

*Carlos González-Juárez, Esther Pérez-Pérez, José Morales, Miguel Morales,
Raquel Tierno y Sara Varela*

Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas

RESUMEN: Para la toma de decisiones en la urgencia psiquiátrica influyen múltiples factores, unos clínicos y otros relacionados con el terapeuta o con el entorno en el que se desarrolla la urgencia.
PALABRAS CLAVE: Urgencias psiquiátricas, ingreso, derivación.

SUMMARY: Different factors are involved in the process of decision making at the psychiatric emergency ward. These may be either clinical or related to the therapist and/or the environment.
KEY WORDS: Psychiatric emergencies, admission, referral and consultation.

Introducción

La toma de decisiones en la urgencia psiquiátrica es cada vez más compleja, y en ella influyen múltiples factores, y no sólo los estrictamente clínicos. De forma paralela a la creciente demanda de la población que solicita asesoramiento por los profesionales de la salud mental se ha producido un aumento de la asistencia a los servicios psiquiátricos de urgencias, así como de los recursos movilizados desde estas unidades (1; 2), que en algunos países es una de las principales puertas de entrada de los usuarios a los Servicios de Salud Mental (3), y en España puede usarse como una manera de eludir el filtro de la Atención Primaria. A este hecho se le añade un cambio en los patrones diagnósticos de la población atendida y, por extensión, de los pacientes ingresados.

La limitada disponibilidad de recursos sanitarios introduce en las decisiones clínicas factores diferentes a la simple adecuación o no del tratamiento a las necesidades del paciente, siendo el coste de la intervención uno de los más influyentes (5; 6). Igualmente, ha sido descrita la influencia de los recursos de la comunidad (7; 8), tanto su existencia como su disponibilidad real (7); las características del paciente, su sintomatología (sobre todo la gravedad: ideas delirantes, auto o heteroagresividad), factores socioculturales y económicos, la voluntariedad del tratamiento (9; 14) o, por el contrario, la intervención de las autoridades policiales o judiciales (10; 11; 14). También influyen los apoyos sociales del paciente (amigos y familiares) (10; 12) las características del personal sanitario, su experiencia (13), la toma de decisiones en equipo (incluyendo en este aspecto la existencia de supervisión) o individualmente (15) y las características de la situación, hora del día o día de la semana (12). Todos estos factores se pueden agrupar en tres grupos: los que tienen relación con el propio paciente, aquellos relacionados con el entorno y los que tienen que ver con el profesional.

Para conocer mejor y realizar una valoración crítica que posibilite una mejor toma de decisiones, parece pertinente plantear en nuestro medio un estudio que

permita detectar los factores que influyen en la decisión, durante una intervención en urgencias, de ingresar o no a un paciente, y cuánto pesan en esta decisión las diferentes características del *paciente*, del *entorno* y del *profesional* que atiende el caso, pudiéndose valorar de este modo las repercusiones y consecuencias que estas decisiones tienen sobre el sistema de salud.

Método

El estudio ha sido realizado con la información recogida en las urgencias atendidas en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas que atiende a la población del área 9 de Madrid (localidades de Fuenlabrada, Leganés, Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio; con un total de aproximadamente 400.000 habitantes). El dispositivo asistencial de referencia del Área 9 estaba situado en la Unidad de Hospitalización Breve del Instituto Psiquiátrico José Germain (IPJG), de Leganés.

El Instituto Psiquiátrico José Germain es una red de servicios de salud mental (con prestaciones ambulatorias; de hospitalización parcial y a domicilio; urgencias e ingresos de agudos, rehabilitación y residenciales; así como rehabilitación y apoyo comunitario) que da cobertura de atención psiquiátrica completa al Área 9 y de hospitalización parcial y programas de atención a la cronicidad a las áreas 8, 9 y 10. Los dispositivos sanitarios propiamente dichos son los Centros de Salud Mental (CSM; uno por distrito: Fuenlabrada y Leganés), la Unidad de Hospitalización Breve y el Hospital de Día. El programa de Rehabilitación dispone de una Unidad Hospitalaria de Rehabilitación y de un Centro de Día de Rehabilitación. También dispone de una Unidad Residencial y 6 pisos supervisados.

La atención a la urgencia psiquiátrica en la UHB es de carácter universal, con o sin derivación previa por personal sanitario de atención primaria, especializada o de alguno de los recursos de la red. La mayoría de los pacientes que no ingresan son derivados al Centro de Salud Mental de referencia, donde existe el compromiso de atención urgente en el mismo día en el CSM, en caso de que así lo considere el profesional que atendió la urgencia. La derivación a dispositivos de hospitalización parcial queda limitada a los casos en que el paciente esté ya realizando tratamiento en ese dispositivo en ese momento.

El objetivo del estudio es conocer el grado en que determinadas variables influyen sobre la toma de decisión referida al ingreso, llevada a cabo por el facultativo que atiende a los usuarios del servicio de urgencias del IPJG. Dichas variables incluyen tanto aspectos clínicos, como factores de tipo familiar o social del paciente, así como aspectos del entorno de la urgencia, teniendo en cuenta incluso cuestiones relacionadas con el propio profesional que atiende la urgencia y el momento de dicha atención.

ORIGINALES Y REVISIONES

La hipótesis del estudio es que la decisión de ingresar a un paciente que es atendido en el servicio de urgencias del IPJG no se asocia al diagnóstico del mismo, sino a otras características del paciente y del entorno.

Se trata de un estudio de tipo transversal, observacional y analítico, comparativo de los casos cuya decisión en la urgencia es el ingreso frente a los que no lo hacen, de entre los pacientes que se atienden en el servicio de urgencias del IPJG.

La población objeto de estudio son las urgencias atendidas en el servicio de urgencias del IPJG, excluyendo los ingresos programados. La muestra extraída de dicha población, que utilizaremos para nuestro estudio, son todas las urgencias que fueron atendidas en los tiempos de guardia de los facultativos participantes en el estudio en un periodo de tres meses. Una muestra de unas 300 urgencias permite estimar diferencias entre proporciones con un error del 12%, con un poder del 80% y una confianza del 95%.

Las variables son:

1) Variable dependiente: resolución de la urgencia. Categórica, con tres categorías: ingreso, alta y decisión aplazada.

2) Variables independientes, que consisten en factores que dependen del paciente (datos sociodemográficos, presentación clínica de la urgencia y circunstancias del paciente, de la familia y de los tratamientos realizados), datos del profesional y del entorno de la urgencia. El diagnóstico se realizó utilizando la clasificación CIE-9-MC, agrupándose posteriormente en las categorías según muestra la tabla 1. La agresividad se valoró con una escala de 9 ítems descriptivos, agrupándose posteriormente en cuatro categorías (no hostil, baja hostilidad, amenazante y agresivo). La hora de asistencia se agrupó en 4 categorías: mañana (8-14 horas), tarde (15-21 horas), noche (22-1 horas) y madrugada (2-7 horas).

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra, un análisis bivariado, y se construyeron dos modelos de regresión logística, con las variables asociadas tanto con la decisión de ingreso como con la de enviar al paciente de alta.

Resultados

A. Descripción de la muestra

Tabla 1
Características del paciente

	Media (IC 95%)	Mediana	Rango
Edad (años)	37,5 (35,72-39,37)	35	71
Número de urgencias previas	3,6 (2,17-5,03)	00	103
Número de ingresos previos	0,98 (0,67-1,28)	00	22
ICG	3,41 (3,25-3,57)	4	6

Tabla 1
Características del paciente (cont.)

		N (257)	%
Sexo	Hombres	125	48,6
	Mujeres	132	51,4
Intencionalidad autolítica	Sí	47	18,4
	No	208	81,6
Riesgo de suicidio	Ninguno	109	42,7
	Leve	115	45,1
	Moderado	27	10,6
	Grave	3	1,2
Deseo explícito de ingreso (paciente)	Sí	72	28,0
	No	184	71,6
Deseo explícito de ingreso (familia)	Sí	65	26,4
	No	181	73,6
Contención familiar	Buena	128	50,4
	Escasa	97	38,2
	Nula	29	11,4
Diagnóstico previo	Psicosis	48	18,7
	Trastorno Bipolar	14	5,4
	Depresión	22	8,6
	Otros trastornos neuróticos	27	10,5
	Trastorno de personalidad	44	17,1
	Uso de sustancias	22	8,6
	Retraso mental	7	2,7
	Otros / Sin diagnóstico	73	28,4
Diagnóstico en la urgencia	Psicosis	61	23,7
	Trastorno Bipolar	16	6,2
	Depresión	24	9,3
	Trastornos neuróticos no afectivos	57	22,2
	Trastorno de personalidad	45	17,5
	Uso de sustancias	25	9,7
	Retraso mental	7	2,7
	Otros / Sin diagnóstico	22	8,6
Agresividad	No hostil	179	69,6
	Baja hostilidad	45	17,5
	Amenaza	26	10,1
	Agresivo	7	2,7

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 1
Características del paciente (cont.)

		N (257)	%
Asistencia a las citas ambulatorias programadas	Buena	122	61,0
	Escasa	48	24,0
	Nula	30	15,0
Aceptación de la prescripción en la urgencia	Sí	199	84,3
	No	16	6,8
	Dudoso	21	8,9
Riesgo vital si incumple cuidados	Grande	8	3,1
	Moderado	45	17,5
	Escaso	88	34,2
	Nulo	116	45,1
Dificultad de movimientos	Grande	6	2,3
	Moderada	19	7,4
	Escasa	57	22,2
	Nula	175	68,1

Tabla 2
Características del entorno

		Media (IC 95%)	Mediana	Rango
Número de camas libres		6,67 (6,19-7,16)	6	15
Número de urgencias en espera		0,34 (0,26-0,40)	0	4
Ingresos previos durante la guardia		0,63 (0,52-0,75)	0	5
Urgencias previas atendidas durante la guardia		1,70 (1,47-1,92)	1	7
		N	%	
Día de la semana	Festivo	121	47,1	
	Previo fiesta	50	19,5	
	Laborable	86	33,5	
Hora	Mañana	54	21,4	
	Tarde	125	49,6	
	Noche	35	13,9	
	Madrugada	38	15,1	

Tabla 3
Características del terapeuta

		Media (IC 95%)	Mediana	Rango
Edad del terapeuta		28,26 (27,51- 29,01)	26	44
Años de experiencia		2,59 (1,86-3,31)	1	44
Cansancio		35,72 (32,86-38,59)	30	90
		N	%	
Sexo	Hombre	100	38,9	
	Mujer	157	61,1	
Lugar de trabajo	CSM	127	49,4	
	DIR	2	0,8	
	Hospital de día	1	0,4	
	HSO	1	0,4	
	RA	3	1,2	
	UHB	116	45,1	
	UR	6	2,3	
Adecuación de la decisión con criterios	Sí	228	89,1	
	No	2	0,8	
	Dudoso	26	10,2	
Orientación autodefinida	Integrador	22	8,6	
	Ecléctico	9	3,5	
	Dinámico	9	3,5	
	Cognitivo	0	0	
	Biológico	0	0	
	Sistémico	0	0	
Ninguno (en formación)		216	84,4	

Tabla 3 bis
Decisión tomada

		N	%
Decisión	Ingreso	56	21,9
	Alta	165	64,5
	Aplazada	35	13,7

ORIGINALES Y REVISIONES

Se recogió información de 257 urgencias, cuyas características demográficas y clínicas figuran en la tabla 1. La distribución por sexos es homogénea y la edad oscila entre los 17 y los 88 años, con una media de 37,5.

El paciente expresa intencionalidad autolítica en un 18,4%, mientras que se valora riesgo de suicidio moderado o grave en 11,8%. Existe un deseo explícito de ingreso por parte del paciente en un 28% y en un 26,4% es la familia la que expresa su deseo de que el paciente ingrese. El 50,4% tiene una buena contención familiar.

Los diagnósticos más frecuentes son: psicosis (23,7%), trastornos neuróticos no afectivos (22,2%) y trastorno de personalidad (17,5%). La Impresión Clínica Global (ICG) media es de 3,41.

En el 12,8% de los casos el paciente se muestra amenazante o agresivo durante la urgencia. El 84,3% de los pacientes aceptan la prescripción en la urgencia.

Se valoraron las características del entorno en el momento de la urgencia, recogidas en la tabla 2. La media de camas libres durante las guardias fue de 6,67. El 47,1% de las urgencias incluidas se atendieron en sábados, domingos o festivos; el 49,6% durante la tarde.

En la tabla 3 se exponen los datos recogidos del terapeuta. La mayoría están en periodo de formación MIR. El 61,1% son mujeres y el lugar habitual de trabajo es el Centro de Salud Mental (49,4%) o la Unidad de Hospitalización Breve (45,1%).

La decisión más frecuente es el alta (64,5%), seguida por el ingreso (21,9%). En un 13,7% se aplaza la toma de decisión. El 89,1% opinan que la decisión tomada es la adecuada.

B. Análisis bivariado

Tabla 4
Características del paciente

	Ingreso Media (IC 95%)	Alta Media (IC 95%)	Aplazada Media (IC 95%)	P
Edad	40,22 (35,45-44,98)	37,05 (34,88-39,22)	35,33 (30,72-39,94)	0,258
N.º de urgencias previo	1,53 (0,49-2,57)	3,88 (1,76-5,99)	5,71 (2,71-8,72)	0,219
N.º de ingresos previo	0,98 (0,58-1,39)	0,55 (0,29-0,81)	2,97 (1,35-4,60)	<0,001*
ICG	4,38 (4,07-4,68)	3,03 (2,85-3,21)	3,60 (3,14-4,06)	<0,001*

* Estadísticamente significativo.

Tabla 4 bis
Características del paciente (cont.)

		Ingreso N (%)	Alta N (%)	Aplazada N (%)	P
Sexo	Hombres	27 (21,6%)	77 (61,6%)	21 (16,8%)	0,356
	Mujeres	29 (22,1%)	88 (67,2%)	14 (10,7%)	
Intencionalidad autolítica	Sí	12 (25,5%)	19 (40,4%)	16 (34,0%)	< 0,001*
	No	43 (20,8%)	146 (70,5%)	18 (8,7%)	
Riesgo de suicidio	Ninguno	15 (13,9%)	85 (78,7%)	8 (7,4%)	< 0,001*
	Leve	27 (23,5%)	73 (63,5%)	15 (13%)	
	Moderado	12 (44,4%)	7 (25,9%)	8 (29,6%)	
	Grave	0 (0,0%)	0 (0%)	3 (100%)	
Deseo explícito de ingreso (paciente)	Sí	23 (32,4%)	30 (42,3%)	18 (25,4%)	< 0,001*
	No	32 (17,4%)	135 (73,4%)	17 (9,2%)	
Deseo explícito de ingreso (familia)	Sí	34 (53,1%)	18 (28,1%)	12 (18,8%)	< 0,001*
	No	20 (11,0%)	142 (78,5%)	19 (10,5%)	
Contención familiar	Buena	17 (13,4%)	104 (81,9%)	4 (7,7%)	< 0,001*
	Escasa	30 (30,9%)	44 (45,4%)	23 (23,7%)	
	Nula	9 (31,0%)	14 (48,3%)	6 (20,7%)	
Diagnóstico en la urgencia	Psicosis	25 (41,0%)	30 (49,2%)	6 (9,8%)	< 0,001*
	T. bipolar	7 (43,8%)	8 (50%)	1 (6,3%)	
	Depresión	3 (12,5%)	19 (79,2%)	2 (8,3%)	
	T. neuróticos no afectivos	1 (1,8%)	52 (91,2%)	4 (7,1%)	
	T. personalidad	8 (17,8%)	25 (55,6%)	12 (26,7%)	
	Uso de sustancias	5 (20,8%)	14 (58,3%)	5 (20,8%)	
	Retraso mental	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)	
	Otros trastornos / sin diagnóstico	5 (22,7%)	13 (59,1%)	4 (18,2%)	
Agresividad	No hostil	26 (14,5%)	133 (74,3%)	20 (11,2%)	< 0,001*
	Baja hostilidad	16 (36,4%)	21 (47,7%)	7 (15,9%)	
	Amenaza	10 (38,5%)	9 (34,6%)	7 (26,9%)	
	Agresivo	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	
Asistencia ambu- latoria	Buena	31 (25,6%)	74 (61,2%)	16 (13,2%)	0,257
	Escasa	7 (14,6%)	33 (68,8%)	8 (16,7%)	
	Nula	10 (33,3%)	14 (46,7%)	6 (20,0%)	
Aceptación de la prescripción en la urgencia	Sí	39 (19,7%)	136 (68,7%)	23 (11,6%)	0,039*
	No	7 (43,8%)	6 (37,5%)	3 (18,8%)	
	Dudoso	6 (28,6%)	10 (47,6%)	5 (23,8%)	

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 4 bis
Características del paciente (cont.)

		Ingreso N (%)	Alta N (%)	Aplazada N (%)	P
Dificultad de movimientos	Grande	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	0,020*
	Moderado	7 (36,8%)	5 (26,3%)	5 (26,3%)	
	Escaso	15 (26,8%)	29 (51,8%)	12 (21,4%)	
	Ninguno	33 (18,9%)	125 (71,4%)	17 (9,7%)	
Riesgo vital si incumple cuidados	Grande	6 (75,0%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	< 0,001*
	Moderado	10 (22,7%)	24 (54,6%)	10 (22,7%)	
	Escaso	23 (26,1%)	49 (55,7%)	16 (18,2%)	
	Ninguno	17 (14,7%)	91 (78,4%)	8 (6,9%)	

* Estadísticamente significativo.

Las tablas 4 y 4 bis muestran cómo, en el análisis bivariado de factores relacionados con el paciente, la decisión de ingreso se asocia al número de ingresos previos, a la ICG, a la intencionalidad autolítica, al riesgo de suicidio, al deseo explícito de ingreso por parte del paciente o de la familia, a la escasa contención familiar, al diagnóstico de psicosis o trastorno bipolar (los trastornos neuróticos no afectivos apenas ingresan), a la agresividad, al rechazo de la prescripción en la urgencia, a la dificultad de movimientos y al riesgo vital en caso de incumplir los cuidados.

Tabla 5
Variables que dependen del terapeuta

		Ingreso N (%)	Alta N (%)	Aplazada N (%)	P
Sexo del terapeuta	Hombre	15 (15,2%)	74 (74,7%)	10 (10,1%)	0,024*
	Mujer	41 (26,1%)	91 (58,0%)	25 (15,9%)	
Valoración del caso	Adjunto	10 (25,0%)	28 (70,0%)	2 (5,0%)	0,458
	MIR	44 (21,0%)	134 (63,8%)	32 (15,2%)	
	Ambos	2 (33,3%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)	
Lugar de trabajo (agrupado)	Unidad de Hospitalización Breve	28 (24,1%)	67 (57,8%)	21 (18,1%)	0,081
	Resto	28 (20,0%)	98 (70,0%)	14 (10,0%)	

Tabla 5: Variables que dependen del terapeuta (cont.)

		Ingreso N (%)	Alta N (%)	Aplazada N (%)	P
Orientación teórica	Integradora	6 (28,6%)	15 (71,4%)	0 (0,0%)	0,674
	Ecléctico	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	
	Dinámico	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	
	Ninguna / en formación	46 (21,3%)	137 (63,4%)	33 (15,3%)	
Supervisión del caso	Sí	27 (23,5%)	75 (65,2%)	13 (11,3%)	0,193
	No	19 (19,0%)	61 (61,0%)	20 (20,0%)	
Adecuación de la decisión	Sí	46 (20,3%)	149 (70,0%)	22 (9,7%)	< 0,001*
	No	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	
	Dudoso	9 (34,6%)	4 (15,4%)	13 (50,0%)	

* Estadísticamente significativo.

Tabla 6
Variables que dependen del entorno

		Ingreso N (%)	Alta N (%)	Aplazada N (%)	P
Hora de la urgencia	Mañana	19 (35,2%)	31 (57,4%)	4 (7,4%)	0,019*
	Tarde	27 (21,8%)	83 (66,9%)	14 (11,3%)	
	Noche	4 (11,4%)	25 (71,4%)	6 (17,1%)	
	Madrugada	5 (13,2%)	23 (60,5%)	10 (26,3%)	
Día de la semana	Festivo	24 (19,8%)	85 (70,2%)	12 (9,9%)	0,216
	Previo festivo	11 (22,4%)	32 (65,3%)	6 (12,2%)	
	Laborable	21 (24,4%)	48 (55,8%)	17 (19,8%)	
Autorización judi- cial	Sí	5 (45,5%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	0,157
	No	51 (20,9%)	164 (64,3%)	35 (13,7%)	

* Estadísticamente significativo.

Analizadas las variables que dependen del terapeuta (tabla 5), se asocian con la decisión de ingreso el sexo del terapeuta (los varones deciden con más frecuencia dar el alta (74,7%), y la adecuación de la decisión (cuando se duda sobre la decisión tomada, suele ser en casos en que no se ha dado el alta al paciente).

Analizadas las variables que dependen del entorno (tabla 6), se asocia con la decisión de ingreso que la urgencia se haya visto por la mañana. Las urgencias que se ven de madrugada se asocian con una decisión aplazada. La autorización judicial de ingreso no está asociada a la decisión de ingreso.

ORIGINALES Y REVISIONES

C. Análisis Multivariado

Tabla 7
Factores asociados con la decisión de alta

		Odd ratio N (%)	P
Hora de la urgencia ¹	tarde	4,03 (1,35-12,02)	0,013
	noche	1,11 (0,28-4,49)	0,882
	madrugada	1,39 (0,34-5,68)	0,644
ICG		0,35 (0,23 - 0,53)	< 0,001
Intencionalidad autolítica ²		3,29 (1,18-9,21)	0,023
Deseo de ingreso por parte de la familia ²		6,66 (2,54-17,42)	< 0,001
Deseo de ingreso por parte del paciente ²		2,71 (1,07-6,90)	0,036
Contención familiar ³	Escasa	0,18 (0,07-0,45)	< 0,001
	Nula	0,21 (0,06-0,73)	0,015
Sexo terapeuta ⁴		3,92 (1,53-10,00)	0,004
Adecuación de la decisión		24,33 (5,73-103,95)	< 0,001

La decisión de alta se asocia a que la urgencia se haya visto por la tarde, a una ICG baja, a la ausencia de intencionalidad autolítica expresada, a que no haya deseo explícito de ingreso por parte de la familia o del paciente, a una buena contención familiar, y a que el terapeuta que valora la urgencia sea varón.

¹ Categoría de referencia: mañana.

² Categoría de referencia: sí.

³ Categoría de referencia: contención familiar buena.

⁴ Categoría de referencia: mujer.

Tabla 8
Factores asociados con la decisión de ingreso

		Odd ratio (IC 95%)	P
Hora de la urgencia ¹	Tarde	0,162 (0,052-0,506)	0,002
	Noche	0,082 (0,013-0,506)	0,007
	Madrugada	0,068 (0,011-0,406)	0,003
ICG		2,688 (1,768-4,087)	< 0,001
Deseo de ingreso por parte de la familia ²		10,324 (3,884-27,441)	< 0,001
Deseo de ingreso por parte del paciente ²		4,276 (1,548-11,810)	0,005
Cumplimiento del tratamiento ³		8,552 (2,421-30,212)	< 0,001

La decisión de ingreso se asocia a que la urgencia se haya visto por la mañana, a que tengan una ICG alta, al deseo explícito de ingreso por parte de la familia y/o del paciente y al cumplimiento del tratamiento.

Discusión

El estudio trata de los factores que se asocian con la resolución de la urgencia psiquiátrica de un hospital monográfico. La decisión de ingreso se ve afectada por la situación clínica del paciente, la disposición de la familia, la hora de atención y el sexo del terapeuta.

Se incluyeron todas las urgencias de las guardias realizadas por los profesionales que colaboraban en el estudio. Se presupone que el no incluir las urgencias de los profesionales que no colaboran en el estudio no supone un sesgo porque las guardias, a priori, no son diferentes. No es de extrañar que la mayor parte de las encuestas fuera cumplimentada por psiquiatras en formación, que son quienes suelen ver las urgencias en primera instancia.

No hay suficientes casos de algunas de las categorías diagnósticas que nos permita determinar si algún diagnóstico concreto se asocia con la decisión tomada en la urgencia, pero la gravedad clínica, evaluada mediante la escala de Impresión Clínica Global, se asocia con un riesgo de ser ingresado de 2 a 3 veces mayor por cada punto de incremento del ICG.

¹ Categoría de referencia: mañana.

² Categoría de referencia: no.

³ Categoría de referencia: sí o dudoso.

El factor que más se relaciona con la decisión de ingreso o de decisión aplazada es que la familia exprese su deseo de que el paciente permanezca en el hospital, al margen de las características clínicas del paciente. La familia suele aportar una visión más global sobre la situación del paciente a la visión más puntual del profesional que aborda la urgencia. Su opinión se debe tener en cuenta no sólo porque aporta una información diferente, sino también porque el trabajo ha de ser en colaboración, entendiendo a la familia como parte del equipo de cuidadores del paciente. Por otro lado, la contención familiar se relaciona tanto con el ingreso (si es deficitaria) como con una resolución de alta (si la contención es adecuada). La percepción que el profesional tiene del entorno familiar es determinante y, en todo caso, es difícil esperar una buena contención familiar cuando se considera que se han agotado las vías propias de contención y se solicita un ingreso. Todo esto indica la importancia de la formación en técnicas de abordaje familiar en situaciones de crisis.

En ocasiones, la familia hace una petición de apoyo social muy legítima, pero que difícilmente se puede responder desde el sistema sanitario y que, en numerosas ocasiones, finaliza en un ingreso poco indicado.

Independientemente de la gravedad clínica, la intencionalidad autolítica influye en el hecho de no enviar al paciente a casa, pero no en la decisión de ingreso. En estos casos la tendencia es a dejar al paciente en observación en la sala de urgencias durante unas horas, con el fin de reevaluar la situación clínica del paciente –especialmente la intencionalidad autolítica– al cabo de este periodo de observación.

En los casos en los que el gesto autolítico es la vía que encuentra el paciente de enviar un mensaje a su entorno por verse incapaz de resolver sus conflictos, el medio sanitario, aceptando que el paciente permanezca en el hospital hasta que el mensaje se modifique (desaparezca la expresión de una intencionalidad autolítica), está actuando como un altavoz, amplificando este mensaje, cuando quizás se podrían aportar al paciente otras maneras más adaptativas de expresar su malestar, aunque conseguirlo no sea siempre una tarea sencilla, especialmente en el contexto de la urgencia hospitalaria.

El reto que se le plantea al profesional que atiende la urgencia es cómo discriminar de forma adecuada este efecto negativo de dar al paciente una respuesta –el ingreso– que no le ayuda a superar sus dificultades o a expresar su malestar de una mejor manera, de un sufrimiento de mayor magnitud que requiera tratamiento en régimen hospitalario.

El deseo explícito de ingreso por parte del paciente también se relaciona con la decisión. El profesional tendría que estar atento a las ocasiones en las que el deseo de ingreso esté motivado por situaciones que no tienen relación con la gravedad, para evitar ingresos no indicados. Sólo en el caso de que un ingreso pueda suponer un perjuicio claro para el paciente habría de evitarse por encima de la opinión de la familia o del propio paciente.

El mal cumplimiento del tratamiento también influye en que la decisión sea la de ingresar al paciente. La no aceptación de la prescripción del facultativo, al margen de la gravedad clínica, se relaciona con el ingreso. Durante la urgencia, en la mayoría de las ocasiones, este factor sólo se puede valorar de un modo aproximado. El hecho de que se proceda a un ingreso cuando el paciente no cumple con el tratamiento podría interpretarse como una práctica paternalista, o incluso coercitiva, en contra del derecho del paciente a no seguir un tratamiento prescrito.

La hora del día en la que se atiende la urgencia también se relaciona con la decisión, independientemente de la gravedad clínica. La utilización de la observación durante la madrugada se explica probablemente sólo por la hora: a horas intempestivas es difícil organizar y movilizar los recursos sanitarios, sociales y familiares que faciliten el alta, por lo que se espera a la mañana siguiente para terminar de resolver la urgencia.

Por la mañana se producen más decisiones de ingresos. En el área sanitaria en la que se realizó el estudio, las urgencias psiquiátricas que llegan al hospital por la mañana son evaluadas por el equipo de psiquiatras que trabaja en la Unidad de Hospitalización Breve. Al ser en este caso los profesionales que indican el ingreso los mismos que se van a hacer cargo del paciente durante el mismo, no tendrían que justificar ante terceros la decisión tomada.

La Ley General de Sanidad indica en su artículo 20.1 que «la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización» (16). Este artículo apoyaba uno de los objetivos de la Reforma Psiquiátrica, que era transformar el tratamiento casi exclusivamente hospitalario en un tratamiento principalmente ambulatorio, dentro de una red de servicios. Como residuo, y llevando este principio al extremo, se viene considerando que el ingreso debe evitarse. Se ha conseguido con esta tendencia dos efectos «perversos»: las nuevas generaciones de residentes se forman en sus primeros años pensando que el objetivo principal que se debe alcanzar durante una guardia es evitar los ingresos no indicados (que podría ser cualquier ingreso); y los pacientes, al ver cómo la hospitalización que no está claramente indicada se convierte en algo muy difícil de lograr, buscan nuevas maneras para conseguirlo.

Los terapeutas varones resuelven un mayor número de urgencias dando el alta. Las mujeres actuarían de forma más conservadora, tendiendo más a no enviar al paciente a su casa y prefiriendo tomarlo a cargo. En todo caso es una asociación que habría que comprobar en estudios sucesivos, puesto que podría tratarse de una característica de este grupo concreto de profesionales.

Un tratamiento hospitalario a veces se ve como negativo con acuerdo con nuestros resultados sobre el grado en que los profesionales consideran su deci-

ORIGINALES Y REVISIONES

sión adecuada; el porcentaje de acuerdo del profesional con su propia decisión es mayor cuando la decisión tomada ha sido la de alta. Cuando la decisión es de ingreso o de observación, el profesional tiene más dudas sobre si ha tomado la decisión adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GERSON, S.; BASSUK, E., «Psychiatric Emergencies: An Overview», *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137 (1), pp. 1-11.
- (2) CLAASSEN, C. A., y otros, «Toward a Redefinition of Psychiatric Emergency», *Health Services Research*, 2000, 35 (3), pp. 735-754.
- (3) ALLEN, M. H., «Level 1 Psychiatric Emergency Services», *The Psychiatric Clinics of North America*, 1999, 22 (4), pp. 713-734.
- (4) SOLOMON, P.; GORDON, B., «The Psychiatric Emergency Room and Follow-up Services in the Community», *Psychiatry*, 1986, 32 (6), pp. 405-408.
- (5) BRESLOW, R. E., y otros, «The Psychiatric Emergency Service: Where We've Been and Where We're Going», *Psychiatric Quarterly*, 2000, 71 (2), pp. 101-121.
- (6) ROTHBAR, A. B.; SCHINNAR, A. P., «Community Determinants of Psychiatric Hospitalization and Length of Stay», *Socio-Economic Planning Sciences*, 1996, 30 (1), pp. 27-38.
- (7) OLFSO, M.; GOLDMAN, H. H., «Mental Health Services Research», en BREAKEY, W. R. (ed.), *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*, Nueva York, Oxford University Press, 1996, pp. 103-119.
- (8) MCGLYNN, E. A., y otros, «Quality-of-care Research in Mental Health: Responding to the Challenge», *Inquiry*, 1988, 25, pp. 157-70.
- (9) ANDERSEN, R.; NEWMAN, J., «Societal and Individual Determinants of Medical care Utilization in the United States», *Milbank Memorial Fund Quarterly Journal*, 1973, 51, pp. 95-124.
- (10) LIDZ, C. W., y otros, «The 'Passthrough' Model of Psychiatric Emergency Room Assessment», *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, 23 (1), pp. 43-51.
- (11) WATSON, M. A., y otros, «Police Referral to Psychiatric Emergency Services and its Effect on Disposition Decisions», *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44 (11), pp. 1.085-1.090.
- (12) ENGLEMAN, N. B., y otros, «Clinicians' Decision Making about Involuntary Commitment», *Psychiatric Services*, 1998, 49 (7), pp. 941-945.
- (13) RABINOWITZ, J., y otros, «A Method for Understanding Admission Decision Making in a Psychiatric Emergency Room», *Psychiatric Services*, 1995, 46 (10), pp. 1.055-1.060.
- (14) SOLOMON, P., «The Admissions Process in Two State Psychiatric Hospitals», *Hospital and Community Psychiatry*, 1981, 32 (6), pp. 405-408.
- (15) TURNER, J. C., *Social influence*, California, Cole Publishing, 1991.
- (16) Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado 101/1986 de 29 de abril de 1986.

Este proyecto de investigación recibió una beca de 3.000 € de la Asociación Madrileña de Salud Mental, que facilitó la realización del trabajo. Los autores quieren agradecer la colaboración de todos los compañeros que participaron en la recogida de datos.

* Carlos GONZÁLEZ-JUÁREZ, Esther PÉREZ-PÉREZ, José MORALES, Miguel MORALES, Raquel TIerno y Sara VARELA. Psiquiatras. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. Madrid.

Correspondencia: Carlos González Juárez, cgonzalezj.ipjg@salud.madrid.org

** Fecha de recepción: 22-IV-2007 (aceptado el 15-IX-2007).