de 3 consultas psiquiátricas y por una depresión psicótica fue tras-

ladado al Hospital Psiquiátrico, con sus aparatos ortopédicos. El otro caso era el de una señora de 27 años de edad, epiléptica, débil mental, que fue llevada por la policía al Hospital en estado de inconsciencia. Fue después trasladada al Hospital Psiquiátrico donde había estado anteriormente.

Muertes

Del total de las 122 personas incluidas en el estudio murieron 9 (7.4%). Un joven de 15 años, con carditis reumática activa que fue visto el 11 de Febrero por cuadro de aguda ansiedad y murió el 7 de Marzo del mismo año; un joven de 18 años de edad, con enfermedad de Hodgkin, recibió psicoterapia de soporte y murió a consecuencia de su enfermedad; un joven de 20 años de edad, con hemisección medular cervical fue referido por depresión de la cual salió pero murió por infección de úlceras de decúbito; una mujer de 24 años de edad, con Síndrome de Cushing, fue referida por estado de agitación y murió aparentemente por neumonía hipostática; una mujer de 29 años de edad, con polineuritis nutricional y que mostraba marcada regresión en su conducta, murió en severo estado de desnutrición; un joven de 20 años de edad, con insuficiencia mitral, mostraba severo cuadro de ansiedad y murió a consecuencia de su condición cardíaca; un hombre de 35 años de edad, que padecía de bocio tóxico, le fue practicada tiroidectomía, mostraba severa agitación y murió de complicaciones post-operatorias; una mujer de 60 años de edad con cardiopatía coronaria, fue referida por dificultades de manejo debido a su estado de agitación, y murió a consecuencia de su condición orgánica; y, finalmente, un hombre de 70 años de edad, marcadamente desnutrido, con cuadro de síndrome cerebral crónico, murió también.

Dinámica en la Patología de los Grupos

GRUPO 1.

a) Intoxicación fosforada:

Como primeros datos en este subgrupo encontramos que hablar de intoxicación fosforada es hablar de intoxicación con "chispas del diablo"; que el número de personas del sexo femenino sobrepasa al doble del de personas del sexo masculino; que el promedio de edades es de 21 años en las mujeres y 22 años en los hombres; que mientras 6 mujeres con promedio de edad de 17 años intentaron suicidarse en Enero sólo un hombre de 21 lo intentó en ese mes.

En este subgrupo la mayor frecuencia de mujeres de edad joven (17 años) y en el mes de Enero revela la influencia de las festividades de Navidad y Año Nuevo, y las complicaciones

pasionales que traen algunas liberalidades en la adolescencia, en esa época del año; hecho que se comprueba en el estudio individualizado de los casos. De naturaleza romántica también es el problema del hombre de 23 años de edad, agente viajero, que intentó matarse en ese mes. En las restantes mujeres los problemas son de desarmonía en el hogar y económicos. El que el medio usado sea la "chispa del diablo" revela el peligro que existe de que una sustancia tan tóxica sea de tan fácil adquisición.

b) Intoxicación barbitúrica:

Como datos notables este subgrupo arroja un total de 6 personas que padecían epilepsia desde varios años atrás y que intencionalmente tomaron un exceso de barbitúricos indicados para el control de sus convulsiones; más una persona no epiléptica. De ellas 3 son hombres con un promedio de edad de 23 años, y 4 son mujeres con un promedio de edad de 24 años. La distribución por meses del año no es sugestiva de ninguna relación con algún acontecimiento especial (como en los casos anteriores, con las fiestas de fin de año).

El estudio de los cuadros permite descubrir que al menos en 4 de estos pacientes (los epilépticos) ha habido previos intentos de suicidio y que han estado en tratamiento con barbitúricos por varios años. Es evidente que cierto grado de desesperación se presenta en estas personas al resistirse a vivir sujetos a las limitaciones que supuestamente la epilepsia impone. El caso de la persona no epiléptica es de una empleada que tenía dificultad de relaciones con su madre y que se sentía desesperada de no ver a su padre por más de 2 años.

c) Ingestión de ácidos y otras sustancias:

Este grupo comprende 5 personas de las cuales 4 son mujeres de un promedio de edad de 17 años; y un empleado de hospital, de 19 años de edad. La distribución por meses del año tampoco es sugestiva en este subgrupo. Sin embargo aquí aparece de nuevo el factor emocional determinante en la conducta de las mujeres y la edad de 17 años coincidiendo con la del subgrupo a); pero aquí no es ya necesariamente romántico como en aquel, sino como fenómeno de inadaptabilidad al hogar.

d) Heridas por arma de fuego y cortante:

Este subgrupo comprende únicamente 3 personas, una muchacha de 17 años de edad y 2 hombres, uno de 30 años y el otro de 55 años. Es interesante señalar que los 3 casos ocurrieron en el mes de Febrero y que el único caso de uso de arma de fuego corresponde a la mu-

chacha, una campesina de carácter, decidida, rebelde. A este respecto cabe señalar que en general el arma de fuego es más usada por el hombre con fines autodestructivos y que se dispara a la cabeza, lo cual da casi siempre como resultado una muerte inmediata; siendo esta una razón por la que no llegan a ser hospitalizados. Esto explicaría en parte la ausencia de casos de esta naturaleza en el presente estudio. Por otra parte los 2 hombres que aparecen en este subgrupo usaron arma cortante; ellos tienen historia de intentos anteriores, conducta sociopática, alcoholismo, etc. Uno es motorista y el otro talabartero.

e) Medios ignorados:

Parece ser que una de estas personas, un hombre de 17 años de edad usó "chispas del diablo" en este intento (tenía intentos anteriores). Las otras 2 personas son una señora de 46 años de edad, y un profesor de 31 años de edad, alcohólico crónico. De nuevo se ve la incidencia del uso de "chispas del diablo" en la 2ª década y especialmente a los 17 años; este paciente era un sociópata. La señora tenía complejo mesiánico (paranoide).

GRUPO 2:

Como el anterior este grupo comprende un total de 31 personas, de las cuales 17 son mujeres y 14 son hombres. El promedio de edad de las mujeres es de 40 años siendo el de los hombres 35, lo cual muestra un predominio en la 4ª década, en ambos sexos, década que en el cuadro general de frecuencias de la muestra corresponde al más bajo nivel. Esto podría indicar que es precisamente esa la década de la mayor estabilidad emocional (menos frecuencia de enfermedades mentales) y que la patología mental aflora principalmente por la presencia de condiciones orgánicas que debilitan al ser en su totalidad.

GRUPO 3:

Este grupo comprende 20, personas que son sólo los 2/3 del anterior, pero hay entre ellos 8 casos de patología gastrointestinal contra 7 en el grupo anterior. Este hecho ya muestra la mayor vulnerabilidad del aparato digestivo con relación a otros sistemas o aparatos (excepto el S.N.C.), a la vez que muestra una incidencia relativamente grande (40%) de factores psicogénicos. Los cuadros de las cardiopatías, que ocupan un 2º lugar en el grupo anterior, ocupan en éste el 3º, pues los cuadros neurológicos toman igual predominancia que los de aparato digestivo. La distribución por meses del año no parece reveladora de nada especial. Los promedios de edades son 46 años en las mujeres y 42 en los hombres.



GRUPO 4:

Corresponde a él los casos de 15 personas pero efectivamente se le puede considerar integrado por 14, pues un caso que fue referido como "confusión mental" resultó ser un mutismo simple. Una observación más cuidadosa antes de la referencia habría sido una fórmula simple para salvar este error. De las 15 personas del grupo 9 son mujeres, con promedio de edad 46 años; los restantes 6, hombres, dan un promedio de 42 años de edad. En cuanto a los meses del año hay la frecuencia de 5 casos (33%) en Agosto. En esta década de la vida (5ª década) y en la siguiente se manifiesta una alza en la frecuencia de las enfermedades mentales, principalmente en el sexo femenino, posiblemente relacionada con procesos involucionales individuales y desintegración progresiva del núcleo familiar.

Comparando este grupo con el anterior puede establecerse la presunción de que en aquél la conversión es el mecanismo de ajuste, y que en éste es la depresión (involucional?).

GRUPO 5:

Como el anterior este grupo comprende los casos de 15 personas, pero la desproporción por sexos es mayor pues son 11 mujeres y 4 hombres. Las edades promedio aun revelan más, pues en éste la edad promedio de los hombres es 63 años y la de las mujeres es 24. Por otra parte parece este hecho explicar en la experiencia diaria la mayor tranquilidad relativa de los servicios de hombres; tranquilidad que se podría sospechar como una consecuencia de la mayor valentía que se le atribuye al hombre en general; o al hecho de que predomina el sexo femenino en el personal de enfermería y que como una inconsciente galantería el hombre controle más sus impulsos. De hecho, en grupos de mujeres éstas propenden a ser menos inhibidas que los hombres en los grupos de su sexo. Este grupo en realidad debería titularse "problemas de manejo", y muestra que las mujeres jóvenes y los hombres viejos son quienes dan más problemas de esta clase en los servicios.

GRUPOS 6, 7, 8 y 9:

El grupo 6 aparece poco numeroso porque por una parte es política hospitalaria establecida el referir todos los alcohólicos al Hospital Psiquiátrico, y porque algunos de ellos quedan comprendidos en otros grupos.

El grupo 7 es halagador en cuanto a que muestra que algunos cirujanos están ya reconociéndole su validez al aspecto psiquiátrico del enfermo. Desde luego la técnica de medicacio-

nes preoperatorias dice ya de este aspecto en relación al acto quirúrgico en sí. Hoy se toma en cuenta la opinión del psiquiatra en relación al significado vital de la operación para el paciente.

En el presente trabajo el grupo 8 comprende únicamente 2 casos que fueron referidos por su estado de depresión, aun cuando no eran de naturaleza psicótica. Sin embargo el grupo de "Depresiones" en sí pudo haber sido agrandado por numerosos casos incluidos en los otros grupos y diagnosticados como Reacciones Neuróticas Depresivas que aparecen muy frecuentemente en los intentos de suicidio. Otras formas de depresión han quedado incluidas en cuadros orgánicos, estados de confusión mental, etc.

El grupo 9 comprende en realidad un solo caso, una mujer epiléptica llevada en estado de inconsciencia; pues el otro caso el de un señor de 50 años de edad, que fue referido como estado de inconsciencia, sufría en realidad un estado de confusión mental post-traumática. Ambos fueron referidos al Hospital Psiquiátrico.

Diagnósticos Psiquiátricos

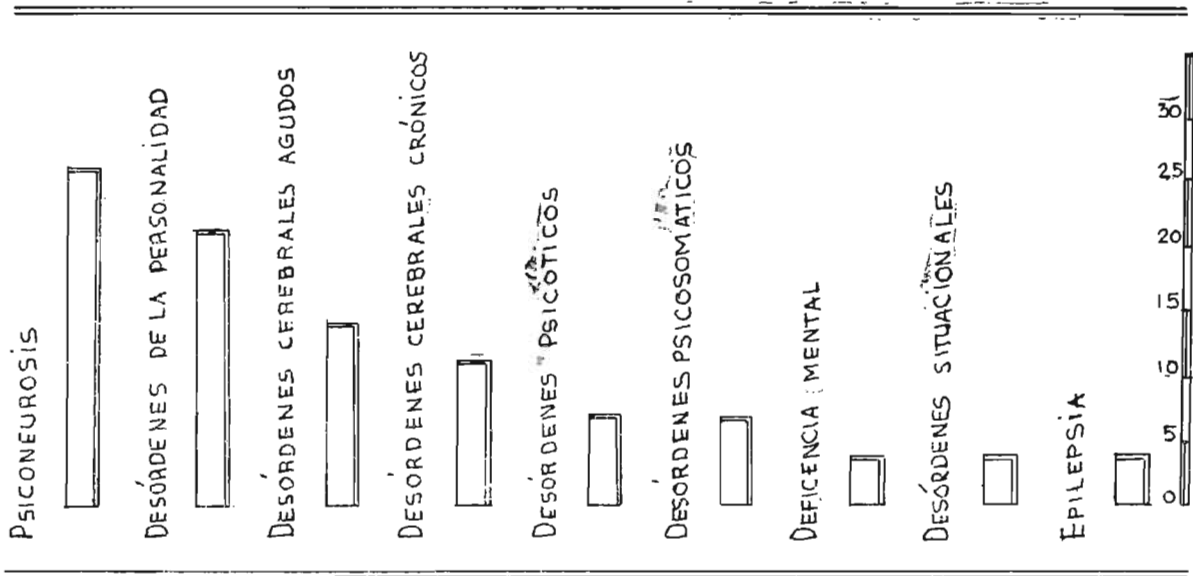
Aun cuando en la Medicina moderna no es preocupación fundamental hacer diagnóstico alguno desde la primera consulta en el estudio hecho pueden muy bien agruparse las impresiones clínicas adaptadas a la nomenclatura psiquiátrica internacional, resultando un total de 97 diagnósticos. Este número por sí es elevado, y la explicación de tal hecho tal vez pueda atribuirse a la circunstancia de que en la inmensa mayoría de casos han sido consultas únicas, servidas con la preocupación fundamental de resolver el problema del Servicio en el cual estaba el paciente, más que de servir al paciente mismo; cosa que se comprueba al leer las "disposiciones". El Hospital Rosales carece de medios materiales, personal técnico especializado, etc., para el tratamiento de pacientes mentales y por ello hay cierta presión porque se resuelvan lo más pronto posible los problemas de esta clase.

Los resultados que arroja esa clasificación son:

Desórdenes cerebrales agudos	15
Desórdenes cerebrales crónicos	11
Deficiencia mental	4
Desórdenes psicóticos	7
Desórdenes psiconeuróticos	26
Desórdenes de la personalidad	19

Desórdenes situacionales de la personalidad	4
Desórdenes psicofisiológicos autonómicos y viscerales	7
Epilepsia	4
<hr/>	
TOTAL	97

FIG. Nº 13



DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

Disposiciones y Tratamientos Psiquiátricos

Del total de la muestra hay 102 cuadros en los cuales aparecen tratamientos y disposiciones psiquiátricas. Varios de ellos comprenden más de un tratamiento. Con gran frecuencia se observa la indicación de psicoterapia individual, pero a la vez se señalan las limitaciones hospitalarias que no permiten dar tal tratamiento. En cuanto a medicamentos también se comprueba una limitación grande, pues apenas se disponía de Clorpromazina en algunos casos, Promazina en otros y Marplan ocasionalmente. El uso de barbitúricos es relativamente poco frecuente así como el de Mepobramato. La frecuencia de las altas es relativamente grande, y pocas las transferencias al Hospital Psiquiátrico. La terapia de familia y las modificaciones ambientales, así como la búsqueda de colocación en trabajos son actividades que realizó con cierta frecuencia el Servicio Médico Social. Hay un caso de indicación de una operación (cura de fimosis) que no se practicó, y un caso de contraindicación de operación (pero la operación se practicó).

En total resulta que en 12 casos se indicó alta como medida inmediata; que 12 pacientes se trasladaron o fueron referidos al Hospital Psiquiátrico; que 2 se trasladaron al Asilo de Ancianos; que 24 fueron referidos al Servicio Médico Social para ser seguidos por este servicio; que en 2 casos se contraindicó transferencia al Hospital Psiquiátrico no obstante las demandas del médico referente; que en 2 se indicó psicoterapia de la familia; que a 18 pacientes se les indicó psicoterapia individual pero de ellos sólo la tuvieron en el Hospital Rosales o en la clínica particular del psiquiatra. Aparecen 2 casos de suspensión de medicamentos como indicación psiquiátrica, y un refuerzo de medicación endocrinológica, en otro. En 2 casos aparece vitaminoterapia y medidas dietéticas como indicación psiquiátrica. En un caso se indicó circuncisión, en otro se contraindicó operación ortopédica, en otro se sugirió operación después de tratamiento psicológico y en otra se indicó operación inmediatamente. En una paciente se sugirió esterilización. En 41 casos se indicó medicación con tranquilizantes, relajantes, hipnóticos o antidepresivos. En 2 casos se indicaron más exploraciones en el orden somático.

Cooperación Prestada por el Servicio Médico Social

(Este capítulo ha sido escrito con la colaboración de la Sra. Br. Nora Staben de Berríos, jefe del Servicio Médico Social)

El Departamento de Servicio Social fue fundado en el Hospital Rosales el año 1952, habiendo venido para organizarlo una técnica trabajadora social de los EE. UU. Este departamento cuenta en la actualidad con 7 trabajadores sociales (una jefe y 6 auxiliares).

A este servicio fueron referidos 24 pacientes de los estudiados en el presente trabajo (19.67%), número que es relativamente alto y revelador de los beneficios que pueden aportar al hospital servicios de esta naturaleza.

Se dará una breve descripción de algunos de los casos del presente trabajo, seguidos por el Servicio Médico Social (S.M.S.):

Una paciente de 20 años que adolecía de neurosis y estado febril indeterminado, cuyo conviviente era económicamente muy dependiente de ella, lo que la obligaba a verificar un trabajo adicional que le aumentaba su malestar físico. El S.M.S. hizo numerosas gestiones para establecer a la paciente un pequeño negocio que le permitiera sostenerse sin mucho esfuerzo físico, además de buscar un trabajo para el conviviente a fin de que en cierta forma dejara de ser carga para la paciente.

Una paciente de 38 años de edad, que padecía de crisis convulsivas y que tenía como preocupación mayor el no saber el paradero de una hija menor. El S.M.S. localizó a la niña y concertó entrevista de ésta con el psiquiatra a fin de aclarar algunos puntos de la historia de la paciente. La trabajadora social consiguió que la hija visitara con frecuencia a su madre para aliviar a ésta su ansiedad.

Una paciente de 38 años de edad, costurera de una ciudad del interior, que constituía el único sostén de su ya octogenaria abuela. Fue seguida por el S.M.S. y el psiquiatra durante más de 6 meses. Después de historiar a la paciente se descubrió que su hipertensión era consecuencia de su estado emocional, el cual resultaba alterado por diversos factores: sociales, económicos, etc. Una de las medidas que se aconsejó para conseguir la mejoría de la paciente fue que cambiara de ambiente (trasladarse de su ciudad a la capital); pero entonces su abuela quedaría sin nadie que la cuidara. Con el fin de solucionar este problema la trabajadora social visitó a la anciana en su pueblo y después de haber observado el medio y conversado con la viejecita, concluyó que aun cuando la paciente se trasladara a San Salvador la abuela no quedaría desamparada; por otra parte traer a la anciana para institucionalizarla en el asilo de ancianos era hacer un daño. La paciente se trasladó a esta capital para seguir su tratamiento y mejorar sus condiciones de trabajo.

Una muchacha de 17 años adolecía de fiebre tifoidea y estando ya en franca recuperación cayó en un cuadro de catatonía, de grado moderado. Como la familia ofreciera colaborar se les confió el cuidado de la paciente con la colaboración de la trabajadora social. En su casa la paciente empeoró y por ello fue finalmente referida al Hospital Psiquiátrico.

Una señora de 32 años, madre de 3 niños, que ingresó por tuberculosis pulmonar, en quien se consideró la posibilidad de tratamiento quirúrgico de su dolencia, acortándosele así el tiempo de hospitalización. La paciente tenía serios problemas familiares y económicos; había tenido que colocar 2 de sus hijos con diferentes parientes mientras ella estaba hospitalizada; el tercer hijo estaba enfermo en el Hospital Bloom. El S.M.S. le consiguió sangre para que pudiera ser intervenida y estuvo visitando al hijito enfermo para aliviarlo en su soledad y para dar información a la madre.

Una paciente de 20 años de edad, viuda, con tres hijos, que mientras andaba en las tramitaciones de la pensión para sus niños fue atropellada por un vehículo, y sufrió fractura de la pelvis y de la pierna derecha. Dada su precaria situación económica y su estado de salud fue

referida al S.M.S. para resolver el problema del cuidado de los niños mientras ella estuviera enferma. La trabajadora social encontró padres adoptivos para uno de los niños; sin embargo la paciente no aceptó finalmente la situación.

A continuación se transcribe la enumeración del tipo de servicio que el Cuerpo Médico solicita con mayor frecuencia, según informes dados por el S.M.S.

"El mayor número de casos referidos por el Cuerpo Médico son: 1º) Traslado de pacientes con alta, a sus hogares; 2º) conseguir sangre a pacientes que la necesitan, especialmente a aquellos que van a ser operados; 3º) traslado de pacientes a instituciones especializadas tales como hospitales de tuberculosos, Hospital Psiquiátrico y Asilo de Ancianos; 4º) con cierta frecuencia, algunos médicos que preparan trabajos científicos o tienen especial interés en determinados casos, solicitan que se les controlen pacientes o se obtengan datos de ellos.

"Además de estos casos el personal del S.M.S. desearía que le fueran referidos con mayor frecuencia y número: casos de pacientes con problemas familiares, emocionales, de trabajo, etc., en los cuales haya oportunidad de hacer un tratamiento de "caso social continuado", que permita apreciar el verdadero resultado del trabajo del Servicio Médico Social.

"Actualmente, casos de esta naturaleza son referidos casi exclusivamente por los médicos psiquiatras; de vez en cuando por médicos internistas, especialmente gastroenterólogos".

Pero sea cual fuere la misión que se le encomiende a la trabajadora social, se ve en todas sus gestiones una sincera preocupación por contribuir al bienestar de los pacientes.

CONCLUSIONES

Durante el año 1963 el Departamento de Medicina del Hospital Rosales sirvió 225 consultas a pacientes hospitalizados en diversos servicios, y de ellas 125, o sea el 55.6%, fueron consultas psiquiátricas.

Este alto porcentaje de consultas es de por sí revelador del papel que a la Psiquiatría como especialidad se le reconoce en la Medicina Moderna; pero aun siendo el porcentaje alto en la muestra tomada para el estudio no alcanza la significación que en hospitales generales de países de avanzada tiene. En efecto en éstos generalmente hay un Departamento de Psiquiatría con un modesto número de camas para la atención de pacientes de la especialidad, y un equipo de psiquiatras, médicos residentes en Psiquiatría, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales, personal de enfermería y auxiliares especializados, que los atienden. Por otra parte, siendo el Hospital Rosales el hospital general mejor organizado en el país, con los datos que arroja este estudio la situación de la Psiquiatría en nuestro medio hospitalario resulta aun más devalorada en su significación.

Si tomamos en cuenta que en el país hay sólo un hospital psiquiátrico donde están asilados en condiciones bastante insatisfactorias alrededor de 800 pacientes mentales, en su mayoría crónicos, y que este hospital fue construido en 1927 (hace 38 años) para alojar 350 pacientes, resulta que entre los limitados servicios del Hospital Rosales y los sobrecargados servicios del Hospital Psiquiátrico queda un vacío grande que llenar, en servicios. Este vacío empieza ahora a subsanarse ligeramente con una activa y creciente consulta externa en el Hospital Psiquiátrico que ya da un total de casi 1,000 consultas al mes. También en el Hospital Rosales se cubre una pequeña cantidad (unas 80 al mes) en el Consultorio Externo.

Pero ese vacío no se subsana en lo que a condiciones de hospitalización se refiere pues es grande la diferencia de condiciones de higiene, espacio vital, comodidad, etc., que existe entre el Hospital Rosales y el Hospital Psiquiátrico, lo cual es especialmente destructivo para el paciente mental agudo que tiene muchas posibilidades de recuperarse en corto tiempo si es colocado en un lugar adecuado. Al presente con las construcciones en progreso en el Hospital Psiquiátrico habrá atenuación del problema de hacinamiento, y quedará siempre intacto el de falta de personal e implementos de trabajo.

Esta condición general, desde luego, es sólo el reflejo de la actitud negligente que se ha mantenido ante la salud mental. Mientras la profesión médica, las autoridades de salud y la so-

ciudad en general no se preocupen seriamente y tomen medidas efectivas para dejar de considerar al enfermo mental como un ser peligroso que debe aislarse, y mientras no se empiece a tratarlo como una persona enferma que tiene como todos el derecho de ser curado y rehabilitado para que vuelva a ocupar su lugar en la familia y en la sociedad, la situación seguirá en el estado presente, indefinidamente.

El factor cultural es determinante en este sentido, pues en una sociedad en donde al psiquiatra se le considera como "loquero", como si sólo los casos severos de desorganización de la personalidad fuesen objeto de su trabajo, hace falta un esfuerzo vigoroso de educación médica, para autoridades, para médicos y población en general, a fin de ayudar a quienes sufren de los peores sufrimientos imaginables.

Recomendaciones Generales

- 1º Revisar globalmente el Plan Decenal de Salud, y en forma específica incluir disposiciones relativas a la Salud Mental.
- 2º Aunar esfuerzos de los Ministerios de Salud, Cultura y Justicia a fin de desarrollar una actividad conjunta en bien de la sociedad.
- 3º Desarrollar campañas nacionales de Salud Mental, a fin de humanizar el trato para el paciente mental así como para prevenir el desarrollo, progreso y recaídas de enfermedades mentales.
- 4º Dotar al país de las instituciones necesarias para la asistencia de niños con problemas y condiciones mentales patológicas, como podrían ser un Hospital psiquiátrico para niños, instituciones específicas para niños con problemas de conducta o en compromiso con la ley.
- 5º Crear una granja para pacientes mentales crónicos.
- 6º Mejorar substancialmente las condiciones del Hospital Psiquiátrico.
- 7º Crear un Departamento de Psiquiatría en el Hospital Rosales, con el doble fin de que sea atendido en mejor forma el tipo de población que ha quedado comprendido en este estudio, y de que los médicos de las presentes y futuras promociones tengan una formación más integral.
- 8º En definitiva, humanizar la Medicina mediante una labor médica educativa general.

Recomendaciones Inmediatas

- 1º Ampliar los servicios de Psiquiatría en el Hospital Rosales.

2º Dotar de servicios psiquiátricos y psicológicos al Hospital Benjamín Bloom.

3º Estimular y ampliar los servicios de Trabajo Social en todos los Centros Asistenciales.

Para este último propósito se sugiere:

Que el personal médico y de enfermería que son los que están más en contacto con los pacientes tuvieran un conocimiento más exacto de la clase de labor que la trabajadora social está capacitada para desarrollar y en esta forma contribuir a que los pacientes sean atendidos de una manera más eficiente. Esto se podría conseguir mediante pláticas impartidas a dicho personal, así como con la presentación de casos en donde pueda apreciarse mejor la labor de la trabajadora social.



BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association Mental Hospital Service, 1952.

Diagnostic and Statistical Manual, 1785 Massachuset Av. N. W. Washington 6, D. C. 130 pp.

Alexander, Franz, 1954.

Medicina Psicosomática, traducción del Dr. José Angel Bustamante, Cultural, S. A. La Habana, Cuba. 223 pp.

Arieti, S'lvano, 1959.

American Hand Book of Psychiatry. Basic Books, Inc. Publishers, New York. Vol. I y II. 1960 pp.

Brooks, Fowler D., 1952.

Psicología de la Adolescencia. Editorial Capeluz, Moreno 372, Buenos Aires. 609 pp.

Bromberg, Walter. 1959.

The Mind of Man. Harper & Brothers, Publishers, New York. 310 pp.

De La Fuente Muñiz, Ramón, 1959.

Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires. 430 pp.

Dumbar, Flanders, 1959.

Psychiatry and the Medical Especialties. Mc. Graw Hill Book Company, Inc. New York-Toronto-London. 469 pp.

Fernández h., Juan José; Allwood Paredes, Juan; Masferrer, Roberto; Astacio, J. Nicolás. Intoxicación Fosforada, Estu-

dio Clínico, Epidemiológico y Patológico. Editorial Ahora, San Salvador, El Salvador, C. A. 35 pp.

Guthrie, Douglas, 1947.

Historia de la Medicina, Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires. 502 pp.

Jores, Arthur; Freyberger, Hellmuth. 1961.

Advances in Psychosomatic Medicine, Symposium of the Fourth European Conference on Psychosomatic Medicine. Brunner Robert, Inc. Publishers, New York. 328 pp.

Lemkau, Paul V., 1958.

Higiene Mental. Traducción de Federico Pascual del Rosal. Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires. 394 pp.

Mas de Ayala, Isidro. 1950.

Psiquis y Soma. 2a. Edición Aumentada, Librería El Ateneo. 251 pp.

Noyes and Kolb. 1960.

Modern Clinical Psychiatry. 5th Ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 678 pp.

Nodine, John H.; Mayer, John H. 1962.

Psychosomatic Medicine, The Frst Hahnemann Symposium. Lea E. Febiger. 963 pp.

Nemish, John C. 1961.

Foundation of Psychopathology. New York Oxford University Press. 306 pp.

Weiss and English. 1957.

Psychosomatic Medicine, A Clinical Study of Psychophysologic Reactions. W. B. Saunders Company, Philadelphia-London. 533 pp.