

Ingreso psiquiátrico muy breve

Características en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)

Brief Psychiatric Admission

Carlos HEIMANN NAVARRA (*); Luis LOPEZ LOSADA (**);
Juan PRETEL PIQUERAS (*) y José VILAR COMPANYY (**)

RESUMEN

Se estudia retrospectivamente las características de 62 ingresos que fueron dados de alta al primer o segundo día tras la admisión.

Características frecuentes son: desacuerdo con la indicación de ingreso, conductas hetero y autoagresivas, predominio de niveles de adaptación psicosocial bajos, hospitalismo, contacto dilatado o inexistente con servicios asistenciales comunitarios, relativamente escasa intervención profesional en la fase previa al ingreso, ingreso voluntario y diagnóstico de neurosis y trastorno de personalidad.

Ingresos breves de indicación clara se caracterizan por mayor presencia de conductas agresivas, ingreso involuntario por urgencia y remisión de los síntomas al final de la hospitalización.

Casos de ingreso breve considerados sin indicación clínica de ingreso presentan como características frecuentes: ser enviado por el juez, ingresar de forma voluntaria, diagnósticos de trastorno de personalidad y neurosis, y escasa remisión de los síntomas.

Se comentan las implicaciones de estos hallazgos respecto al sistema asistencial funcionante.

ABSTRACT

Characteristics of 62 hospital admissions who were discharged at the first or second day are studied.

Disagreement with admission indication, auto and hetero-aggressive behaviour as cause of admission, predominance of low psychosocial adaptation levels, hospitalism, dilated or in-existent contact with community mental health services, relatively low professional intervention in the previous phase of admission were frequent observations.

Brief admissions considered as having a clinical indication show higher prevalence of aggressive behaviour, involuntary emergency-admission and symptom remission at the end of stay.

Cases considered without clinical indication for admission are frequently sent by a judge, enter voluntarily, have personality disorders and neurosis, and poor symptom remission.

INTRODUCCION

Se recurre a la hospitalización psiquiátrica cuando no hay medios para controlar ambulatoriamente los riesgos generados por un trastorno mental o para dar un tratamiento que no puede administrarse fuera del hospital. Este beneficio puede suponer, aún en el caso de una estancia no prolongada, un coste para el paciente: experiencias coercitivas y regresivas, rotura del vínculo terapéutico, disminución de la autoestima, rechazo social. Ingresos en hospitales psiquiátricos y primeros ingresos suponen una mayor vulnerabilidad a estos efectos.

(*) Médico Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

(**) Médico Residente de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

AGRADECIMIENTO.—A Isabel Montero Piñar por sus valoraciones críticas y sugerencias realizadas.

Parte de los trabajos que se han realizado en torno a la hospitalización psiquiátrica, se han centrado en el estudio de los factores que determinan un ingreso y su duración.

Los resultados de los estudios realizados no han sido unánimes e incluso a veces han sido contradictorios; entre los factores decisivos se ha citado la presencia de determinados síntomas y síndromes, la severidad de la psicopatología y la peligrosidad (1, 2), el nivel de adaptación psicosocial medido en el eje V (1), funcionamiento adaptativo actual y grado de pérdida en el nivel de adaptación (en lugar del nivel óptimo de adaptación en el último año, que utiliza la DSM-III) (2), factores extraclínicos, como disponibilidad de recursos, soporte social (3), la actitud de los acompañantes (4, 5). SCHWARTZ sale al paso de afirmaciones de subjetividad del clínico en la valoración de ingreso y halla que sus valoraciones de la peligrosidad son objetivas y que sus decisiones están influidas por datos significativos más que por factores interpersonales (6). ASPLER observa que el clínico se adapta a las limitaciones de las circunstancias de decisión (poco tiempo y falta de información sobre el paciente) utilizando una pequeña cantidad de información significativa (7).

La adopción de modelos asistenciales basados en la psiquiatría comunitaria ha cambiado la "correlación de presiones" que soportan pacientes, familiares, comunidad y profesionales de salud mental, y ha producido la aparición de fenómenos asistenciales nuevos. Como consecuencia del movimiento desinstitucionalizador se describe el "síndrome de la puerta giratoria" o la afluencia continua a servicios de urgencia de pacientes crónicos en busca de hospitalización.

PALABRAS CLAVE

Hospitalización psiquiátrica. Hospitalización breve. Psiquiatría comunitaria. Asistencia en salud mental.

KEY WORDS

Psychiatric admission. Brief admission. Community mental health. Mental health care.

Se observa que, como consecuencia del esfuerzo de evitar ingresos o de abreviarlos, existe una proporción de admisiones en unidades de corta estancia que es dada de alta el primer o segundo día de ser visitados.

La existencia de este tipo de ingresos breves plantea cuestiones como su significado y consecuencias para pacientes y sistema asistencial.

Nos proponemos, con este trabajo, estudiar la frecuencia del fenómeno, los factores asociados al mismo e intentar ver qué papel cumple este tipo de ingreso dentro del sistema asistencial funcionante. Para ello se estudian aquellos ingresos de duración breve que fueron dados de alta al primer o segundo día hábil a partir del ingreso, siendo el motivo del alta clínico.

SISTEMA ASISTENCIAL

La legislación española determina que todo ingreso involuntario sea mediado por la autoridad judicial. Se contempla tres tipos de ingreso involuntario: 1) orden judicial: es el juez quien ordena el ingreso, y el alta; 2) autorización judicial: el paciente es visitado primero por el juez, quien autoriza el ingreso, siendo el médico quien toma la decisión, y 3) ingreso por urgencia: en el caso de que el estado del paciente aconseje dar prioridad a la exploración médica sobre la realización de trámites judiciales, y es el médico quien decide el ingreso, la autorización judicial se tramita posteriormente.

Las hospitalizaciones psiquiátricas de corta estancia en el sistema asistencial público de la provincia de Valencia se realiza en dos lugares: en el Hospital Psiquiátrico de Bétera y en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia. En el Hospital Psiquiátrico hay dos unidades de admisión de psiquiatría general, con capacidad para 21 camas cada una, y una unidad de desintoxicación de alcohólicos y toxicómanos. Hay una red de asistencia psiquiátrica sectorizada en relación directa con el Hospital Psiquiátrico. El Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico tiene actualmente capacidad para nueve camas (durante el período que abarca el estudio su número ha oscilado, debido a un incendio que inutilizó parte del Hospital), tiene una consulta externa y funciona con independencia de la sectorización.

El modelo asistencial, tanto en los sectores como en el Hospital Psiquiátrico está basado en la psiquiatría comunitaria; se intenta prevenir el ingreso hospitalario, recurriendo al mismo tras haber agotado las posibilidades de abordaje de la crisis en la comunidad. La decisión final sobre el ingreso es competencia del médico de guardia, aunque se suele considerar el criterio del equipo asistencial que conoce al paciente. Tan pronto la situación del paciente sea controlable fuera del hospital, se le concede el alta. Esta decisión suele ser consensuada con el equipo comunitario, pero, en último término, prevalece el criterio del "staff" de la unidad de admisión.

La media de estancias, en el caso de la unidad donde se realiza el estudio, es de 15,2 días. El área geográfica a la que corresponde esa unidad tiene 1.053.801 habitantes. En el período en que se realiza el estudio, hubo 383 admisiones. En esa área geográfica, la tasa de ingresos en Hospital Psiquiátrico por 100.000 habitantes es de 36,3, durante el período del estudio.

MATERIAL Y METODO

Se examinan retrospectivamente las historias de los ingresos breves de una de las unidades de corta estancia del Hospital Psiquiátrico Provincial producidos en un año (1 de octubre de 1986 hasta 30 de septiembre de 1987). Aplicamos el término "ingreso breve" a aquellos de menos de 48 horas de duración, o de duración mayor, pero que sólo hayan estado en contacto con el "staff" de la unidad de admisión dos días o menos; así sólo se contabilizaron los días hábiles.

De cada historia se recoge información sobre el ingreso (motivo, presencia de intoxicación alcohólica, acierto de su indicación, motivo en el caso de indicaciones dudosas, tipo, quién lo remite, cómo llega al hospital, tiempo transcurrido desde la última visita por parte del equipo comunitario), alta (motivo, remisión de los síntomas que motivaron el ingreso), diagnósticos y nivel de adaptación psicosocial en el último año (eje V de la DSM-III).

Nos interesa conocer el grupo formado por ingresos breves en los que el alta se dio por finalización de la indicación clínica de ingreso, dejando fuera los casos en que el alta se produjo por fuga, trasladados a otro hospital o fallecimiento.

Se analizan los resultados en función de sexo, tipo de ingreso (voluntario, urgente, orden judicial), y claridad de la indicación del ingreso, para este último punto se compararon dos subgrupos: uno, con los casos de indicación clara y el otro, con los que fueron dados de alta debido a la falta de indicación clínica de ingreso.

La valoración del acierto en la indicación clínica de ingreso se hace a partir de lo expresado por el médico de la unidad de admisión que atendía al paciente.

En el examen estadístico se utiliza la prueba paramétrica de comparación de proporciones y el test de Fisher, y la

prueba de J_i^2 para la comparación de distribuciones; con un límite de significación del 5 por 100.

contacto con la asistencia psiquiátrica. Tres de ellos fueron dados de alta por considerarse no indicado su ingreso.

RESULTADOS

1. Datos generales (Tabla 1)

En el período que abarca el estudio hubo en la unidad de admisión 383 ingresos. De éstos, 89 (23 por 100) cumplen los criterios de ingreso breve. Para seleccionar los casos que fueron dados de alta por indicación clínica se descartan 27: 14 fugas, 12 trasladados a otro hospital, y un fallecimiento. La muestra sobre la que realizamos el estudio está compuesta, pues, de 62 casos (16 por 100 de las admisiones).

No hay diferencias entre la muestra de ingresos breves (que denominaremos IB) y el resto de población que ingresó en el mismo período (NO-IB) en cuanto a sexo y edad.

Para 11 pacientes (18 por 100 de los casos) el ingreso representa el primer

Tabla 1

Datos generales

	IB		NO-IB	
EDAD: Media	34		37	
D.S.	11		13	
SEXO: Hombres . .	40	65 %	215	67 %
Mujeres . .	22	35 %	106	33 %

2. Motivo principal de ingreso (Tabla 2)

Los más frecuentes son, por un lado, la conducta agresiva o amenazante (27 por 100) y las conductas suicidas o parasuicidas (27 por 100), seguida de la conducta desordenada no hetero o auto-agresiva (24 por 100).

Conductas agresivas o amenazantes son más frecuentes en hombres (37

Tabla 2

Motivo principal del ingreso

	TOTAL n=62	SEXO		TIPO			INDICACION	
		HOM n=40	MUJ n=22	VOL n=32	URG n=23	JUD n=7	CLARA n=20	NO HAY n=25
Agresiones físicas a familia	6	6	0	3	2	1	2	2
Agresiones físicas en general	6	4	2	0	6	0**	5	0*
Amenazas	5	5	0	2	2	1	1	3
Conducta suicida manipulativa	7	5	2	5	2	0	0	4
Conducta suicida seria	2	0	2	0	2	0	1	0
Conducta suicida de incierta seriedad	8	4	4	4	3	1	2	2
Protección del paciente frente a un medio hostil	1	0	1	0	1	0	0	1
Conducta desordenada no hetero o autoagresiva	15	7	8	8	5	2	8	6
Desamparo, sin cuidados elementales	3	2	1	3	0	0	0	2
Otros	9	7	2	7	0	2	1	5

(*) Diferencia significativa $P < 0,05$.

(**) Diferencia significativa $P < 0,01$.

HOM (Hombres); MUJ (Mujeres); VOL (Ingreso voluntario); URG (Ingreso por urgencia); JUD (Orden o autorización judicial de ingreso).

por 100) que en mujeres (9 por 100) ($P = 0,014$), y más frecuentes también en ingresos judiciales o urgentes (40 por 100) que en los voluntarios (15 por 100) ($P = 0,035$). Hombres y mujeres no muestran diferencias significativas en cuanto al tipo de ingreso. El subgrupo con indicación clara muestra más conductas agresivas (35 por 100) que el subgrupo sin indicación clara (8 por 100), como motivo de ingreso (DS, $P = 0,03$).

3. Intoxicación etílica

Intensa en seis casos (10 por 100), leve en cuatro (6 por 100). No se observan diferencias en función de las variables sexo, indicación o tipo de ingreso.

4. Tipo de ingreso (Tabla 3 y Figura 1)

En la muestra de los ingresos breves, siete son judiciales (11 por 100), 32 voluntarios (52 por 100) y 23 son ingresos involuntarios que ingresan por urgencia (37 por 100).

En el resto de la población (no-in-

Tabla 3

Tipo de ingreso

	IB		NO-IB	
	N.º	(%)	N.º	(%)
Voluntario	32	52	105	33
Urgente	23	37	157	49
Judicial.....	7	11	59	18

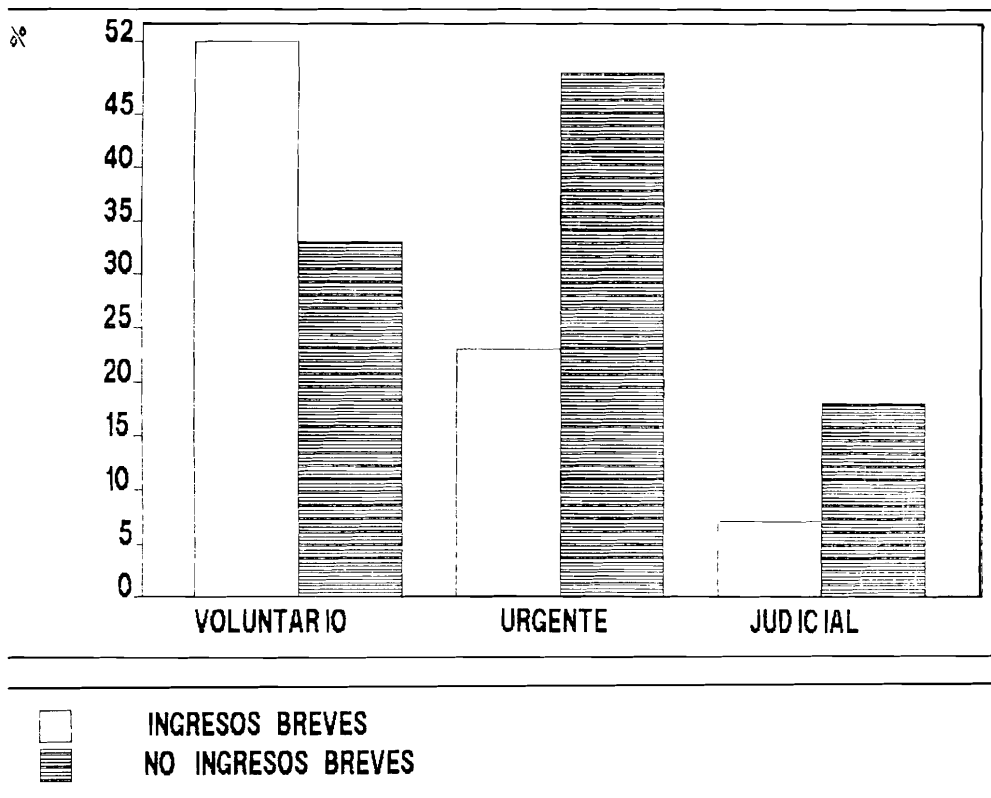


Fig. 1.—Tipo de ingreso

gresos breves), 59 (18 por 100) son judiciales, 105 (33 por 100) voluntarios y 157 (49 por 100) urgentes.

La distribución de ambos grupos difiere significativamente ($Ji^2 = 8,24$; $GI = 2$; $P = 0,016$). La diferencia de las proporciones de judiciales y urgentes en ambos grupos no llega a ser significativa, sí lo es el predominio de voluntarios entre los ingresos breves ($P < 0,01$).

5. Indicación del ingreso (Tabla 4)

La indicación clínica de ingreso es clara en 20 casos (32 por 100), dudosa en 17 (27 por 100) e inexistente en 25 (40 por 100), siendo en estos casos éste el motivo de alta.

La distribución del acierto en la indicación clínica del ingreso en función del tipo (voluntario, urgente o judicial) muestra diferencias significativas ($Ji^2 = 12,9$; $GI = 2$; $P = 0,0115$).

Las comparaciones en función del tipo de ingreso muestran que las admi-

siones por urgencia tienen mayor proporción de indicación clara que los voluntarios ($P = 0,009$), éstos, a su vez, mayor que los judiciales ($P = 0,0002$), y éstos en ningún caso son considerados de indicación clara. También en los ingresos urgentes es menor la proporción de alta por falta de indicación clínica de ingreso que los otros grupos. Voluntarios y judiciales muestran una distribución similar respecto a la indicación clara, dudosa o inexistente de ingreso ($Ji^2 = 2,02$; $GI = 2$; $P = 0,36$).

Al comparar los grupos indicación clara e indicación inexistente, observamos que en este último grupo hay mayor proporción de voluntarios y judiciales ($P < 0,05$).

6. Motivos de admisión de indicación no clara

42 casos no tienen una indicación clara de ingreso; si acaban ingresando es para observación (36 por 100), por

Tabla 4

Tipo de ingreso e indicación clínica

	TOTAL n=62		TIPO DE INGRESO					
			VOL n=32		URG n=23		JUD n=7	
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)
Clara	20	32	7	22	13	57	—	—
No existe	25	40	16	50	4	17	5	72
Dudosa	17	28	9	28	6	26	2	28

INDICACION DEL INGRESO

	CLARA n=20		NO EXISTE n=25		
	N.º	(%)	N.º	(%)	
Por urgencia	13	65	4	16	DS P=0,043
Autorización judicial	0	—	5	20	DS P=0,001
Voluntario	7	35	16	64	DS P=0,05

DS (Diferencia significativa).

presiones de familiares o paciente (26 por 100), por intervención del sistema judicial (16 por 100), por amenazas de auto o heteroagresión (12 por 100).

7. Otras características de la admisión

En la Tabla 5 se muestra quién remite a los pacientes. El grupo de indicación inexistente tiene mayor proporción de ingresos judiciales y por iniciativa familiar o propia; en cambio, no hay diferencias en función de que lo haya enviado el CSM del área, o el psiquiatra de guardia del Hospital Clínico.

Los medios más frecuentes por los que el paciente llega al hospital son: familiares o conocidos (34 por 100) y la policía (23 por 100). La intervención

policial es más frecuente en hombres (32 por 100) que en mujeres (4 por 100) ($P = 0,009$).

El equipo de salud mental del área ha intervenido en las últimas 48 horas en 13 casos (21 por 100), y en 20 (32 por 100) el paciente nunca ha estado en contacto con la asistencia psiquiátrica comunitaria. La distribución de este factor en los grupos de indicación clara e indicación clínica de ingreso inexistente no muestra diferencias significativas.

8. Alta

La Tabla 6 muestra la remisión de los síntomas que motivaron el ingreso. En el grupo de indicación clara éstos remiten en una proporción mayor.

Tabla 5
Quien lo envía

	TOTAL n=62		CLARA n=20		NO EXISTE n=25		
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	
Centro de salud mental del área ...	10	16	5	25	4	16	
Médico de cabecera de la S. S.	2	3	—	—	1	4	
Neuropsiquiatra de la S. S.	—	—	—	—	—	—	
Hospital Clínico	19	31	8	40	5	20	
Otro hospital	5	8	4	20	1	4	
Juez	7	11	—	—	5	20	DS P=0,04
Iniciativa familiar o propia	17	27	2	10	9	36	DS P=0,04
Otros	2	3	1	5	—	—	

Tabla 6
Remisión de la sintomatología que motivó el ingreso

	TOTAL n=62		CLARA n=20		NO EXISTE n=25		
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	
Ninguna	16	26	3	15	11	44	P=0,037
Parcial	28	45	6	30	11	44	
Total	18	29	11	55	3	12	P=0,0026
$Ji^2=10,1; G1=2; P=0,006$							

Tabla 7
Diagnósticos

	TOTAL n=383		ING. BREVE n=62		NO ING. BREVE n=321		INDICACION			
							CLARA		NO EXISTE	
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)
Trastornos orgánicos	31	8	10	16	21	6	3	15	—	—
Esquizofrenia, trastornos paranoides	163	42	18	29	145	45*	10	50	6	24
Psicosis afectivas	42	11	2	3	40	12	—	—	—	—
Otras psicosis	43	11	1	1	42	13*	—	—	1	—
Neurosis, trastornos personalidad	56	14	20	32	36	11**	2	10	13	52***
T. uso de sustancias	8	2	—	—	8	2	—	—	—	—
Otros	40	10	11	17	29	9	5	25	5	20
$J^2=40,2; G1=6; P<0,0001$										

(*) Diferencia significativa $P < 0,02$. (**) Diferencia significativa $P < 0,001$ (***) Diferencia significativa $P < 0,03$.

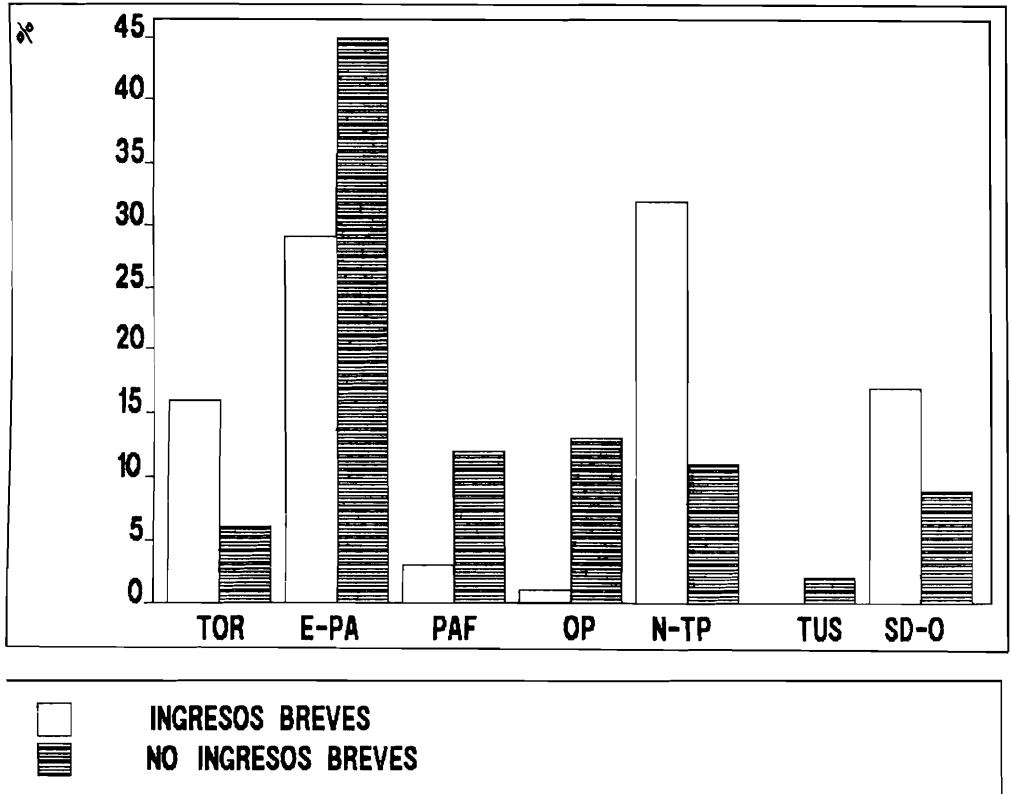


Fig. 2.—Diagnósticos

TOR (Trastorno mental orgánico). E-PA (Esquizofrenia y paranoia). PAF (Psicosis afectiva). OP (Otras psicosis). N-TP (Neurosis y trastorno de personalidad). TUS (Trastorno por uso de sustancias). SD-O (Sin diagnóstico y otros).

Los motivos del alta son: 40 por 100 por remisión de síntomas, y 40 por 100 por inexistencia de motivo de ingreso. En 15 casos (24 por 100) se valoró la existencia de hospitalismo en la decisión de alta.

9. Diagnóstico

(Tabla 7 y Figura 2)

La gráfica de la Figura 2 muestra la proporción de diagnóstico en la muestra de IB y en los restantes ingresos NO-IB. La distribución difiere significativamente. La comparación de diagnósticos individuales señala en los IB's una menor proporción de esquizofrenia y paranoia y también de otras psicosis (no esquizofrenia, no trastorno paranoide, no psicosis afectiva) y mayor proporción de neurosis y trastorno de personalidad.

El subgrupo que carece de indicación clínica tiene mayor proporción de neurosis y trastornos de personalidad.

El diagnóstico de neurosis tiene mayor prevalencia en mujeres (27 por 100 frente a 2 por 100) ($P = 0,0092$), y el de trastorno de personalidad en hombres (30 por 100 frente a 4 por 100) ($P = 0,016$).

Los diagnósticos en el eje V de la DSM-III (nivel óptimo de adaptación psicosocial en el último año) se muestran en la Tabla 8; hay un predominio de los niveles 5, 6 y 7 (mediocre, muy me-

diocre y alteración muy importante), sin variación en función de las variables tipo de ingreso, indicación o sexo.

CONCLUSIONES

La muestra presentada, compuesta por ingresos breves, presenta una serie de características frecuentes: 1) desacuerdo con la indicación de ingreso; 2) conductas hetero y autoagresivas como motivo de ingreso; 3) predominio de niveles de adaptación psicosocial bajos; 4) hospitalismo como factor de alta en una cuarta parte; 5) contacto dilatado o inexistente con servicios asistenciales comunitarios, y 6) relativamente escasa intervención profesional en la fase previa al ingreso.

Por otro lado, respecto a la población restante ingresada, los ingresos breves tienen más diagnósticos de trastornos de personalidad y neurosis, y mayor proporción de ingresos voluntarios.

Los ingresos de indicación clara se caracterizan por mayor presencia de conductas agresivas como motivo de admisión, ingreso involuntario por urgencia, remisión de los síntomas al final de la hospitalización. Por otra parte, ser enviado por el juez, ingresar de forma voluntaria, diagnósticos de trastornos de personalidad y neurosis, escasa remisión de los síntomas que motivaron el ingreso serían características del ingreso que no tiene indicación clínica. Finalmente, el haber sido enviado por el centro de salud mental del área o por el Hospital Clínico, o el diagnóstico del eje V no parecen ser características diferenciadoras en el acierto de la indicación clínica.

COMENTARIO

La frecuencia del ingreso breve, uno de cada seis admisiones, es suficiente como para ser tenida en cuenta. No

Tabla 8

Diagnóstico en el eje V del DSM-III

NIVEL	Número	(%)
1	1	2
2	—	—
3	3	5
4	8	13
5	16	26
6	13	21
7	7	11
Indeterminado	14	23

hemos hallado otros estudios similares. Suponemos que la tasa hallada estará en relación con variables asistenciales locales, sobre todo si consideramos la diferencia entre nuestra tasa de ingresos por 100.000 habitantes y año, que, aunque excluya a alcohólicos y toxicómanos, se aparta mucho de las tasas que se dan para el resto del Estado u otras naciones europeas (Tabla 9) (8).

Tabla 9

Admisiones en hospitales psiquiátricos en 1982 por 100.000 habitantes *

España	179
Italia	165
Portugal	131
Suecia	697
Inglaterra	259
Alemania Federal	449
Yugoslavia	141
Argelia	101
Marruecos	56
Turquía	23
Población del estudio	36

(*) "Mental health services in Europe: 10 years on". W.H.O. 1985 (8).

MEZZICH observa que neurosis y trastornos de personalidad están asociados a decisiones de no ingresar (2) y McRAE, que pacientes que solicitan ingresar y son rechazados están menos afectados en su funcionamiento cotidiano y tienen mejor contacto con la realidad (9). En nuestra serie predomina la afectación del funcionamiento cotidiano, a juzgar por los bajos niveles de adaptación medidos en el eje V de la DSM-III. Las otras características que describen estos autores son más frecuentes en los ingresos breves que en los restantes. Es de esperar que las condiciones asociadas a decisiones de no ingresar también se asocien a brevedad del ingreso cuando éste se produce.

La intoxicación etílica en el momento del ingreso no es especialmente frecuente; hay que matizar que, pacientes con alcoholismo y sin otra patología psiquiátrica mayor, no se encuentran en esta serie, porque ingresan en otra unidad.

Los ingresos breves sin indicación, están expuestos a los efectos negativos atribuidos a una hospitalización psiquiátrica, mencionados al principio; la brevedad del episodio asistencial puede suponer un beneficio por menor exposición a estos efectos, pero se plantea si el ingreso pudiera haber sido evitado.

Para el "staff" de la unidad de admisión estos ingresos breves suponen una sobrecarga asistencial, que no se beneficiaría tanto de la brevedad del episodio como el paciente, por cuanto son el momento de la admisión y del alta los que absorben más tiempo.

Hay más ingresos voluntarios entre los sin indicación clínica. En éstos las consecuencias negativas de la hospitalización psiquiátrica tendrán probablemente un efecto distinto que en los forzosos. Este puede consistir, sobre todo en los casos en que se valoró la existencia de un hospitalismo, en un refuerzo de actitudes agresivas y dependientes.

Ningún caso remitido por autoridad judicial y dado de alta al primer o segundo día tienen indicación clínica de ingreso clara. Que un caso venga remitido con autorización judicial no implica obligatoriedad de ingreso aunque parece que, en estos casos, las decisiones de admisión se hacen más conservadoras. En la valoración del error de no ingresar, además del riesgo de daño al paciente o a terceros, está el riesgo, para el propio clínico, de un litigio; ante esta posibilidad, si quien envía al paciente es un juez, puede ser que se tema que ese error tenga peores consecuencias.

Se refleja el desacuerdo entre clínicos en aquellos casos remitidos por el psiquiatra del Hospital Clínico o del área y dados de alta por considerarse que no existe motivo de admisión. El clínico recibe diferentes presiones en relación con los ingresos, que dependerán del lugar en que esté situado; esto probablemente tiene repercusión en el criterio de internamiento, y explicaría, al menos parcialmente, las discrepancias. En este sentido es significativo que no tenga influencia sobre el "acierto" —

criterio del "staff" de la unidad de admisión— el haber sido remitido por el Centro de Salud Mental del área.

Los ingresos breves con indicación clara corresponderían a episodios que, una vez alcanzado —aunque parcialmente— un control rápido sobre los síntomas, se continúan atendiendo ambulatoriamente. Estos casos suponen un funcionamiento: si no se ha conseguido evitar el ingreso, al menos, se abrevia su duración.

BIBLIOGRAFIA

(1) MEZZICH, J. E.; EVANCZUK, K. J.; MATHIAS, R. J.; COFFMAN, G. A.: *Symptoms and hospitalization decisions*. "Am. J. Psychiatry", 141, páginas 764-769. 1984.

(2) MEZZICH, J. E.; EVANCZUK, K. J.; MATHIAS, R. J.; COFFMAN, G. A.: *Admission decisions and multi-axial diagnosis*. "Arch. Gen. Psychiatry", 41, páginas 1.001-1.004. 1984.

(3) RICHMAN, A.; BOUTILIER, C.; HARRIS, P.: *The relevance of socio-demographic and resource factors in the use of acute psychiatric in-patient care in the Atlantic Provinces of Canada*. "Psychological Medicine", 14, págs. 175-182. 1984.

(4) HOLMES, W.; SOLOMON, P.: *Organizational and client influences on psychiatric admissions*. "Psychiatry", 44, págs. 201-209. 1981.

(5) ORTI VALLEJO, V.; SOLER VIÑOLO, M.: *La asis-*

tencia psiquiátrica: estudio estadístico descriptivo y operativo de dos años de ingresos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Granada. "Folia Neuropsiquiátrica", 19, págs. 76-83. 1984.

(6) SCHWARTZ, H. I.; APPELBAUM, P. S.; KAPLAN, R. D.: *Clinical judgments in the decision to commit*. "Arch. Gen. Psychiatry", 41, páginas 811-815. 1984.

(7) APSLER, R.; BASSUK, E.: *Differences among clinicians in the decision to admit*. "Arch. Gen. Psychiatry", 40, págs. 1.133-1.137. 1983.

(8) FREEMAN, H. L.; FRYERS, T.; HENDERSON, J. H.: *Mental Health Services in Europe: 10 years on W.H.O. Regional Office for Europe, 1985*. ("Public Health in Europe", núm. 25).

(9) McRAE, J.: *Seen but not admitted at the state Hospital*. "Psychosocial Rehabil. J.", 7, páginas 21-31. 1983.