

## EMERGENCIAS EN PSIQUIATRIA

Por GROVER MORI \*, MIGUEL DIAZ \*\*, RICARDO CHIRINOS \*\*\*,  
EDWIN SANTOS \*\*\*\* y JOSE VALVERDE \*\*\*\*\*.

### R E S U M E N

Se señala que el avance de la psiquiatría clínica y el afinamiento del diagnóstico precoz dan significación a las atenciones de emergencia. Se revisan los modelos más aplicables. Observaciones psicopatológicas diarias dentro de una comunidad terapéutica permitieron comprender: génesis, culminación y resolución de las crisis. Se presenta la evolución de un caso. Con esta experiencia se aplicaron protocolos especiales a cien casos psiquiátricos en dos Servicios de emergencia generales; se observó que la entrevista era clínico-psiquiátrica, pero, también psicoterapéutica. Antecedieron a las crisis en 68% estresores constantes y en 33% conflictos no resueltos. Se halló que 74% no habían recibido asistencia psiquiátrica y que 90% no tenían tratamiento psiquiátrico actual. Se plantea como de necesidad la atención de los casos de emergencia psiquiátrica en los Servicios de emergencia general o en Servicios especiales en los hospitales psiquiátricos con un modelo apropiado y útil para el adiestramiento de residentes en psiquiatría y en otras especialidades.

### S U M M A R Y

The advance of the clinical psychiatry, and the consistent and precocious diagnostic make the significance of the emergency attention. We review the more applicable models. The daily psychopathological observation in a therapeutic community and the evolution of a case let us to understand the genesis,

---

\* Profesor Principal de Psiquiatría de la Universidad Peruana "Cayetano Heredia" y Jefe de Servicio del Hospital Víctor Larco Herrera.

\*\* Médico Asistente del Hospital Víctor Larco Herrera.

\*\*\* Jefe de Prácticas de Psiquiatría en la Universidad Peruana "Cayetano Heredia" y Médico Asistente del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

\*\*\*\* Psiquiatra de la Fuerza Aérea Peruana.

\*\*\*\*\* Jefe de Prácticas de Psiquiatría en la Universidad Peruana "Cayetano Heredia" y Médico Asistente del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

*culmination and resolution of the crisis. With the application of special forms to 100 psychiatric cases in two general emergency services, we observed that the clinical-psychiatric interview is psychotherapeutic too. It was found 68% of persistent stressors and 33% of irresolute conflicts just before crisis. The 74% never had psychiatric assistance and 90% of the sample had no treatment. We noticed the importance of the attention of the psychiatric emergency cases in general services or in psychiatric hospitals with an appropriate model and its profits for a residency training.*

**PALABRAS-CLAVE:** Emergencia psiquiátrica, crisis, estresores, conflictos, situaciones.

**KEY WORDS :** Psychiatric emergency, crisis, stressors, conflicts, situations.

## I. GENERALIDADES

El panorama de la asistencia psiquiátrica en la actualidad se ha extendido notablemente, no sólo por el gran desarrollo de la farmacoterapia y la psiquiatría social, sino por la ampliación del espectro clínico que ha irrumpido en el campo de acción de otras especialidades; por el afinamiento del diagnóstico que ya no sólo trabaja con los cuadros clínicos que son materia de las diferentes clasificaciones de las enfermedades mentales que giran —con mayores o menores variaciones— alrededor de los cuadros clínicos tradicionales; por el ahonde en la historia natural de esos cuadros clínicos tradicionales que aprehenden a esos cuadros *in statu nascendi*, muchas veces con otros síntomas psíquicos o con esbozos apenas reconocibles de los síntomas ya descritos o con síntomas somáticos correspondientes a otras especialidades; por el escudriñamiento cada vez mayor en la multicausalidad o multidimensionalidad de los cuadros clínicos psiquiátricos que hacen las particularidades de éstos, según el predominio de unas causas o dimensiones u otras. Es así que el reconocimiento de los síntomas y síndromes de las grandes psicosis y neurosis en la etapa florida de su evolución ya es patrimonio del médico de cualquier especialidad y en las instituciones psiquiátricas hasta del personal paramédico. Entonces el especialista psiquiatra o el médico en adiestramiento psiquiátrico en su afán diagnóstico se ve obligado a avanzar hacia el diagnóstico precoz que prevenga de las consecuencias del desarrollo de cualquier entidad psiquiátrica que, para todos es conocido, con frecuencia es de pronóstico muy desfavorable. Para ello, pues, no basta ya la atención en la hospitalización o en la consulta externa del hospital psiquiátrico, sino que es menester la búsqueda en otros centros, a donde la afluencia de pacientes variados es mayor, tal el caso de los hospitales generales y en ellos particularmente en los servicios de emergencia o en instituciones exclusivamente de emergencias. Hemos seguido este procedimiento en forma todavía muy limi-

tada, pero sus resultados nos ofrecen enseñanzas interesantes. Además es menester la organización de servicios de emergencia en las instituciones psiquiátricas para que ellas no sólo cumplan una función de prevención, sino de diagnóstico y tratamiento precoces previsorios y de orientación a consultorios externos o a servicios de hospitalización para la verificación o rectificación diagnóstica precoz que se hizo en la emergencia y establecer un diagnóstico definitivo e instituir el tratamiento precoz definitivo correspondiente.

Sin embargo, es necesario que se tengan presupuestos conceptuales precisos para estas tareas, dadas las particularidades de la emergencia psiquiátrica: 1) de atención breve, muchas veces en una sola entrevista; 2) de estar determinada por episodios críticos que van desde las crisis de angustia, los episodios de despersonalización, conversión o disociación desencadenados o desenmascarados por diferentes estímulos, pasando por aquellos episodios lindantes con la medicina interna y la neurología, que a veces se atribuyen a cuadros que están dentro del grupo de las epilepsias, de trastornos circulatorios, endocrinos, metabólicos, etc., hasta las crisis emocionales de depresión, tensión, desesperación, sobrecarga que se presentan en el grupo familiar, en el grupo de trabajo o de la desocupación, en el abandono, en la miseria económica y moral, en las situaciones de violencia, de amenaza física o psicológica, de muerte, de tortura, etc., casi de la vida diaria o en aquellos sujetos que se han alejado de las llamadas zonas de emergencia y 3) que son los episodios críticos los indicios o los signos de desequilibrios específicos biológicos, psicológicos o espirituales o la apertura para el descubrimiento de cuadros psiquiátricos de fondo, en el sentido de las depresiones de subfondo y de trasfondo de Kurt SCHNEIDER (66) que evolucionaban a lo largo de la vida del sujeto y sólo se las descubre en la emergencia, puestas de manifiesto por la crisis. Tales presupuestos conceptuales se enmarcan hoy en lo que se ha venido a denominar los modelos y que para la emergencia psiquiátrica son de primerísima significación, para que allí no se caiga en los mismos errores en los que a veces está cayendo la psiquiatría que hace decir a G.L. ENGEL: "Qué irónico sería que fuera la psiquiatría que insistiera en suscribirse a un modelo (se refiere al modelo que denomina "biomédico") al cual algunas figuras prominentes de la medicina han comenzado a cuestionar" y cómo psiquiatras entregados al modelo biomédico "están hoy tan preocupados con su propia identidad y posición profesionales en relación a la medicina, que muchos están comenzando a apreciar que la psiquiatría ahora es la única disciplina clínica, dentro de la medicina, interesada primariamente con el estudio del ser humano y de la condición humana" (29). Pero, los presupuestos conceptuales que vamos a exponer no corresponden, sino en parte, a los modelos médicos descritos en la actualidad, aunque pueden recurrir a ellos en muchos aspectos, tal el caso del modelo médico biopsicosocial de G.L. ENGEL (33, 34); de los diez modelos discutidos por J. BASTIAANS (8) o el modelo integrado de reducción de la enfermedad (coping) de E. HEIM et al. y los dife-

rentes citados por ellos (43). Corresponden, sí, al desarrollo del pensamiento de Honorio DELGADO con las contribuciones biológicas, fisiológicas, clínicas, psicológicas, médico-psicológicas y psicopatológicas actuales. Se diferencian de cualquier modelo biopsicosocial, porque el prefijo *bios* no sólo es tomado en su acepción bioquímica y neurofisiológica, que a decir de E.K. ROTHSCHUH, fisiólogo conocido (71), implicaría sólo el significado de lo biotécnico, sino además incluye la significación bionoma u organísmica en el sentido que él le da y que comprende así el aporte de la biología en general, y, de la biología humana en particular, para la comprensión del organismo en la medicina y para la comprensión de la dinámica psicológica —instintiva y afectiva— con lo que se estructura un modelo biotécnico-bionomo-psicosocial o simplemente biopsicosocial, si el prefijo *bios* implica no sólo lo biotécnico, sino fundamentalmente, lo bionomo u organísmico. Sin embargo, nuestros presupuestos rebasan estos tres aspectos e inciden en el componente espiritual que hace que el sujeto que concurre a la emergencia, recién por él, sea atendido en su calidad de paciente en el sentido de H. DELGADO (20, 21). Es decir, cuando se comprenda la índole de las experiencias, los conflictos, las situaciones y las consecuencias de ellos: las *crisis*. Pero, para ésto es necesario comprender la naturaleza de lo espiritual y deslindarlo de lo anímico o psicológico para que los métodos de la exploración, los hallazgos y la ayuda correspondiente sean más certeros; así como entender las particularidades del espíritu personal y del espíritu objetivo en el que se desenvuelve aquél, ya que el individuo no existe en absoluto aislado, ni solamente vinculado a una trama social, sino engarzado dentro de la textura del espíritu objetivo, donde lo social sólo es un aspecto. Así la comprensión y solución de la crisis se hará en la medida en que el profesional en la situación de emergencia sea capaz de captar en breve tiempo los indicios de la evolución de la vida del paciente y lanzarse “forzosamente más allá de la persona particular” como se haría en la mejor forma, a decir de N. HARTMANN (40), en las monografías históricas que buscan representar una vida humana particular” en donde “su destino, su desarrollo, sus rendimientos no se entiendan de otra forma sino a partir de la engastadura en la situación histórica total, con lo cual el peso propio recae sobre la situación espiritual total”. Es evidente que el pensamiento de N. HARTMANN nos permite hacer con claridad este deslinde con lo anímico para aplicarlo a las situaciones concretas de las emergencias. Así señala: “Pero, esto que nosotros denominamos un nivel espiritual histórico dado, es algo completamente heterogéneo al ser anímico, no se compone de sujetos, no consiste en la suma de portadores de conciencia, como tampoco ninguna conciencia en particular puede denominar a la suya totalmente. Es un fenómeno del espíritu de otro orden de magnitud, del espíritu histórico objetivo”. “Pero en tanto que la persona particular está condicionada como ser espiritual por el espíritu objetivo, así también su modo de ser característico está separado de las categorías de lo anímico” (42). Por eso no se agota con el es-

tudio de la interrelación social o psicosocial, sino que es autónomo y que esta autonomía "es suficientemente conocida por las leyes del *ethos*, el derecho, la comunicación social, la creación artística y del conocimiento"; y hoy no es fácil a alguien, dice N. HARTMANN, "explicarlas a la manera del psicologismo por la sola marca mayor de las funciones anímicas", tal sucede con los fenómenos del pensamiento, no del pensar, las metas de la voluntad, las orientaciones de las tendencias y de la creación, las convicciones, los modos de creencias, valoraciones, concepciones. N. HARTMANN dice: "Todo ello pertenece a la esfera del espíritu. Pero el espíritu liga, la conciencia aísla". El conocimiento de este aspecto espiritual del ser humano es utilísimo en la emergencia como veremos más adelante porque "el reino del espíritu es el reino del conflicto . . . sólo en él chocan la determinación ideal con la real" como cita H DELCADO a N. HARTMANN (22). Con lo expuesto, para ponernos en la terminología actual, hablaríamos de un modelo médico biopsicosocioespiritual o mejor modelo médico antropológico, con el miramiento de que lo antropológico sea tomado en la acepción más amplia del término, es decir, no como antropología física, social o cultural sino en la medida a la que nos llevaría la ontología de N. HARTMANN (40) de tomar la naturaleza humana como constituida por niveles que alcanzarían hasta lo espiritual, modelo que pensamos puede proporcionar muchísimo para la doctrina médica que desea alejarse de la amenaza del modelo exclusivista biotécnico.

Trazada así la visión general nos ocuparemos en primer lugar de los presupuestos conceptuales de nuestra labor, luego de los procedimientos que hemos utilizado para la observación y recopilación de datos y finalmente del enjuiciamiento de lo observado y recopilado.

## II. PRESUPUESTOS CONCEPTUALES

Consideramos: 1. El organismo, 2. Los conflictos, 3. La experiencia, 4. Las situaciones, 5. Los estresores y 6. Las crisis.

### 1. *El organismo.*

En las emergencias psiquiátricas podemos verificar a menudo el proceso del organismo evidente y manifiesto ante determinados agentes físicos, biológicos, psíquicos, psicosociales y espirituales, con los síntomas o signos que las orientan, confirmando los criterios de enfermedad de aquellos que piensan que ésta es una alteración del organismo, desde el punto de vista ontológico como N. HARTMANN, para quien la enfermedad es la quiebra de la categoría de regulación de sí mismo (42) o como el del fisiólogo K.E. ROTHSCHUH (71) que es "el estado de la necesidad de ayuda subjetiva o clínica o social del ser humano a causa de la pérdida de la cooperación sintonizada de las partes de las funciones físicas, psíquicas o

psicofísicas del organismo” y como el de H. DELGADO (20) para quien se trata de “un proceso complicado en el cual el organismo obra como un todo en proceso de adaptación, regulación y defensa que resulta evidentemente fallido si la investigación del mismo es adecuada y prolongada”. Y que este fracaso de la regulación, de la cooperación sintonizada de las partes y del proceso de adaptación, regulación y defensa es lo que induce al sujeto a concurrir a la emergencia, por lo que exige al médico, al psiquiatra, no sólo el conocimiento psicológico, sino el comprender que los fenómenos psicológicos rompen los procesos de regulación del organismo y que estos procesos no sólo discurren en las condiciones de reposo, sino, y fundamentalmente, en los cambios de condiciones de vida y los estados de sobrecarga para la consecución de sus múltiples tareas vitales (50). También exige conocer la capacidad de resistencia del organismo, no como un concepto causal ni psicológico, sino como uno correspondiente al sistema bionomo, concepto acuñado por K.E. ROTHSCHUH (70) “como la totalidad de los rendimientos filácticos, es decir, la suma de todos los rendimientos, sean congénitos o adquiridos que el sistema bionomo puede enfrentar a las perturbaciones de su organización”. Resistencia que puede estar disminuida frente a determinados momentos exógenos por lo que se conoce las disposiciones, las diátesis o las anomalías de la constitución. A esta resistencia de ROTHSCHUH corresponden algunos mecanismos inespecíficos, estereotipados y monótomos como la reacción de stress o síndrome de adaptación de SELYE como una “función de emergencia” que nos ha interesado en nuestro trabajo frente a los estresores psíquicos y psicosociales, acerca del cual se tratará más adelante.

## 2. *Los conflictos*

En esto empleamos, entre otros, los criterios de H. R. LUCKERT (62, 63) iniciador de la moderna psicología del conflicto, que en varios aspectos corresponde al concepto de psicomaquia de H. DELGADO y M. IBERICO (27), al que enriquece y, por contener ambos una visión antropológica semejante, se integran. Así consideramos al conflicto no sólo como lucha de tendencias instintivas particulares o como enfrentamientos del ser humano con el mundo, sino como una característica de los modos de ser y existir del sujeto que le hace ser portador de conflictos por antonomasia debido a su posición especial de doble relación con las tendencias biológicas y las tendencias espirituales. Con lo que surgen conflictos entre las mismas tendencias biológicas; entre ellas y las tendencias y otros fenómenos anímicos; y, entre las tendencias y otros fenómenos anímicos con las tendencias y otros fenómenos espirituales. Por eso LUCKERT (62) considera al ser humano ser portador de conflictos por ser, ser abierto al mundo, ser capaz de transformación, ser contradictorio, ser que se aliena a sí mismo y ser que tiende a la trascendencia. En esta psicología del conflicto de LUCKERT y en la posición de H. DELGADO se obtienen los aportes del psicoaná-

lisis y de otras corrientes que se ocupan del asunto, pero, con una nueva elaboración con perspectiva antropológica. Es así que LUCKERT señala que "nuestra tarea fundamental es la de un nuevo ordenamiento de los fenómenos múltiples mostrados en forma preferente por el psicoanálisis; despojar de su temática unilateral y liberar sus perspectivas correspondientes de significación antropológica" y con la inclusión de los múltiples resultados de la psicología experimental y del análisis fenomenológico de la experiencia: abrir "delante de nosotros un campo vasto que se adecúa a la edificación de una psicología dinámica de la personalidad".

Así como cuando nos ocupamos del organismo, nos interesamos por la reacción de estrés como un mecanismo inespecífico, general del organismo; aquí, nos interesamos en la vida anímica, en los procesos de regulación de las tendencias instintivas cuando alcanzan o no sus metas, lo que puede significar conflictos y los procedimientos de reducción de la frustración cuando las metas no son alcanzadas, tales como la expresión, la agresión, la restricción, la desrealización y la despersonalización, porque cuando no son empleadas adecuadamente, o lo son en forma patológica, llevan al individuo a la crisis que es una motivación frecuente para concurrir al servicio de emergencia; pero, también nos interesamos en la vida espiritual, en donde, a decir de N. HARTMANN (42) "se presentan las formas más intensas de conflictos, los conocemos en el conflicto de intereses, en la lucha social de clases, en el afán de poder de los pueblos, en los conflictos morales del individuo", en donde "para la armonía no velan ni las leyes naturales ni la regulación de sí mismo, sino la compensación se plantea en la libertad del hombre", cuya falla, pues, induce a severas crisis no fácilmente gobernables si no media la capacidad de penetración del médico en el trasfondo de la crisis.

### 3. *La experiencia*

La entendemos como el ámbito de la interioridad en donde se imprimen las acciones de los estímulos elementales y complejos, como las situaciones, los ideales, los valores, el conocimiento, los acontecimientos, sucesos o eventos, los actos de uno mismo y los de los demás, con penetración o fuerza variada, según múltiples factores, y, que en realidad, no se presenta como elemento aislado sino como sucesión continua, como veremos. Constituye, pues, una categoría del ser anímico (N. HARTMANN, 40), que no sólo es el presente o el momento, sino que conforma un nivel, un plano que discurre como discurre el organismo y estrechamente enlazado con él como en el concepto de corriente de la experiencia de W. JAMES (77); que tiene una estructura en la que se entretrejen las experiencias particulares "como miembros —a decir de E. STRAUS (77)— dominados en su contenido y en su existencia por el principio de la serie" que él lo diferencia de la expresión psicológica "serie representativa" que

se refiere a las representaciones, que se vinculan sólo como los eslabones de una cadena o los eslabones de las asociaciones, en tanto, "los miembros de una serie están mutuamente en una relación continua", es decir, múltiplemente entrelazadas, o como más recientemente señalaba H. H. WIECK (78) el proceso de las experiencias está constituido por varios ámbitos fenomenológicos elementales o complejos de diferentes tipos desde el contenido particular de la experiencia, el sistema de las experiencias en el que se entrelazan los contenidos particulares que se dan en cada momento y las secuencias de sistemas de experiencias. Representa la ensambladura entre el organismo y los acontecimientos, de un lado, y así el tamiz para la acción de los estresores sobre el organismo, sobre la función vital, diría L. BINSWANGER (11), y de otro, el fundamento sobre el que se desarrolla el devenir de la individualidad, el devenir espiritual de la persona, la historia vital interna según L. BINSWANGER (11 y 12), o, diríamos, el espíritu personal que no es psicológico, pero que según su sentido en cada ser humano vuelve a imprimir su huella en la experiencia. Como tamiz que vincula los acontecimientos con el organismo, se vincula con la actividad total del sistema nervioso central, según E. STRAUS (77), y que si no es posible hoy registrarla es porque nuestros medios son insuficientes. Como proceso anímico tiene como características las capacidades de impresión, retención, elaboración y conducción descritas por E. KRETSCHMER (51) y no sólo depende de la impresionabilidad del sentimiento, de la predisposición (*Anlage*), sino de la disposición subjetiva frente a los acontecimientos, y al momento, al sentido y a la dirección de ellos. Desde el ángulo de la emergencia psiquiátrica son útiles algunos criterios de E. STRAUS que no han sido rebatidos hasta la actualidad, a pesar de ser ya populares ciertos criterios erróneos, como que "la conmoción que puede provocar una experiencia depende del carácter de ser por primera vez y éste se funda en el carácter de único (unicidad), en la direccionalidad y la irrepitibilidad del curso histórico" y el de que "debemos de liberarnos de la ficción de la experiencia particular aislante que como tal prosigue sobre el fundamento de sus huellas mnésicas o reprimida en el inconsciente. La pujanza afectiva, dice, de la experiencia traumática no deriva de la persistencia y de las repercusiones del suceso original, sino sólo de aquella transformación del mundo de la experiencia en su carácter general y decisivo consumada en la primera experiencia".

#### 4. *Las situaciones*

Son síntesis vivas de las experiencias humanas y de los acontecimientos que dan a éstos significado peculiar para cada persona y que están ligados a la vida del sujeto haciéndolo dependiente de ellas y, a veces, incapaz de evadirse de ellas. Para E. NICOL (67) "el concepto de situación es categorial, o sea que es más amplio que el de cualquier realidad vital particular que puede propo-

nerse como clave de la condición humana, pues permite comprenderlas a todas, lo mismo que a otras realidades que no se consideran claves y que aparecen entre el material inmensamente variado de la experiencia. El concepto de situación es como un principio ordenador, estructural de esos materiales" y no es sólo la relación entre los acontecimientos y la conducta como afirman los conductistas. Sobre esto, nuevamente, NICOL ya afirmaba que "la situación y la conducta se integran en el concreto de la experiencia y recobran su pleno sentido después de la descualificación a que fueron sometidos por el examen científico. Sólo entonces puede alcanzarse a comprenderse que muchas veces aquello que me mueve a obrar no es precisamente aquello que me rodea. O dicho de otro modo; aquello que me rodea, mi circunstancia, no es siempre lo que está próximo a mí y a cuya estimulación física yo estoy sometido; sino pueden ser cosas, personas, acontecimientos distantes en el espacio y en el tiempo. Siendo así, la situación en que yo me encuentro no podrá ser determinada", "porque la situación, en tanto que es *vital*, no es el dispositivo de las cosas entorno, no es la circunstancia, ni es tampoco la mera conciencia de estar en un cierto dispositivo inmediato. Es la relación vital efectiva que el yo del sujeto establece siempre con el no-yo transubjetivo, presente o ausente, actual o pasado (y sobre todo con el peculiar no-yo que es el otro-yo del prójimo)". Es así que "siendo los componentes objetivos y transpersonales de la situación los mismos, la situación será distinta, en tanto que situación vital, según la conciencia que de ella tenga el sujeto que esté en ella" y añadimos según la profundidad de la experiencia y la lejanía o cercanía en el espacio o en el tiempo de las circunstancias, acontecimientos, sucesos o eventos que configuran la situación, porque "el grado y cualidad de la conciencia, en una situación, determinan a su vez la experiencia que hacemos de la misma", así "la situación que consiste en no darnos cuenta exacta de lo que nos rodea, y de la relación en que estamos con lo que nos rodea, es una situación que disminuye nuestra experiencia psicológica".

Hemos querido transcribir amplios párrafos de la obra de E. NICOL (67) porque nos permiten entender mejor la variabilidad en intensidad de la acción de los estresores y la complejidad y la multiplicidad de variables para la investigación de estos asuntos, de una parte, y, para poder comprender mejor la significación de las situaciones para las crisis, de otra. El conocimiento de aquellas permite entender por qué las investigaciones de los estímulos elementales, como los eventos vitales y conflictos, que anteceden a las crisis son insuficientes para comprender estos episodios, debido a que el ser humano está inmerso en la trama de las situaciones y no vinculado sólo a estímulos, eventos o conflictos aislados y reacciona ante esa trama como totalidad, como el organismo, en el estrés, reacciona como totalidad ante los estresores. Todavía habría que considerar los tipos de situaciones: fundamentales y límites; permanentes y transitorias y sus diferentes posibilidades, según E. NICOL, y las situaciones límite individuales de K. JASPERS (47) que se dan en las antinomias de: la lucha y la ayuda mu-

tua; la vida y la muerte; la casualidad y el sentido; la culpa y la conciencia de la purificación, representando uno de los extremos la situación límite del otro; situaciones límite que pueden conducir a crisis. Aquí el papel del yo en la síntesis entre el mundo de las experiencias y el mundo de los acontecimientos, ideales, valores, etc., es de primerísima significación para la calidad estresante de ellas.

Las situaciones, como las experiencias, son variadas por su complejidad, hasta para los fines de la emergencia, en tipos como los que considera H.H. WIECK (78): las situaciones del momento, las situaciones particulares constituídas por situaciones de momento en secuencias y dependencias, que pueden durar desde algunos momentos hasta varias horas, y, las situaciones vitales, la existencia, que pueden durar desde un día hasta decenios. El autor señalado dice, los primeros fluyen, los segundos se deslizan, ambos son irrecuperables, "todo, relativamente constante en nuestra existencia, puede participar en la construcción de nuestra situación vital, así, la educación espiritual, la realización de sí mismo, las relaciones interhumanas, la profesión, la ocupación preferente del tiempo libre, pero también las enfermedades y los trastornos psíquicos independientes y con ellas la respectiva relación médico-paciente". La forma cómo se configura todo ello puede conducir a crisis\*. Por eso R. BATTEGAY (9) habla de que "la angustia del hombre o su depresión, sus quejas psicósomáticas, sus experiencias defectuosas de valoración de sí mismo, su euforia infundada, su aislamiento, su proceso de envejecimiento, su debilidad, su desconfianza, pero también su fracaso corporal, pueden traer al hombre el hundimiento amenazante de su individualidad en las situaciones límite emocionales". Sobre ellas entrega un estudio en torno a la variedad de casos de seres humanos que sufren en las situaciones y que por ello concurren al psiquiatra. Y para poner sólo algunos ejemplos de lo que describe y que concurren a la emergencia anotaremos con expresiones de él mismo las situaciones límite depresivas, toxicomaniacas, esquizofrénicas, paranoides, del suicidio, de la invalidez, de la amenaza existencial duradera, del peligro agudo de vida, del desarrollo de las masas, de la soledad, de la ancianidad, etc.

---

\* Ya H. DELGADO (20) decía: "Toda situación directamente o indirectamente es relativa a la evolución del sujeto en el mundo, el cual ofrece materia, ámbito y límites a su vigilia y a su acción posible. Las situaciones no son aisladas o desmontables por el análisis, como las piezas de un mecanismo... En el tiempo se concatenan de la manera más compleja, al punto que una consideración estructural rigurosa justificaría el criterio de que la vida toda de cada hombre es el desenvolvimiento de una sola situación continua, cuya textura tendría sentido en la integración del todo formado por el sujeto con su mundo". Y él citaba a E. NICOL cuando dice: "el hombre no está en la situación como las cosas están en el lugar que ocupan, sino que el hombre vive la situación en que se encuentra, y el vivirla es uno de los componentes de la situación misma. Lo otro es lo que podríamos llamar lo transpersonal, la circunstancia"

### 5. *Los estresores*

Ya hemos dicho que el estrés corresponde a una reacción que como uno de los mecanismos inespecíficos de resistencia del organismo es puesto a prueba por variados agentes denominados estresores. Estos pueden ser físicos, a partir de conflictos intrapsíquicos, de los esfuerzos del organismo para compensarse o de "aquellos pensamientos espontáneos, referidos al yo, a menudo angustiantes y en todo caso que no están al servicio de las intenciones primarias que se siguen" sobre los que se trata en la actualidad (73). También como "despertadores de sobrecargas psíquicas externas como la muerte y la violencia, la amenaza y la exigencia excesiva, el ruido y la presión del tiempo sólo para nombrar a algunos dice W. SCHÖNPFLUG (73), siendo las magnitudes psíquicas sobrecargadas por los procesos psicofisiológicos, "cursos cognoscitivos, emocionales, de motivos, actividades verbales y motoras, vegetativas y nerviosas" (73) o de los microestresores de McLean, citados por W. SCHÖNPFLUG que, recién en ligazón con otras magnitudes de sobrecarga, se hacen insufribles, como los ruidos ligeros, los indicios de dolencias leves, a diferencia de los macroestresores como los ruidos de reactores o las catástrofes que por sí solos son suficientes para determinar serias dificultades al organismo. Las regulaciones y regulaciones defectuosas en el comportamiento con estas sobrecargas psíquicas han sido investigadas en profundidad por W. SCHÖNPFLUG (73) y P. SCHULZ (74). Pero, también son útiles para nuestra tarea el conocimiento acerca de los estresores psicoculturales (31, 48, 49, 52, 58) y de las situaciones mismas como ya lo había descrito H. DELGADO (19) sin emplear el término de estresores, como estresores complejos, cuya significación sólo puede aprehenderse si se sigue la vida de los pacientes o cuando se ahonda en las diferentes vicisitudes por las que trascurren en la vida hospitalaria o en la sociedad en general.

### 6. *Las crisis*

Recién como producto del juego de los aspectos esbozados es que se ponen de manifiesto las crisis, que son los episodios por los cuales los pacientes concurren a la emergencia. Crisis que no son la respuesta a un evento, a un conflicto, a una experiencia, a un estresor, sino la respuesta del organismo o de la vida anímica y espiritual a la trama de las situaciones, en donde están inmersos los conflictos y las secuencias de sistemas de experiencias (H.H. WIECK, 78) que encuentran al último evento como el factor que rompe el dique de contención que desborda la corriente de tensiones. Crisis que no sólo son respuestas a estímulos extremos sino a cambios intrínsecos del organismo biológico que se integran en las situaciones. Es decir, en ellas se pueden observar formas donde lo primordial pueden ser aspectos ora biológicos, ora anímicos, ora espirituales. Al respecto se encuentran datos abundantes en la recopilación de CH. ZWINGMANN (79). En esto hay que tener en cuenta la diferenciación que él señala de las

crisis con lo que sería una "modificación" simple, las primeras cuantitativamente como "intensificación de un proceso limitado en el tiempo en el sentido de una aceleración" y cualitativamente cuyas consecuencias no son predeterminables. También señala ZWINGMANN algo que puede ser muy provechoso para el enfrentamiento psicoterapéutico de las crisis y es que "la crisis, en eso, es un suceso paradójico cuando primero, a menudo, es sentido como doloroso, pero, luego, cuando ha sido superado y elaborado, representa una base y una fuente de experiencia para una configuración de la vida más rica y más plena de sentido. La profundidad del sentimiento es por así decirlo la medida para la altura de la sensación de felicidad" \*. Este suceso nos interesa aquí, porque nos permite entender —si media una comprensión profunda de los presupuestos anteriores, y, no decimos explicación o interpretación— en breve tiempo, el cuadro clínico de la emergencia, por la eclosión que se ha producido en un instante de toda la historia biológica, anímica y espiritual a través de los indicios: signos, síntomas o patrones de comportamiento que se dan en el momento. Naturalmente que el reconocimiento de todo el dinamismo de la crisis a la luz sólo de los indicios del instante, únicamente es posible si se emplean procedimientos de establecimiento de la relación médico-paciente de índole psicoterapéutica.

### III. MATERIAL Y METODOS

Las consideraciones conceptuales precedentes nos han servido para la observación de los pacientes individualmente o en grupos. Hemos empleado para nuestro estudio: 1. Los pacientes que viven en dos pabellones hospitalarios que funcionan como comunidades terapéuticas. 2. La historia clínica de un paciente seguido por tiempo prolongado en el que se presentaron diferentes crisis. 3. El examen de pacientes en un hospital de emergencias y en un servicio de emergencia de un hospital general con un protocolo preparado especialmente.

#### 1. Comunidad terapéutica

Nuestra experiencia con una comunidad terapéutica de 18 años de evolución, en la que se discute diariamente los incidentes en la vida de relación de los miembros del Servicio, nos ha permitido verificar con regularidad la resolución de las crisis de pacientes psicóticos y neuróticos manifestadas a diario en variados fenómenos psicopatológicos, después de la intervención directa de la

\* J. ZUTT en "El camino de la vida como imagen de la historicidad. Sobre las crisis en el camino de la vida" trata de situar el concepto de crisis frente a los conceptos clínicos conocidos de "proceso", "desarrollo" y "reacción" y afirma que: "Se puede designar como situaciones críticas o crisis, aquellas en las cuales se exige ineludiblemente una decisión histórico-vital, en especial una decisión de la dirección, del camino a tomar, hacia donde uno debiese seguir avanzando". "En este sentido, dice, crisis son puntos culminantes de la historicidad en el camino de la vida y en este sentido, es verdad, la utilización del concepto en el campo psiquiátrico, puede significar y actuar como valioso".

comunidad. De igual modo la experiencia de un año y medio en otro Servicio organizado también como una comunidad terapéutica, con 60 pacientes psiquiátricos que fueron recogidos cuando deambulaban por las calles o habían sido enviados por otros servicios médicos por su condición de indigencia, igualmente nos ha añadido nuevas observaciones sobre la acción de estresores y la presentación de crisis diversas con otra categoría de pacientes, cuyo denominador común era de haber vivido en situaciones de miseria y abandono.

## 2. *El caso clínico*

L.A.E.R., de 34 años, soltero, mestizo, católico, con 5º año de instrucción primaria, natural de Pisco. La enfermedad actual se inició aproximadamente en 1972 con síntomas y signos de esquizofrenia paranoide. Ingresó a un pabellón del hospital "Víctor Larco Herrera" el 28.6.74. Salió de alta a los tres meses, mejorado. En esta primera hospitalización presentó cólicos intestinales, deposiciones escasas y distensión del abdomen. Fue tratado con sueros, se le aplicó una sonda rectal y evolucionó favorablemente. El 31.10.1978 ingresó por segunda vez a otro pabellón, de donde fugó el 20.12.1978. No se hallan datos notables en la historia clínica. El 11.3.1980 ingresó nuevamente a otro pabellón de donde fugó el 23.3.1980. El 24.11.1982 ingresó por cuarta vez a un servicio de reciente organización, enviado por el hospital "Cayetano Heredia". Presentaba una herida circular en la zona frontoparietal. Durante su permanencia se verificó tendencia a lesionarse el propio cuerpo, se golpeaba la cabeza contra la pared y el catre por lo que se le enviaba frecuentemente al servicio de cirugía. Un mes después se verificó un cambio notable, se alimentaba, no se agredía a sí mismo, ayudaba en la limpieza y el día de la Navidad bailó y se mostró alegre. Pero, al día siguiente comenzó la tendencia a lesionarse el propio cuerpo periódicamente y continuó con esta conducta. Posteriormente se negaba a alimentarse y fue necesario colocarle una sonda nasogástrica. Fue enviado al servicio de cirugía el 29.3.1983 y regresó el 12.4.1983, mejorado. Durante el mes de abril de 1983 se negaba nuevamente a alimentarse. En forma periódica se lesionaba el cuerpo con lo que se dificultaba la cicatrización de la herida que se hacía de mayores dimensiones. El 17.5.1983 se quejó de dolor abdominal. El abdomen se halló distendido. Fue trasladado al hospital de emergencias de San Antonio, en donde se le aplicó una sonda rectal. Regresó al hospital a las dos horas, mejorado. En los días siguientes se alternaban periodos de agitación y agresiones a sí mismo, con distensión abdominal y días de mejoría. El 18.7.1983 amaneció con el abdomen doloroso y distendido y con imposibilidad de eliminar gases. Se le envió al hospital de emergencias de San Antonio donde fue operado el mismo día por obstrucción intestinal. El 27.7.1983 reingresó al Servicio muy mejorado, se mostraba colaborador y recibía sus alimentos. El 19.9.1983, a los 52 días de la operación, presentó nuevamente abdomen distendido, tenso y a la palpación con dolor difuso. Se negaba a alimentarse, se le extrajo un fecaloma. En adelante fueron controlándose las molestias con antiespasmódicos. Pero, el 28.1.1984, nuevamente fue enviado al hospital de emergencias de San Antonio, de donde fue transferido al hospital "Cayetano Heredia" del Rímac y fue intervenido quirúrgicamente por segunda vez por obstrucción intestinal. Retornó del hospital del Rímac al Servicio el 16.4.1984, dos meses y medio después. Dos días más tarde se presentó nuevamente dolor y distensión abdominal. Como se pensó en la posibilidad de una nueva intervención quirúrgica se le estudió con detenimiento desde el punto de vista psicopatológico y se decidió transferirlo a un Servicio más activo, del hospital, donde se emplean procedimientos psicoterapéuticos individuales y de grupo. Inicialmente el paciente permanecía en cama por propia decisión, se mostraba lábil emocional, aunque se alimentaba bien. Se ahondó la investigación psicopatológica y se tuvo la impresión de que existía una correlación entre situa-

ciones estresantes y la aparición de las molestias abdominales. Se dialogó con el paciente acerca de esta posibilidad y al día siguiente, después de diez meses, inició agresiones a sí mismo, golpeándose la cabeza contra la pared, la puerta y el catre. Se siguió ahondando la exploración y paulatinamente desapareció la tendencia a lesionarse el propio cuerpo. Naturalmente se instaló también un tratamiento farmacológico adecuado. En adelante no se presentaron las molestias abdominales ni la tendencia a lesionarse el propio cuerpo. Concurría regularmente a las reuniones de la comunidad terapéutica, participaba, colaboraba en actividades domésticas, se alimentaba bien; mejoró el estado general y aumentó de peso. El 13.10.1984 se le encontró en cama y se quejaba de dolor abdominal. En el diálogo refería que desde hacía quince días habían comenzado los dolores paulatinamente. Se averiguaron los probables episodios estresantes que antecedieron a la iniciación de las molestias e informó que la hermana había dejado de visitarlo desde hacía un mes, y, ella solía visitarlo semanal o quincenalmente. De otro lado informaba que una auxiliar de enfermería le había manifestado que se le iba a trasladar al pabellón en donde estuvo anteriormente. Se verificó este último dato, se le aseguró que no sería trasladado y que posiblemente la hermana pronto volvería a visitarlo. Se le sugirió que se levantase de la cama y caminase. Algunos momentos después se le vio caminando y refería que había mejorado la molestia abdominal. El 17.10.1984 refería que en la iniciación de su permanencia en el nuevo Servicio "no entendía a nadie, no entendía a las enfermeras, me dolía el estómago, estaba muy nervioso, no me gustaba estar en este pabellón, no quería dormir en ninguna cama, pero, poco a poco, con la dieta, con el cuidado que me daba a señorita X y la presencia de los médicos me dieron tranquilidad y me fui mejorando ... El doctor M. me ha conversado varias veces y sus palabras me han hecho sentir bien; me siento bien en las reuniones de la comunidad". Hasta el momento de hacer esta información (13.9.1985) no se han presentado las molestias en referencia, se ha integrado a la comunidad y a las actividades del Servicio y sale periódicamente al seno familiar.

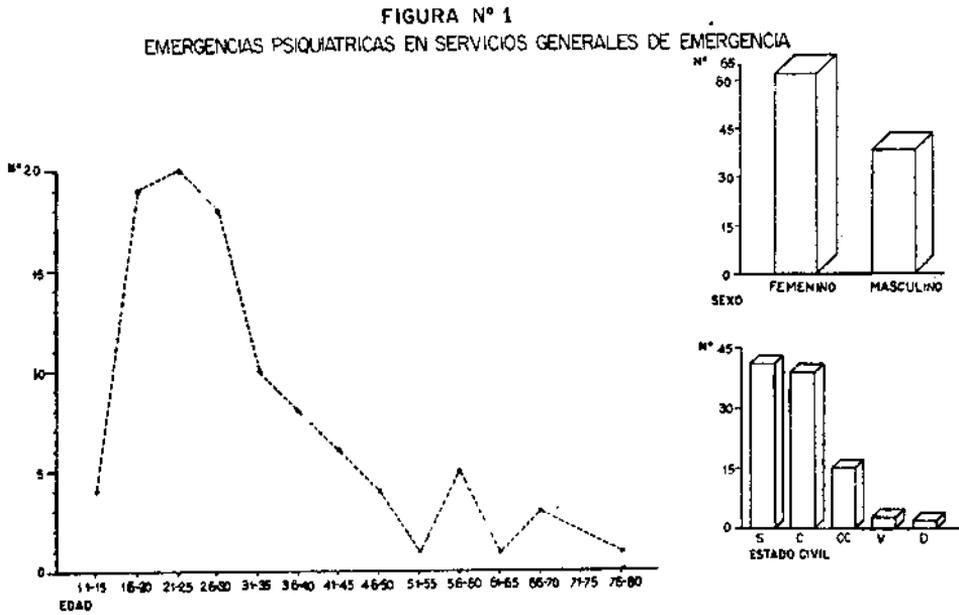
Presentamos este caso porque en la evolución de su cuadro se pudo observar con claridad la vinculación de estresores físicos, psíquicos, psicosociales y de situaciones que llevaban a crisis que se ponían de manifiesto con síntomas y signos abdominales severos que en dos ocasiones le llevaron a la intervención quirúrgica. Después que el paciente había concurrido al hospital de emergencias de San Antonio y de donde fue transferido al hospital del Rímac, un médico del hospital de emergencias preguntaba qué es lo que sucedía en el Hospital Víctor Larco Herrera que con frecuencia concurrían pacientes con obstrucción intestinal y que a menudo las recidivas de la intervención quirúrgica eran con mayor frecuencia que en los pacientes de otra procedencia.

Estos comentarios y nuestro propio interés por comprender la psicopatología de los pacientes nos indujeron a ahondar en la investigación del caso con el fin de evitar una tercera intervención quirúrgica y de conseguir ayudar más al paciente, quien en la actualidad se encuentra en franco proceso de rehabilitación.

### 3. *Los casos de los servicios de emergencias*

Se examinaron entre enero de 1982 y junio de 1983, 100 pacientes, 68 que habían concurrido al Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" y

32 a la Emergencia del Hospital "Cayetano Heredia". Los primeros corresponden a un total de 148,403 pacientes y los segundos a un total de 178,942 pacientes atendidos. Los 100 pacientes corresponden a un total de 327,345 pacientes de emergencia atendidos en ambos hospitales (Fig. 1). Como se ve, ellos



DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD SEXO + ESTADO CIVIL \*

representan una muestra insignificante en relación al total. Es una muestra incidental ya que ha sido tomada de servicios a donde concurren pacientes exclusivamente de emergencias y una muestra deliberada porque de ese total han sido tomados sólo aquellos que: a) los médicos no psiquiatras creían que requerían consulta psiquiátrica y b) los médicos examinadores, asistentes o residentes, creían a primera vista que requerían atención psiquiátrica además de los primeros. Los datos que los examinadores recolectaron eran los que estaban consignados en un protocolo breve (APENDICE), que se había elaborado para este fin y que contiene aparte de los datos generales tres datos significativos: a) la anotación, en lo posible literal, de las razones que llevan al paciente a la emergencia o de los familiares, sólo en el caso que aquél no respondiera; b) la descripción, por el médico, de las características de la molestia o molestias que inducen a concurrir a la emergencia, en cuanto a duración y frecuencia, concurrencia a servicios de emergencia, tratamientos en los intervalos, concurrencia previa a consultas psiquiátricas y tratamiento psiquiátrico al concurrir a la consulta de emergencia y c) descripción resumida de la molestia actual con el lenguaje usual

del médico y de acuerdo a cómo ve el cuadro clínico. Se incluye además los indicios de enfermedades somáticas concomitantes y consecuentes.

De las particularidades del protocolo puede verse que la finalidad fundamental de la exploración es recopilar datos clínicos acerca de las molestias que orientan a la emergencia, y no necesariamente del cuadro nosológico, que induzcan a un diagnóstico precoz provisional para un tratamiento inmediato de la molestia y para la orientación adecuada a un centro especializado, en el que se lleve a cabo el diagnóstico nosográfico definitivo y el tratamiento de todo el cuadro clínico. Es evidente que con los datos pueden obtenerse algunas conclusiones epidemiológicas, pero que no han sido las metas iniciales.

La anotación literal de las razones que llevan a la emergencia es uno de los aspectos de nuestro protocolo que, creemos, por nuestra experiencia diaria, es de particular importancia para la exploración del paciente sobre todo cuando se dispone de escaso tiempo para el examen. Lo extraemos de algunas técnicas para la entrevista psicoterapéutica dirigida, según las cuales en el primer encuentro con el paciente, debido a que éste se halla pronto a volcar sus quejas y problemas al terapeuta, el tipo de preguntas que plantee éste, facilitarán o no la expresión adecuada de la información. De allí que en la entrevista psicoterapéutica el planteamiento de preguntas no dirigidas permitirá el surgimiento del conflicto o los conflictos que se hallan tras de los síntomas y de ese modo captar el hilo de la estructura del cuadro clínico (E. KRETSCHMER, C. WENDT, D. LANGEN). En la entrevista de la consulta de emergencia sucede algo semejante, tal vez con más vigor, que en la entrevista psicoterapéutica, en donde el paciente va urgido por las molestias somáticas o psíquicas y los conflictos de trasfondo, a volcarse al profesional que se enfrenta a ayudarlo. Sin embargo, aquí, creemos que debido a las exigencias de la situación de emergencia, nos interesan los conflictos de trasfondo, pero también algunos datos para esbozar el diagnóstico del cuadro clínico general, por lo que es conveniente plantear preguntas que nos permitan expresar los motivos de la consulta de emergencia, y en alguna forma, nos orienten también a aprehender algunos rasgos del cuadro clínico. De allí que preguntas que se refieren a cuál es la molestia o razón fundamental que induce a la consulta de emergencia y la anotación literal de las respuestas nos proporcionan datos útiles para nuestros propósitos. Señalamos la importancia de la anotación literal de las respuestas debido a que, cuando el médico describe a su criterio y con su lenguaje, a menudo técnico, las razones de la consulta, deja escurrir muchos datos para la comprensión del paciente y su cuadro clínico. Algunos ejemplos que mostraremos nos han de permitir verificar la diferencia. La anotación de las características referentes a la molestia y otros datos van a proporcionar informes para ir esbozando un diagnóstico clínico. Los datos acerca de las molestias somáticas concomitantes nos facilitan registrar la frecuencia de cuadros.

## A P E N D I C E

Ministerio de Salud  
 Región de Salud de Lima  
 HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"  
 Pabellón "Honorio Delgado"

ASISTENCIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIA

Apellido paterno ..... Apellido materno .....

Nombres .....

Edad ..... Estado Civil ..... S ..... C ..... VD ..... CC .....

Grado de Instrucción ..... P ..... S ..... Sup .....

Raza B I N A M (BI IB BN NB IN NI IA AI BIN, etc.)

Ocupación .....

Religión .....

Natural ..... Distrito ..... Provincia .....

Departamento ..... Domicilio en Lima .....

Distrito ..... Teléfono .....

Fecha de consulta .....

Anotación completa, si es posible literal de las razones que le llevan a la emergencia .....

.....

Duración de la molestia .....

¿Cuántas veces se ha presentado el episodio? .....

¿Ha concurrido a Servicio de Emergencia? Si No

¿Cuántas veces? ..... ¿Dónde? .....

¿Ha recibido tratamiento en los intervalos? Si No

¿Ha tenido consultas psiquiátricas? Si No

¿Recibe tratamiento psiquiátrico actualmente? Si No

Tratamiento recibido .....

Enfermedades somáticas concomitantes .....

Acompañante (Nombre) .....

Grado de parentesco o de relación .....

Dirección .....

Teléfono .....

Resumen de la molestia actual .....

.....