

Trabajo presentado en el curso «intervención en crisis» celebrado en el Hospital Psiquiátrico de Madrid el 12, 13 y 15 de diciembre de 1988.

## RESUMEN

Se revisa la relación entre los conceptos de urgencia psiquiátrica y crisis. Se plantea que tal relación dista de ser obvia y se define como problemática. Se revisan diferentes modelos de articulación aparecidos en la literatura y se exponen algunos planteamientos y conclusiones del seguido en la zona sur de Madrid.

## PALABRAS CLAVE

Urgencia, Crisis, Sistemas de salud mental.

## SUMMARY

We review the relationship between the concepts of psychiatric emergency and crisis. We think that this relationship is not something obvious and we define it as problematic. We review different models of articulation from the literature and we expose some principles and conclusions about the South-Madrid model.

## KEY WORDS

Emergency, Crisis, Mental Health Systems.

## INTRODUCCION

La relación entre urgencia psiquiátrica y crisis (y menos aún entre servicio o intervención de urgencias e intervención en crisis) dista de ser obvia.

Es cierto que, por ejemplo, uno de los cinco servicios esenciales que obligatoriamente debían cubrir los Centros de Salud Mental Comunitaria en los Estados Unidos para recibir la subvención federal, se llama «urgencia - intervención en crisis».

Pero no lo es menos que cada vez que alguno de los responsables de estos servicios ha de hacer uso de tales conceptos teóricos para dar cuenta de su trabajo, se ve obligado a deshacer el equívoco. Así FLAX (1) nos advierte de que

«una crisis no es solamente una urgencia (...) una reacción extrapiramidal a medicación antipsicótica (...) es una urgencia, pero no necesariamente una crisis».

O sea, hay urgencias que no son crisis. Pero, como tendremos ocasión de ver, mayor importancia aún reviste el saber que la crisis rara vez se presenta como urgencia (y que, probablemente, la medida en que lo hace es un buen indicador de graves deficiencias en un sistema de atención a la salud mental).

En mi opinión el intento de hacer coincidir el ámbito de aplicación de ambos conceptos, los convierte en inútiles y

nos impide analizar en su complejidad la acción coordinada de toda la gama de recursos que constituyen los sistemas comunitarios de salud mental.

La tentación de signo opuesto a la anterior es la de traducir el enunciado del tema a dos preguntas «¿Existe relación entre la urgencia psiquiátrica y la crisis?» y al final «¿Pero existe la urgencia psiquiátrica?» y responder a ambas negativamente. Podríamos, en efecto argumentar por un lado, que la intersección entre ambos conceptos es mínima (y creerla casual) y por otro, que la urgencia psiquiátrica es más urgencia cuanto menos psiquiátrica es (la intoxicación por tricíclicos sí es una urgencia; un traumatólogo decía que la única urgencia —motivo para despertar a un traumatólogo— traumatológica que conocía era la compresión vascular por una escayola —pero para solucionar eso no hace falta despertar al traumatólogo).

Optaremos por enfocar tal relación como una relación problemática cuyo esclarecimiento supone alguna reflexión sobre los conceptos en que se funda.

## PRECISION DE CONCEPTOS

El concepto de CRISIS se instala en la epistemología psiquiátrica como un elemento del modelo propuesto entre otros por CAPLAN para pensar y articular estrategias de *prevención primaria*, en su intento de pensar el trabajo en salud mental con categorías de salud pública. Desde esa óptica la *intervención en la crisis* se sitúa —muy lejos de la urgencia psiquiátrica— en el intento de garantizar la feliz resolución de las crisis evolutivas o accidentales (3) allí donde se producen.

Desde este planteamiento inicial exactamente igual que se trata de diseñar estrategias de acción social o de acción interpersonal para garantizar una correcta *provisión de aportes* físicos, psicosociales y socioculturales (el otro pilar de la prevención según el modelo de Caplan), se trata de actuar sobre la crisis. Así el concepto de crisis aparece ligado o a estrategias de *acción social* dirigidas a *atenuar circunstancias peligrosas* o *garantizar los servicios necesarios para su sana superación* si la crisis se produce allí donde es frecuente que lo haga, o de *acción interpersonal* a través de agentes de salud o directamente por profesionales de salud mental (Cuadro I). En definitiva, lo que produce en primer lugar es una reflexión sobre temas como el modo de manejar los bebés que no pueden disfrutar del contacto con la madre, quien debe acompañar a la puerpera, donde se debe ingresar a los niños o cómo se manejan los problemas de los ancianos y un desarrollo de técnicas de «consulta» o grupo operativo destinadas a facultar a los profesionales que trabajan en los lugares donde se concentran situaciones de crisis a ayudar a resolverlas. Algo que no tiene nada que ver con la urgencia psiquiátrica que, en el modelo de Caplan constituiría casi una de las prestaciones paradigmáticas de la *prevención secundaria*.

MODELO DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE G. CAPLAN

	Acción Social	Acción Interpersonal
<b>PROVISIÓN DE APORTES</b> — Físicos — Psicosociales — Socioculturales	<i>Legislación sobre yodado de aguas, salud laboral, protección de la familia o de la infancia, reglamento de hospitalización de niños y madres, asilos u otras instituciones, servicios sociales para ancianos u otros grupos de riesgo, etc...</i>	Garantizar la provisión en lugares donde se ven amenazados (partitorios, maternidades, cárceles, UVIS, etc...).
<b>INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>	1. <i>Atenuación de circunstancias peligrosas.</i> 2. <i>Provisión de servicios para favorecer la superación sana de la crisis.</i>	1. <i>A través de agentes de salud.</i> 2. <i>Directamente a través de profesionales de salud mental.</i>

Sin embargo, la introducción del concepto de crisis tiene dos efectos colaterales de importancia central. En primer lugar, se constituye, a su vez, en un *modelo de concepción y aproximación al trastorno mental* (o al menos a muchos trastornos mentales). La consideración de la crisis como un proceso sobre el que actúan diversos factores y que representa un período de transición hacia un equilibrio (y en ese sentido una ocasión de desarrollo personal) o hacia una desestructuración del sujeto (Cuadro 2) resulta altamente sugerente y muy capaz de sintetizar teorías y hallazgos de diversas escuelas y orientaciones de la salud mental. Caplan señala varias características de la crisis que la convierten en un momento ideal para la intervención (2). Así:

1. El desenlace de la crisis no depende tanto de factores antecedentes (naturaleza del riesgo, personalidad o experiencia previa...) como de la interacción de factores endógenos y exógenos que actúan durante la crisis.
2. Durante la crisis el individuo experimenta *gran necesidad de ayuda* y sus signos de anhelo provocan en quien lo rodea una reacción biosocial primitiva.
3. Durante la crisis el sujeto es *más susceptible a la influencia de los otros*.

Tales características permiten —como parte de este primer «efecto colateral» al que nos estamos refiriendo— dotar al recién mencionado sincretismo del primer instrumento que todo sincretismo psiquiátrico necesita para ser algo más que un ejercicio de tautología: unos criterios de indicación de cada una de las intervenciones disponibles.

Consecuencia de todo ello es que el *modelo de intervención en crisis* haya producido —aparte de repercusiones, difíciles de cuantificar pero obvias sobre otros modelos en cuanto tales— aportaciones fundamentales e incluso enfoques enteramente nuevos de intervenciones tributarias de modelos tan diversos como el de la psicoterapia psicoanalítica breve o (4) las terapias sistemáticas (5) sólo por citar dos ejemplos.

El segundo «efecto colateral» consiste en que desde esa perspectiva se han desarrollado *aportes técnicos* (desde la evaluación a la implicación de figuras significativas en el tratamiento) que han impregnado prácticamente toda la práctica psiquiátrica.

El concepto de URGENCIA es más difícil de definir aún sin necesidad de yuxtaponersele el adjetivo de psiquiátrica. En otras ramas de la medicina se pueden definir cuadros que por su naturaleza precisan una intervención inmediata

(una traqueotomía, un torniquete...) so pena de perder la vida del demandante o de que su salud sufra daños irremediables. Desde estos planteamientos se ha pretendido discriminar entre la demanda que acude a los servicios de urgencia las *verdaderas* de las *falsas* urgencias (cualquiera que haya oído el amargo quejido del médico saliente de guardia sabe de qué estoy hablando). Considero absolutamente estéril la discusión sobre si, una vez establecida semejante diferencia, ésta resulta de aplicación al terreno de la salud mental porque no creo que sobre ella pueda fundamentarse ninguna «educación sanitaria» que equilibre el balance «verdadero-falso» ya que, en mi opinión lo que determina la demanda urgente no es la falta de discriminación en este sentido. Para cualquier alternativa creo que la pregunta relevante es, precisamente, cuáles son estos determinantes. Nos interesa, pues, referirnos no a «la urgencia», sino a la *demanda urgente*.

Consideraremos *demanda urgente* tanto la que se efectúa con carácter apremiante porque el demandante considera inaplazable la satisfacción de su necesidad de ayuda (y entonces lo que nos interesa es por qué) como la que, aún sin reunir esta característica se realiza a los servicios de urgencia por cualquier motivo (y en este caso lo que nos interesa es *por cuál*).

Esto vale tanto para la urgencia en general como para la psiquiátrica en particular. Según un reciente informe (6), de las demandas atendidas por el Servicio Especial de Urgencias (ambulatorias o domiciliariamente) el 24 por 100 se deben a «procesos agudos de presentación o agravaciones bruscas que requieren tratamiento inmediato». El 23,8 por 100 a problemas que los usuarios viven de forma alarmante pero que «no resisten gravedad ni requieren ningún tipo de tratamiento» y el 51 por 100 son «demandas de continuación de la asistencia ambulatoria de los procesos clínicos normales, condicionada por la imposibilidad de acudir a las consultas, dudas en la aplicación de tratamiento, intolerancia de los mismos, etc...». Quizá el dato más esclarecedor del informe es que la demanda a estos servicios disminuye entre un 15 y un 20 por 100 en aquellos que se encuentran a una distancia menor de 30 minutos de un centro hospitalario.

Ni que decir tiene que si traigo estos datos a colación no es para que nos consolemos comprobando que también en los dispositivos generales se soportan «falsas urgencias». En primer lugar porque, a poco que reflexionemos lo que

EL PROCESO DE LA CRISIS

El individuo enfrenta estímulos que señalan un peligro para la satisfacción de sus necesidades fundamentales o provocan una necesidad importante.

FASE 1

**TENSION**  
(miedo, culpa, vergüenza, sensación de impotencia)

Movilización de mecanismos habituales para resolver problemas

resolución

no resolución

no hay crisis

**Factores**

- Personales
- Socioculturales.
- ← Familiares.
- Miembros comunidad.
- Profesionales.

FASE 2

↑ **TENSION**

Estímulo de nuevas reservas de energía

FASE 3

**REDEFINICION DEL PROBLEMA**

resolución

redefinición del individuo o su lugar en el grupo.

FIN CRISIS

no resolución

FASE 4

↑ **TENSION**

desorganización del individuo

la cifra anterior pone sobre el tapete, es una *altísima capacidad de discriminación del usuario* (sólo el 50 por 100 de las veces que cree estar en grave peligro se equivoca). Lo que me interesa es que esos datos ponen sobre el tapete la relación del problema con la *atención continuada* y con la *continuidad de cuidados* aún en el marco general. Y hay que tener en cuenta que, en la medida en que la atención a la salud mental se encuentra más en el polo del *cuidado* que en el de *cura* en el hipotético continuum que existiría entre ambos, esta observación cobrará aún más vigencia en psiquiatría.

Por la particular situación histórica de la atención a la salud mental respecto a la general en Europa en general y en nuestro país en particular podemos distinguir:

1. Demanda de atención sanitaria general debida a motivos de salud mental (frecuentemente consecuencia de situaciones críticas).
2. Demanda de atención sanitaria general que genera situaciones de crisis a quien la padece o su entorno.
3. Demanda apremiante de atención psiquiátrica.

Evidentemente el predominio de las dos primeras o la tercera está condicionado en primer lugar por la estructura y situación del servicio.

**URGENCIA PSIQUIATRICA Y ATENCION A LA CRISIS**

La óptica de la crisis lo que define es pues, un modelo de salud --trastorno mental y no un área de intervención y

que, por tanto, si se acepta el modelo, gran parte de la demanda («ordinaria» o urgente) a los servicios de salud mental puede ser entendida como de atención a una crisis. Sólo una pequeña parte de las situaciones de crisis que llevan a un individuo o una familia a demandar ayuda en un servicio de salud mental, lo hacen en un servicio de urgencia.

Hecha esta salvedad, la óptica de la crisis puede penetrar en la urgencia según diversas articulaciones que se ilustran en el cuadro 3.

Efectivamente los modelos propuestos en la literatura revisada podrían distribuirse en un cuadro en uno de cuyos ejes se situaría lo referente a su situación en el aparato sanitario. (En la urgencia general, en un dispositivo específico psiquiátrico, en un dispositivo específico de atención en crisis separado incluso de la urgencia psiquiátrica).

En el otro eje los servicios se distribuirán según pretenda asumir el tratamiento *de la crisis*, intervenir puntualmente para resolver *la urgencia* o hacer de conector y distribuidor en el seno de una red que cuenta con una gama amplia de prestaciones.

La situación de los servicios de urgencia como apoyo a la urgencia general proporciona ventajas evidentes no sólo en lo que se refiere a la percepción de los servicios por el usuario o las posibilidades de trabajo interdisciplinario con profesionales de otras especialidades, sino también en la medida en que la urgencia sanitaria --en el dispensario, la «lechera» o la puerta del hospital-- es uno de esos

lugares a los que hacíamos referencia al principio en que se producen amenazas graves —reales o fantaseadas— a los aportes básicos de los usuarios y sobre los que, por tanto, se concentran situaciones de crisis. De hecho en lugares en los que se ha optado por un esquema de servicio de crisis, móvil, situado fuera del hospital —y aún fuera del aparato sanitario— se informa que la mayor parte de los desplazamientos se dan a la «puerta» de los hospitales generales del sector —donde se atienden las urgencias— y que, allí se emplea la mayor parte del tiempo (7). Sin embargo, aún en aquellos países y aparatos sanitarios menos cicateros, quienes trabajan en estas condiciones coinciden en la queja de que el hospital general y, en particular, la sala de urgencias no suele proporcionar ni el espacio ni el tiempo adecuados (8-12) para abordar la crisis ni efectuar la necesaria alianza terapéutica. Ni que decir tiene que el marco institucional y la inercia del propio servicio (de urgencia), facilitan un tipo de relación semejante a la que SCHNEIDER (13) llama «de servicio de reparación» que, si bien puede tener efectos espectaculares en el muy corto plazo, aunque sólo sea como consecuencia de la tranquilidad que acompaña a la depositación masiva que se efectúa sobre el oficinista del hospital, no permite por regla general, más acción sobre el proceso de la crisis que la de atenuar el stress (cf. cuadro 2). Ni que decir tiene que esto no es poco y que en muchas ocasiones ese «respiro» basta para que se materialicen recursos del individuo o de su entorno que conduzcan a una resolución satisfactoria de la crisis. Merecería la pena que nosotros reflexionáramos sobre este tipo de problemas no sólo porque, probablemente, aquellos de cuyo lamento nos hacemos eco, no disponen de una ilustración —o caricatura— con la mitad de la fuerza gráfica que puede proporcionarnos, por ejemplo, la urgencia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, sino, sobre todo porque a la vista de la Ley General de Sanidad (14) y el Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica (15) la urgencia psiquiátrica va a estar, en nuestro país, situada junto con el resto de la correspondiente a la atención especializada, a este nivel y no es seguro que se estén considerando los requerimientos específicos de la atención a la salud mental en el diseño —aun arquitectónico— de la urgencia ni siquiera de los hospitales en construcción (que Dios coja confesado a quien tenga que sobrevivir en «adaptaciones»). Este tipo de inconvenientes han sido enfrentados en ocasiones (5, 16) a través de constitución de auténticas unidades de urgencia psiquiátrica que disponen, por un lado de camas propias para estancia muy breves (1-5 días) y, por otro, de recursos para asumir la atención al proceso de la crisis completo con sus propios medios. Uno de estos servicios (16) recibió el año pasado uno de los premios anuales de la Asociación Psiquiátrica Americana (por cierto, que el otro recayó sobre otro servicio de crisis (17)).

### CUADRO 3

redefinición del individuo o su lugar en el grupo.

A mi modo de ver se trata de una respuesta que genera más problemas de los que resuelve. Crea un dispositivo «total», autosuficiente, que, así, se desvincula por un lado de la urgencia sanitaria general —en la que funciona como una *excepción*— por otro del servicio de psiquiatría del hospital —que se convierte automáticamente en el receptor de sus «fracasos»— y, lo que me parece muchísimo más grave, de los servicios más genuinamente comunitarios —cuyo trabajo suple—. Esta última desvinculación —y el mismo desmembramiento del circuito— se hace aún más alarmante, si consideramos que lo que la experiencia nos enseña y la literatura nos confirma (8, 9, 11, 18-26) es que la urgencia es usada sobre todo —y la intervención en crisis está particularmente indicada— por el grupo de riesgo constituido por los llamados «pacientes crónicos» (27) y que, por consiguiente, lo razonable sería garantizar la intervención en la crisis en el mismo lugar —y, sobre todo, por el mismo equipo, con el mismo referente— en el que se ha de desarrollar el tratamiento a largo plazo cuando esto sea preciso ya que, además, la falta de adherencia a este tratamiento es el primer predictor de la crisis. Por otra parte, para que un dispositivo que ha de funcionar 24 horas sobre 24 y siete días a la semana, pueda proporcionar una mediana continuidad de cuidadores —aunque sólo sea dentro de un dispositivo que rompe tal continuidad en el circuito—, es preciso, por un lado hacer trabajar de modo exagerado —y desde luego incompatible con nuestros convenios colectivos— al equipo, y, además, dotar al mismo de una cantidad de recursos humanos que resulta infinitamente superior a la necesaria para mantener un servicio de *guardias y turnos* tradicional. Por ende el modelo se obliga (en la medida en la que no toda la urgencia se presta al manejo como «crisis») a coexistir con otros sistemas de coordinación con el resto del circuito (que podrían suplir su propia existencia). Los datos referidos por DE CLERQ (5) sobre el momento en el que trabajaron con el modelo tradicional —más de un 90 por 100 de las urgencias «se perdieron» antes de llegar al tratamiento ambulatorio a que habían sido derivadas y que menos del 5 por 100 habían seguido tratamiento— son por cierto estremecedoros, pero creo —sobre todo a la vista de los datos del registro acumulativo del área en la que trabajo (28) con ese mismo modelo y con menos de un 1 por 100 de «pérdidas»— que merecerían otra explicación. La disposición de los servicios de urgencia-crisis psiquiátricas, en lugares diferentes al de la urgencia general ha sido, como norma, más consecuencia de la histórica segregación entre el sistema de atención a la salud mental y el general, que de una decisión justificada teóricamente por ningún planificador. Probablemente por ese motivo su situación más habitual ha sido en la «puerta» del hospital psiquiátrico. Ni que decir tiene que este modelo plantea los mismos problemas que el basado

#### Factores

- Personales
- Socioculturales
- Familiares
- Miembros  
Comunidad
- Profesionales

en el hospital general más los concernientes a la difícil aceptabilidad social del hospital monográfico y la falta de disposición de recursos de apoyo —y de posibilidad de brindar apoyo a los mismos— de otras especialidades sanitarias. Tal vez por ello el modelo no aparece explícitamente defendido en la literatura en cuanto *lugar ideal de localización de la urgencia*. Por supuesto tal localización está implícita en la defensa del manicomio como lugar del tratamiento de la crisis en *régimen de internamiento* que analizaremos en el apartado siguiente. Frente a estos inconvenientes de la tradicional situación de este tipo de prestación en la puerta del hospital psiquiátrico y con un formato de urgencia-guardia ha dado frecuentemente paso a una configuración también basada en recursos específicos psiquiátricos pero facultados para seguir el proceso de la crisis mediante mecanismos diferentes del internamiento. Tal intención se refleja simbólicamente en un desplazamiento del lugar de la urgencia desde la puerta del hospital hasta, por ejemplo, *la del hospital de día* (29-33) u otros dispositivos (19). Este tipo de alternativa ha dado lugar a ejemplos encomiables y a reflexiones muy enriquecedoras como las del Community Mental Health Center de Boston, dirigido por GUEDEMAN (30-32), la de la experiencia californiana de WEISMAN (33) o la magnífica dirigida por PEPPER en Rockland County (34) que compartió en 1985 el premio de la APA con el centro bostoniano. Sin embargo, en mi opinión, sigue ofreciendo dos inconvenientes. En primer lugar el de la separación del aparato sanitario general (a la que, en buena medida, los ejemplos citados están condenados por las particularidades del sistema americano de atención a la salud. Pero aún más grave me parece el haber contribuido a la proliferación de dispositivos con sucesivas especializaciones, aún dentro del propio sistema de atención a la salud mental que, en primer lugar han roto con la continuidad de cuidadores (35) y, en segundo, han hecho tan complicado el uso adecuado del sistema que la población en riesgo necesita para conseguirlo de la contribución de otro recurso más: el de «case management» (aunque si el «case management» ha sido un efecto de ese defecto del modelo, ha sido muy buen efecto).

Quisiera exponer, sin embargo una hipótesis, que desde luego no pretendo que sea original (26, 36), que inspira el sistema de urgencias y el modelo de atención a la crisis en el área en la que trabajo. La prevención y la atención a la crisis no puede organizarse en torno a estructuras que tienden a garantizar intervenciones puntuales, sino a dispositivos que garantizan la atención tan prolongada como sea preciso y que se doten de los recursos necesarios para hacerlo de modo asertivo como sea preciso (case management). La intervención en la «guardia-urgencia» tiene como objeto:

1. Garantizar el carácter continuado de los cuidados ofertados por los dispositivos habituales de tratamiento (servicios de salud mental de distrito) saliendo al paso de fantasías de desamparo ligadas a lo limitado de su horario y garantizando la supervisión y vigilancia de las prestaciones de cuidado y/o tratamiento en curso.
2. Posibilitar la asunción inmediata por los servicios de salud mental (no por el dispositivo que aloja la urgencia) de las demandas vividas de forma apremiante. Aceptar razonablemente las depositaciones correspondientes.
3. Intervenir puntualmente para impedir el desarrollo de la crisis hacia la desorganización (cf. cuadro 2) sea

disminuyendo la tensión farmacológicamente o a través de depositación referida en 2, ensayando nuevas formulaciones del problema que incluyan la intervención de los servicios de salud mental (no del servicio de urgencia) en el empeño de resolverlos o abriendo camino a intervenciones de apoyos familiares, comunitarios o profesionales que permitan el sostenimiento de la situación hasta la acción efectiva del equipo que se hará definitivamente cargo de la situación.

4. Definir todo ello como una intervención *delegada* de los servicios de salud mental de distrito y remitir a ellos la responsabilidad de cualquier indicación de tratamiento.

Quiérese decir que con este planteamiento el servicio de urgencias *no tiene por objeto la resolución de la crisis*, sino la garantía de que los recursos de salud mental de distrito van a poder emplearse en ello o de que, caso de ser ello imposible, se va a proporcionar otra alternativa (como la hospitalización a que nos referiremos en el próximo apartado).

Un planteamiento tal requiere, aparte de un cambio de mentalidad por parte del personal de urgencias (en Leganés se ha traducido en una disminución de la correlación urgencias/ingresos a la mitad), una serie de reglas de funcionamiento que en nuestro caso se traducen en que, por un lado, las indicaciones de internamiento efectuadas desde los distritos no pueden ser rechazadas desde la urgencia (que hace a la vez de puerta de entrada en la Unidad de hospitalización breve) y, por otro, los servicios de salud mental de distrito han de atender las demandas derivadas desde el citado servicio en el primer día laborable después de haberse producido.

En el momento actual la urgencia psiquiátrica en la zona sur, sigue funcionando sobre recursos psiquiátricos específicos, aunque los planes la sitúan en un futuro en los recursos generales de cada una de las tres áreas que en este momento cubren. Con este planteamiento se atendieron en 1987, 1440 urgencias, lo que se traduce en tasas por mil habitantes que oscila entre 1,4 y 2,27, según los distritos, en función, entre otras, de la accesibilidad del servicio (que resulta obviamente lejano desde alguna de las poblaciones de la zona).

## URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS, ATENCIÓN EN CRISIS Y HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización psiquiátrica es una de las opciones que puede adoptarse en la atención urgente. La hipótesis que ha guiado nuestro trabajo a este respecto es tan poco original como la de la urgencia y podría formularse como que *la hospitalización psiquiátrica carece de indicaciones específicas atribuibles a la concurrencia de una entidad morbosa dada a la necesidad de practicar un tipo de tratamiento que —como en el caso de una laparotomía— no es viable en otro marco*. Lo que discutimos, por tanto, es cuáles son sus indicaciones —y en función de qué parámetros se establecen— y cuál es el modelo por el que pueden cumplirse esos objetivos. Sobre el primero de estos puntos, me parece ilustrativo la lista de indicaciones que —como prerequisites para el encuadre ambulatorio— nos ofrece FLAX sobre trabajos de BELLAK (37). Así para hacer un encuadre ambulatorio:

1. No deben existir signos de *delirium*.
2. Es más difícil en un *primer episodio*.
3. Si los síntomas psicóticos *no se modifican*

sustancialmente con la medicación en las 4-6 primeras horas de observación, es difícil el tratamiento ambulatorio.

4. Si no hay remisión estable al cabo de varios días de la sintomatología psicótica, se hace difícil mantener el encuadre ambulatorio.
5. Se requiere un paciente razonablemente cooperante no violento y no suicida.
6. Se requiere una red de apoyo familiar o social razonable.
7. Es preciso garantizar el pronto acceso a los recursos de salud mental que precise, incluido el de la hospitalización.

Sería el incumplimiento de alguno de estos requisitos lo que indicaría la conveniencia de la hospitalización. En nuestra experiencia lo concerniente al apoyo familiar o social (o a la necesidad de proteger ese sustento del ataque de la crisis) es lo que más frecuentemente determina la indicación de ingreso.

Sobre este tipo de planteamientos en la zona sur de Madrid (cuadro 4), se han alcanzado prevalencias de ingreso de alrededor de 0,71 por mil habitantes (1,2 por mil personas en riesgo ya que el 42 por 100 de la población de la zona es menor de 18 años). De ellos la mitad 0,36 por mil habitantes o 0,6 por mil personas en riesgo, son primeros ingresos. La comparación de estas cifras con las de otros países nos muestra que, aunque la prevalencia en los niveles 4 y 5 del modelo de Golber sea equivalente —lo que demuestra que están en contacto con los servicios de salud mental todas las personas que cabe esperar que lo estén en un país de nuestro entorno

socioeconómico y cultural, las de ingresos están entre 2 y 3 veces por debajo de lo esperable. O sea, que los pacientes están siendo atendidos, pero lo están siendo en régimen ambulatorio. La crisis se atiende en la comunidad por los servicios de salud mental de distrito. El servicio de urgencias lo que hace es servir de garantía de ello. Respecto a qué es lo que procede hacer una vez que —excepcionalmente— el ingreso se produce, mi opinión se estructura en torno al mismo esquema. Desde el inicio del plan de reforma de los servicios de salud mental —hospital psiquiátrico de Leganés—, la actual dirección propuso un modelo que en base a la propia experiencia y a una nutrida base en la literatura internacional (38-51) proponía como objetivo la reducción de la estancia media (de 30 a 15 días) en base a una conceptualización de la práctica terapéutica en la unidad de hospitalización más como de atención a la crisis que como «comunidad terapéutica» que habría sido la dominante en el período anterior. La eficacia de esa opción fue evaluada utilizando como indicador el número de reingresos atendidos en los 18 meses siguientes al primer ingreso de los pacientes que tuvieron su primer contacto (ingreso) en el hospital de 1985 (con estancia media de 30 días) y 1986 (con estancia media de 15 días). (52) Contra lo esperado la disminución de la estancia media —subsecuente al referido cambio de óptica— no sólo no aumentaba el número de reingresos, sino que éste disminuía (de 0,42 a 0,13) lo que creemos que aboga en favor del abordaje de la crisis en el medio en el que se produce frente al diseño de entornos considerados de mayor potencial terapéutico.

CUADRO 4

TASAS POR MIL PERSONAS EN RIESGO EN LOS NIVELES 4  
(ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA) Y 5 (HOSPITALIZACIÓN) EN EL REINO UNIDO,  
LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA Y LEGANÉS

	TASA DE INCIDENCIA ANUAL (Por mil personas en riesgo)			TASA DE PREVALENCIA ANUAL (Por mil personas en riesgo)		
	Gran Bretaña	Estados Unidos	Leganés	Gran Bretaña	Estados Unidos	Leganés
Nivel 5 (pacientes hospitalizados).	3,3 (Salford) 3,8 (Camberwell)	desconocido	0,6	6,3 (Salford) 6,8 (Camberwell)	7,0 (de Facto) 7,5 (Monroe County)	1,2
Nivel 4 + 5 (todos los atendidos en el nivel especializado).	9,0 (Salford) 12,5 (Camberwell)	10,0 (Monroe County)	11,8	14,6 (Salford) 20,1 (Camberwell)	29,0 (de Facto) 27,0 (Monroe County)	18,5

# BIBLIOGRAFIA

1. FLAX, J. W. (1982): «Crisis intervention with the young adult chronic patients» in PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H. (1982): *The Young Adult Chronic Patient*, New Directions for Mental Health Services, 14, San Francisco, Washington, London, 1982.
2. CAPLAN, G. (1965): *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books. New York, 1964. Trad. cast *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Paidós. Buenos Aires, 1980.
3. ERIKSON, E. H. (1959): «Identity and the life cycle» *Psychol. Issues Monogr.* 1, 54-94, 1959. (trad. cast. «Crecimiento y Crisis» en MILTON, T. (1974): *Psicopatología y personalidad Interamericana*, México 1974).
4. MCKENZIE, K. R. (1988): «Recent Developments in brief psychotherapy». *Hospital Community Psychiatry* 39, 7, 742-752, July 1988.
5. DE CLERQ, M. (1988): «L'intervention systemique pour répondre aux urgences psychiatriques». *Thérapie Familiale* 9, 3, 231-246, 1988.
6. GARCIA ENCABO, M. (1988): «Servicios de Urgencia en Atención Primaria». *Seminario sobre la atención y aceptación de los servicios de salud*. Fundación para el estudio y desarrollo de la salud (mimeografiado).
7. BENGELSDORF, F. H.; ALDEN, D. C. (1987): «A Mobile Crisis Unit in The Psychiatric Emergency Room». *Hosp. Community Psychiatry* 38, 6, 662-665, June 1987.
8. EGRI, G.; CATON, C. L. (1982): «Serving the young adult chronic patient in the 1980s: Challenge to the general hospital» in PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H.: *The young adult chronic patient*. New Directions for Mental Health Services 14, San Francisco 1982.
9. AMES, D. (1983): «Limits of General Hospital Care: A continuing role for State Hospitals». *Hosp. Community Psychiatry* 34, 2, 145-149, February 1983.
10. BACHRACH, L. L. (1981): «General Hospital Psychiatry: Overview from a Sociological perspective». *Am. J. Psychiatry* 138: 879-887, 1981.
11. BASSUK, E. L. (1980): «The impact of deinstitutionalization on the general hospital emergency ward». *Hosp. Community Psychiatry* 31: 623-627, 1980.
12. HOLLOMB, W. R.; AHR, P. R. (1987): «Who really treats the severely impaired young adult patient? A comparison of treatment settings». *Hosp. Community Psychiatry* 38, 6, 625-631, June 1987.
13. SCHNEIDER, P. B. (1976): *Propédeutique d'une psychotérapie*. Payot, Paris, 1976 (trad. cast. *Propédeutica de una psicoterapia*. Nau llibres. Valencia 1979).
14. Ley 14/1986, 25 de abril, «General de Sanidad». *Boletín Oficial del Estado*. 102, 29.IV.86.
15. COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA (1985): *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Madrid, 1985.
16. HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY (1987): «Gold Award: Brief Psychiatric Inpatient Care for acutely disturbed patients. Emergency Psychiatric Treatment Unit. Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts». *Hosp. Community Psychiatry* 37, 11, 1203-1206, November 1987.
17. HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY (1987): Gold Award: Stabilizing Teens in crisis and Fortifying their support network. Youth-date Psychiatric Crisis Service. Youthdate Treatment Centers Ltd. Toronto, Ontario». *Hosp. Community Psychiatry* 38, 11, 1211-1214, November 1987.
18. GREEN, J. H. (1988): «Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment». *Hosp. Community Psychiatry* 39, 9, 963-966, September 1988.
19. SINGH, B. A. (1988): «Residential Crisis Services: A review». *Hosp. Community Psychiatry* 39, 10: 1095-1099, October 1988.
20. GRUENBERG, E. M. (1982): «Social Breakdown in Young Adult: Keeping Crisis from Becoming Chronic» in PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H. (eds.): *The Young adult Chronic Patient*. New Directions for Mental Health Services 14, San Francisco 1982.
21. ROBBINS, E.; STERN, M.; ROBBINS, L. et al (1978): «Unwelcome Patients: Where can they find asylum?». *Hosp. Community Psychiatry* 24, 1, 44-46, January 1978.
22. BASSUK, E.; GERSON, S. (1980): «Chronic Crisis Patients: A discrete clinical group». *Am. J. Psychiatry* 137, 12, 1513-1517, December 1980.
23. CARPENTER, M. D.; MULLIGAN, J. C.; BADER, J. A.; MEINZER, A. E. (1985): «Multiple Admission to an Urban Psychiatric Center: A comparative study». *Hosp. Community Psychiatry* 36, 12, 1305-1308, December 1985.
24. ELLISON, J. M.; BLUM, N.; BARSKY, A. J. (1986): «Repeat visitors in the psychiatric emergency service. A critical review of the data». *Hosp. Community Psychiatry* 37, 1, 37-41, January 1986.
25. SURLS, R. C.; MCGURRIM, M. C. (1987): «Increased use of psychiatric emergency services by young adult chronic patients». *Hosp. Community Psychiatry* 38, 4, 401-405, April 1987.
26. BOND, G. R. et al. (1985): «Preventing rehospitalization of clients in a psychosocial rehabilitation program». *Hosp. Community Psychiatry* 36, 9, 993-995, September 1985.
27. DESVIAT, M.; FERNANDEZ LIRIA, A.; RENDUELES, G. (1986): «La nueva cronicidad» en ESPINOSA, J. (coord.). *Cronicidad en Psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid 1986.
28. DESVIAT, M.; FERNANDEZ LIRIA, A.; RODRIGUEZ DORADO, L. (1987): «Consideraciones sobre un año de trabajo por programas en los servicios de salud mental del distrito sanitario de Leganés». *Psiquiatría Pública* 1, 1, 13-22, mayo agosto 1987.
29. FERBER, J. S. et al (1985): «The day hospital as entry point to a network of long term services: a program evaluation». *Hosp. Community Psychiatry* 36, 12, 1297-1301, December 1985.
30. GUDEMAN, J. E.; SOMERE, M. F.; DICKEY, B. (1983): Day hospitalization an Inn instead of inpatient care for psychiatric patients. *N. Engl. J. Med.* 308: 749-753, March 31, 1983.
31. GUDEMAN, J. E.; SMORE, M. F. (1984): «Beyond deinstitutionalization. A new class of facilities for the mentally ill». *New Engl. J. Med.* 311, 13: 832-836, September 27, 1984.
32. HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY (1987): «Gold Award: decreasing use of inpatient services. Day hospitalization with an inn and intensive care unit. Massachusetts Mental Health Center, Boston». *Hosp. Community Psychiatry* 36, 11: 1206-1209, November 1985.
33. WEISMAN, G. K. (1986): «Crisis oriented residential treatment as an alternative to hospitalization». *Hosp. Community Psychiatry* 36, 12: 1302-1305, December 1985.
34. HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY (1985): «Gold Award: Addressing the needs of young adult chronic patients. Rockland County Unified Services, Pomona, New York». *Hosp. Community Psychiatry* 16, 11: 1210-1212, November 1985.
35. TORREY, E. F. (1986): «Continuous treatment results in the care of the chronic mentally ill». *Hosp. Community Psychiatry* 37, 12: 1243-1247, December 1986.
36. PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H. (eds.): *The young adult chronic patient*. New Directions for Mental Health Services 14, San Francisco, 1982.
37. BELLAK, L., SMALL, L. (1978): *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy* (2nd ed) Grune & Stratton. New York, 1978.

38. MATTES, J. A. (1982): «The optimal length of hospitalization for psychiatric patients: A review of the literature». *Hosp. Community Psychiatry*. 33; 8: 824-828, August 1982.
39. SCHWARZ, C.; MAELOR, V. (1987): «Length of stay». *Hosp. Community Psychiatry*. 38, 2: 201, February, 1987.
40. CATON, C. L. M.; GRANICK, A. (1987): «A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization». *Hosp. Community Psychiatry*. 38; 8: 871-875, August 1987.
41. KENNEDY, P.; HIRD, F. (1980): «Description and evaluation of a short-stay admission ward». *British J. Psychiatry*. 136: 205-215, 1980.
42. CATON, C. L. M. (1987): «Effect of length of inpatient treatment for chronic schizophrenia». *Am. J. Psychiatry*. 139: 856-861, 1982.
43. CATON, C. L. M. (1984): «Length of hospitalization in the treatment of the chronic mental patient» in TALBOTT, J. A. (ed.): *The chronic mental patient. Five years later Grune & Shatten*, New York, 1984.
44. TALBOTT, J. A.; GLICK, I. D. (1986): «The inpatient care of the chronically mentally ill». *Schizophrenia Bulletin*. 12: 129-140, 1986.
45. GORDON, T.; BREAKKEY, W. R. (1983): «A comparison of the outcomes of short and standard-stay patients at one year follow up». *Hospital Community Psychiatry*. 34, 10: 1054-1056, October 1983.
46. HERZ, M. I.; ENDICOTT, J.; GIBBON, M.: «Brief hospitalization: two year follow-up». *Archives of General Psychiatry*. 36: 701-705, 1979.
47. MATTES, J. A.; ROSEN, B.; KLEIN, D. F. (1977): «Comparison of the clinical effectiveness of "short" versus "long" stay psychiatric hospitalization, II: results of a Three-year posthospital follow-up». *Journal of Nervous and Mental Disease*. 165: 387-394, 1987.
48. CAFFEY, E. M.; GALBRECHT, C. T.; KLETT, C. J. (1971): «Brief hospitalization and aftercare in the treatment of schizophrenia». *Archives of General Psychiatry*. 24: 81-86, 1971.
49. GLICK, J. D.; HARGREAVES, W. A.; RASKIN, M. et al (1975): «Short versus long hospitalization: a prospective study, II: results for schizophrenic inpatients». *Am. J. Psychiatry*. 132: 385-390, 1975.
50. HIRSCH, S. R.; PLATT, S.; KNIGHT, A. et al (1979): «Shortening hospital stay for psychiatric care: effects on patients and their families». *British Medical Journal*. 1: 442-446, 1979.
51. HEARGRAVES, W. A.; GLICK, I. A.; DRUES, J. et al (1977): «Short versus long hospitalization: a prospective controlled study». *Archives of General Psychiatry*. 34: 305-311, 1977.
52. FERNANDEZ LIRIA, A.; BUITRAGO GOMEZ, C. M.; ARRIBAS, A.; GONZALEZ JUAREZ, C.; RICO, P. (1987): «Estancia media y número de reingresos: evaluación de la eficacia de dos modelos de intervención en hospitalización breve». *Psiquiatría Pública*. 1, 2: 66-73, septiembre-diciembre 1978.