

EMERGENCIAS EN PSIQUIATRIA

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

(Segunda Parte)

Los datos acerca de las molestias somáticas concomitantes nos facilitan registrar la frecuencia de cuadros clínicos de emergencia sin manifestaciones somáticas y de otros donde se entrelazan manifestaciones somáticas y psicológicas. El resumen del cuadro clínico elaborado con el lenguaje médico contribuye a completar la imagen clínica después de la visión del protocolo sin que se pierda de vista el rico contenido de la experiencia psicológica del propio paciente.

IV. RESULTADOS

Del material que presentamos, el examen de los casos atendidos en los servicios de emergencia con el protocolo que hemos mostrado, nos ofrece información variada, de la que entresacamos lo referente a conflictos, estresores psicosociales y aproximaciones diagnósticas.

1. *Los conflictos en la emergencia psiquiátrica*

El uso extendido del término *Crisis*, para referirse a situaciones en donde eventos que generan sobrecarga en un individuo pueden provocar un comportamiento de adaptación inadecuado, parece estar en relación, en gran parte de los casos, con aquellas circunstancias en las cuales se identifica la perturbación de la relación entre el sujeto y el entorno; circunstancia familiar, laboral o social en general. En la literatura se verifica aproximaciones interesantes al examen de otros aspectos diferentes a la etiqueta diagnóstica convencional (J.K.W. MORRICE, (66), J.C. BECK & K. WORTHEN, (10), T.H. HOLMES & M. MASUDA, (46), J.M. DONOVAN *et al.* (30), A.F. FONTANA *et al.* (35), etc.) y algunos términos como los de *diagnóstico social* o *prescripción social* que se han acuñado para representar los esfuerzos por localizar metódicamente los eventos vitales que pudieran haber precipitado el acceso de los pacientes a la consulta psiquiátrica. J.K.W. MORRICE (66), en 1974, presenta un estudio en el cual considera los datos concernientes a 266 admisiones consecutivas en un hospital de día y encuentra sólo 7 admisiones en las cuales no se identifica crisis alguna

y de las identificadas ubica 249 como originadas por *dificultades interpersonales* y 110 por *problemas laborales*, cifras que corresponden a 51% y 22% respectivamente de un total de 490 eventos críticos. "El ser humano es un ser portador de conflictos" apunta LÜCKERT (62) y plantea que la resolución de los conflictos por parte de un individuo hace de él un ser armónico, sano. Es así que en la observación general del hombre y en la práctica médica que nos ocupa podemos verificar los planteamientos en torno al ser humano como portador de conflictos, planteamientos revisados con detalle en la parte introductoria. El conflicto, señala LÜCKERT (63), "es la lucha o contraposición de tendencias instintivas y el estado de desazón experimentado por la relación ser humano-mundo". Las tendencias instintivas, según H. DELGADO (19) pueden corresponder a deseos, impulsos y necesidades (tendencias instintivas episódicas), a intereses (tendencias instintivas habituales) y a inclinaciones y pasiones (tendencias instintivas duraderas). Continúa LÜCKERT: "La frustración, el fracaso y la desilusión de la satisfacción plena de nuestras necesidades ponen al ser humano en un estado de emergencia". E. CARP (15) apunta concretamente a conflictos que se encuentran con mayor frecuencia y señala cuatro grupos, a su entender, más importantes: del aspecto erótico-sexual y de la vida de pareja, del ámbito de trabajo, de la vida social de la comunidad y de la esfera religiosa.

Al examen del material que presentamos, por las características de su obtención y sus objetivos, podemos observar que la identificación del conflicto intrapsíquico es difícil, como lo es el deslinde definitivo entre el conflicto extrapsíquico y el evento estresor. Un evento estrésor pudiera constituir un conflicto en la medida en que las tendencias que se ponen en juego en el desarrollo del evento se encuentren en tal oposición que lo generen; sin embargo, el diseño de nuestro trabajo hace que cualquier inferencia en este sentido, obtenida fuera de los datos recopilados, no sea sino una interpretación. Encontramos la presencia de conflicto al interior del proceso que conduce al sujeto a la emergencia, en 33 de los 100 casos. En 15 de éstos aparecía conflicto conyugal y en 10 de ellos se señaló intento de suicidio como causa fundamental de la consulta y que incluía dramáticos procedimientos como ahorcamiento o ingestión de sustancias que podían provocar la muerte o trastornos severos y secuelas (organofosforados, lejía, ácido muriático, etc.). En 16 de los 33 casos se identificó conflicto familiar que incluía a miembros diferentes de la pareja y que generalmente estaban en relación con la familia nuclear. De éstos en uno se presentó intento de suicidio y en otro historia de intento de suicidio en ocasión anterior. Un caso en el que se identificó conflicto en el ámbito laboral y otro de naturaleza imprecisa.

Es ilustrativo el examen de algunos casos individuales:

CASO 37.- El conflicto de pareja que aparece cuando la paciente se entera que su enamorado tiene un amante produce frustración y, una vez puestos en marcha los recursos de reducción, observamos agresión contra sí misma con ingestión de ácido muriático.

CASO 18.- Un conflicto familiar se hace observable cuando la paciente es constreñida en sus intereses ("libertades"), lo que genera la expresión de su protesta que se orienta a reducir la frustración. Sin embargo, con esto obtiene una fuente mayor de conflicto por respuesta

violenta de los parientes y luego agresión a sí misma por ingestión de sedantes con propósitos suicidas.

CASO 55.- La paciente que refiere que su problema bronquial (sensación de falta de aire, tos, tiraje intercostal) *siempre* está en relación con "tensiones emocionales" en problemas familiares y en la escuela pudiera haber desarrollado mecanismos que generan las molestias asmáticas, aunque los recursos puestos en juego no son identificables por las características de la información.

CASO 78.- La paciente cuya sintomatología (precordialgias, temblor, sensación de falta de aire, angustia y deseos manifiestos de homicidio) aparece cuando encuentra al esposo con una amante, se enfrenta repentinamente ante frustración violenta y parece utilizar como medio de superarla los recursos de la expresión y la agresión. Observamos que los recursos utilizados, a veces, son insuficientes para reducir la frustración.

CASO 93.- La paciente que presenta un conflicto con el cónyuge y recibe la amenaza del alejamiento forzado de sus cuatro hijos que serían llevados por aquél, parece pasar violentamente de la frustración intensa a la agresión a sí misma con ingestión de lejía.

Hay situaciones en las cuales es el conflicto familiar el que induce a un sujeto determinado hacia la emergencia. Allí supone en realidad una urgencia en la familia, que movilizada afectivamente por un comportamiento que supone discordante acude en busca de ayuda, que no "interesa" al paciente en el momento de la consulta. Tal es el caso, en términos generales, de algunos pacientes psicóticos que suelen ser conducidos a la emergencia cuando es el entorno familiar que de una u otra manera ha generado el conflicto. Por ejemplo, en nuestro trabajo, es la ansiedad abrumadora la que impele a la familia a llevar a la paciente, portadora de *anorexia nervosa*, que rechaza la consulta médica, contra su voluntad a un servicio de emergencia.

En los casos en donde se identifica el conflicto encontramos una mayor proporción de reacciones depresivas, con o sin intento de suicidio. De 12 casos en los cuales se identifica esta condición, dos hacen despertar un síndrome angustioso intenso y en uno se relaciona con asma bronquial. En 8 casos se observa síndrome de angustia predominante y en uno de ellos en relación con asma bronquial. Dos casos impresionan como histéricos. Dos casos de asma bronquial en relación con la presencia de conflicto. Dos casos cuyo síntoma fundamental, la cefalea, estaba en relación con el conflicto. Dos casos en los que la molestia más importante era dolor epigástrico que aparecía ante conflictos familiares. Un cuadro de epilepsia, un caso con síndrome hipocondríaco, otro con *anorexia nervosa* y uno de intento de suicidio en corto circuito completan la muestra.

Todos los conflictos observados, que aparecen de múltiples oposiciones y antagonismos intensos, pueden ser resueltos. "El ser humano para superar el estado de conflicto está dotado de un número de posibilidades anímicas que movilizar, según el tipo de situación y de personalidad" (63). Hacer que el individuo disponga apropiadamente de tales posibilidades puede ser labor que debe aparecer cuando se ha localizado el conflicto con certeza.

2. *Estresores psicosociales en la emergencia psiquiátrica.*

Los estresores psicosociales son motivo de investigación por la importancia en el desarrollo o exacerbación de un cuadro psiquiátrico o físico. T.H. HOLMES & R.H. RAHE (45), quienes idearon una escala de puntaje de readaptación social con una lista de 43 eventos de la vida, llegaron a establecer correlaciones directas entre el número de los eventos de la vida y la aparición de trastornos psíquicos y físicos en una casuística que ya pasa de los 10.000 casos. Destaca la investigación de RAHE en la tuberculosis, en un estudio retrospectivo de diez años, que permitió verificar la presencia de eventos vitales de gran intensidad antes de la aparición del cuadro clínico.

Algunas investigaciones en la consulta de emergencia psiquiátrica también señalan la presencia de eventos vitales significativos antes de las manifestaciones sintomatológicas o sindrómicas somáticas o psíquicas de los cuadros clínicos, es decir, que se hallen en vigor conflictos sociopsicológicos como estresores que presionan sobre el individuo y encuentren en el cuerpo frágil el campo propicio para romper el equilibrio y fomentar la aparición de las manifestaciones ya descritas. Nuestra observación empírica de la presencia frecuente de estresores psicosociales nos motivó a investigar en los protocolos que se aplicaron en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" y en el servicio de emergencia del Hospital "Cayetano Heredia". Posteriormente uno de nosotros (E. SANTOS) ha verificado en otra investigación en un hospital general la presencia frecuente de estresores que preceden al cuadro psiquiátrico agudo.

En esta ocasión, del protocolo que empleamos en los 100 casos, se analizaron los estresores desencadenantes del cuadro agudo, luego fueron agrupados por categorías (TABLA I) en relación a las situaciones que determinaron el estrés según la clasificación de R. ADLER (1) que ordena a los estresores en: 1. pérdida del objeto de relación, 2. daños reales o amenazadores y 3. tendencias instintivas no satisfechas. La mayoría de los estresores se distribuyó en la categoría de daños reales o amenazadores que representan el 50%; en la de pérdida del objeto de relación el 15% y la de las tendencias instintivas no satisfechas el 2%. Un caso (1%) no se podía ordenar en ninguno de los tres grupos y 32% en los cuales no se verificó el estresor. En la primera categoría descrita destacan: la enfermedad física (15%), el conflicto conyugal (13%) y el conflicto familiar (11%). En la segunda categoría sobresale el duelo (10%) representado por el fallecimiento de un familiar o de amigos.

Analizando estos resultados se ve que el 68% de la muestra tuvo un evento desencadenante verificado. Esta frecuencia es importante, puesto que la obtención de datos sobre los estresores fue a partir del protocolo, en el cual el psiquiatra no preguntaba específicamente acerca de los estresores psicosociales. Si se comenta en torno a los estresores que sobresalen dentro de la categoría de daños reales o amenazadores, se puede observar que la enfermedad física, por sí misma, actúa como estresor perturbando el funcionamiento actual del individuo. Sin embargo, cabe hacer notar que en la muestra hubo un caso de herido de bala que no presentó trastorno emocional alguno, pese a la preocupación del médico-cirujano tratante. Como ya hemos visto el estrés es un mecanismo relacionado con la "resistencia" del organismo y en el caso que comentamos la capacidad de "resistencia" ante la presencia del estresor físico era muy peculiar. Esto nos hace recordar que los estresores no siempre tienen un efecto nocivo. Así F. LABHARDT (54) señala que nuestros

TABLA I: CATEGORIAS Y ESPECIFICACIONES DE LOS ESTRESORES PSICO-SOCIALES EN SERVICIOS DE EMERGENCIA

CATEGORIAS	ESTRESORES	PACIENTES	
		Nº	%
1. PERDIDA DEL OBJETO DE RELACION	Fallecimiento de familiar	7	7.0
	Alejamiento de seres queridos	4	4.0
	Fallecimiento de amigos	3	3.0
	Robo en la casa	1	1.0
	SUBTOTAL	15	15.0
2. DAÑOS REALES O AMENAZADORES	Enfermedad física	15	15.0
	Conflicto conyugal	13	13.0
	Conflicto familiar	11	11.0
	Conflicto con la pareja (novio)	4	4.0
	Conflicto laboral	4	4.0
	Nuevo compromiso amoroso	1	1.0
	Miseria económica	1	1.0
	Ambiente social deteriorado	1	1.0
SUBTOTAL	50	50.0	
3. TENDENCIA INSTINTIVA NO SATISFECHA	Pérdida del Perú ante Polonia en fútbol	1	1.0
	Cambio de hábitat	1	1.0
	SUBTOTAL	2	2.0
4. MISCELANEA	Encuentro con el padre	1	1.0
5. NO VERIFICADO	-----	32	32.0

antepasados necesitaban del estrés para dominar a la naturaleza, frente a la cual se considera a la "lucha" como un hecho real. La importancia del conflicto conyugal como estresor en la emergencia ha sido ya descrito por uno de nosotros (E. SANTOS) así como la del conflicto familiar, evento común en nuestra sociedad, como desencadenante de un trastorno

psiquiátrico agudo. En la categoría de pérdida del objeto de relación, segunda en frecuencia, sobresale la presencia del duelo, cuyo grado de impacto estresante hace que se considere como estresor universal que provoca una reacción emocional, a la que HOLMES & RAHE le dan un valor máximo en unidades de cambio vital. Nos sorprende el bajo porcentaje (2%) de la categoría de las tendencias instintivas no satisfechas, es decir, resulta contradictorio si se relaciona con la situación actual. Se puede ver que la mayoría de los cuadros psiquiátricos agudos se vinculan con las dos categorías anteriores, en especial con la primera. Caso especial que no se ordenaba en las categorías descritas fue aquél que tuvo como estresor el encuentro con el padre, en el cual se ve que la satisfacción repentina de una tendencia instintiva no satisfecha por largos períodos, puede desencadenar un cuadro agudo. Señalamos que en el 32% de casos no se verificaron los estresores psicosociales, debido a las mismas condiciones del cuadro clínico agudo, en donde muchas veces se hallaban anomalías de la conciencia.

3. Aspectos nosográficos en la emergencia psiquiátrica.

La emergencia psiquiátrica permite desplegar, cuando menos, tres aspectos de interés médico en general y del psiquiatra en particular. Nos referimos a las posibilidades de asistencia, docencia e investigación. Pensamos que quienes acuden a un centro asistencial, en condiciones de emergencia psiquiátrica, toman un primer contacto con la red de servicios de salud mental que ofrece la comunidad, y es allí donde la participación oportuna permite evaluar las verdaderas emergencias psiquiátricas. Por esto es conveniente definir un adecuado estilo de entrevista que cubra las áreas bio-psico-sociales (33, 34) o bio-psico-socio-espirituales, centrado en el paciente, a partir del cual se genere un adecuado plan de tratamiento, llámese intervención en crisis (2, 75), referencia a un centro especializado, consulta médica o quirúrgica, seguimiento, o en el caso necesario, hospitalización. S. GERSON & E. BASSUK (36) comentan que varios investigadores han encontrado una significativa relación entre el diagnóstico y el plan terapéutico lo que es casi un principio de la clínica clásica y concluyen sobre esta base que el diagnóstico es un determinante importante para los planes terapéuticos. Es por esto que en este trabajo clínico nuestro interés radica en la aproximación diagnóstica precoz, provisional cuando menos, que nos permita orientar al paciente a un servicio de salud más especializado.

Aquí trataremos de lo que hemos encontrado en la atención de emergencias psiquiátricas en los hospitales anotados. Tales emergencias se caracterizaban por síntomas que podían ser recogidos precozmente desde los primeros minutos de la entrevista, toda vez que se señalase y precisase el motivo o la razón principal por el cual acudía a la emergencia en ese momento. Estos hallazgos, junto con aquellos signos que pueden ser observados durante la entrevista, así como la breve descripción de todas aquellas circunstancias particulares de vida en ese momento, nos han permitido barruntar el problema y aproximarnos así a un diagnóstico precoz provisional, o cuando menos, a síndromes o síntomas característicos de enfermedad mental. Mostramos algunos casos en los cuales llegamos a un diagnóstico multidimensional tentativo y hacemos un breve comentario (TABLA II).

TABLA II

QUEJA DEL PACIENTE O DEL ACOMPAÑANTE	DENOMINACION DEL MEDICO	RESUMEN
<p>CASO Nº 3 "No puedo respirar, me tiembla todo el cuerpo, tengo ganas de llorar".</p>	<p>Hiperventilación, tremor, angustia, labilidad emocional.</p>	<p>El día de ayer se enteró del fallecimiento de la tía de su patrona por lo cual estuvo llorando mucho y el día de hoy se encontraba sola y tuvo la sensación de que iba a perder el conocimiento y por ésto se puso muy nerviosa, no podía respirar, le temblaba el cuerpo y se puso a llorar.</p>
<p>CASO Nº 5 "No puedo caminar, no sé donde estoy, tengo ganas de llorar."</p>	<p>Flacidez muscular, desorientación, labilidad emocional.</p>	<p>Hoy en la mañana después que le informaron que el hijo de su patrona había sido encontrado muerto en una piscina y encontrándose sola por ausencia de sus patronas, empezó a llorar constantemente, no sabía donde se encontraba y tenía dificultad para caminar.</p>
<p>CASO Nº 11 "No tengo fuerzas, me siento débil, tengo ahogos, mareos, pena, quiero llorar y no puedo".</p>	<p>Flacidez muscular hiperventilación, crisis emotiva.</p>	<p>El día de ayer falleció su madre y la paciente ha estado llorando constantemente y no ha podido dormir durante la noche. El día de hoy cuando intentó levantarse de una silla sintió debilidad, falta de fuerzas, ahogos, mareos y retención de llanto.</p>
<p>* CASO Nº 16 "Está en tratamiento psiquiátrico. Hoy fumó marihuana. Mirada vidriosa, veía cosas raras, hablaba con las cosas; no se entiende lo que habla."</p>	<p>Consumo de marihuana. Entorpecimiento, disartria, luego confusión, incoherencia del lenguaje y pseudopercepciones visuales.</p>	<p>Paciente en tratamiento con Meleril, Sinogan, Artane desde hace un día y medio. Consumidor habitual de pasta básica de cocaína y marihuana que hoy día hace consumo de dos cigarrillos de marihuana y luego presenta estado de anublamiento de conciencia caracterizado por confusión, disartria, incoherencia del lenguaje, pseudopercepciones visuales.</p>
<p>CASO Nº 22 "Tengo desesperación, ganas de salir corriendo... oía a flores... tenía frío el cuerpo; parecía que me llamaban..."</p>	<p>Angustia, impulsos de fuga, sensación de frialdad corporal, pseudopercepciones olfatorias y auditivas.</p>	<p>Hace un mes presenta crisis de angustia, sensación de pérdida de conocimiento, impulsos de fuga, sensación de frialdad corporal; sensación de oler a flores de arreglos funerarios y la impresión de escuchar voces que le llaman por su nombre sin convicción de su existencia. Además, palpitaciones, sensación nauseosa, tristeza y sueño fraccionado. Hace un mes y medio falleció su madre.</p>
<p>CASO Nº 33 "No tengo apetito y me he dado cuenta que he perdido peso; no me preocupa mi figura, me siento bien."</p>	<p>Anorexia, pérdida de peso corporal (16 kilos en tres meses); preocupación mínima por apariencia física.</p>	<p>Hace tres meses pérdida notable del apetito, rechazo de los alimentos sólidos, adelgazamiento con pérdida de 16 kilos en 3 meses, ausencia de preocupación por el síntoma descrito y por su figura. Energía y vitalidad variables en grado mínimo.</p>

* Información del acompañante

TABLA II (CONTINUACION)

QUEJA DEL PACIENE O DEL ACOMPAÑANTE	DENOMINACION DEL MEDICO	RESUMEN
CASO Nº 39 "He intentado quitarme la vida. No sirvo para nada. Ya no quiero vivir."	Intento suicida. Sentimientos de minusvalía. Depresión	Ingresa de emergencia, lúcida, ha intentado quitarse la vida inyectándose aire en la vena; fue traída a emergencia por la Guardia Civil, quien la encontró deambulando, con peligro de ser atropellada por vehículos automotores.
CASO Nº 47 "Me tiemblan las manos. Sudo mucho, soy muy nervioso, no puedo dormir, me arde el estómago"	Tremor distal. Diaforesis. Nerviosismo. Irritabilidad. Insomnio. Meteorismo, acidez gástrica.	Fue internado por presentar hemorragia digestiva alta. Desde hace 15 años presenta insomnio pertinaz, siempre fue una persona nerviosa e irritable. Ardor gástrico desde hace 5 años aproximadamente.
CASO Nº 63 "Estaba para morirme. Me faltaba el aire, me asfixiaba. Se me iba la vida."	Disnea, tirajes, sibilantes en campos pulmonares. Conflictos familiares. Baja tolerancia a la frustración.	Nerviosa, irritable, ansiosa. Se presentan estos síntomas siempre que tiene problemas y dificultades en el hogar.

CASO Nº 3.- Aquí pensamos que la tristeza por algo es una reacción psíquica anormal, una depresión reactiva, que permite poner al descubierto y, a su vez, dejar emerger la neurosis de angustia que señalamos. Es decir, hablaríamos de una neurosis de angustia descubierta por una reacción depresiva.

CASO Nº 5.- Es evidente una reacción psíquica anormal frente a una experiencia que permitió poner de manifiesto una reacción más primitiva, casi refleja, que puso al descubierto a una neurosis histérica.

CASO Nº 11.- Aquí nuevamente encontramos cómo la tristeza puede adoptar, según los casos, tonalidades diversas, y cómo la experiencia de un momento separa el curso de la vida en un antes y un después y deja así nítida una depresión reactiva. Así encontramos un síndrome de angustia descubierta por una depresión reactiva.

CASO Nº 16.- En este paciente la relación evidente entre los hallazgos y los antecedentes permiten definir una intoxicación por marihuana; sin embargo, se plantea la pregunta de si pudiese tratarse del desencadenamiento de un brote esquizofrénico, toda vez que los hallazgos psicopatológicos no excluyen este diagnóstico.

CASO Nº 22.- Aquí se plantea el diagnóstico de presunción unidimensional de esquizofrenia incipiente.

CASO N° 33.- En esta paciente la impresión diagnóstica queda definida, puesto que reúne varios datos de una *anorexia nervosa*.

CASO N° 39.- Las características de cómo esta paciente fue conducida hacia nosotros, así como los hallazgos fenomenológicos, nos hacen pensar en un intento de suicidio por depresión. Posiblemente por una depresión endógena.

CASO N° 47. Aquí lo esencial es la reacción de ansiedad que pone de manifiesto una neurosis de angustia. Formulamos el diagnóstico multidimensional con hemorragia digestiva alta en personalidad asténica que descubre una neurosis de angustia.

CASO N° 63.- Aquí es clara la reacción psíquica angustiosa a intervalos, una reacción que se aparta de las normales a causa de su extraordinaria intensidad, en una paciente cuya labilidad somática permite el desarrollo de un asma bronquial. Asma bronquial en personalidades asténica con conflictos familiares.

Los casos presentados son una muestra en la que se puede ver, si no diagnósticos nosográficos multidimensionales o unidimensionales, cuando menos síntomas o anormalidades generales o circunscritos o síndromes que nos pueden inducir a tentativas diagnósticas. Por eso, respecto a los síntomas o anormalidades que presentaban los pacientes señalamos los grupos consignados en las TABLAS III Y IV.

Como nos parece muy instructivas desde el punto de vista nosográfico y psicopatológico las anotaciones literales de las quejas que presentaban los pacientes al iniciarse la entrevista de emergencia, mostramos algunos ejemplos por aparatos o sistemas y el porcentaje en cada ámbito, porcentaje que es útil conocer en la práctica médica general para el diagnóstico diferencial con enfermedades somáticas con síntomas circunscritos a esas áreas (TABLA V).

TABLA III

	%
ANORMALIDADES GENERALES	
Anormalidades del sueño	8
Anormalidades de la capacidad del rendimiento general	4
Síntoma principal en el hallazgo psicopatológico	64
ANORMALIDADES EN EL AMBITO DE LOS SISTEMAS NERVIOSO Y MOTOR	
Anormalidades visuales	5
Anormalidades de la marcha	2
Anormalidades del equilibrio	6
Anormalidades del lenguaje	2

Parestesias y dolores no localizables	21
Dolores y parestesias cefálicas	21
Convulsiones, tics y temblores	8

*SINTOMAS Y SINDROMES HALLADOS EN LOS
100 PACIENTES*

Anormalidades generales	69
Anormalidades en los sistemas nervioso y motor	58
Anormalidades en el aparato respiratorio	29
Anormalidades en el aparato digestivo	19
Anormalidades en el aparato cardiovascular	10
Anormalidades en la piel, mucosas y órganos sexuales	4
Anormalidades en los riñones y función vesical	1

PRINCIPALES SINDROMES

Neuróticos o psicósomáticos	73
De conciencia	9
Psicóticos	7
Convulsivos	3
De drogadicción y alcoholismo	3
Depresivos definidos	2

TABLA IV

<i>ENFERMEDADES SOMATICAS CONCOMITANTES</i>	<i>%</i>
Asma bronquial	5
Epilepsia mayor	3
Hipertensión arterial	2
Gastritis aguda	3
Esofagitis caústica	2
Lumbalgia	1
Síndrome comicial	1
Síndrome de Sturge-Weber	1
Úlcera péptica	1
Arterioesclerosis	1
Colecistitis calculosa, gastritis	1
Hemiparesia izquierda	1
Hipertensión arterial, arterioesclerosis	1
Tumoración de mama	1
H.T.A., A.C.V	1

Meniscopatía	1
Traumatismo encefalocraneano, fractura de tibia	1
Amenorrea primaria, desnutrición	1
Traumatismo encefalocraneano, contusiones múltiples	1
Paraplegia flácida, escaras en zonas glúteas	1
Estrabismo ojo izquierdo, escoriaciones en miembro inferior izquierdo	1
Heridas múltiples en miembros inferiores	1
Psoriasis	1
Pielonefritis, gastritis	1
Estreñimiento	1
TOTAL	<u>35</u>

TABLA V

ANOTACION LITERAL DE QUEJAS

ANORMALIDADES GENERALES: 69%

37. "He tomado ácido muriático... me he enterado que mi enamorado tiene otra amante... me siento adolorida por lo que me ha hecho y lo quiero demasiado... me siento agotada, no tengo ganas para nada... solamente pienso en él..."
22. "Tengo desesperación, ganas de salir corriendo... olía a flores, a jazmín... tenía frío el cuerpo... parecía que me llamaban... no tengo ganas de reirme ni conversar..."
95. "Me da ganas de llorar, de romper todo lo que encuentro, en especial vidrios... tengo dolor de cabeza, quiero dormir todo el día pero no duermo y en la noche me desvelo... tengo angustia, me falta el aire... tengo los nervios alterados..."
77. "Me fastidian, me dicen parásito, que doy asco... me dicen lárgate, que hago gastar dinero... me tiemblan las manos y las rodillas... me agito, me quiero morir... tengo poco apetito..."
39. "He intentado quitarme la vida... no sirvo a nadie... ya no quiero vivir..."

ANORMALIDADES EN EL AMBITO DE LOS SISTEMAS NERVIOSO Y MOTOR: 58%

17. "Se me quiere morir el cuerpo, siento como un calambre y pienso que me va a dar un derrame cerebral o una hemiplejía... el corazón me duele, se hincha... las palpitaciones son dolorosas... siento desesperación... no deseo tomar (licor) pero me llama el deseo..."
86. "Siento que desde mi cabeza hasta los pies se anestesia todo el cuerpo... dolor de cabeza, mareos, palpitaciones..."
50. "Me tiembla las manos y el cuerpo... tengo dolor de cabeza y mareos... estoy arrepentido por tomar bebidas alcohólicas".
89. "Dolor de cabeza... dolor del brazo y pierna izquierdos... soy sentimental... la presión me subió..."
43. "Me duele la cabeza, me quema el cerebro... siempre que me altero me pasa lo mismo... a veces quisiera morirme... la culpa la tiene mi suegra..."

TABLA V (CONTINUACION)

ANORMALIDADES DEL APARATO RESPIRATORIO: 29%

64. "Sentí ahogos, no podía pasar el aire ni la saliva... me duele el pecho y el corazón, también el brazo y tengo mucho dolor de cabeza"
59. "No puedo respirar de noche... bostezo y estomudo constantemente... se me enfrían los pies... dolor en el estómago que se sube a la cabeza... el corazón no me late..."
56. "Me ajusta el pecho, no puedo respirar... me ahogo, tengo tos, me desespero..."
09. "Dificultad para respirar, sensación de ahogos... me duele la espalda".
30. "Siento que me ahogo, siento que se me nubla la vista y que el corazón no me late... me desespero... cuando quiero aspirar el aire no me entra".
85. "Opresión en el pecho, no puedo respirar, me falta el aire... tengo náuseas... deseos de morir... me siento sola..."
63. "... estaba para morirme, me asfixiaba, me faltaba el aire... se me iba la vida..."

ANORMALIDADES DEL APARATO DIGESTIVO: 19%

33. "No tengo apetito y me he dado cuenta que he perdido peso... no me preocupa mi figura.. me siento bien..."
62. "Tengo náusea, vómitos, dolores como si tuviera una herida en el estómago... me duele la pierna como si tuviera una piedra... me hince el pecho, me quema el estómago..."
72. "Tengo una bola en la boca del estómago... estoy sufriendo de cólicos... me arde el estómago"

ANORMALIDADES DEL APARATO CARDIOVASCULAR: 10%

29. "Estaba triste, melancólica y entonces sentí que me dolía el corazón, sentí que no podía respirar... ahogos... me atacó de nervios... me puse a pensar que me iba a morir..."
34. "Me duele el corazón, tengo taquicardia... tengo miedo y me parece que me voy a morir... tengo como hincos en el pecho... he consumido cocaína."
78. "Me duele el pecho, me tiembla el cuerpo... calambre en las piernas... tengo angustia, tristeza... parece que se me va a ir mi esposo, tengo deseos de morir... me falta el aire... tengo palpitaciones y punzadas... me duele la cabeza... me da ganas de matar a la amante de mi esposo."
81. "Me duele el corazón, me duele la cabeza... se me quiere quitar la respiración."
83. "Siento malestar en el pecho con palpitaciones... tengo escalofrío... cierto desvanecimiento... me afectó la pérdida del Perú ante el equipo de fútbol de Polonia."

ANORMALIDADES EN EL APARATO URINARIO: 1%

45. "No puedo orinar desde hace 10 horas... es por las pastillas que me dan..."

ANORMALIDADES DE LA PIEL, MUCOSAS Y ORGANOS SEXUALES: 4%

75. "Desesperación de salir de mi casa... dolor de la pierna izquierda... me fastidian, me aburren las relaciones sexuales... yo no gozo, cada vez que tengo relaciones sexuales me duele la pierna izquierda..."
47. "Me tiemblan las manos... sudo mucho... soy muy nervioso y no puedo dormir..."
38. "Tengo un dolor cerca a los testículos y llega al ombligo y también al pecho... es agudo como un peso y también como si me estuviera desgarrando... del lado izquierdo... creo que es un cálculo... no duermo bien en las noches..."

V. ENJUICIAMIENTO Y COMENTARIOS

1. La emergencia psiquiátrica la hemos abordado con dos métodos de estudio. Con una visión longitudinal de la vida de los pacientes psiquiátricos en la institución hospitalaria a la luz de los incidentes cotidianos y sus soluciones en una comunidad terapéutica y fuera de ella -la vida en otros servicios hospitalarios y en el ambiente familiar o de la sociedad en general-, y con una visión transversal en el momento de la concurrencia a la emergencia, y al mismo tiempo, allí con una visión retrospectiva a trasluz del incidente de la emergencia.
2. La visión longitudinal a lo largo de dieciocho años de sesiones diarias en una comunidad terapéutica de un servicio, y de año y medio en otro, en medio de un hospital psiquiátrico tradicional, nos ha permitido reconocer con claridad cómo muchos fenómenos psicopatológicos, comportamientos inadecuados, - episodios anormales del paciente en la vida intrahospitalaria, familiar o de la sociedad en general, etc. - como la agitación, la depresión, la angustia, los actos compulsivos, los intentos de suicidio, la agresión, la destrucción, los episodios asmáticos, anomalías de los sentimientos vitales o de las sensaciones corporales circunscritas a órganos o sistemas, o del sueño, huídas del hospital o episodios de corto circuito, abandono personal, retraimiento, episodios catatónicos o hebefrénicos, son indicios de una crisis a la que llega el paciente después de un proceso psicológico en el que entran en juego diversos conflictos, estresores, condicionamientos, reforzamientos y situaciones de los cuales no ha podido evadirse. Crisis que se resuelven a menudo en la comunidad terapéutica o en el grupo familiar o social por la identificación de los factores que la configuran, por la confrontación con los otros miembros de la comunidad que intervinieron en su génesis o por el descubrimiento de nuevos recursos anímicos que permitan superarla o que, en otros servicios hospitalarios, en el grupo familiar o de la sociedad en general, se repiten haciendo más compleja la trama de las acciones y reacciones del grupo social o se mitigan gracias a recursos farmacológicos o de otra índole, en cuanto a fenómeno transversal, más no en su génesis. Si en esta visión longitudinal de los sucesos, como que acercáramos el lente de nuestra cámara cinematográfica hacia los acontecimientos que suceden en la vida particular de un paciente, como el que presentamos, observamos el despliegue de fenómenos psicopatológicos y psicosomáticos como episodios

culminantes o críticos en una concatenación de situaciones y conflictos, que en ocasiones, condujo a las intervenciones quirúrgicas y en las posteriores, a lo que P. E. SIFNEOS (75) llamaría *intervención en crisis*. Esta visión longitudinal de la vida de los pacientes psiquiátricos en el hospital, en el seno familiar y de la sociedad nos planteó la necesidad de observar a otros pacientes que concurrían a servicios generales de emergencia para estudiarlos en el momento del episodio culminante o crítico (78) qué considerábamos era el episodio por el cual muchos pacientes concurrían a la emergencia, cuando no se trataba de episodios puramente somáticos, y, así nos enfrentamos a la visión transversal del episodio de la emergencia

3. Esta visión transversal del episodio de la emergencia como etapa culminante de un proceso psicológico, que fue, suponíamos, semejante al que habíamos observado en la visión longitudinal de los pacientes hospitalizados, debía realizarse de tal modo que no sólo permitiese obtener los datos verificables en el momento de la entrevista inicial, sino que, como si en ese momento se emplease el ultramicroscopio a través de lo que se obtenía en la entrevista inicial, se pudiese observar a trasluz, en una visión retrospectiva, los factores que llevaron a la aparición del cuadro clínico motivo de la emergencia. Naturalmente que esta visión no podía hacerse con la anamnesis de una historia clínica breve clásica que recolecta los datos más significativos a partir de la observación inmediata del paciente y de los informes del o de los acompañantes, porque esto implicaría sólo la elaboración de una historia clínica de consultorio externo para recopilar síntomas para un diagnóstico nosográfico, deficiente por la brevedad de la exploración y una atención y un tratamiento orientados a ese diagnóstico, lo que desvirtúa la naturaleza de la emergencia, que fundamentalmente no es para tratar siempre entidades nosográficas, sino para solucionar emergencias. Era necesario, pues, el empleo de procedimientos que nos acercasen al sujeto portador del cuadro clínico de la emergencia. Procedimientos de la psicoterapia clínica desarrollados por E. KRETSCHMER y su escuela (51, 52, 53) desde la segunda década del presente siglo y, luego, entre otros, por D. LANGEN (55, 56, 57, 58, 59, 60) desde la década 60, nos proporcionan rutas metódicas, porque el enfrentamiento de la emergencia es un problema a la par que clínico-psiquiátrico, de índole psicoterapéutico. Así, de un lado, no sólo tiene que considerarse el o los conflictos entre sus tendencias, sino los conflictos entre sus tendencias instintivas y su desarrollo intelectual. Es decir, hay que considerar en esta situación, como lo hacía E. KRETSCHMER (51) en toda situación que: "El hombre es el animal trágico. Mientras sus instintos mayormente todavía no están transformados y persisten en etapas arcaicas, su desarrollo intelectual se ha desplegado tan rápido que todos los rendimientos de su entendimiento han llegado a ser instrumentos de destrucción. El ser humano es el animal trágico. Hoy él no tiene más suficiente instinto para gobernarse con seguridad, y, aun cuando se comporte todavía tan primitivamente y alabe todavía en voz alta lo instintivo, tampoco tiene todavía suficiente entendimiento para el desprendimiento del instinto... Sólo hay una falla con la razón, que la mayoría de los seres humanos, de ella no tienen lo suficiente". El médico en la emergencia psiquiátrica tiene que asumir esta tragedia para ayudar a superarla.

De otro, que en la emergencia, casi como en las neurosis es, como dice también E. KRETSCHMER (53) que "la aclaración y la depuración realizadas a fondo y por todos los lados de la situación del conflicto *actual* es el *alfa* y el *omega* de toda terapéutica de las neurosis y en realidad debe realizarse por todos los lados, no dogmáticamente, según los aspectos caracterológico-constitucionales, así como los aspectos de las experiencias y complejos y debe considerar por igual todas las estructuras instintivas: sexuales, de agresión, autovalorativas, de contacto y también de edificación de estratos: conmutaciones hipobúlicas e hiponoicas, acoplamientos reflejos, engranajes e impresiones y la acción de circuitos psicofísicos". Aquí los problemas de método corresponden más bien a los de la exploración del paciente en el primer encuentro psicoterapéutico con el médico, sea a través de la expresión psicomotora o del trasfondo afectivo o emocional, sea a través de la "configuración del primer encuentro" (D. LANGEN). En el primer caso mediante la observación atenta y penetrante del paciente en la forma que hace decir a D. LANGEN (55): "clínicos experimentados ya han sostenido como muy importante una observación inspirada de sus enfermos y están en condiciones de sacar a menudo conclusiones diagnósticas sutiles estupendas sólo de la expresión psicomotora". Así por ejemplo E. KRETSCHNER consigue comprender diagnósticamente salpicaduras heterogéneas sobre el terreno de las influencias constitucionales, a partir de los movimientos de enfermos psicóticos. De igual modo J. KLAESI extrae, con su "fenomenología comprensiva de la expresión", conclusiones diagnósticas que incluyen continuamente el trasfondo de complejos de determinados cuadros clínicos. En los últimos casos mediante una actitud particular de apertura hacia el paciente y que corresponde a cuando D. LANGEN (57) dice que: "El médico por eso llega a configurar en tal forma el primer encuentro que el paciente, sin ser desviado, puede decir lo que a él le ocupa, para lo que mayormente sólo necesita un pequeño impulso, pero que llega ahora en forma decisiva". Esto, a diferencia de la anamnesis médica usual, muy rígida, diríamos hoy, muy estandarizada, "donde se plantea preguntas y se espera respuestas. Tal actitud surge finalmente de un tipo de cuestionario al cual con razón la mayoría de los seres humanos tiene un cierto horror, puesto que allí, en efecto, sólo se aprehende una armazón insignificante, pero lo importante permanece innominado... En la mayoría de formas de técnicas de interrogatorio practicadas, en verdad, el médico recibe respuestas a sus preguntas pero nada más. Allí, para la comprensión del enfrentado y las necesidades que lo conducen al médico a menudo es importante escuchar precisamente aquello que no se dice" (58).

Estos datos que son empleados en el primer encuentro con criterio psicoterapéutico han surgido de una técnica del interrogatorio desarrollado por D. LANGEN a partir del estudio de las manifestaciones verbales a preguntas no dirigidas de 300 protocolos de los años 1953/1954 en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Tubinga y que fueron valorados y publicados en diferentes trabajos (55, 56, 57, 58, 59). Esta técnica de interrogatorio consiste en que "no se pregunta en forma dirigida por molestias o algo parecido, sino que el paciente debe ser estimulado simplemente a hablar. La situación de la consulta médica trae consigo ya de por sí, que los pensamientos del paciente

tengan un determinado punto de partida y vayan en una dirección importante sólo para él" (58). En ella "es importante para el médico que permanezca pasivo hasta ante las preguntas estimulantes y esté dispuesto a ser receptivo para todo lo que venga del paciente. Es sorprendente, entonces, cómo rápidamente en el paciente se origina el sentimiento de poder decir todo, así como de ser aceptado totalmente" y "sólo así se elevan más en el paciente los factores de tensión emocional y tienen en esa forma más fácilmente la posibilidad de una descarga catártica o avanzan insensiblemente más hacia la conciencia. Así el material de conflicto puede ser conducido a una elaboración autoanalítica" (58). En esta forma la relación terapéutica "ingresa precisamente en la situación médico-paciente con especial intensidad, pues la necesidad del paciente por esta espera puede aumentar todavía extraordinariamente" (58). D. LANGEN, de acuerdo con W. STEKEL y C.F. WENDT (55), piensa que "los neuróticos tienen la tendencia de introducir a presión inconscientemente en las primeras fases su total estado de conflicto" y señala que de acuerdo a los exámenes de la impresión en los protocolos de neuróticos "prácticamente con precisión, el 100% de la primera impresión concuerda con el diagnóstico final" (55). Pero, para esto la presuposición es la "configuración del primer encuentro" óptima mediante comunicaciones del paciente a solas, "por el empleo de preguntas adecuadas, no dirigidas, y además por el comportamiento pasivo del médico" (57). Sin embargo, esta exploración no sólo, pues, es aplicable en la entrevista con el paciente neurótico, sino que adecuadamente empleado es útil para fines diagnósticos de otros cuadros psiquiátricos como anota D. LANGEN (57) cuando dice: "Tal examen que comunique una primera impresión diagnóstica dura más o menos 3 minutos. Permite junto a la posibilidad de una clasificación diagnóstica de los pacientes en cuatro grupos (enfermos orgánicos, neuróticos, psicópatas y psicóticos endógenos) el reconocimiento de la elaboración psicógena eventual de un estado orgánico del paciente o el trasfondo psico-reactivo de una psicosis endógena".

La Entrevista

A. Por lo anotado y por todo lo expuesto anteriormente hasta aquí, esa técnica de exploración era aplicable también a la entrevista de la emergencia psiquiátrica, por lo que elaboramos el protocolo que hemos empleado. Allí la primera impresión que se obtiene de la anotación literal de las razones que motivan la concurrencia a la emergencia del paciente y aun de los acompañantes es el aspecto nuclear de la entrevista, en donde se verifica que se vuelca a menudo los conflictos o las situaciones de conflicto que rodean a los momentos anteriores a la iniciación del episodio crítico, que inducen la concurrencia a la emergencia; aspecto nuclear que permite a través de sus indicios comprender el trasfondo psicológico del momento. Los ejemplos que anotamos a continuación son ilustrativos:

36. "Tengo una pena: me acordé de mi mamá que no le he escrito; he tenido problemas ayer en mi casa y hoy me acordé; siempre me dan ataques cuando tengo pena".

En relación con esta descripción de la primera impresión es que uno de nosotros que lo examinó obtiene en el resumen la ampliación de las circunstancias que antecedieron a la crisis.

"Paciente que hace algunas horas que, mientras se encontraba trabajando refiere, recordó los problemas que hubo el día anterior en su casa y que no se encuentra al lado de su madre, no se comunica con ella a menudo y no sabe si estará en un buen estado de salud. Presenta desasosiego progresivo, dificultad para respirar, precordialgia, temblor generalizado y finalmente crisis motora, con flexión de los miembros superiores, manos en puño, sin perder la conciencia"

24. "He tomado disolvente. Me he querido matar sin pensarlo; he peleado con mi mujer, por eso ha sido".

El resumen de la historia en relación con la primera impresión es:

"Paciente que el 27.7.82 ingiere 300 cc. de líquido disolvente con la intención de quitarse la vida: ha sido abandonado por su conviviente. Súbitamente experimenta pesar intenso, desesperación por la pérdida y ejecución del intento suicida. En la actualidad, arrepentido del suceso".

43. "Me duele la cabeza. Me quema el cerebro. Siempre que me altero me pasa lo mismo. A veces quisiera morirme, la culpa la tienen mi suegra".

La ampliación de esta impresión en el resumen es como sigue:

"Presenta occipitalgia desde hace un mes, que aumenta siempre que hay tensiones emocionales. No encuentra apoyo en su esposo y los problemas están centrados en aspectos económicos que repercuten en su estado de salud".

74. "Me ahogo, tengo un bulto en mi seno, tengo náuseas y vómitos, siento un nudo y me duele la garganta, temo que se corten mis senos por unos bultos, tengo desmayos"

El resumen es el siguiente:

"Su sintomatología se desencadena al enterarse que tiene un tumor en la mama derecha y que la van a operar, tiene pesadillas. Antecedentes de cuadro similar".

75. "Deseo salir de mi casa, me duele la pierna izquierda, tengo ganas de llorar, todo me aburre, me fastidia las relaciones sexuales con mi esposo".

En el resumen:

"Su cuadro se relaciona al rechazo sexual con su esposo, ella tiene un amante con quien desea irse. Antecedentes de infidelidad del esposo. Desea que el médico decida la situación".

77. "Me fastidian, me dicen parásito, que doy asco, me dicen lárgate, que hago gastar dinero, me tiemblan las manos y las rodillas, me agito, deseo morir, tengo poco apetito, no duermo, me duele la cabeza".

El resumen:

"Tiempo de enfermedad: ocho meses, curso episódico, se asocia a las recriminaciones familiares de rechazo, no trabaja por sufrir de edema crónico de las piernas. Antecedente de intento de suicidio".

85. "Me aprieta el pecho, no puedo respirar, me falta el aire, tengo náuseas, deseo morir, me siento sola y parece que me voy a desmayar".

Los otros datos del protocolo hacen más comprensible este episodio en la vida de la paciente. Un episodio de dos horas de duración que se ha presentado en seis ocasiones.

El resumen:

"Tiempo de enfermedad: ocho años, iniciación insidiosa, curso progresivo, con tristeza, sentimiento de soledad, ideas de minusvalía, desencadenado por fallecimiento de su primer hijo y el alejamiento de su esposo, luego angustia, desesperación por su situación económica y familiar, líos con la suegra y con el esposo que venía de vez en cuando ultimamente, deseos de morir, opresión precordial, sensación de falta de aire, labilidad emocional, hiporexia, insomnio, disminución del apetito sexual, hipobulia".

Como puede verse de los ejemplos, los datos de la impresión inicial orientan para ampliar la descripción de las circunstancias anteriores al evento, como puede verse en los resúmenes de las molestias actuales de los protocolos.

La brevedad del protocolo, la circunscripción sólo a las circunstancias que antecedieron al episodio de la emergencia y la sintonización adecuada del paciente con el médico en el momento de la entrevista para que pueda surgir lo significativo de la emergencia tras una pausa o un momento de espera por parte del médico, hacen corresponder, en alguna medida, lo que hacemos en la emergencia con algunas técnicas psicoterapéuticas desarrolladas por los esposos M. y E. BALINT (5) en búsqueda de métodos psicoterapéuticos para la práctica médica general en sus seminarios con médicos generales. La circunscripción sólo a las circunstancias cercanas al episodio de la emergencia en donde empleamos lo que para M. BALINT (7) sería la nueva técnica a la que denominaba de "atención selectiva y desatención selectiva" con lo que en la entrevista "en alguna medida se puede aislar con precisión un territorio circunscrito en la psique del paciente", correspondería a la terapéutica focal. Sin embargo, nuestra labor en la emergencia requiere un tiempo muchísimo más breve y la creación de una situación especial que fomente la aparición de la experiencia más significativa para la emergencia. Esto correspondería a lo que M. BALINT en la iniciación de sus investigaciones en la búsqueda de técnicas psicoterapéuticas más breves para la práctica médica denominaba la "psicoterapia de los diez minutos" y posteriormente la técnica del "centelleo" (del "flash") (6). En efecto, esta técnica del "flash" busca desarrollar la habilidad adecuada para que en las entrevistas breves de la práctica médica pueda producirse una experiencia fugaz, como un centelleo, que sea percibida sintónicamente por el paciente y el médico y que exprese lo significativo de los problemas psicológicos del paciente en el momento de la entrevista. Fenómeno semejante al que se puede encontrar

en la emergencia, si la técnica del interrogatorio y sobre todo de la entrevista es adecuada. Técnica de entrevista y de interrogatorio que no ha de ser la técnica a la que M. BALINT denominaba técnica del "maestro detective", característica de la exploración tradicional, en búsqueda de datos para el diagnóstico nosográfico, ni tampoco aquella, también del "detective", en búsqueda de los rasgos de la personalidad, sino la que lleva a "la experiencia de una aclaración fugaz, como un rayo, de la situación, el flash", una sintonización *afectiva*. "La diferencia entre la técnica del 'detective' y la del 'flash' estriba en que el detective sólo recopila el material y ensaya comprenderlo. Cómo reacciona ante él es distinto. Por el contrario la técnica del 'flash' no sólo percibe y comprende sino que da también inmediatamente la respuesta -si lo entendemos correctamente- de modo que médico y paciente observan que ellos hablan el mismo lenguaje y creen lo mismo" (4). Vista así la exploración breve en el momento culminante de la crisis de la emergencia se acerca a la técnica del "flash", pero, por la tendencia a circunscribirse a la exploración de un ámbito de la vida psíquica del paciente, aquél correspondiente a las circunstancias anteriores a la crisis la acercaría a la técnica focal. Aunque creemos que ésta sería más aplicable cuando el paciente tuviese una hospitalización breve. La diferencia de la técnica que hemos empleado está en que hemos utilizado un protocolo en el que se le ha circunscrito al paciente, con las preguntas no muy dirigidas, al porte y la actitud, además del tiempo brevísimo, al trasfondo que le induce a venir a la emergencia. Tal técnica desarrollada por D. LANGEN en la Clínica de E. KRETSCHMER, permitía, a decir de D. LANGEN (58), conseguir datos diagnósticos, el trasfondo psico-reactivo y la elaboración psicógena correspondiente en tres minutos en tanto que la técnica del "flash" se ha desarrollado para 5 hasta 15 minutos. Con este procedimiento es posible producir en la exploración de la emergencia el fenómeno del "flash" entre el médico y el paciente; por eso creemos que es interesantísimo investigarlo en la emergencia psiquiátrica y general, por su brevedad, como un aporte psicoterapéutico a la práctica médica.

B. En los datos obtenidos con los protocolos se halla que en el 33% hay la presencia de conflictos al interior del proceso que conduce a la emergencia; 15% de ellos son conflictos conyugales, 16% conflictos familiares con miembros diferentes que la pareja, 1% conflicto en el ámbito laboral y 1% conflicto de naturaleza imprecisa.

C. En cuanto a las situaciones estresantes según las categorías de R. ADLER (1) 50% presentaban daños reales o amenazadores, 15% pérdida del objeto de relación, 2% con tendencias instintivas insatisfechas, 1% que no se podía ordenar en ninguno de los tres grupos y 32% en los cuales no se pudo verificar estresores con los datos del protocolo. Con lo que puede señalarse 68% en los que se verifica algún estresor. Es de notar que mientras R. ADLER (1), de Berna, señala que en primer lugar están las situaciones que implican pérdida del objeto de relación, en segundo lugar los daños reales y amenazadores y en tercer lugar las tendencias instintivas no satisfechas, en nuestra muestra, el primer lugar, a gran distancia, lo ocupa la presencia de daños reales o amenazadores, particularmente en lo que se refiere a enfermedad física, conflictos conyugales y familiares que en total hacen el 39% (TABLA I)

Como se ve, con el protocolo se ha descubierto conflictos sólo en el 33% de los casos y no se han hallado datos en el 67%; mientras que se han hallado estresores en el 68% y no en el 32%. Lo que nos manifiesta que en el protocolo surgen o se pueden descubrir con más facilidad los datos sobre estresores, que en este caso están determinados por estresores externos, particularmente psicosociales. Los conflictos, sobre todo aquellos intrapsíquicos y los estresores psíquicos internos, entre ellos los microestresores, citados por W. SCHÖNPLUG (73), surgen de la expresión verbal con más dificultad. El surgimiento de ellos, creemos, puede aparecer con más frecuencia en el protocolo, dependiendo de las características que se de a la entrevista y al interrogatorio al indagar por las razones que inducen a concurrir a la emergencia. Aunque en nuestra muestra no aparecen sino en escaso porcentaje los daños reales o amenazadores como estresores dependientes de las condiciones socioeconómicas y políticas, consideramos que los porcentajes variarían notablemente en muestras de diferentes poblaciones. Y serían mayores si consideramos las situaciones de sobrecarga extrema anotadas por R. DAY (18) como las situaciones de combate en tiempo de guerra, los desastres naturales, los ambientes de campos de concentración y lo que añadimos como las prisiones, las situaciones de persecución, las amenazas anónimas de muerte o de sustracción de seres queridos, los ataques a la propiedad, la coacción de la libertad bajo amenaza de muerte, las situaciones de tortura, la observación de los incidentes que sufre una población como amenaza indirecta para sí misma, la propaganda periodística exagerada sobre desastres naturales o de inminencia de desastres con deformación de la información científica, los cambios de habitat de grupos humanos de pequeños poblados forzados por las actividades beligerantes de grupos armados o los cambios bruscos de hábitos en pequeños poblados tradicionales por el avance de la civilización que actúan como estresores psicosociales a largo plazo como muestra el estudio de G. GÜNSTERN (39) en la aldea de Alpendorf. Todas estas situaciones estresantes constituyen, pues, situaciones de sobrecarga extrema que pueden hacer aparecer variados episodios agudos psicóticos, neuróticos o psicosomáticos que desaparecen una vez que los individuos han sido retirados de las situaciones provocadoras del estrés, como las reacciones psíquicas anormales, o que dejan un trasfondo de ánimo anormal como el tipo de depresiones de trasfondo de K. SCHNEIDER (72).

D. Desde el punto de vista nosográfico el protocolo nos ha permitido precisar grupos de síntomas o anormalidades y de síndromes que presentaban los pacientes y, dentro de estos últimos, el elevado porcentaje de síndromes neuróticos y psicosomáticos que en conjunto ascendían a 73%. Creemos que este elevado porcentaje está en relación con la naturaleza de los servicios de emergencia en los que se hizo la observación: un hospital de emergencias y un servicio de emergencia de un hospital general. En cuanto al diagnóstico de entidades nosológicas hemos podido verificar con gran claridad la multidimensionalidad, en el sentido de E. KRETSCHMER (51, 52, 53, 55), de los cuadros clínicos que se examinan en el servicio de emergencia. No queremos tratar aquí sobre este asunto, porque sería materia de otra comunicación, pero sí deseamos señalar que sólo en 19 casos (19%) se hizo un diagnóstico unidimensional como por ejemplo: asma bronquial, neurosis de angustia, histeria de conversión, esquizofrenia paranoide, etc.; en tanto que en 81 casos (81%) se pudo

configurar diagnósticos multidimensionales que permitan mostrar los componentes endógenos o constitucionales, de la personalidad, de la experiencia, la reacción, los conflictos, el encadenamiento, el modo de estructurarse de los diferentes síndromes y hasta las acciones recíprocas entre ellos; así en el caso 3 teníamos: neurosis de angustia descubierta por reacción depresiva; en el caso 5 reacción psíquica anormal que descubre una neurosis histérica; en el caso 47 hemorragia digestiva alta en personalidad asténica que descubre una neurosis de angustia; en el caso 32 esquizofrenia incipiente con síndrome histérico; en el caso 95 asma bronquial en reacción depresiva con síndrome ansioso predominante y síndrome de hostilidad por conflicto de pareja, donde se ve con claridad el síndrome psicósomático, el nivel reactivo depresivo, el nivel de la personalidad y el conflicto. Este modo de ver el diagnóstico en la emergencia facilita una terapéutica multidimensional, en la que se da prioridad a las dimensiones tratables inmediatamente y se deja las otras para el tratamiento en el consultorio externo o en la hospitalización.

E. Por la observación cuidadosa del protocolo puede verificarse la enorme diferencia entre la descripción literal de las razones que inducen al paciente o a la familia a concurrir a la emergencia y la descripción breve del médico que hace en el momento de la consulta, con su propio vocabulario y el resumen de la molestia actual. Esto corresponde al resultado del método de exploración que M. BALINT (7) denomina del "detective" que representa el modo tradicional de hacer la historia clínica sólo para llegar a un diagnóstico nosográfico o a lo sumo para la descripción de algunos rasgos de la personalidad. Sin embargo, el diagnóstico, aquí, "sirve para tranquilizar la angustia del médico, con lo que entonces éste se siente en condiciones de llegar a ser dueño de la situación" diría M. B. CLYNE (16), lo que creemos que es válido para la emergencia, aunque hay que precaver también de que el médico se sienta dueño de la situación al hacer sus fantasías psicológicas y no verse urgido a dar un diagnóstico. Aquélla, cuando son adecuadas las condiciones de hacer la entrevista y el interrogatorio para recoger los motivos de la concurrencia a la emergencia, "permite hacer fluir, al lado de las descripciones objetivas, racionales, componentes afectivos" (58), las superestructuras psicógenas aun de los cuadros orgánicos, el trasfondo psico-reactivo de las psicosis endógenas o las elaboraciones psicológicas de neurosis o cuadros psicósomáticos y aun llegar a la sintonización afectiva, el "flash" (7), en torno al trasfondo psicológico del episodio de la emergencia.

F. Por lo comentado anteriormente todo el protocolo nos proporciona datos para comprender las motivaciones de la concurrencia a la emergencia y así poder resolver la crisis; pero también, y aun la misma descripción literal de las expresiones del paciente o de los acompañantes, datos para un bosquejo diagnóstico nosográfico, para un tratamiento precoz y la orientación adecuada para el futuro. Así podemos decir que la atención en la emergencia psiquiátrica permite hacer, en primer lugar, una *medicina centrada en el paciente*, pero, también encaminarse hacia una *medicina centrada en la enfermedad*.

G. Un aspecto que surge de nuestro trabajo y merece comentario especial es que de los 100 casos de los dos servicios de emergencia 74 no habían tenido consultas psiquiátricas previas

y 90 no recibían tratamiento en el momento de la consulta de emergencia; que de los 100, 65 no tenían enfermedades somáticas concomitantes, es decir, sólo 35, alguna enfermedad somática junto al cuadro psiquiátrico. Sólo esto justifica que en el estado actual de los conocimientos psiquiátricos tengamos que preocuparnos para que los servicios de emergencia puedan prestar atención psiquiátrica junto a la atención de otras especialidades y para que se organicen servicios de emergencia psiquiátrica que resuelvan las crisis y que prevengan, a través del diagnóstico y tratamiento precoces, de la cronicidad de los pacientes con sus secuelas personales, familiares, sociales y económicas; que la formación psiquiátrica abra a los médicos en adiestramiento el panorama amplio que les ofrece los servicios de emergencia, de suerte que a través de la práctica clínica y no de la teoría, aprendan a reconocer la patología psiquiátrica en sus etapas iniciales. Esto, al mismo tiempo que reconocen las entidades psiquiátricas en sus etapas intermedias y finales, de modo que mediante el conocimiento práctico de la historia natural de las enfermedades psiquiátricas puedan valorar la significación de la terapéutica por un diagnóstico preciso de las múltiples determinantes del cuadro clínico antes de circunscribirse a una polifarmacoterapia que representa el uso defectuoso de uno de los mayores aportes de la psiquiatría actual. También merece comentario la multiplicidad de síntomas y síndromes en diferentes aparatos y sistemas que trasponen los límites de la psicopatología clásica y que son caldo de cultivo para diversas interpretaciones fantásticas en las relaciones somatopsíquicas y psicossomáticas si no median una experiencia y un conocimiento médico generales y un empleo crítico del avance de los aportes psicológicos.

VI. CONCLUSIONES

1. La atención en la emergencia psiquiátrica requiere de presupuestos conceptuales precisos para que los resultados sean eficientes.
2. La visión que hemos planteado de las emergencias psiquiátricas surge de la observación longitudinal diaria de pacientes en comunidades terapéuticas y de las comunidades terapéuticas mismas a lo largo de dieciocho años, que nos ha permitido comprender la génesis, la culminación y la resolución de los diferentes episodios críticos.
3. El estudio en una versión longitudinal, biográfica, descriptiva y fundamentalmente comprensiva de los casos individuales, como el que mostramos, ilumina la comprensión de los episodios de la emergencia.
4. La configuración adecuada de la entrevista y el interrogatorio del momento de la emergencia permite tener una visión transversal del episodio, pero, al mismo tiempo ver a trasluz, retrospectivamente, las circunstancias que antecedieron al episodio de la emergencia.
5. La consulta de la emergencia es una situación impregnada de variables psicológicas particulares, "salpicaduras heterogéneas" (D. LANGEN, 55), por lo que debe ser dirigida con criterios psicoterapéuticos, para lo que es útil el conocimiento de técnicas psicoterapéuticas, muy breves, e instrumentos adecuados y sencillos como es el caso del protocolo que hemos empleado para nuestro trabajo.
6. Este protocolo nos ha permitido descubrir la presencia de estresores y conflictos en un apreciable porcentaje de casos antes del episodio de la emergencia.

7. Este protocolo también nos ha permitido hacer bosquejos diagnósticos, en su mayoría multidimensionales, para un tratamiento precoz o para la orientación adecuada hacia un centro para un diagnóstico y un tratamiento definitivos.
8. En la emergencia psiquiátrica debe de ejercerse, en primer lugar, una medicina centrada en el paciente y sólo luego orientada a una medicina centrada en la enfermedad.
9. La emergencia psiquiátrica tanto en el hospital general cuanto en el hospital especializado debe de ser un ámbito de formación de los futuros especialistas, ya que permite entender los dinamismos psicológicos y anímico-corporales y emplear procedimientos psicoterapéuticos breves, prácticos e inducidos por el ejercicio clínico.
10. Las emergencias del hospital general, con el enorme contingente de emergencias psiquiátricas, constituyen un ámbito para médicos residentes de otras especialidades, para el adiestramiento en el reconocimiento de los procesos psicológicos que se dan antes de las emergencias en las diferentes especialidades y en el ejercicio de procedimientos psicoterapéuticos muy breves aplicables a la práctica médica de toda especialidad.

RESUME

On insiste sur le fait que les progrès de la psychiatrie clinique et du diagnostic précoce augmentent l'importance des émergences psychiatriques et on passe en revue les modèles plus applicables. Observations psychopathologiques journalières dans une communauté thérapeutique permirent comprendre la genèse, culmination et résolution des crises. Basés sur cette connaissance on applique de protocoles special aux a cent cas psychiatriques en 2 services d'Emergences Générales. On trouve 64% de cas qui n'avaient pas reçu d'assistance psychiatrique et 94% n'avaient pas de traitement psychiatrique. On conclue sur la nécessité d'attention des émergences psychiatriques dans les services d'emergences générales.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird gezeigt, dass die Fortschritte der klinischen Psychiatrie mit ihren Ausbreitung im Bereich anderer Fachrichtungen und der Verfeinerung der Frühdiagnose eine besondere Bedeutung dem Notfalldienst gegeben haben. Es wird die anwendbarsten Modellen durchgesehen. Es wird dargestellt, dass die täglichen psychopathologischen Beobachtungen innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft die Genese, den Gipfel und die Lösung der Krisen zu verstehen erlauben. Es wird als ein Beispiel die Entwicklung eines Falles vorgestellt. Es wird hingewiesen, dass ein angepassten hergestellten Protokoll diesen Erfahrungen nach in 100 psychiatrischen Fällen in zwei allgemeinen Notfallabteilungen gebraucht worden waren und daraus wird es die Schlüsse gezogen, dass die Interview nicht nur klinisch-psychiatrisch sondern psychotherapeutisch sei, dass es vor den Krisen 68% Fällen mit langdauernden Stressoren und 33% Fällen mit ungelösten Konflikten vorkamen. Es wird bemerkt, dass 74% Fällen keine psychiatrische Behandlung gehabt haben und dass 90% keine psychiatrischen Behandlung in dem Augenblick der Untersuchung hatten.

Daraus wird es erörtert, dass es dringend notwendig ist, die psychiatrischen Notfällen in den allgemeinen Notfalldiensten oder in besonderen Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäusern mit einer geeigneten Einstellung zu behandeln und dass diese Arbeit von grosser Bedeutung in der Ausbildung der Psychiater und anderer Fachmediziner ist.

BIBLIOGRAFIA

1. ADLER, R. (1977): "Physiologie und Pathophysiologie des psychischen Stress", *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 121:33-46.- 2. AGUILERA, D. C. & MESSICK, J. M. (1982): *Crisis Intervention*. Mosby (Ed.), New York.- 3. AXELROD, M. et al. (1979): "Psychological aspects of outpatient medical emergencies". In *The Human Face of Medicine*, Hopkins P. (Ed.), Pitman, Kent.- 4. BALINT, M. (1957): *The doctor, his patient and the illness*, Pitman, Kent.- 5. BALINT, M. & BALINT, E. (1961): *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. Tavistock, London.- 6. BALINT, E. & NORELL, J. S. (1975): *Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.- 7. BALINT, M. (1975): "Forschung in der Psychotherapie." In: BALINT, E. & NORELL, J. S.: *Fünf Minuten pro Patient*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.- 8. BASTIAANS, J. (1979): "Models of Teaching Psychobiological Medicine to medical Students." In: *The Teaching of Psychosomatic Medicine and Consultation Liaison Psychiatry, Reaction to Illness*. Kimball, C.P. and Krakowski, A. J. (Ed.), S. Karger, Basel.- 9. BATTEGAY, R. (1981): *Grenzsituationen*, Huber, Bern.- 10. BECK, J. C. & WORTHEN, K. (1972): "Precipitating Stress, Crisis Theory and Hospitalization in Schizophrenia and Depression", *Arch. Gen. Psychiat.* 26: 123-129.- 11. BINSWANGER, L. (1961): "Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte." In: *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, 2c. Aufl. Francke, Bern.- 12. BINSWANGER, L. (1955): "Geschehnis und Erlebnis. Zur gleichnamigen Schrift von Erwin Straus." In: *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. II*. Francke Bern.- 13. BELLAK, L. & SMALL, L. (1965): *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. Grune & Stratton, Inc., New York.- 14. CAPLAN, G. (1981): "Mastery of Stress. Psychosocial Aspects". *Amer. J. Psychiat.* 138: 413-420.- 15. CARP, E. A. D. E.: (1963) "Über das Entstehen von Konfliktsituationen hinter körperlichen Beschwerden und den Einfluss von Konfliktsituationen auf der Heilungsprozess." In *Medizinische Psychologie in der hausärztlichen Praxis*. Jongsma, M. W. und Stokvis, B. Hippokrates, Stuttgart.- 16. CLYNE, M. B. (1975): "Die Diagnose" In: *Fünf Minuten pro Patient*. BALINT, E. & NORELL, J. S.: Suhrkamp, Frankfurt a. M.- 17. COBB, S. (1974): "A Model of Life Events and their consequences". In: *Stressful Life Events. Their Nature and Effects*, Dohrenwend B. S. and Dohrenwend, B. P. John Wiley & Sons, Inc., New York.- 18. DAY, R. (1981): "Life events and schizophrenia. Their 'triggering' hypothesis". *Acta Psychiat. Scand.* 64:97-122.- 19. DELGADO, H. (1938): "Psicología y Psicopatología de las tendencias instintivas". *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 1: 255-353.- 20. DELGADO, H. (1945): "Medicina y psicología". *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 8: 233-261.- 21. DELGADO, H. (1948): *Ecología, tiempo anímo y existencia*. Lozada, Buenos Aires.- 22. DELGADO, H. (1956): *Nicolai Hartmann y el reino del espíritu*. Ed. Lumen, Lima.- 23. DELGADO H. (1960): *Enjuiciamiento de la Medicina Psicósomática*. Editorial Científico Médica, Barcelona.- 24. DELGADO, H. (1960): "La entidad humana del enfermo". *Anales de la Facultad de Medicina de San Fernando*, 43: 385-391.- 25. DELGADO, H. (1961): *El médico, la medicina y el alma*. 2a. ed., Editorial Científico Médica, Barcelona.- 26. DELGADO, H. (1961): "La función del espíritu en la higiene mental". *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 24: 263-277.- 27. DELGADO, H. & IBERICO, M. (1969): *Psicología*. 9a. ed., Editorial Científico Médica, Barcelona.- 28. DELGADO, H. (1969): *Curso de Psiquiatria*. 5a. ed., Editorial Científico Médica, Barcelona.- 29. DOHERENWEND, B. S. & DOHERENWEND, B. P. (1974): *Stressful Life Events. Their Nature and Effects*, John Wiley & Sons, Inc., New York.- 30. DONOVAN, J. M., DRESSLER, D. M. & GELLER, R. A. (1975): "Psychiatric Crisis", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 161: 172-179.- 31. DROSSMAN, D. A. (1978): "The Problem Patient. Evaluation and Care Medical Patients with Psychosocial Disturbances". *Ann. intern. Med.* 88: 366-372.- 32. EIFF, A. W. (1980): *Stress*. Thieme, Stuttgart.- 33. ENGEL, G. L. (1977): "The Need of a New Medical Model; A Challenge for Biomedicine", *Science*, 196: 129-136.- 34. ENGEL, G. L.

- (1980): "The Clinical Application of the Biopsychosocial Model", *Amer. J. Psychiat.*, 137: 535-544.- 35. FONTANA, A. F., MARCUS, J. L., NOEL, B. & RAKUSIN, J. M. (1972): "Pre-hospitalization Coping Styles of Psychiatric Patients: The Goal-Directedness of Life events", *J. nerv. Ment. Dis.* 155: 311-321.- 36. GERSON, S. & BASSUK, E. (1980): "Psychiatric Emergencies: An Overview.", *Amer. J. Psychiat.*, 137: 1-11.- 37. GILL, C. H. (1975): "Verschiedene Interviewformen in ärztlichen Allgemeinpraxis und der "Flash". In: Balint, E. und Norell, J. S.: *Fünf Minuten pro Patient*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.- 38. GILL, C. (1979): "What happened to the flash?" In: *The Human Face Of Medicine*. Hopkins, P. (ed.) Pitman, Kent.- 39. GÜNSTERN, G. (1977): "Die Langzeitstudie Alpendorf. Ein Paradigma für das Studium langfristig wirkender psychosozialer Stressoren". *Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 121: 97-113.- 40. Hartmann, N. (1949): *Neue Wege der Ontologie*, 3e. Aufl., W. Kohlhammer, Stuttgart.- 41. HARTMANN, N. (1956): *Einführung in die Philosophie*. 4e. Aufl., Luise Hanckel, Hannover.- 42. HARTMANN, N. (1962): *Das Problem des geistigen Seins*. 3e. Aufl., Walter de Gruyter & Co., Berlin.- 43. HEIM, E., AUGUSTINY, K. & BLASER, A. (1983): "Krankheitsbewältigung (Coping) ein integriertes Modell". *Psychother. med. Psychol.* 33: sonder heft 35-40.- 44. HOPKINS, P. (1975) "Der Faktor Zeit." In: *Fünf Minuten pro Patient*, BALINT, E. & NORELL, J. S. (Eds.), Suhrkamp, Frankfurt a. M.- 45. HOLMES, T. H. & RAHE R. H. (1967): "The Social Readjustment Rating Scale", *J. Psychosom. Res.* 2: 214-218.- 46. HOLMES, T. H. & MASUDA, M. (1974): "Life Change and Illness Susceptibility. In: *Stressful Life Events. Their Nature and Effects*, DOHRENWEND, B. S. & DOHRENWEND, B. P. (ed.) John Wiley & Sons, Inc., New York.- 47. JASPERS, K. (1960): *Psychologie der Weltanschauungen*. Springer, Berlin.- 48. JONGSMA, M. W. & STOKVIS, B. (1963): *Medizinische Psychologie in der hausärztlichen Praxis*, Hippokrates, Stuttgart.- 49. KIELHOLZ, P. (1977): "Psychische Krankheit und Stress" *Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 121: H. 1, 9-19.- 50. KRAKOWSKI, A. J. (1982): "Stress and the Practice of Medicine. II. Stressors, Stresses and Strains" *Psychother. and Psychosom.* 38: 11-23.- 51. KRETSCHMER, E. (1949): *Psychotherapeutische Studien*. Thieme, Stuttgart.- 52. KRETSCHMER, E. (1950): *Der sensitive Beziehungswahn*. 3e. Aufl., Springer, Berlin.- 53. KRETSCHMER, E. (1974): "Moderne Probleme der psychotherapeutischen Methodik". In: *E. Kretschmer: Psychiatrische Schriften 1914-1962*, Hrg. W. Kretschmer Springer, Berlin.- 54. LABHARDT, F. (1977): "Leben und Stress". *Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 121: 4-8.- 55. LANGEN, D. (1956): *Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart.- 56. LANGEN, D. (1957): "Diagnostik aus den sprachlichen Ausdruck", *Dtsch. Med. Wschr.* 82: 1006-1009.- 57. LANGEN, D. (1958): "Über häufig in der Allgemeinpraxis verkannte psychiatrische Erkrankungen", *Dtsch. med. Wschr.*, 83: 1476-1480-1495.- 58. LANGEN, D. (1960): "Exploration mit ungerichteten Fragen als orientierende Untersuchungsmethode", *Ärztliche Praxis*, 12: 1250-1252.- 59. LANGEN, D. (1962): "Psychotherapie für die Praxis". *Ärztliche Praxis* 14: 57, 73-79.- 60. LANGEN, D. (1971): *Psychotherapie*. 2e. Aufl., Thieme, Stuttgart.- 61. LEVI, L. (1977): "Soziale Strukturen und Prozesse als Erzeuger von Stress und Krankheit. Ursachen, Forschung, Massnahmen". *Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, 121: 21-31.- 62. LÜCKERT, H. R. (1964): *Der Mensch, das Konfliktträchtige Wesen*. Reihardt, München.- 63. LÜCKERT, H. R. (1965): *Konflikt-Psychologie*. 4e. u. 5e. Aufl., Reinhardt, München.- 64. MARMOR, J. (1983): "Systems Thinking in Psychiatry. Some Theoretical and Clinical Implications", *Amer. J. Psychiat.* 140: 833-838.- 65. MATUSSEK, P. & NEUNER, R. (1981): "Loss events preceding endogenous and neurotic depressions". *Acta psychiat. Scand.* 64: 340-350.- 66. MORRICE, J. K. W. (1974): "Life Crisis, Social Diagnosis and Social Therapy", *Brit. J. Psychiat.* 125: 411-413.- 67. NICOL, E. (1963) *Psicología de las situaciones vitales*. 2a. ed., Fondo de Cultura Económica, México.- 68. PAYKEL, E. S. (1974): "Life Stress and Psychiatric Disorder. Applications of the Clinical Approach". In: *Stressful Life Events. Their Nature and Effects*. B. S. DOHRENWEND & B. P. DOHRENWEND. (eds), John Wiley & Sons, Inc., New York.- 69. RAHE, R. H. (1974): "The Pathway between Subjects recent Life Changes and their Near-Future Illness Reports: Representative Results and Methodological Issues. In: *Stressful Life Events their Nature and Effects*. DOHRENWEND, B. S. & DOHRENWEND, B. P.: John Wiley & Sons, Inc., New York.- 70. ROTHSCHUH, K. E. (1963): *Theorie des Organismus*. Bios, Psyche, Pathos. 2e. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München.- 71. ROTHSCHUH, K. E. (1975): "Der Krankheitsbegriff." In: *Was ist Krankheit?*, ROTHSCHUH K. E. (ed.) Wissenschaftliche Buchandlung, Darmstadt.- 72. SCHNEIDER, K. (1950): *Klinische Psychopathologie*. 3e. Aufl., Thieme, Stuttgart.- 73. SCHÖNPLUG, W. (1979): "Regulation und Fehlregulation im Verhalten. I Verhal-

tenstruktur, Effizienz und Belastung. Theoretische Grundlagen eines Untersuchungsprogramm". *Psychologische Beiträge*, 21: 174-202.- 74. SCHULZ, P. (1979): "Regulation und Fehlregulation im Verhalten. II Stress durch Fehlregulation", *Psychologische Beiträge*, 21: 597-621.- 75. SIRNEOS, P. E. (1972): *Short Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Harvard University Press, Cambridge.- 76. SPEIERER, G. W. (1982): *Krisenintervention*. Materialien

zum Thema. (Manuscript).- 77. STRAUS, E. (1979): "Geschehnis und Erlebnis". Reprint. Springer, Berlin.- 78. WIECK, H. H., VALENTIN, H. & SPECHT, K. G. (1979): *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. 2e. Aufl. Schattauer, Stuttgart.- 79. ZWINGMANN, CH. (1962): *Zur Psychologie der Lebenskrisen*. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a. M.