

RED DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS E INTERVENCION EN CRISIS. PROPUESTA PARA LA MEJORIA DE LA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PSIQUIATRICA

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/ 39-45

Dr. Juan Maass Vivanco*
Dr. Hernán Monasterio Irazoque**

I. ANTECEDENTES

En la Región Metropolitana el área geográfica que corresponde al Servicio de Salud Occidente ocupa un tercio del área territorial total y alberga a un poco más de un millón de habitantes. Desde el punto de vista psiquiátrico presenta la más baja tasa de especialistas de adultos por habitante en todo el país,¹ no obstante el desarrollo y constitución en 1994 de un centro de asistencia psiquiátrica en un hospital general, el Hospital "Dr. Félix Bulnes Cerda" (HFBC).

Políticas nacionales de salud mental

El Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del HFBC representa un importante eslabón en el proyecto de reestructuración psiquiátrica de la Región Metropolitana que impulsa el Ministerio de Salud y la Seremi regional. Un análisis de su funcionamiento indica que, a menos de un año desde su puesta en marcha, resolvió una gran cantidad de solicitudes de atención, con un alto rendimiento.²

Los propósitos de la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región Metropolitana apuntan a ofrecer servicios de psiquiatría y salud mental sectorizados geográficamente, a constituir redes de servicios clínicos con un gran desarrollo de la asis-

tencia ambulatoria y prehospitalaria, a la instalación de un mínimo de recursos de atención hospitalaria cerrada, al desarrollo de actividades inter e intrasectoriales con particular énfasis en las comunas y también a establecer las condiciones para contribuir al rediseño del modelo asistencial psiquiátrico para la Región Metropolitana.³

Para el mejor cumplimiento de estas tareas, la Unidad de Salud Mental del SSMOCC, ha desarrollado una red asistencial orientada a ligar las redes preexistentes en salud con las nuevas estructuras de salud mental creadas a partir de 1994. Asimismo, durante el año 1995, se ha continuado afianzando la red asistencial mediante la creación y desarrollo de una unidad clínica psiquiátrica ambulatoria en el CRS Dr. Salvador Allende, lo que ha permitido progresivamente sectorizar las interconsultas según comuna de origen. Se planifica una tercera unidad clínica ambulatoria en el CDT del Hospital San Juan de Dios.

Demanda de atención psiquiátrica y prestaciones en el área occidental

Un estudio conservador de la demanda potencial de adultos señala que el 20% de la población reporta algún grado de desajuste de salud mental (Horwitz *et al.*, 1958; Vicente *et al.*, 1992.). Un 75% de esta

* Médico Psiquiatra, Encargado Unidad de Salud Mental SSMOCC.

** Médico Psiquiatra, Asesor Subsecretaría de Salud

1. Tasa observada: 0,015 según datos SSMOCC, 1995.

2. Fuente: estadísticas Unidad de Salud Mental Seremi Metropolitana, 1994.

3. De acuerdo con las recomendaciones de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas 1990.

demanda potencial corresponde a trastornos emocionales, alcoholismo y drogadicción mientras que el 25 % restante lo conforman los trastornos afectivos, las psicosis y el daño orgánico cerebral (Marconi, 1994). De acuerdo con estos estudios, la demanda potencial de adultos en el área geográfica que corresponde al SSMOCC, puede estimarse en 140.000 personas, de las cuales un 25%, es decir alrededor de 35.000 personas, podrían presentar cuadros mayores. Si la concentración promedio del sistema de salud adulto es cercano a 2,5 atenciones por año, la cifra total representa una cantidad también conservadora de 350.000 potenciales consultas por año para toda la población del área.

De esta estimación epidemiológica se desprende que en el sector occidente de Santiago unos 35.000 individuos estarían más gravemente afectados por cuadros clínicos mayores que requieren controles sistemáticos o urgentes, lo cual significaría, manteniendo el promedio de 2,5 atenciones por persona en un año, unas 87.500 atenciones psiquiátricas por año. Esta cifra es diez veces mayor a la actual capacidad del Servicio, tomando en cuenta que las atenciones otorgadas por el HFBC se han ampliado al conjunto de problemas de salud mental, incluyendo drogadicción y alcoholismo.

Un esfuerzo considerable para seleccionar la demanda con enfoque de riesgo y entregar atención focalizada en los cuadros de mayor gravedad, ha sido realizado por el Servicio de Psiquiatría (Adultos) del HFBC. La cuantificación de las consultas se constata en la Tabla 1, que muestra el número de consultas psiquiátricas adultos en la Región Metropolitana durante los años 1993 y 1995.

TABLA 1
Consultas psiquiátricas ambulatorias adultos en la Región Metropolitana

Servicios de Salud	1993	1994	1995
Occidente	1.548	5.917	8.796
Norte	23.106	35.46	datos no disponibles
Oriente	11.331	12.304	datos no disponibles
Central	0	1.235	datos no disponibles
Sur	22.235	25.302	datos no disponibles
Suroriente	10.015	9.351	datos no disponibles

Fuente: Informes Seremi Salud 1993- 1994. Reporte de la Unidad de Salud Mental SSMOCC, 1995.

El sostenido incremento de la asistencia ambu-

latoria en la Unidad adultos del Servicio de Psiquiatría Occidente se aprecia con más especificidad en la Tabla 2, que incluye la actividad del equipo multiprofesional de psiquiatría del nivel secundario.

TABLA 2
Atenciones adulto realizadas en 1995 en el HFBC

1.- Número de atenciones ambulatorias de todo el equipo profesional (médico, psicólogo, enfermero y asistente social)

Nuevas	4.403
En control	16.592
Total	20.995

2.- Número de egresos hospitalarios

Nº Total	363
-----------------	------------

3.- Número de procedimientos de terapia ocupacional (rehabilitación)

Nº total	7.738
-----------------	--------------

Fuente: Informe de la Unidad de Salud Mental del SSMOCC, 1996.

A partir de 1995, la relación horas disponibles-demanda en la unidad clínica ambulatoria de psiquiatría del HFBC llega a su momento crítico y se empiezan a producir rechazos a pesar de la estrategia de enfoque de riesgo, del uso adecuado de los recursos existentes y de la utilización óptima de la red de apoyo sectorial e intersectorial. Una relación de horas psiquiátricas disponibles versus población puede apreciarse en la Tabla 3.

A partir de 1995 se inició un modelo de atención preferencial de interconsultas a cargo de un médico psiquiatra y un equipo rotativo de psicólogos, asistentes sociales y enfermeros. Este modelo incorporó a la práctica diaria de la unidad clínica ambulatoria criterios de selección semejantes a los denominados "triage" en urgencias. Esto ha permitido rebajar el fuerte impacto que tenía la interconsulta por cuadros menores tratables en la Atención Primaria. Un 42% del total de interconsultas correspondía a trastornos adaptativos o cuadros reactivos no complicados, la mayoría de los cuales pudieron ser devueltos a la red primaria.⁴

4. Fuente: Reporte del total de prestaciones anuales de la Oficina de Coordinación Comunitaria del HFBC

TABLA 3
Productividad psiquiátrica Región Metropolitana 1994

Servicio	Número horas psiquiátricas por semana	Tasa por mil beneficiarios	Rendimiento	% total horas de Región Metropolitana
CENTRAL	83,5	0.16	0.76	5.70
NORTE	304	0.74	2.43 *	28.63
SUR	362	0.52	1.20	36.15
ORIENTE	140	0.31	1.82	13.19
SURORIENTE	143	0.23	1.25	13.47
OCCIDENTE	62,4	0.09	2.24 **	5.87

* Considera alto porcentaje de crónicos y repetición de recetas.

** Considera sólo consultas agudos.

Fuente: Minsal, División de Apoyo a la Gestión. Seremi Salud RM.

Aun así, durante el segundo trimestre de 1996 se ha detectado un rechazo de 85 pacientes por mes, tomando en cuenta que la demanda corresponde a una selección priorizada de los consultantes. Nuestros cálculos indican que la demanda real en ese trimestre era de 766 consultas y se pudieron brindar sólo 652. Gran parte de estos pacientes presentaban patologías agudas como intentos suicidas, esquizofrenias primer brote, agitaciones y alteraciones conductuales. Por otra parte, el Hospital Psiquiátrico sigue recibiendo en su Posta de Urgencia pacientes residentes en el área que corresponde al servicio Occidente, en una cantidad similar a la cifra histórica de alrededor de un 33% de la población total atendida, lo que corresponde a cerca de 5.000 personas por año.⁵

El perfil de morbilidad de las patologías que se atienden en el HFBC, puede analizarse a partir de los siguientes datos. De los egresos hospitalarios, un 41% corresponde a adictos hombres (especialmente pasta base de cocaína), un 14,5% a intentos de suicidio, un 20% a depresiones severas y un 31% a psicosis esquizofrénicas y delirantes.

En el nivel ambulatorio, el grueso de las consultas se agrupa en trastornos afectivos, desórdenes adaptativos reactivos, trastornos por ansiedad, esquizofrénicos, alcohólicos y adictos.

Las consultas ambulatorias de la unidad clínica de la especialidad en el HFBC se caracterizan por ser particularmente graves y agudas. En el grupo de trastornos afectivos, muchas veces combinado con abuso de alcohol se encuentra un subgrupo de especial riesgo de mortalidad por suicidio. Así también, el grupo de esquizofrenia y cuadros psicóticos que se controla ambulatoriamente, presenta crisis en las

que la conducta suicida aparece como un riesgo mayor a la violencia secundaria que se origina en la enfermedad. Las reacciones a situaciones de crisis individual o familiar originan la aparición de síntomas psiquiátricos de diversa intensidad que obligan a intervenciones oportunas para prevenir la cronificación de los cuadros.

La gravedad y agudeza de los casos atendidos, ha traído consigo una suerte de desplazamiento de la labor tradicional de la atención secundaria de la especialidad a la solución de prioridades urgentes.

Un importante factor de mayor presión asistencial lo constituye la puesta en vigencia de la Ley 19.366, que le confiere responsabilidades específicas a los servicios psiquiátricos públicos en materias relacionadas con el abuso de alcohol y drogas. Del mismo modo, la Ley 19.325, de violencia intrafamiliar, permite a los jueces ordenar tratamiento a los ofensores. Una parte de estas situaciones se presenta también de manera aguda y exige soluciones rápidas.

Descripción de la red

En el SSMOCC la red de apoyo en salud mental está constituida por seis Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (Cosam) y seis Equipos de Reforzamiento Psicossocial ubicados en las comunas más pobres y en los Centros de Atención Primaria con mayor población asignada del sector poniente. Así también, diversos profesionales de los 26 centros de salud comunales, realizan acciones de salud mental en el nivel primario. Todas estas instancias tienen como principal misión la prevención primaria y el fomento de la salud.

Aun cuando la labor de la red de apoyo está orientada a hacerse cargo de la demanda de los trastornos menores de salud mental, la falta de

5. Fuente: Servicio de Urgencia del Hospital Psiquiátrico.

capacidad del nivel secundario en el HFBC para absorber todas las interconsultas de casos más complejos, ha traído consigo una recarga importante en acciones de prevención secundaria y atención de patologías. El número de personas atendidas por los Cosam del SSMOCC en el año 1995 alcanza a 1.998 personas, incluyendo niños y adolescentes.⁶ Aunque no disponemos de cifras exactas de los equipos de reforzamiento psicosocial, es posible afirmar que las intervenciones psicosociales de prevención secundaria y atención de patologías son menores que las otorgadas por los Cosam.

La red de apoyo incluye también el equipo PRAIS, que atiende principalmente casos relacionados con violencia política y el nivel de atención secundario de los programas de violencia intrafamiliar. Por tratarse de un programa específico, la población a atender es homogénea. La cobertura de este programa alcanzó en 1995 a 509 personas.⁷

La recientemente creada unidad clínica ambulatoria en el CRS de Pudahuel, planifica para 1996 la realización de 6.500 consultas a cerca de 2.600 personas.

II. RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCION PSIQUIATRICA. UN PROBLEMA POR RESOLVER.

Si definimos la resolutiveidad como la capacidad del sistema de salud de satisfacer efectivamente la necesidad que surge de la manera más cercana, oportuna y en el nivel en que ésta se presenta (Espejo, 1994), el aumento de la resolutiveidad en la urgencia psiquiátrica emerge como opción estratégica fundamental para encontrar soluciones a la situación descrita.

Es conocido que cualquier situación que lleve a una persona a buscar tratamiento inmediato o que lleve a su familia, amigos o a una agencia oficial a solicitar el que sea tratado, es una emergencia psiquiátrica (Morrice, 1976). En la medida que se advierten dificultades para resolver las dolencias en curso o agudas, se accede más frecuentemente a los servicios generales de urgencia (Escobar *et al.*, 1989). Se ha demostrado que la Posta del Hospital San Juan de Dios es el servicio de urgencia que proporcionalmente tiene más consultas psiquiátricas en Santiago (Escobar *et al.*, 1989)

Por otro lado, es obvio que a pesar de todo el esfuerzo desplegado en el área occidente, del uso de estrategias adecuadas, del enfoque de riesgo y de la utilización óptima del equipo profesional y de la red

de salud mental, de la carga asistencial que todavía recae en el Instituto Psiquiátrico, del aumento proyectado en el número de atenciones ambulatorias del CRS, la brecha entre la demanda y la satisfacción de ella es aún extremadamente alta.

Como se ha señalado, el perfil de morbilidad ambulatoria de trastornos graves y agudos ha ido transformando el carácter tradicionalmente secundario de la unidad clínica ambulatoria, desplazando el estilo de atención característico de la especialidad a un estilo más cercano al de una posta de urgencias.

La capacidad actual para resolver situaciones agudas de psiquiatría se ve limitada además por el funcionamiento únicamente diurno de nuestras unidades clínicas ambulatorias: los consultorios externos y la red de salud mental. Más aún, la unidad clínica de hospitalización psiquiátrica carece de médico residente en horario vespertino, nocturno, fines de semana y feriados. Un estudio realizado en la unidad hospitalaria del HFBC entre octubre y noviembre de 1995, demostró 183 episodios de agitación en 35 pacientes hospitalizados (el 45% del total). Hubo intervención médica en sólo 12 de los 183 episodios analizados. Los 171 casos sin supervisión médica ocurrieron en horario no habitual.

Por lo tanto, todas las unidades clínicas prehospitalarias de funcionamiento diurno y la propia unidad de hospitalizados agudos requieren ser reforzadas a través de la organización de un modelo de atención que permita enfrentar adecuadamente las situaciones urgentes de salud mental, especialmente en horarios en los que no se dispone de los recursos habituales.

Psiquiatría de urgencia e intervención en crisis

Las unidades de urgencia e intervención en crisis se han desarrollado con éxito en diversos países durante las dos últimas décadas. Su popularidad se puede ligar entre otros factores a los avances en tratamientos farmacológicos y en técnicas de intervención en crisis, al movimiento de psiquiatría comunitaria y al desarrollo de centros de salud mental y de sistemas de servicios médicos de urgencia (Florenzano, 1989).

Diferentes modelos de organización se han desarrollado para servicios psiquiátricos de urgencia. Los más empleados son el modelo de Evaluación Rápida ("Triage"), el modelo de Intervención en Crisis, el modelo de Prevención de Suicidio y el modelo Bio-psico-social.

El modelo de Evaluación Rápida, de triage selector, que es el más usado en los hospitales generales, se orienta a proporcionar servicios en aquellos casos

6. Fuente: Evaluación estadística 1995 Cosam Occidente.

7. Fuente: Reporte PRAIS Occidente, 1995.

con mayor necesidad de ayuda y posibilidades de ser beneficiados rápidamente. De acuerdo con este modelo, se evalúa y deriva con rapidez priorizando la decisión de hospitalizar o referir para tratamiento ambulatorio posterior en una instancia primaria o secundaria especializada.

El modelo de Prevención de Suicidio (Jacobson, 1980) usa sobre todo evaluaciones telefónicas y derivación en aquellos casos que parecen más serios a centros hospitalarios o ambulatorios, manteniéndose en contacto con el paciente hasta que se pueda organizar un plan de tratamiento más definitivo.

El modelo de Intervención en Crisis parte de la base que la crisis que lleva al paciente a consultar es una buena oportunidad para intervenir terapéuticamente y provocar cambios psicológicos que permitan al paciente "aprovechar" la crisis, superar los síntomas y avanzar en su desarrollo personal (Cullberg, 1981).

Un modelo apropiado para la realidad de la Región Metropolitana, especialmente en el área occidente, es aquel que esté en condiciones de ofrecer una evaluación rápida y efectiva, disminuir al máximo el riesgo de suicidio a través de un acceso facilitado a la red de atención, de otorgar un tratamiento ambulatorio intensivo y breve a personas en crisis que no necesitan ser hospitalizadas y de ofrecer derivación a programas amplios de tratamiento y rehabilitación después de estabilizar la crisis.

Desde el punto de vista metodológico, a partir de una concepción bio-psico-social dinámica, es posible integrar los modelos preventivos de suicidio, la intervención en crisis y la selección priorizada de los casos más graves en una modalidad de atención de urgencias psiquiátricas e intervención en crisis que, aumentando la resolutivez, dé una respuesta de calidad, eficacia y eficiencia a las demandas de la población.

Expectativas de los usuarios

Por otra parte, es conveniente señalar que durante los últimos años se ha ido produciendo una mayor conciencia de la población acerca de la importancia de la salud mental como factor de bienestar, lo que ha traído consigo una mayor demanda por la atención en psiquiatría y salud mental.

El creciente interés de la población en relación con este tema se ha puesto de manifiesto a través de organizaciones comunitarias poblacionales,⁸ que

buscando solución a los problemas más urgentes de salud mental que les afectan, han estado promoviendo, en conjunto con parlamentarios, dirigentes vecinales y la propia Unidad de Salud Mental del Servicio Occidente, el aumento de la resolutivez psiquiátrica en el nivel primario.

Vinculación a la Red Metropolitana de Urgencias

Desde el punto de vista de la organización global de recursos, resulta ampliamente ventajosa la incorporación de la psiquiatría al Sistema de Atención Médica de Urgencias SAMU —que se coordina a través de la Secretaría Regional Ministerial de Salud en la Región Metropolitana— a fin de contribuir desde esta especialidad a una mayor integralidad de la red de atención de urgencias en el área poniente de la ciudad.

El SAMU es un servicio que funciona a través de una regulación médica centralizada para atención prehospitalaria y tiene como propósito brindar asistencia médica oportuna e integral a las personas víctimas de accidentes o violencia. A través de la línea telefónica 131 se coordina la labor de un centro regulador con 11 bases de operación dotadas con ambulancias adecuadamente equipadas y recurso humano entrenado. El centro regulador se coordina también con Carabineros, Bomberos, Onemi, etc. El sistema SAMU cuenta con dos bases de operación en el área occidente, la base de Lo Prado y el Hospital San Juan de Dios.

La puesta en marcha de una red de urgencias psiquiátricas para el área occidente, traería consigo la inmediata conexión con el centro regulador de SAMU y la derivación desde allí de las situaciones que los médicos del sistema estimen de pertinencia psiquiátrica.

III. PROPOSITO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA.

Propósito

Aumento de la resolutivez psiquiátrica en el nivel prehospitalario para satisfacer la alta demanda asistencial en el área geográfica del SSMOCC.

Objetivos

1.- Incorporar un modelo esencialmente preventivo capaz de ofrecer oportunidad y calidad en la atención de las urgencias psiquiátricas.

2.- Incorporar una técnica de selección de pacientes enfocada al buen uso de los recursos y la

8. Una solicitud expresa de un grupo de organizaciones comunitarias consta en el Acta N° 1 de 1996 del Consejo Técnico de Salud Mental del SSMOCC.

recepción preferencial a los casos más agudos (triage selector).

3.- Establecer una red de urgencias que relacione y en el que participen todos los niveles de cobertura y complejidad.

4.- Transformar la red de urgencias psiquiátricas e intervención en crisis en una tarea asistencial permanente del SSMOCC.

Estrategias

1.- Coordinar la atención de urgencia psiquiátrica con la red asistencial de salud mental y psiquiatría del SSMOCC.

2.- Utilizar la red telefónica para orientar debidamente las consultas e interconsultas hacia la red de servicios de salud mental y psiquiatría.

3.- Establecer un servicio ambulatorio de intervención en crisis.

4.- Establecer en el Hospital San Juan de Dios una unidad de apoyo diagnóstico y de observación para intervenciones cuya duración máxima será de 24 horas.

5.- Coordinar la red de urgencias y la red de salud mental del SSMOCC con el SAMU de la región Metropolitana.

Resultados esperados

Aumento de la cobertura de asistencia psiquiátrica y de salud mental. Los indicadores del grado de consecución de los objetivos serán:

- a) nº de interconsultas recibidas
- b) nº de llamadas telefónicas atendidas
- c) nº de atenciones ambulatorias en crisis
- d) nº de visitas domiciliarias
- e) nº de egresos desde la Unidad de Apoyo y Observación
- f) nº de derivaciones a la red de Atención Primaria
- g) nº de derivaciones a Policlínicos de Especialidad según sectorización
- h) nº de derivaciones al Hospital Félix Bulnes.

Se usará como fuente de verificación de los indicadores la Estadística Anual de la Unidad de Salud Mental del SSMOCC.

IV. MODELO DE FUNCIONAMIENTO

La Red de Urgencias Psiquiátricas e Intervención en Crisis RUP, se hará cargo de las **interconsultas** que provengan de la red asistencial del Servicio Metropolitano Occidente. El modelo de funcionamiento se grafica en el flujograma ad-

junto (Anexo 1: esquema modificado de Bassuk, 1984).

La *selección médica* atenderá la interconsulta y derivará al paciente hacia la red de prevención primaria, secundaria o hacia una recepción preferencial para evaluación diagnóstica e inicio de tratamiento.

El médico psiquiatra a cargo de la *recepción preferencial* evalúa al paciente, establece una hipótesis diagnóstica e inicia el tratamiento. Realizado este proceso, determina el paso del paciente a *apoyo psicológico ambulatorio* de parte de la Unidad de Intervención en Crisis u *observación* por pocas horas en la Unidad de Observación.

Si el paciente en observación requiere internación hospitalaria, será referido directamente al Hospital Félix Bulnes.

Las *consultas directas* se atenderán a través del teléfono. El médico psiquiatra de turno determinará si el paciente recibe *apoyo psicológico telefónico* mediante el Servicio de Apoyo Telefónico, es citado para evaluación preferencial o referido a otra instancia de la red asistencial.

Otra función de esta unidad será la de velar por la adecuada solución de problemas que se presenten, durante horario no habitual, concurriendo a la Unidad de Hospitalizados del HFBC. Asimismo se asesorará telefónicamente a los Servicios Clínicos de los Hospitales, los Programas de extensión horaria de los Centros de Atención Primaria y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

V. EJECUCION

El proyecto para poner en práctica esta Red de Urgencias e Intervención en Crisis ha sido presentado a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y al Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

El proyecto incluye una propuesta de ejecución localizada en la Posta de Urgencias del Hospital San Juan de Dios, un cronograma de actividades para las diferentes fases de implementación, el presupuesto requerido, las modalidades de gestión presupuestaria y un análisis de viabilidad y riesgos de la iniciativa.

VI. DISCUSION

El aumento de la incidencia y gravedad de los casos en atención ambulatoria psiquiátrica en el SSMOCC, que cuenta con la tasa de psiquiatras más baja del país, ha desplazado la atención del nivel secundario ambulatorio hacia un estilo semejante a la urgencia psiquiátrica.

La sobrecarga asistencial ha llegado a provocar rechazos, a pesar de un óptimo aprovechamiento de la red de salud mental y de la alta productividad de los recursos psiquiátricos y profesionales.

En la medida en que se han incorporado medidas tendientes a seleccionar la patología a través del enfoque de riesgo, se ha constituido un modelo similar al llamado "triage" de los servicios generales de urgencia. El modelo ensayado aumentó no sólo la resolutivez sino que permitió monitorizar la gestión y el funcionamiento de toda la red asistencial poniente. La principal carencia de este modelo ha sido la falta de personal permanente, lo que ha impedido continuar resolviendo la totalidad de los casos más graves y apremiantes.

Un aumento notorio de la capacidad de resolución es posible si se cuenta con una unidad especial que seleccione urgencias en horarios habituales y no habituales, ofreciendo una evaluación rápida y efectiva, otorgando tratamiento ambulatorio intensivo breve y derivando a programas secundarios de tratamiento y rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

- Bassuk E. "Emergency Psychiatry". Plenum Press. New York and London, 1984.
- Cullberg J. "Dynamisk Psykiatri". Estocolmo, 1981.
- Escobar E., Escobar X. "La atención psiquiátrica en los servicios de urgencia médicos de Santiago". Rev. Chil. Neuro-Psiquiat., 27: 167-177, 1989. Chile.
- Espejo F. y cols. "Propuesta de aumento de la resolutivez psiquiátrica en la atención primaria de salud". Rev. Psiquiatría XI / 2 / 74-78, 1994. Chile.
- Florenzano R. "Psiquiatría de Urgencias e Intervención en Crisis: una modalidad de servicio de salud mental". Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 27: 179-188, 1989. Chile.
- Horwitz J., Muñoz L. *et al.* "Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile". Red Servicio Nacional de Salud, 3: 277-310, 1958. Chile.
- Jacobson G.F. "Crisis intervention in the 1980's". New directions for mental health services. San Francisco, Jossey-Bass, 1980.
- Marconi J. "Diagnóstico, programación y evaluación en Salud Mental Intracomunitaria: Rev. de Psiquiatría XI / 2 / 99-104, 1994. Chile.
- Morrice J. "Crisis intervention: studies in community care". London, Pergamon Press, 1976.
- Vicente B. *et al.* "Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en Concepción". Rev. Psiquiatría, IX : 1050-1060, 1992. Chile.

ANEXO 1

FLUJOGRAMA: RED DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS E INTERVENCION EN CRISIS

