

**Comportamiento de variables clínico epidemiológicas en pacientes de la unidad de intervención en crisis del hospital psiquiátrico**  
**Behavior of clinical epidemiological variables in patients from the crisis intervention unit of the psychiatric hospital**

María Luisa Ellis Yard (1), Yacqueline Pérez Cudello (2), Martha Rosa Cepero Abreu (2)

**RESUMEN:**

Se realiza un estudio observacional descriptivo en 54 pacientes egresados de la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996. En nuestro estudio predominó el sexo masculino, las edades comprendidas entre 25 y 34 años, el estado civil casado. La distribución mayor de los pacientes fue del área Norte del Municipio. Predominaron los conflictos familiares y matrimoniales y las Neurosis. La mitad de los casos tuvo idea e intentos suicidas y de este el método más utilizado fue la ingestión de psicofármacos. La estadía oscila entre 1 y 6 días, siendo el nitrazepan y diazepam los medicamentos más utilizados.

**Palabras clave:** INTERVENCION EN CRISIS, EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA, SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITAL.

1. Especialista 1er Grado en Psiquiatría
2. Estudiante 5to Año de Medicina

**INTRODUCCION**

La intervención en crisis como modelo terapéutico cuenta con múltiples raíces y en la actualidad se define como un cuerpo cabal de principios que brinda un marco efectivo para el ejercicio profesional (1)(2)(3) y que tiene como objetivo general la modificación, tanto en el criterio de ingreso como en la del manejo general a las urgencias (4).

Durante el período de crisis los individuos se consideran más receptivos para aceptar ayuda o susceptibles de ser dañados que en otras circunstancias, la crisis puede constituir una ocasión para alcanzar mayor madurez o para quedar psicológicamente más vulnerables que antes. No actuar de inmediato en una forma constructiva puede permitir que se establezcan reacciones defensivas que posteriormente ser difíciles de modificar (2)(5).

A partir de 1950 a consecuencia del desarrollo de la cirugía y anestesiología surgen como primera expresión de los cambios organizativos intrahospitalarios las salas de recuperación post-operatorias. El concepto de unidades de cuidados intensivos se define como la estructura que agrupa a todos los pacientes recién intervenidos quirúrgicamente en un momento crítico de la evolución de la enfermedad y que requiere su constante observación y tratamiento.

Este enfoque está íntimamente relacionado con la hipótesis de que la intervención médica intensiva y rápida disminuye el índice de mortalidad, siempre que se aplique en el momento crucial del curso de la enfermedad, que resulte comparado salvo en lo característico de nuestra especialidad la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por:

La importancia de las situaciones que trata.

Los recursos que dispone para acometer su inmediata solución.

Los objetivos que ambas situaciones persiguen: evitar un fatal desenlace o una permanente incapacidad (5).

Las UIC son el resultado de experiencias nuevas que garantizan una atención mucho más calificada a las urgencias psiquiátricas, toda vez que dedica un equipo interdisciplinario a la asistencia inmediata de los problemas del enfermo y posibilita acciones necesarias para resolverlos en el menor tiempo posible(6), sobre todo en aquellos casos donde la conducta suicida, tanto intencional como subintencional, puede interpretarse como intento de resolución mal concebido, cuando una persona opina que ha agotado todas las otras vías para resolver su crisis, puede intentar el suicidio como recurso final (7)(8)(9).

Por ser nuestra primera experiencia en la provincia Ciego de Ávila de una UIC que comenzó a funcionar a partir de 1995 es que nos dimos a la tarea de realizar este trabajo con el objetivo de conocer el comportamiento de algunas variables clínico epidemiológicas en egresados de esta unidad en un período de tiempo determinado.

#### **OBJETIVOS**

Generales:

Conocer la distribución por entidades y algunas características clínico epidemiológicas en pacientes egresados de la UIC del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila.

Específicos:

Describir en los pacientes las siguientes variables:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Estado civil
- 4.- Escolaridad
- 5.- Ocupación
- 6.- Área de salud
- 7.- Área de conflictos
- 8.- Diagnóstico nosológico
- 9.- Idea suicida e intento suicida
- 10.-Estadía
- 11.-Terapéutica utilizada
- 12.-Valorar si se trata de caso nuevo o reingreso
- 13.-Conducta a seguir al egreso de UIC

#### **MATERIAL Y METODO:**

El universo de trabajo estuvo constituido por 54 pacientes que necesitaron ingreso en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psiquiátrico Provincial de Ciego de Ávila con criterio de crisis en el período comprendido entre el 1 de septiembre de 1995 y el 29 de febrero de 1996.

#### **METODOLOGIA:**

Se revisaron las historias clínicas de los casos ingresados en la UIC del Hospital Psiquiátrico Provincial de Ciego de Ávila durante el período se alado y se extrajeron de las mismas las características enumeradas en los objetivos específicos.

-El diagnóstico nosológico se realizó de acuerdo al Glosario Cubano de Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (11).

-El tiempo de estadía abarcó hasta más de quince días.

-Las técnicas terapéuticas utilizadas fueron divididas en psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y electroconvulsivante.

-Se desglosó la conducta al egreso en:

-Alta mejorado y seguimiento por su área de salud.

-Alta mejorado y transferido a servicios de agudo.

-Alta mejorado y transferido a hospital de día de neuróticos y psiquiátricos.

-Alta igual y traslado a otros hospitales.

-Alta a petición familiar.

-Fallecido.

-Otras causas.

-Una vez recogida la información se pasó a hojas, desde las cuales se procedió a hacer la tabulación manualmente por el sistema de tarjado.

#### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS:**

Los grupos de edades más frecuentes fueron de 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54 con el 25.92%, 24.06% y 16,70%, coincide con la literatura que agrupa las edades más frecuentes entre 15 y 44 años con el 78.9%.

Sobresalió el sexo femenino con el 62,96%.

Se destacó en estado civil casado con el 48.15%.

Las escolaridades más frecuentes fueron secundaria, primaria y universitario con el 31,48%, 22,22% y 20,37%.

Prevaleció la ocupación obreros con el 35,18%.

El área de salud de nuestro municipio que más demanda tuvo fue el Norte con el 31,48%, considerando que esta área es la de mayor población en nuestro municipio (14), le siguió el Centro con el 16,67%.

El área de conflicto más frecuente fue el familiar y el matrimonial con el 22,22% y el 18,56%.

El diagnóstico más frecuente fue el de neurosis con el 25,93%, coincidiendo con otros trabajos donde la neurosis ocupó el 32% (10) y el 21,6%(12), le siguieron el alcoholismo con el 18,52% y las psicosis afectiva con el 12,97%.

La mitad de los casos tuvieron ideas suicidas e intento suicida con el 50%, en otros trabajos revisados hubo una prevalencia del 43,8%(10), siendo la ingestión de psicofármacos el método más utilizado con el 9,26%, coincide con la literatura con el 31%(13).

La estadías frecuente fue entre 1-6 días con el 44,44%, en otros trabajos revisados el promedio de estadía fue de 4 días o menos(10) siguiendo de 7-10 días con el 29,64%.

La terapéutica psicofarmacológica más utilizada fue el nitrazepan, diazepam, imipramina y haloperidol, con el 59,26%, 46,30%, 40,70% y 25,93%, coincide con otras investigaciones (12), solo se recogió el 18,52% que se le aplicó psicoterapia de apoyo.

Del total de pacientes solo el 14,81% recibieron TEC.

El 81,48% correspondió a casos nuevos que ingresaron en ese servicio, reingreso el 18,52%.

Al egreso de la UIC el 57,40% fue dado de alta mejorado y seguimiento por su área de salud, otros trabajos revisados reportan el 64% (10), le sigue alta mejorado y transferido al servicio de agudo con el 29,62%.

## **CONCLUSIONES**

-El grupo de edad más frecuente fue el de 25 a 34 años de la mitad de los pacientes son del sexo masculino. El estado civil que prevaleció fue el de casado.

-La escolaridad más frecuente fue la de secundaria.

-La ocupación que más se registró fue la de obrero.

-Área de salud Norte tuvo la mayor parte de ingresos.

-Prevaleció el conflicto familiar.

-Un cuarto de los pacientes tuvieron crisis de neurosis.

-La mitad de los casos tuvo idea suicida e intento suicida.

-En los intentos suicida la ingestión de psicofármacos incidió mayoritariamente.

-La estadía frecuente osciló entre 1 y 6 días. La terapéutica utilizada en más de la mitad de los casos fue el Nitazepan, solo se aplicó psicoterapia de apoyo en menos de la quinta parte.

Fue poco frecuente el uso de TEC.

-Más de la mitad de los pacientes fueron casos nuevos.

-Más de la mitad de los pacientes egresaron alta mejorado y seguimiento por su área de salud.

## **RECOMENDACIONES**

-Se debe incrementar el ingreso con riesgo suicida que llegue al cuerpo de guardia en la Unidad de Intervención en Crisis.

-Utilizar el método psicoterapéutico sobre todo siendo la incidencia mayor los conflictos familiares y matrimoniales y de realizarse recogerlos en la historia clínica.

## **BIBLIOGRAFIA**

1.- Ching June WJ. Crisis intervention following serial psychological trauma in late pregnancy. H Comm Psych 1981;32(1):53-56.

2.- Oberholzer DT. The crisis identification and intervention. S Afr Med J 1983;64:249-251.

3.- Greenfield B, Hechtman L, Tremblay C. Short team efficacy of interventions by a youth crisis team. Psychiatric 1995;40(6):320

4.- Breslosv RE, Klinger BI, Emcbxon BJ. Crisis hospitaly in a psychiaty emergency service. Ment Health Serv. 1995;67:5-12.

5.- Rosen, H. The impact of the phychiaty intensive care unit on patients and staff. Am J. Psychiatry 1975;132(5): 549-55

6.- Gonzalez R. Psiquiatria para medicos generales. Ciudad de la Habana: Científico Técnica, 1988:273.

- 7.- Reyes T, Americo R, Espinosa R. El suicidio en Honduras. Rev Med Honduras 1993; 81(3):99-103.
- 8.- Zisook S, Goff A, Sledge P, Shuchfer SR. Reported suicidal behavior and current suicidal intention in a psychiatric out patient clinic. Am Clin Psychiatri 1994;6(1)27-31.
- 9.- Sheth H, Dzcervulsi P, Settl JA. Inflicted burns: common way of suicide in the Asian Population. A 10 year retrospective study. Burns 1994;20(4):334-5.
- 10.-Murias FJ, Quintero R, Barrientos G. Unidad de intervención en crisis. Resumen estadístico de un año de trabajo. Rev Cub Adm Salud 1978 4(1): 87-95.
- 11.-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Glosario cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas. Ciudad de la Habana: Científico Técnica, 1983:394.
- 12.-Escobar ME, Beltrán MS, Riquelme L, Nuñez C. Estructura de la demanda al servicio de urgencia del Instituto Psiquiátrico . "Dr. Jos Horwitz Barak". Rev Chil Neuropsiquiatr 1991;29(4): 274-82.
- 13.-Pérez Barreros, Sánchez Pérez M. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo Granma, en 1990. Rev Cubana Med Gen Integral 1994; 10(2): 109-114.
- 14.-Ciego de Avila. Dirección Municipal de Salud. Departamento Estadística. Población estimada a 30 de Junio por Area de Salud. 1995-1996.

## ANEXOS

TABLA # 1 Distribución de pacientes según grupos de edades. UIC Hospital Psiquiátrico Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Grupo de edades	No	%
15-24	6	11.11
25-34	14	25.02
35-34	13	24.06
45-54	9	16.70
55-64	7	12.96
65 o más	5	9.25
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 2. Distribución de pacientes según sexo. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Sexo	No	%
Masculino	34	62.96
Femenino	20	37.04

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 3. Distribución de pacientes según estado civil. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Estado civil	No	%
Soltero	18	33.33
Casado	26	48.15
Unión consensual	1	1.85
Divorciado	5	9.26
Viudo	4	7.41
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 4. Distribución de pacientes según escolaridad. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Escolaridad	No	%
Iletrado	0	0
Primaria	12	22.22
Secundaria	17	31.48
Pre-Universitario	9	16.67

Técnico medio	3	5.56
Universitario	11	20.37
No precisa	2	3.70
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 5. Distribución de pacientes según ocupación. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Grupo de edades	No	%
Estudiantes	2	3.70
Aman de casa	7	12.96
Obreros	19	35.18
Técnicos	8	14.82
Dirigentes	0	0
FAR-EJT	0	0
Jubilados	8	14.82
Trabajador por cuenta propia	2	3.70
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 6. Distribución de pacientes según el área de salud. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Área de Salud	No	%
Norte	17	31.48
Centro	9	16.67
Sur	5	9.26
Belkis	2	3.70
Periferia	21	38.89
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 7. Distribución de pacientes según área de conflictos. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Área de conflictos	No	%
Familiar	12	22.22
Matrimonial	10	18.56
Laboral	3	5.56
Escolar	0	0
Salud	0	0
Sexual	1	1.86
No se precisa	12	22.22
No parece existir	16	29.63
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 8. Distribución de pacientes según diagnóstico nosológico. UIC Hospital psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Diagnóstico nosológico	No	%
Neurosis	14	25.93
Trastorno personalidad	2	3.70
Psicosis reactivas	3	8.86
Psicosis afectivas	7	12.97
Esquizofrenia	6	11.11
Psicosis delirante crónica	1	1.85
Psicosis sintomática	1	1.85

Psicosis alcohólica	1	1.85
Alcoholismo	10	18.52
Retraso Mental	1	1.85
Epilepsia	2	3.70
Diferido	1	1.85
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 9. Distribución de pacientes según idea suicida e intento suicida. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Nro. %

Según idea o intento suicida	No	%
Idea suicida	13	24.08
Intento suicida	14	25.92
Total	27	50

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 10. Distribución de pacientes según lo empleado para la ejecución del intento suicida. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Método empleado intento suicida	No	%
Psicofármacos	6	11.11
Arma blanca	1	1.85
Ahorcamiento incompleto	3	5.56
Fuego	1	1.85
Ingestión de kerosene	1	1.85
No se precisa	2	3.70
Total	14	25.92

Fuente: Historia Clínica

TABLA # 11. Distribución de pacientes según área. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Estadía	No	%
Menor de 24 horas	5	9.26
1-6 días	24	44.44
7-10 días	16	29.64
11-15 días	7	12.96
Más de 15 días	2	3.70
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 12. Distribución de pacientes según terapéutica Psicofarmacológica y Psicoterapéutica. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Avila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Psicofármacos	Nro.	%
Cloropromacina	4	7.41
Haloperidol	14	25.93
Levomepromazina	3	5.56
Tioridazina	3	5.56
Trifluoperazina	7	12.96
Imipramina	22	40.74
Amipriptilina	5	9.26
Desipramina	1	1.85
Medazepan	2	3.70

Diazepan	25	46.30
Nitrazepan	32	59.26
Meprobamato	3	5.56
Sin tratamiento	1	1.85
Psicoterapia de apoyo	10	18.52

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 13. Distribución de pacientes según tratamiento electroconvulsivante. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Avila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Tratamiento convulsivante	No	%
Recibieron TEC	8	14.81
No Recibieron TEC	46	85.19
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.

TABLA # 14. Distribución de pacientes según caso nuevo o reingreso. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Avila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Clasificación	No	%
Caso nuevo	44	81.48
Reingreso	10	18.52
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica

TABLA #15 Distribución de pacientes según conducta al egreso. UIC Hospital Psiquiátrico Provincial Ciego de Ávila. 1 de septiembre de 1995 al 29 de febrero de 1996.

Conducta al egreso	No	%
Alta mejorado y seguimiento por su área de salud	31	57.40
Alta mejorado y transferido a servicio de agudo	16	29.62
Alta mejorado y transferido a Hospital de Día de Neurótico y Psicótico	3	5.56
Alta igual y traslado a otro hospital	1	1.86
Alta a petición familiar	3	5.56
Fallecidos	0	0
Otras causas	0	0
Total	54	100

Fuente: Historia Clínica.