

# UNIDADES DE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO INTENSIVO. SU DESARROLLO EN CUBA

Francisco Javier Murias Regalado<sup>1</sup>

## INTRODUCCION

Los avances logrados en las ciencias médicas y la tecnología en los últimos treinta años han permitido descubrir, introducir y perfeccionar nuevas formas de atención médica que, aunque más costosas, son más eficaces. El proceso de concentración y perfeccionamiento de los recursos humanos y materiales ha sido continuo. Como consecuencia, hoy día se cuenta con un inmenso caudal de nuevos conocimientos y habilidades que han revolucionado los principios de organización hospitalaria y administración de salud (1). A continuación se revisan algunos conceptos modernos y su repercusión en las estructuras del sistema nacional de salud de Cuba, particularmente en el subsistema de atención a la salud mental.

<sup>1</sup> Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Unidad de Ciencia y Técnica. Dirección postal: Ave. 146 No. 3102, La Habana 16, Cuba.

## EL CONCEPTO DE TRATAMIENTO INTENSIVO

A partir de 1950, los progresos en cirugía y anestesiología dieron lugar a la creación de salas de recuperación posoperatoria. La idea de agrupar a los pacientes recién sometidos a intervenciones quirúrgicas, en estado de inconsciencia total o parcial, para observación y control a cargo de personas calificadas, se sustenta en la hipótesis de que la eficacia de cualquier tratamiento depende, no solo de su calidad, sino de la oportunidad con que se aplica en función del estadio de la enfermedad.

Las probabilidades de supervivencia son mayores cuando el sujeto incapacitado está al cuidado de personas preparadas para velar por su recuperación y prevenir o tratar las complicaciones más frecuentes y graves: respiratorias (aspiración, obstrucción e hipoventilación); cardiovasculares (hipertensión, taquicardia, choque y paro cardíaco), y traumáticas (caídas). Además, la atención en momentos críticos previene y reduce la posibilidad de las secuelas incapacitantes que a veces se producen.

Desde 1958, esos principios se han aplicado en el tratamiento hospitalario de las urgencias médicas agudas y

graves que se presentan en las diversas patologías. Así, los casos de intoxicaciones, hemorragias, asma bronquial o insuficiencias se atienden en las unidades de cuidados intensivos que surgieron como resultado del perfeccionamiento de los servicios de urgencias de la medicina interna. Estas unidades podrían clasificarse como polivalentes, ya que en ellas se tratan los pacientes en estado crítico, independientemente de los órganos afectados.

En época más reciente se han establecido unidades especializadas de cuidado coronario para pacientes con infarto cardíaco agudo, insuficiencia grave o disritmias, que por su frecuencia y alto índice de mortalidad requieren atención continua. En las especialidades quirúrgicas también se aísla en unidades especiales a los pacientes con quemaduras y múltiples traumatismos.

En el cuidado intensivo, la tarea principal es prestar asistencia inmediata para conservar la vida del paciente mediante la sustitución temporal de las funciones orgánicas por medios electrónicos o mecánicos, hasta que los sistemas afectados se recuperen. Significa, en resumen: diagnóstico rápido y confiable de una urgencia; observación atenta y constante, y terapia óptima en el momento crítico. Los recursos necesarios para brindar este tipo de asistencia son: de 5 a 10 camas aisladas para atención las 24 horas; equipos de técnicos, enfermeras y médicos altamente calificados y motivados, y recursos tecnológicos capaces de mantener los parámetros fisiológicos imprescindibles para la vida.

## PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL: TENDENCIAS

Los trastornos de la conciencia que provoca en el ser humano toda enfermedad mental aguda y sus causas o consecuencias —trastornos sensoriales, afectivos y conductuales— lo hacen también merecedor de ayuda inmediata, observación estricta, diagnóstico y tratamiento. En esa etapa crítica, sus “mecanismos protectores” psicofisiológicos están alterados. La discriminación y el maltrato de que han sido víctimas estos tipos de enfermos arraigan en la ignorancia de la patogenia de los trastornos neuropsiquiátricos y su fisiopatología y se han expresado concretamente en la ausencia de recursos suficientes para el establecimiento de programas apropiados de atención e investigación.

El objeto de estudio de la psiquiatría —el enfermo mental y las leyes que rigen el fenómeno salud-enfermedad mental— está definido de manera imprecisa. Los síntomas son complejos, subjetivos y mutables, y fuertemente influidos por factores culturales e individuales. Estas características plantean dificultades especiales para la investigación científica y hacen que la prevención primaria, el diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación estén sustentados, en gran medida, en el empirismo.

### Prevención primaria

Los avances en salud pública, con la identificación y el control preventivo-curativo de agentes patógenos biológicos, químicos y físicos y el estudio de su acción sobre el sistema nervioso, han permitido reducir la morbimortalidad de algunas enfermedades mentales crónicas invalidantes y por tanto desarrollar métodos de prevención primaria en salud

mental. Se afirma que "los intentos para ampliar el número de enfermedades mentales susceptibles de una prevención primaria parece que tendrán más éxito en el futuro, pero tales intentos habrán de dirigirse hacia enfermedades mentales auténticas y no hacia amplias categorías de problemas sociales, al tiempo que tendrán que proponerse objetivos específicos" (2).

Hay quienes opinan, por otra parte, que el diagnóstico y la prevención precoces son inefectivos. Se distingue entre las enfermedades de mayor gravedad, casi refractarias e inmutables en su curso y las reacciones emocionales a las crisis, que sí parecen beneficiarse de esos métodos, si bien se plantea lo innecesario de diagnósticos formales. Se sugiere que "la intervención en situaciones de crisis puede que sea una actividad que (como su equivalente y predecesora, los primeros auxilios para daños físicos) dé mejores resultados en manos de personas ajenas a la profesión, que tengan un breve entrenamiento y que operen en el ambiente donde tiene lugar la crisis" (2).

### **Antecedentes de la psiquiatría comunitaria**

A fines de la Segunda Guerra Mundial comenzó a subrayarse la importancia del ambiente y la necesidad de una estructura democrática para el éxito del tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales. La comunidad terapéutica de Maxwell Jones revolucionó los criterios restrictivos imperantes.

Ya se habían ensayado con éxito alternativas distintas de la hospitalización total. En 1933, se introdujo en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas la hospitalización parcial, que más

tarde se desarrolló en Gran Bretaña y luego se difundió a los Estados Unidos de América. Durante la misma época, A. Querido organizó en Holanda un sistema de control y supervisión del ingreso de pacientes en los hospitales y de visitas a domicilio por asistentes sociales. Además realizó investigaciones sobre los factores sociales que determinan los internamientos evitables (2).

El énfasis en el papel que desempeña la sociedad condicionó el surgimiento de la llamada psiquiatría comunitaria. Se estableció la necesidad de involucrar a los médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, líderes obreros, políticos y administrativos, familiares de los pacientes y otros miembros de la colectividad en la prevención, detección precoz, tratamiento breve y rehabilitación de los pacientes con desórdenes mentales. En los Estados Unidos, bajo la influencia del Acta Comunitaria de Servicios para la Salud Mental (1963), se crearon centros de salud mental comunitarios con diversos modelos organizativos, según la cantidad y origen de los recursos financieros. Esos centros, ubicados en hospitales generales que se encargan de su administración o en la comunidad, como instituciones independientes y autónomas, brindan servicios de urgencia, ambulatorios, hospitalización total y parcial, y consultas de orientación y educación a una población definida de una zona geográfica particular. Se proponen administrar eficientemente los recursos para evitar tanto la hospitalización innecesaria como su consecuencia: el "síndrome de degradación social" (3).

A medida que se fueron estableciendo instituciones alternativas o de transición así como programas locales y nacionales de salud mental centrados en la comunidad (4, 8), también se señaló la importancia de instituir servicios de atención a las urgencias. Se publi-

caron numerosos trabajos sobre las reacciones emocionales en la vida civil o en la guerra (9-12), que dieron lugar al nacimiento de una teoría acerca del papel patogénico de las crisis y el carácter preventivo de su atención. En la coyuntura socioeconómica de los años sesenta, ello dio origen a la práctica terapéutica de intervención en situaciones de crisis, conforme al trabajo pionero de A. Querido en Amsterdam.

Se empezaron a ofrecer consultas y tratamiento psicoterapéutico de urgencia en "walk-in clinics", consultorios a los cuales se podía acudir sin previo aviso (13). El Centro de Prevención del Suicidio en Los Angeles, California, puso en uso la "hot line", servicio telefónico de emergencia que brinda ayuda anónima durante las 24 horas a personas desesperadas (14). En los Estados Unidos, Inglaterra, Hungría y Checoslovaquia, entre otros países, estos servicios están a cargo de voluntarios no médicos o paramédicos, que han recibido un adiestramiento supervisado por profesionales (15, 17).

En la Unión Soviética, Bulgaria y otros países socialistas existe una red de ambulancias, dispensarios psico-neurológicos y clínicas territoriales que atienden a los casos de urgencia, previa solicitud telefónica de los servicios. Las ambulancias, equipadas para prestar asistencia en la calle, en el hogar o en el trabajo, trasladan al paciente, acompañado de un médico, hacia el dispensario, la clínica o incluso al hogar, donde también puede ser atendido. El seguimiento de dicho caso es garantizado por el médico del barrio o sector, quien tiene una hoja clínica de cada familia vecina y un registro de todos los pacientes psiquiátricos de su comunidad o zona de vigilancia epidemiológica (18).

En resumen, las técnicas modernas de tratamiento de las urgencias psiquiátricas son el resultado de un conjunto de observaciones y prácticas descritas a lo largo de los últimos 50 años en diversos lugares del mundo, bajo condiciones sociales y culturales diferentes, con criterios doctrinales distintos o incluso opuestos en ocasiones y tienen las ventajas y desventajas inherentes al grado de desarrollo alcanzado por la especialidad. Todas ellas, sin embargo, tienen como objetivo general brindar al paciente y al grupo humano correspondiente una atención inmediata y eficaz. Los objetivos específicos son: 1) detectar y diagnosticar, con eficiencia y rapidez, el trastorno mental agudo e iniciar el tratamiento adecuado; 2) evitar o disminuir los efectos de los trastornos mentales agudos en la vida del individuo enfermo y la de sus familiares, y 3) contribuir a una rápida recuperación personal y social.

## LA EXPERIENCIA DE CUBA

Las transformaciones experimentadas por la sociedad cubana desde 1959 han impulsado el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud. Se han creado programas de asistencia y de docencia médica superior y media y se ha definido un modelo de atención de primer nivel: el policlínico. Esta institución es el centro integrador de actividades de salud en estomatología, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, y en ella se coordinan todos los servicios para una comunidad geográfica delimitada, urbana o rural, con una población de alrededor de 60 000 habitantes. Además de servir como centro asistencial, constituye una escuela para futuros especialistas. Su evolución ha ejercido una influencia positiva en los hospitales clini-

coquirúrgicos, ginecoobstétricos y pediátricos municipales correspondientes (cuya zona de captación no excede de los 300 000 pobladores), los cuales se han modificado para adaptarse al nuevo sistema, vinculándose a las necesidades de la comunidad a través del denominado médico de la familia. Los hospitales y policlínicos así asociados cumplen los requisitos de la medicina comunitaria: brindar soluciones a los problemas generales de salud planificando, mediante una metodología científica, la coordinación de los recursos de la comunidad y los de la organización de salud pública, con objeto de lograr un mejor nivel de salud para el individuo y la sociedad.

Las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias han sido virtualmente erradicadas mediante acciones sanitarias de carácter masivo, a través de estructuras sociales tales como los Comités de Defensa de la Revolución (organizaciones voluntarias de todos los vecinos de un barrio o una zona urbana o campesina con fines cívicos y patrióticos). Con la consiguiente mejoría del nivel de vida de la población, las prioridades de asistencia se han desplazado hacia las llamadas enfermedades crónicas. De esta manera se han creado las condiciones propicias para poder apreciar la magnitud e importancia de las enfermedades mentales — con sus manifestaciones agudas y su tendencia general a la cronicidad— y la necesidad de atenderlas, si es que han de lograrse verdaderos progresos en materia de salud.

### **Servicios de atención psiquiátrica**

En el pasado, esos servicios se caracterizaron por la concentración de recursos materiales y humanos en la capi-

tal, en instituciones privadas denominadas “sanatorios” y en las “quintas de salud” de las sociedades regionales de inmigrantes españoles asturianos, gallegos, canarios y otros. Las consultas en el Hospital Reina Mercedes, el Hospital Universitario Calixto García y el Hospital Nacional de Dementes de Mazorra, construido en la segunda mitad del siglo XIX, comprendían las únicas posibilidades de tratamiento ambulatorio o interno para los humildes.

En 1959, solo 10 médicos participaron en un curso nacional de capacitación de nueve meses y constituyeron el primer núcleo de docentes que inició la formación de especialistas en psiquiatría. En 1962 se instauró, por primera vez en el país, un sistema de residencia en esa especialidad y se comenzó la prestación de servicios de salud mental en las provincias. El incremento del número de médicos residentes, especialistas, docentes, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos así como la redistribución de camas hospitalarias y plazas en el país, promovidos por el primer Plan Nacional de Salud Mental en 1969 y el segundo en 1972, sentaron las bases del movimiento hacia la práctica comunitaria de salud mental (19).

En la sesión inaugural del IX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría celebrado en La Habana en 1977, el entonces Ministro de Salud Pública, Dr. J. A. Gutiérrez Muñiz, planteó lo siguiente: “Las modificaciones de las estructuras hospitalarias sustituyen el concepto de grupos básicos de trabajo por salas, para integrar equipos de trabajo que atiendan el área de salud, a los ingresados en las salas y a los ingresos parciales del hospital de día de los enfermos de su área. En esto consiste la división en sectores en psiquiatría, como garantía de una atención continuada. Las experiencias que se iniciaron en una ciudad del interior, Camagüey, se extienden a dis-

tintas provincias y a municipios de la Ciudad de La Habana. Esta situación se pone en práctica tanto en los departamentos de psiquiatría de los hospitales, como en los hospitales de día y en los hospitales psiquiátricos, lo que facilita al equipo todo el conocimiento necesario de lo que ocurre en su área de salud, favorece el trabajo de las investigaciones epidemiológicas en niveles locales y garantiza las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de los pacientes" (20).

### Atención a casos de urgencia

Hasta 1975 la atención de los casos de urgencia, las 24 horas del día, estuvo a cargo de residentes o especialistas en el cuerpo de guardia de los 11 hospitales psiquiátricos y los 16 servicios de psiquiatría en hospitales clínicquirúrgicos y generales (municipales o provinciales) del país, que disponían de un total de 6 345 camas para internamientos (19). El profesional de guardia debía atender la demanda de pacientes que se presentaban de manera espontánea, o enviados por otras instituciones extrahospitalarias o intrahospitalarias, además de velar por la totalidad de casos ingresados en su hospital o servicio. La clasificación de casos en urgentes o no urgentes y la decisión respecto del tratamiento apropiado estaban limitadas por la ausencia de normas que establecieran lo que constituye una urgencia psiquiátrica y lo que es preciso hacer para aliviar o suprimir los síntomas que determinaron la solicitud de atención.

La situación en los servicios y hospitales psiquiátricos sectorizados era contraproducente. El jefe de un equipo de área tenía que abandonar todas sus tareas asistenciales de primer nivel y sufrir el estrés de 24 horas de guardia que ade-

más afectaba su actividad principal al día siguiente. En esas circunstancias no era posible controlar el ingreso de pacientes, se hacía difícil establecer pautas normativas y, por tanto, tampoco se podía brindar una atención calificada en tan importante sector del subsistema. Todas estas consideraciones hicieron evidente la necesidad de efectuar un cambio en los servicios y, en consecuencia, se determinó la formación de un equipo especializado para la atención a las urgencias (21).

**Crisis y urgencias psiquiátricas.** Es tarea del psiquiatra influir beneficiosamente en el fenómeno salud-enfermedad mental. Para esos efectos debe localizar los "acontecimientos" biológicos y sociales pasados más relevantes en la vida del paciente; evaluarlos en relación con el presente, y precisar y prever sus repercusiones para el futuro. Su finalidad es modificar las tendencias que vislumbre como potencialmente peligrosas para la salud mental del paciente.

Con frecuencia el psiquiatra tiene que intervenir en momentos críticos. Por lo general, la demanda de atención inmediata se produce durante esa fase en que el paciente o el grupo percibe que, de alguna manera, el resultado de sus actos no concuerda con sus aspiraciones. A veces son los amigos o la sociedad, a través de otras instituciones, los que se percatan del cambio de comportamiento.

Se denomina crisis psíquica al desajuste psicológico de un individuo o un grupo, provocado por acontecimientos biológicos, sociales, o la combinación de ambos. Este desajuste se percibe como un cambio potencialmente peligroso de la capacidad de adaptación, el cual puede ser de intensidad y duración variables. Es capaz de interrumpir el ritmo normal de la vida y provocar el deseo de atención médica que puede, o no, ser necesaria para su solución satisfactoria.

La urgencia psiquiátrica es una variedad de crisis más grave; las funciones psíquicas están gravemente alteradas y la persona se vuelve incompetente o incapaz de asumir sus responsabilidades individuales, encontrándose en una condición tan peligrosa para ella como para los demás. Esta definición se basa en un concepto de crisis psíquica que se acerca al paradigma de Baldwin (23) y sobrepasa la teoría de las crisis planteada por Caplan (22), teniendo en cuenta que los criterios formulados por este autor son inadecuados por sí mismos para explicar toda conducta anormal o desviada y deben ser vistos como guías para la acción más que como teoría etiológica (24).

### **La unidad de intervención en crisis**

En enero de 1976 se integró, por primera vez en Cuba, una unidad de intervención en crisis (UIC) (equipo de salud multidisciplinario de atención a las urgencias con seis camas para estancia breve), en el servicio de psiquiatría del Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre" de La Habana, institución municipal docente que atiende a una población de alrededor de 250 000 habitantes, dividida en cinco áreas de salud (21). El equipo estaba formado por un médico residente de tercer año como jefe, un residente de primer año, un interno, un psicólogo y un psicometrista de horario parcial, una trabajadora social, personal de enfermería y otros empleados distribuidos en tres turnos. Actualmente existen UIC semejantes en hospitales de casi todo el país.

**Descripción del equipo ideal.** El jefe del equipo debe ser un especialista o un

residente calificado, que supervise y coordine el trabajo. Necesita dos médicos residentes o internos para las tareas asistenciales. Debe controlar las discusiones de casos, ser un consultor eficiente en cuestiones clínicas y administrativas, estar siempre localizable y constituir la fuerza integradora del equipo, ofreciendo a cada uno de sus colaboradores el tiempo necesario y la libertad de acción imprescindibles para el trabajo intenso que cada caso requiera. Debe además mantenerse al tanto de todo desde un segundo plano, pero dispuesto y capaz de asumir el papel principal, si lo requiere alguna complicación o la gravedad del caso.

El jefe de enfermería es un extraordinario colaborador si está motivado, entiende su papel y es eficiente. Coordina y supervisa a enfermeros, auxiliares y otros empleados, vela por el cumplimiento de las indicaciones, en cuya decisión participa, y garantiza la fidelidad y riqueza de las observaciones con relación al sueño, alimentación, relaciones interpersonales y sociales de los pacientes, su conducta general y su evolución.

La trabajadora social asignada a un caso coordina su seguimiento desde el momento de ingreso. Visita el hogar del paciente, se informa en el vecindario de las características del mismo, indaga y verifica los datos recogidos al ingreso, recopila el máximo de información de absoluta confiabilidad en el menor tiempo posible y la transmite de modo sintético y objetivo para contribuir a la toma de decisiones terapéuticas. Selecciona además las instituciones más apropiadas para prestar cooperación y toma decisiones relacionadas con la familia del paciente y la información recogida.

Los residentes deben prestar sus servicios tanto por el día como durante la noche, según un sistema de rotación diaria.

Se dispondrá de 6 a 10 camas para la estadía breve y el tratamiento intensivo de los casos que reúnan las condiciones señaladas como pautas de crisis y urgencias.

**Procedimientos.** Cuando llega un paciente, cualquier miembro del equipo que esté disponible realiza la primera entrevista, procurando propiciar una amplia comunicación que permita precisar las características de la situación y analizar las vías posibles de hacerle frente. Se trata además de determinar la disposición para prestar ayuda entre los familiares o acompañantes, si los tuviera. El jefe del equipo emite un diagnóstico a la mayor brevedad posible, sintetizando toda la información disponible de manera que la situación pueda abordarse con eficiencia y prontitud.

El sistema ofrece dos nuevas opciones, además de la tradicional: 1) establecer de inmediato una estrategia terapéutica para el tratamiento ambulatorio de la crisis y 2) admitir al paciente en la unidad para disponer de un margen de tiempo que facilite el tratamiento de la crisis; de no ser posible modificar la situación en breve plazo, el paciente es ingresado inmediatamente a la sala de casos agudos.

En el primer caso, la crisis puede resolverse dentro de las primeras 24 horas y se da de alta al paciente, definitivamente o remitiéndolo al área de salud correspondiente para su seguimiento. En el segundo caso se proyecta una estadía de menos de una semana y la utilización de otros recursos: consultas con otros especialistas; visitas al domicilio o citas con sus familiares en la unidad; visitas al centro de trabajo para informarse

sobre el estado del paciente y sus perspectivas o para obtener datos; terapia psicofarmacológica y biológica encaminada a la rápida recuperación de la comunicación y a restaurar la viabilidad de las técnicas psicoterapéuticas tan pronto como sea posible; tratamiento de la situación socioeconómica familiar y personal, según las medidas más convenientes, y discusión del caso y envío al equipo de salud mental del área de salud del paciente para su seguimiento.

El objetivo es obtener, dentro de siete días, una mejoría que permita el regreso del individuo al hogar y que lo capacite para reorganizar su vida independientemente o con la ayuda del equipo de salud mental de su área. En cada caso se trabaja con un diagnóstico social (que se refiere a los factores condicionantes o predisponentes de la crisis) y otro clínico (basado en los síntomas observados) que, integrados, dan la imagen total del caso.

Desde el momento de ingreso del paciente se planifica el tiempo de estadía probable de acuerdo con los objetivos perseguidos y se valora su evolución hacia el alta definitiva, el ingreso en otra dependencia (hospital de día, sala de agudos, etc.) o la remisión para seguimiento ambulatorio, según se cumpla o no lo programado.

Las actividades del día se organizan de manera que cada paciente tenga entrevistas individuales, reuniones con familiares que puedan asistir en la solución de sus problemas, otras terapias indicadas y tiempo libre. Se vela por que el paciente utilice ese tiempo de manera provechosa y se sugieren salidas a la casa para satisfacer una necesidad o compromiso (en el cumpleaños de un hijo, por ejemplo), o al lugar de trabajo para cobrar o gestionar un asunto administrativo.

En resumen, se obvian los mecanismos rígidos que se tiende a crear in-



necesariamente en los hospitales y se profundiza rápidamente en la relación equipo-paciente-comunidad. Se propicia además un ambiente sumamente educativo donde el profesional y el paramédico en formación pueden adquirir habilidades y conocimientos de valor excepcional para su futuro.

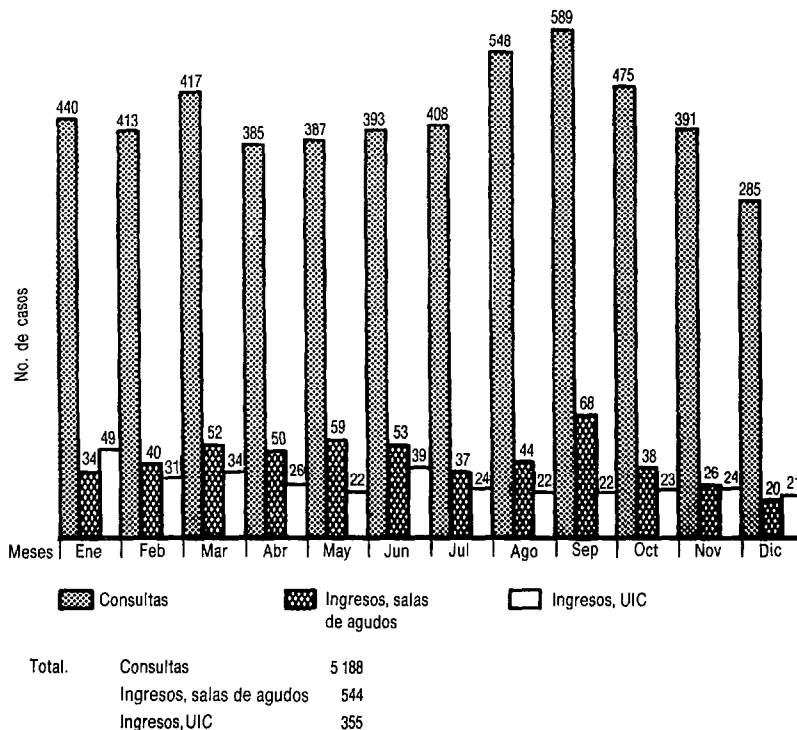
## EVALUACIONES Y RESULTADOS

La figura 1 presenta un resumen estadístico de 1976, primer año de trabajo del subsistema de atención a las urgencias psiquiátricas, basado en el número mensual de consultas y de ingresos en las salas de agudos y en la UIC (25). En

el cuadro 1 se compara el movimiento hospitalario del servicio en 1975 y 1976. Se evidencia la mejoría de los indicadores asistenciales lograda con una mínima inversión en el segundo año, en la disminución del número de camas ocupadas y de los días de estancia en el hospital.

De los 355 pacientes que ingresaron en 1976, 80% tenían de 15 a 44 años de edad y 66% eran mujeres. Las causas principales fueron: depresión y/o riesgo de suicidio (44%); agresividad y trastornos de conducta (31%); trastornos sensorio-perceptuales (14%), y conflictos familiares, laborales u otras causas (11%). Los diagnósticos clínicos fueron: psicosis (33%); neurosis (32%); trastornos de inadaptación (11%), y trastornos de la personalidad (4%).

**FIGURA 1. Número de consultas al cuerpo de guardia y de casos hospitalizados en las salas de agudos y Unidad de Intervención en Crisis (UIC), del Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre", La Habana, Cuba, en 1976**



**CUADRO 1. Movimiento hospitalario, Departamento de Psiquiatría (DP) y Unidad de Intervención en Crisis (UIC), Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre", La Habana, Cuba, 1975 y 1976**

Servicio y año	Pacientes hospitalizados	Egresos	Estancia promedio	Camas	Índice de ocupación
DP 1975	680	709	23,5	65	78,2
DP 1976	544	556	23,1	58	58,6
UIC 1976	355	353	4,06	6	60,8
Subtotales, 1976	899	909	—	64	—

En pocos días, el 70% de los pacientes fueron remitidos a sus áreas de salud para su seguimiento ambulatorio; el 20% pudieron darse de alta sin remisión y el 10% pasaron a salas en donde se continuó su tratamiento. El 22% del total de ingresos (77 pacientes) se dieron de alta en 24 horas, después de un intenso trabajo de entrevistas con el propio paciente y sus familiares, representantes laborales y administrativos (en promedio, tres por paciente), lo que parece indicar que este tipo de acciones influye en el tiempo de estancia.

Durante 1976, el equipo UIC atendió un total de 5 188 consultas al cuerpo de guardia y los 355 pacientes ingresados. Los cinco equipos de salud mental de áreas de salud atendieron, en conjunto, un total de 11 124 consultas y 544 pacientes ingresados. Cada equipo de área, por tanto, atendió un promedio de 2 354 casos. La alta productividad del equipo UIC es evidente.

La primera UIC en un hospital psiquiátrico provincial se inauguró en 1978 en el Hospital "Comandante René Vallejo Ortiz" que cuenta con 300 camas y está situado en Camagüey. Esta ciudad de más de 700 000 habitantes es capital

de la provincia homónima y pionera en el movimiento de la medicina comunitaria. La unidad se habilitó con seis camas y un equipo integrado por dos residentes, un psicólogo, un psicometrista, una trabajadora social, enfermeras y auxiliares. Desde enero hasta septiembre de 1978 se admitió a 288 pacientes con un promedio de edad de 28 años. La mayoría (67%) eran mujeres, de las cuales el 46% eran casadas, 96% habían completado el ciclo de primaria o secundaria, 25% eran amas de casa y 60% residentes de la capital provincial.

En el 50% del total de pacientes, el ingreso al hospital fue motivado por el riesgo o intento de suicidio. Los diagnósticos más frecuentes fueron: neurosis (34%), trastornos de la personalidad (24%) y trastornos de inadaptación (18%). La gran mayoría de los pacientes tenían conflictos, de tipo familiar (48%), matrimonial (26%) y laboral (14%).

Se administraron tratamientos sedantes a un 70% de los pacientes, antidepresivos a un 20%, así como psicoterapia individual al 40% y de familia al 25%. El 93% del total de casos egresados fueron enviados para seguimiento en sus áreas de salud respectivas. El promedio de estancia fue de cuatro días. Los casos de psicosis fueron admitidos a salas de corta estancia, lo que resultó en un

aumento de la demanda asistencial en las mismas, en relación con 1977 (26).

Los resultados dan a entender que esta UIC funciona con criterios de ingreso distintos a los de la unidad del Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre". Tal vez por encontrarse ubicada dentro del único hospital psiquiátrico provincial se dedica por entero al tratamiento de las crisis puramente psicogénicas, limitándose a clasificar y transferir a las salas de casos agudos los trastornos más graves.

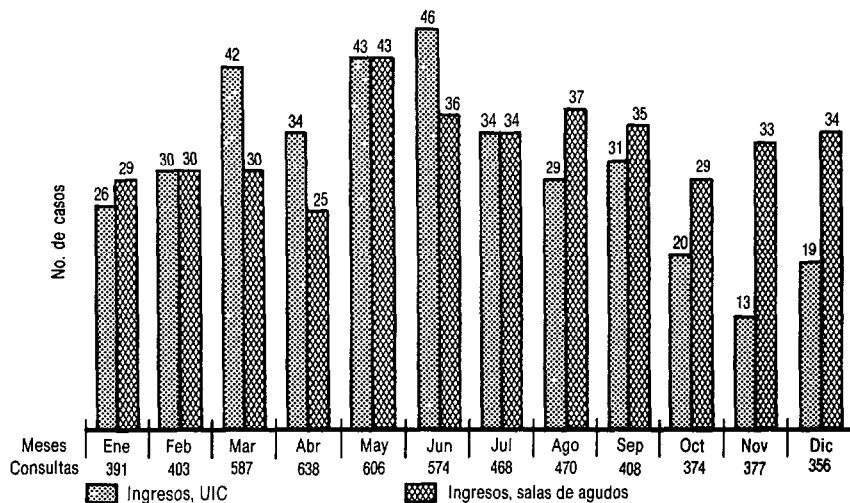
Las características de las demandas ejercidas sobre el equipo de la UIC no se describen en estos dos estudios. Al parecer las diferencias en los diagnósticos de los ingresados obedecen a una selección motivada por objetivos distintos: en el primer caso, la de evitar la hospitalización en general y, en el segundo, evitar

la hospitalización de pacientes neuróticos en salas de casos agudos.

De 1976 a 1978 la demanda de servicios en la UIC "10 de Octubre" se incrementó de 5 188 a 6 230 personas atendidas. El porcentaje de internamientos, sin embargo, disminuyó de 17 en 1976, a 13 en 1977 y a 12 en 1978 (figuras 2 y 3). En esos tres años, la UIC realizó 1 079 ingresos, la estancia promedio fue de 4,6 días (cuadro 2); y los diagnósticos fueron: 30-40% psicóticos, 20-25% neuróticos, 10-20% trastornos situacionales, 10-20% trastornos de la personalidad.

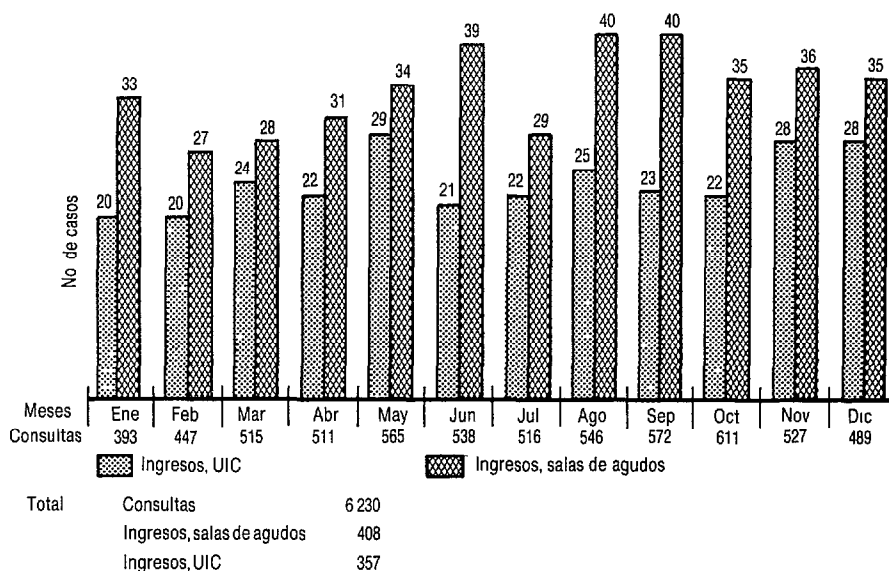
Un estudio de 1978 sobre 468 casos de neurosis tratados en esta UIC (27) señala que se internó al 6% del total y que predominaron las neurosis ansiosa y depresiva asociadas a ideas o riesgo de suicidio. Al cabo de tres días de estadía, solo el 7% necesitó ser internado en otros servicios del departamento de psiquiatría

FIGURA 2. Número de casos hospitalizados en las salas de agudos y Unidad de Intervención en Crisis (uic) del Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre", La Habana, Cuba, en 1977



Total	Consultas	5 552
	Ingresos, salas de agudos	399
	Ingresos, UIC	335

**FIGURA 3. Número de consultas al cuerpo de guardia y de casos hospitalizados en las salas de agudos y Unidad de Intervención en Crisis (uic) del Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre", La Habana, Cuba, en 1978**



para continuar su tratamiento. El 93% resolvieron sus crisis y todos fueron enviados a sus respectivos equipos de área para su seguimiento.

Según otro estudio del mismo año, la incidencia de ideas e intentos de suicidio en 2 927 casos atendidos (28) fue del 15%. De estos últimos, 8% solicitaron ayuda posterior a un intento; la mitad de ellos tenían antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

En lo que se refiere a conducta terapéutica, 45% de los pacientes fueron remitidos a su policlínico después de la entrevista inicial; 18% recibieron tratamiento ambulatorio en menos de 24 horas y el resto fueron hospitalizados. Esta última decisión se basó en el diagnóstico nosológico y en la patente irreductibilidad del propósito suicida.

**CUADRO 2. Movimiento hospitalario, Departamento de Psiquiatría (DP) y Unidad de Intervención en Crisis (uic), Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre", La Habana, Cuba, 1976-1978**

Año	Servicio	Pacientes hospitalizados	% de ocupación de camas	Estancia promedio (días)
1976	DP	544	58,6	23,1
	UIC	355	60,8	4,06
1977	DP	398	86,1	29,1
	UIC	367	73,0	4,0
1978	DP	408	95,8	30,9
	UIC	357	72,9	5,7

En una investigación (29) de 160 pacientes internados en la UIC de Camagüey por intento de suicidio el 96% eran mujeres de 11 a 40 años de edad. El 94% contaban con instrucción primaria o secundaria; 50% eran trabajadoras, 22% amas de casa, 17% estudiantes y la mayoría (70%) eran residentes del municipio de Camagüey. En este grupo, los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos de la personalidad (48%), trastornos situacionales (22%) y neurosis (17%).

Después de tres días de hospitalización y tratamiento con psicofármacos (96%) y psicoterapia (70%), el 95% habían mejorado lo suficiente para ser enviados a sus áreas de salud en donde se continuó su seguimiento. El 97% tenían conflictos familiares: 32% con los padres, 32% en el matrimonio, 15% con otros convivientes y el resto, con sus hijos.

El 55% tenían antecedentes familiares de suicidios; 36% de intentos de suicidio; 35% de neurosis; 28% de alcoholismo, y 26% de retraso mental. En cuanto a los propios pacientes, el 36% tenían antecedentes de trastornos psiquiátricos no psicóticos, no depresivos; el 33% de retraso mental, y el 17% no tenía antecedentes de enfermedad mental. El 40% no había intentado antes suicidarse. El método más comúnmente utilizado (63%) había sido la ingestión de psicofármacos.

En 1981 se realizó un estudio en La Habana para determinar la influencia ejercida por el tratamiento empleado, en la evolución de 76 casos de urgencias. Los pacientes fueron distribuidos al azar en dos grupos homogéneos. Uno fue atendido en la UIC y el otro de la manera tradicional (30). Se tra-

taba de un grupo predominantemente joven (75% entre 16 y 35 años de edad) femenino (66%), soltero (45%), de escolaridad secundaria (70%) y trabajador (52%), con más de un año de evolución mórbida. La mayoría (60%) no había tenido contacto psiquiátrico previo y solicitó ayuda espontáneamente.

El 82% de ellos presentaban síndromes de ansiedad, hipercinesia, estrechamiento del campo de conciencia o ideas delirantes paranoides. En el 58% de los casos se diagnosticaron estados neuróticos de ansiedad, en el 36% histeria y ansiedad y en el 26% trastornos de la personalidad. Los intentos o deseos de suicidio y la excitación motivaron la consulta urgente del 37 y 17%, respectivamente.

No se registró ninguna asociación significativa entre la evolución de la enfermedad y el tipo de tratamiento (administrado por cinco semanas). Alcanzaron la categoría de "mejorados" el 66%, pero el proceso fue mucho más rápido en el grupo de pacientes atendidos en la UIC. Este resultado hace pensar que la UIC no solo mejora los indicadores asistenciales hospitalarios sino que lo logra con la misma eficacia que el método tradicional (21).

En 1981 se hizo un seguimiento en La Habana de 124 pacientes del área de captación del Hospital "10 de Octubre" egresados de la UIC tres años antes. De los 68 que fue posible someter a encuesta, solo 4 habían tenido que reingresar en la UIC. Cinco habían sido admitidos a hospitales de día y 17 a salas. De estos 26 reingresos, 12 son esquizofrénicos y 7 psicóticos (4 afectivos y 3 orgánicos). Se mantenía bajo tratamiento en policlínicas al 72% del total sometido a encuesta (93% de los esquizofrénicos y psicóticos afectivos) (31).

Las ventajas económicas del tratamiento intensivo fueron analizadas comparando la UIC y la sala de casos ag-

dos del servicio de psiquiatría del Hospital "10 de Octubre" en función de: los recursos materiales y humanos, los costos día-paciente y día-cama; el promedio de estancia, el índice de ocupación y el de rotación de camas, y las patologías tratadas, durante un trimestre (32). Según los resultados obtenidos, el equipo de UIC ingresó, trató y egresó más casos que los cinco equipos de área en las salas de casos agudos.

Pese a que los gastos día-paciente, día-cama, por medicamentos y otros tratamientos empleados son tres veces más caros en las UIC, el alto índice de rotación de camas y elevado número de pacientes atendidos justifica su mantenimiento.

## CONCLUSIONES

La experiencia de Cuba en los últimos 10 años demuestra que es posible mejorar cuantitativa y cualitativamente los servicios psiquiátricos a la población, sin tener que incurrir en grandes inversiones, mediante las modificaciones planteadas del subsistema de atención a las urgencias y la distribución racional de recursos. La UIC permite el tratamiento especializado de un número mayor de casos, sin necesidad de incrementar los recursos de manera sensible. Los indicadores asistenciales se modifican ya que se atienden muchos casos que pueden y deben ser tratados en un período breve. Se evita la hospitalización innecesaria y las salas pueden reservarse para los enfermos de peor pronóstico y evolución más lenta.

Cabe subrayar la necesidad del enfoque intensivo por ser la depre-

sión, el riesgo de suicidio, la agresividad y otros trastornos de conducta, motivos de ingreso frecuentes. La intervención intensiva sobre los factores biológicos y sociales característicos de cada caso en el momento más agudo de la historia natural de una enfermedad permite reducir el período de estancia hospitalaria o evitarlo del todo. Otra ventaja es que se gana tiempo en los casos cuya gravedad exige un tratamiento de mayor duración y complejidad, mediante la detección precoz, el diagnóstico preciso y la pronta determinación de la conducta terapéutica recomendable a mediano y largo plazos.

El tratamiento continuo que se brinda a los casos agudos mediante la estrecha interacción entre los equipos de las UIC y los de sus áreas de residencia garantiza la total reinserción social de los pacientes restablecidos, con el mínimo de problemas económicos, sociales o psicológicos. Para ello es imprescindible establecer una eficiente relación entre el policlínico de la comunidad y el hospital. Asimismo, la vinculación del equipo UIC con los equipos de área es imprescindible para garantizar la continuidad de atención a los casos.

La modificación de las actitudes del personal médico y paramédico en relación con la hospitalización y el tratamiento de casos de urgencias psiquiátricas contribuye a prevenir la cronicidad de graves desajustes individuales y familiares. Promueve además en los pacientes y sus familiares una nueva visión de sus problemas y una mejor actitud para enfrentarlos.

Es importante destacar la posibilidad docente que la unidad ofrece, dada la diversidad de trastornos que se atienden y las investigaciones que sugieren tan ricas experiencias. La extensa gama de situaciones y diagnósticos que constituyen el criterio de ingresos a las UIC y las características del tratamiento empleado estimulan el interés por la in-

vestigación y la docencia entre los alumnos, internos, residentes y especialistas, así como en enfermeras, trabajadores sociales y personal auxiliar.

## RESUMEN

El tratamiento intensivo en unidades especiales de pacientes en estado agudo se ha extendido en época reciente a los casos de crisis o urgencias psiquiátricas. En el artículo se reseña la evolución de las tendencias en ese campo, particularmente la prevención primaria y la atención comunitaria en psiquiatría y salud mental. Se expone la experiencia de Cuba al respecto, antes y después del establecimiento en 1959 del Sistema Nacional de Salud y, en 1976, de la primera Unidad de Intervención de Crisis (UIC) en el Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre", institución municipal docente de La Habana. El autor hace hincapié en la necesidad de asistencia inmediata al paciente con trastornos mentales, especialmente los propensos al suicidio y en los objetivos y responsabilidades de todos los miembros del equipo hospitalario de guardia. Se pone énfasis asimismo en la vinculación del hospital con los centros de asistencia de primer nivel, para garantizar el tratamiento continuo y seguimiento de casos. La información recogida de varios estudios evaluativos detalla el número y las características de los pacientes que acudieron a las UIC; causas, diagnósticos y tratamientos más frecuentes; estancias promedio de hospitalizaciones; seguimiento de los casos, y modificaciones observadas en los indicadores asistenciales.

Se concluye que las unidades reportan ventajas que justifican su mantenimiento: tratamiento de mayor número de casos sin un aumento sensible de recursos; detección e intervención precoces que reducen o evitan el período de estancia; prevención de cronicidad; reinserción social más rápida de los pacientes; garantía del seguimiento, y oportunidades de docencia e investigación. □

## REFERENCIAS

- 1 Roemer, M. I. Organized programs of medical care. In: Last, J. M. ed. *Maxcy Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, 11a. ed. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980, pp. 1634-1700.
- 2 Zusman, J. Prevención primaria. Prevención secundaria. In: Freedman, A. M., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. eds. *Tratado de Psiquiatría*. La Habana, Ministerio de Cultura, Editorial Científico-Técnica, 1983, pp. 2577-2586.
- 3 Langsley, D. G. y Yarvis, R. M. Evaluation of crisis intervention. *Curr Psychiatr Ther* 15:247-252, 1975.
- 4 Brook, B. D. Crisis hostel: An alternative to psychiatric hospitalization for emergency patients. *Hosp Community Psychiatry* 24(9):489-491, 1973.
- 5 Baldwin, B. A., Liptzin, M. B. y Goldstein, B. B. Youth services: A multifaceted community approach to drug abuse. *Hosp Community Psychiatry* 24(10):695-697, 1973.
- 6 Voltolina, E. J., Moskowitz, M. M. y Kammerer, W. G. Adaptation of crisis intervention groups to Navy outpatients psychiatric clinic population. *Milit Med* 136(6):546-548, 1971.
- 7 Lindenberg, R. E. The need for crisis intervention in hospitals. *Hospitals* 46(1):52-55, 1972.
- 8 Smitson, W. S. Focus on service. *Ment Hyg* 56(4):22-24, 1972.
- 9 Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psych* 101:141, 1944.
- 10 Glass, A. J. Principles of combat psychiatry. *Milit Med* 117(1):27-33, 1955.

- 11 Tompkins, H. J. Korean veterans with psychiatric disabilities. *Milit Med* 117(1):34-39, 1955.
- 12 Caplan, G. Types of mental health consultation. *Am J Orthopsychiatry* 33:470, 1963.
- 13 Vonbrauchitsch, H. y Mueller, K. The impact of a walk-in clinic on a general hospital psychiatric service. *Hosp Community Psychiatry* 24(7):476-479, 1973.
- 14 Elem, C. M. y Cotler, S. Crisis phone services: Evaluation of a hotline program. *Am J Community Psychol* 1(3):219-227, 1973.
- 15 National Institute of Mental Health. *Volunteers in Community Mental Health*. Rockville, Maryland, 1972.
- 16 Holding, T. A. The B.B.C. "Befrienders" series and its effects. *Br J Psychiatry* 124:470-472, 1974.
- 17 Zemek, P. y Drdkova, S. Telephone aid for the large city population. Its relation to primary psychiatric aid and its significance in suicide prevention. I. Historical development. *Cesk Psychiatr* 71(1):53-58, 1975.
- 18 Avrutskii, G. *Nieotlochnaia Pomoch v Psijiiatrii*. Moscú, Editora Meditsina, 1979.
- 19 Barrientos, G. Situación actual y perspectivas de la salud mental en Cuba. In: *Memorias del IX Congreso de la APAL*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1981, pp. 70-79.
- 20 Gutiérrez, J. A. Discurso de apertura. In: *Memorias del IX Congreso de la APAL*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1981, pp. 1-4.
- 21 Murias, F. J. Unidad de intervención en crisis; hospitalización breve y tratamiento intensivo de las urgencias psiquiátricas. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. La Habana, Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "10 de Octubre", 1976.
- 22 Caplan, G. *Principles of Preventive Psychiatry*. Nueva York, Basic Books, 1964.
- 23 Baldwin, B. A. A paradigm for the classification of emotional crisis. *Am J Orthopsychiatry* 48(3):538-551, 1978.
- 24 Brandon, S. Crisis theory and possibilities of therapeutic intervention. *Br J Psychiatry* 117:627-633, 1970.
- 25 Murias, F. J. Unidad de intervención en crisis; resumen estadístico de un año de trabajo. *Rev Cub Adm Salud* 4(1):87-95, 1978.
- 26 Sardiñas, J. A. Unidad de intervención en crisis; experiencia de nueve meses de trabajo. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Camagüey, Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Comandante René Vallejo Ortiz", 1979.
- 27 Salazar, O. Unidad de intervención en crisis. Síntomas y tratamiento de la neurosis en la urgencia psiquiátrica. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. La Habana, Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "10 de Octubre", 1978.
- 28 de la Rosa, A. M. Estudio de grupos diagnosticados con respecto a la incidencia de intentos e ideas suicidas y su manejo en una unidad de intervención en crisis. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. La Habana, Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "10 de Octubre", 1978.
- 29 Noy, R. Unidad de intervención en crisis: el intento suicida como causa de ingreso. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Camagüey, Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Comandante René Vallejo Ortiz", 1979.
- 30 Pérez, E. Estudio de la evolución a corto plazo de un grupo de urgencias psiquiátricas. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. La Habana, Hospital General Docente "Enrique Cabrera", 1981.
- 31 Romaguera, D. Devenir de los pacientes ingresados en la unidad de intervención en crisis en el primer semestre de 1977. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. La Habana, Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "10 de Octubre", 1981.
- 32 Picó, J. Costeabilidad de la urgencia psiquiátrica. Tesis de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. La Habana, Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "10 de Octubre", 1979.



# SUMMARY

## INTENSIVE PSYCHIATRIC CARE UNITS. THEIR DEVELOPMENT IN CUBA

The intensive treatment of acute patients in special units has been recently extended to cases of psychiatric crisis and emergency. The article reviews the evolution of trends in this field, particularly primary prevention and community care in psychiatry and mental health. It describes Cuba's experience before and after the establishment of the National Health System in 1959 and of the first Crisis Control Unit (Unidad de Intervención de Crisis, or UIC) in the 10 de Octubre Clinical Surgery Hospital, a municipal teaching institution in Havana, in 1976. The author stresses the need for immediate care of patients with mental disorders, particularly those who are suicidal, and the functions and responsibilities of all the members of the hospital standby team. There is also emphasis on the connection between the hospital and the first-level care centers in order to ensure continuity of treatment and case follow-up. The detailed numbers and characteristics of the patients who presented to the UICs, the most frequent causes, diagnoses and treatments, the average lengths of stay, monitoring of cases, and observed changes in care indicators are presented from different evaluation studies. It is concluded that the units offer advantages that make them worth keeping: treatment of more cases without appreciably increased resources, early detection and intervention which shorten or obviate the hospital stay, prevention of chronicity, more rapid social rehabilitation of patients, assured monitoring, and opportunities for teaching and research.

# RESUMO

## UNIDADES DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO INTENSIVO. SEU DESENVOLVIMENTO EM CUBA

Recentemente o tratamento intensivo em unidades especiais de pacientes em estado grave estendeu-se aos casos de crise ou urgência psiquiátrica. Esse artigo examina a evolução das tendências nesse campo, particularmente a prevenção primária e o atendimento comunitário em psiquiatria e saúde mental. Expõe-se a experiência de Cuba nesse campo, antes e depois do estabelecimento em 1959 do Sistema Nacional de Saúde e, em 1976, da primeira Unidade de Intervenção de Crise (UIC) no Hospital Clínico-Cirúrgico "10 de Octubre", instituição municipal docente de Havana. O autor insiste na necessidade de assistência imediata ao paciente com distúrbios mentais, especialmente os propensos ao suicídio, e nos objetivos e responsabilidades de todos os membros da equipe hospitalar de plantão. Enfatiza-se a vinculação do hospital com os centros de assistência de primeiro nível, para garantir o tratamento contínuo e acompanhamento de casos. A informação recolhida de vários estudos de avaliação discrimina o número e as características dos pacientes que recorreram às UIC, causas, diagnósticos e tratamentos mais frequentes, duração média das hospitalizações, acompanhamento dos casos e modificações observadas nos indicadores assistenciais. Conclui-se que as unidades apresentam vantagens que justificam sua manutenção: tratamento de maior número de casos sem um aumento sensível de recursos; detecção e intervenção precoce que reduzem ou evitam o período de estadia; prevenção da cronicidade; reintegração social mais rápida dos pacientes; garantia do acompanhamento; e oportunidades de docência e pesquisa.

# RÉSUMÉ

## UNITÉS DE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE INTENSIF. LEUR DÉVELOPPEMENT À CUBA

Le traitement intensif dans des services spéciaux de patients en état grave s'est étendu récemment aux cas de crise ou d'urgence psychiatrique. Cet article décrit l'évolution des tendances dans ce domaine, en particulier de la prévention primaire et des soins communautaires de psychiatrie et de santé mentale. Il décrit l'expérience de Cuba à cet égard, avant et après l'établissement, en 1959, du système national de santé et, en 1976, de la première unité d'intervention en cas de crise de l'hôpital clinico-chirurgical "10 de octubre", établissement municipal de

formation de la Havane. L'auteur insiste sur la nécessité d'une assistance immédiate au patient atteint de troubles mentaux, en particulier à ceux qui sont prédisposés au suicide, et sur les objectifs et responsabilités de tous les membres de l'équipe hospitalière de garde. Il met également l'accent sur le lien entre l'hôpital et les centres d'assistance du premier niveau, pour garantir le traitement continu et le suivi des malades. L'information recueillie dans diverses études d'évaluation indique le nombre et les caractéristiques des patients traités par les unités d'intervention en cas de crise; les causes, diagnostics et traitements les plus fréquents; les durées moyennes d'hospitalisation; le suivi des malades et les modifications observées dans les indicateurs d'assistance. Il conclut que les unités présentent des avantages qui justifient leur maintien: traitement d'un plus grand nombre de cas sans augmentation sensible des ressources utilisées; dépistage et intervention précoces réduisant la durée du séjour ou l'évitant; prévention de la chronicité; réinsertion sociale plus rapide des patients; garantie du suivi, et possibilités de formation et de recherche.