



**acta
médica
peruana**

Vol II — No. 2 — JUNIO 1973

Emergencias psiquiátricas

OSCAR VALDIVIA PONCE*

RESUMEN.— *Con la intención de proporcionar a nuestra comunidad médica algunas pautas para resolver las emergencias psiquiátricas, que inesperadamente suelen sorprender en la práctica médica, precisamos el concepto de emergencia, sus características y sus elementos más importantes. Se da pautas para el estudio, diagnóstico y manejo terapéutico de las emergencias individuales y colectivas más frecuentes.*

SUMMARY.— *It is our the intention to give to our Medical Community some rules for resolving therapeutically the psychiatric emergencies. With this ention we try to define the emergency, its characteristics and the main elements. We give some rules for its study, the diagnostic and the therapeutic management in the individual and collective emergencies.*

Introducción.— Con el deseo de complementar los objetivos de la cátedra al rebasar los lindes de la docencia en la Universidad, intentamos, una vez más, llegar al pensamiento de nuestra comunidad médica con el conocimiento, la orientación y la

ayuda especializada en este gran problema de las emergencias psiquiátricas, muy común en medicina, que se hace evidente por lo dramático de su presentación y por las características trágicas en que muchas veces suelen terminar.

Concepto y Características.— Al igual que en otros campos de la medicina y en especial de la cirugía en que se presentan situaciones clínicas consideradas de emergencia por el peligro que representan para la vida del paciente, en la psiquiatría en general, y en las psicosis en especial, emergen situaciones críticas llamadas "emergencias psiquiátricas".

Emergencia significa de acuerdo a la Academia de la Lengua "acción de emerger", "ocurrencia", o "incidente" palabra que aplicada a la medicina, representa una situación crítica y difícil que se presenta generalmente, en forma súbita e inesperada, y en la que está de por medio, como lo más importante, la vida del paciente; y en el que está también y debe estarlo, como miembro indispensable de esta situación, el médico con su personalidad, con su experiencia, con el conocimiento clínico-terapéutico y con la firme decisión de enfrentar y resolver la situación, salvando la vida del paciente.

* Profesor Principal de Psiquiatría, Programa Académico de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos.

Aceptado para su publicación, 10 mayo 1973.

La emergencia en medicina y cirugía tiene, como características, su aparición súbita y el peligro de la vida del paciente; en cambio la emergencia en psiquiatría, que también es una situación súbita, crítica y difícil, tiene tres características importantes:

a.— La vida del paciente (como sucede en los intentos de suicidio, en el estado de pánico, etc.) y/o la vida de las personas que rodean al paciente (que pueden ser de la familia, de la sociedad, o la del propio médico) como ocurre en los casos de pacientes en estado de agitación agresiva.

b.— La conducta anormal e irracional del paciente que no sigue ni obedece los dictados de la lógica y la razón; y

c.— La forma súbita e intempestiva en que generalmente suele emerger o presentarse. Considerando el peligro de vida, la emergencia psiquiátrica representa comparativamente con sus similares médico-quirúrgicas, una situación de peligro muchísimo mayor, en la que se pone en juego la vida del paciente, la vida de otra u otras personas o la vida del paciente y del médico.

En el estudio de las emergencias es importante saber distinguir las médicas o psiquiátricas de otras situaciones parecidas que preferimos llamar pseudoemergencias o emergencias falsas, porque son, muchas veces, fácilmente confundidas por los familiares del paciente y aun por los médicos no avezados a estos quehaceres. Generalmente las pseudoemergencias son creadas por la angustia del paciente o de su familia que sobrevalora sus manifestaciones, confundiéndolas con una situación clínica de peligro y gravedad.

Muchos médicos solicitados con urgencia e insistencia a altas horas de la noche, para atender a un paciente supuesto grave, encuentran que el cuadro que lo aflige es meramente trivial.

Otras veces, las pseudoemergencias son producidas por la inexperiencia clínica de los médicos quienes califican la situación como emergencia, sin realmente serlo. Estas son denominadas por nosotros: emergencias yatrogénicas.

Elementos de la emergencia médica o psiquiátrica.— La emergencia médica o psiquiátrica es una situación dinámica y compleja; en ella se puede distinguir como elementos importantes los siguientes:

a.— El paciente con su cuadro clínico, que emerge en forma aguda e intensa poniendo en situación de alarma y en punto crítico su vida o la vida de los que lo rodean.

b.— El ambiente humano que circunda al enfermo y que está representado en el hospital por los enfermos, enfermeras, personal auxiliar, etc. y en la comunidad y el hogar, por los familiares, amigos o vecinos que también se movilizan con angustia y en emergencia, frente al cuadro psiquiátrico del paciente. El ambiente humano es el vehículo contagioso de la angustia y el temor que, en círculo vicioso, interacciona del paciente a la familia y viceversa.

c.— El ambiente físico en la situación hospitalaria o en el hogar con su comodidad o precariedad, con su riqueza o miseria, salubridad o insalubridad, seguridad o peligro, etc, puede o no facilitar y agudizar la emergencia hacia su fin (la vida del paciente o la vida de los demás).

d.— El médico, como elemento terapéuticamente necesario, con su personalidad, con su madurez o inmadurez, con su experiencia o inexperiencia clínica, con su inteligencia, con su capacidad y con su actitud, juega un rol básico en el éxito o fracaso de la solución de la emergencia. El médico maduro y experimentado, seguro de sí mismo, va a tranquilizar al paciente y a la familia, y sabrá diagnosticar con precisión el cuadro, escoger la terapéutica indicada y resolver así, la emergencia psiquiátrica.

METODO PARA DETERMINAR UNA EMERGENCIA PSIQUIATRICA

Hay métodos diversos para evaluar y resolver terapéuticamente una situación de emergencia, por ello el uso de un método de evaluación es necesario y útil para facilitar su estudio y actuar con precisión.

El método que proponemos, implica el estudio urgente, cuidadoso y analítico de los diversos elementos que constituyen la emergencia; los que pasamos a analizar sucesivamente:

1.— Estudio del paciente en su personalidad y en su cuadro clínico. Es la labor primordial del médico. En una situación de emergencia lo que primero enfrenta el médico es el cuadro clínico y después la personalidad. El cuadro clínico, que generalmente conlleva la personalidad en desorganización, es rico y florido por su sintomatología. Se sabe que primero es la persona que el cuadro clínico, y que éste es expresión de la persona en desintegración psicológica, por lo tanto, es el cuadro clínico el que tendremos que diagnosticar certeramente para proceder con eficacia. Una agitación psicomotriz aguda, un pánico paranoide, una depresión severa o una crisis de disociación

aguda, son cuadros floridos y dramáticos que crean angustia y temor en la familia y/o en los vecinos, quienes buscan al primer médico, especialista o no, en la situación emergente. De esto último se desprende la importancia de que estemos preparados para resolver estas situaciones. La agudeza y acuciosidad del examen que el médico pueda hacer del cuadro sintomático primero y después de la personalidad, si esto último es posible, son factores importantes para el diagnóstico certero y, consecuentemente, para la terapéutica de la situación de emergencia.

2.— El estudio del ambiente humano que rodea al paciente es indispensable, entre otras razones, por ser el que en una u otra forma determina o precipita la situación emergente. Nosotros sabemos que, de cualquier manera, la patología de la familia se drena por uno de sus miembros más frágiles. El ambiente humano está casi siempre directamente comprometido en la dinámica del cuadro y en la riqueza de los síntomas. Muchas veces la experiencia nos dice que basta la separación del paciente de su ambiente familiar para que el cuadro desaparezca. Los familiares o amigos, con su hostilidad, temores e inseguridades agravan al paciente y, por lo tanto, precipitan o determinan la emergencia. Es muy conocido, por los viejos clínicos, que la angustia familiar en las situaciones de emergencia es más difícil calmar que el cuadro mismo del paciente; de donde se desprende que es indispensable estudiar rápidamente el ambiente humano para determinar los focos negativos de angustia y hostilidad, y poder así amainar y tranquilizar su efervescencia consiguiendo que colaboren con las indicaciones terapéuticas.

3.— Estudio del ambiente físico en el que está hospitalizado o en el que vive el enfermo es imprescindible porque constituye el escenario en el que se da el drama o la tragedia emergente. El ambiente físico de su hogar en su situación, localización, arquitectura, orden o desorden, en su lujo o pobreza es el espejo que refleja las características de la personalidad y sus realizaciones, limitaciones o fracasos. Hay un dicho popular que dice: "Las cosas se parecen a sus dueños", y son estas cosas, las que constituyen su circunstancia física en la que el paciente vive; este habitat es el reflejo de lo que es, de lo que hace o de lo que ha llegado a ser. El médico en el estudio del ambiente físico, valorará rápidamente los peligros inminentes y potenciales que conlleva. Los instrumentos cortantes, armas de fuego u otros utensilios compactos y pesados al alcance de la mano

de un paciente agresivo, que sufre de una psicosis paranoide aguda, por ejemplo, representan, indiscutiblemente, un peligro. Un departamento localizado en el octavo piso de un edificio en el que vive un enfermo de una psicosis depresiva o fracasos con barbitúricos u otros venenos al alcance de su mano representan un peligro inminente.

El ojo atento y la observación fina del médico a la circunstancia que rodea al enfermo son obligatorias de su quehacer terapéutico.

4.— Estudio y valoración de la información obtenida de los familiares o amigos del enfermo, en relación al comienzo y evolución del cuadro clínico, es también importante para la elaboración y análisis del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Calma y serenidad son esenciales para valorar esta información y ver si ella se ajusta a la verdad y no está distorsionada por angustias, temores u hostilidades. Al respecto, no es infrecuente escuchar de los familiares información exagerada, minimizada, distorsionada o falsa, a tal punto que si el médico no es avezado, puede confundirlo y llevarlo a una apreciación errónea de la situación de emergencia.

MANEJO TERAPEUTICO DE UNA SITUACION DE EMERGENCIA

El manejo terapéutico de una situación de emergencia conlleva la aplicación práctica de una serie de procedimientos y la observancia de un conjunto de pautas, entre las cuales podemos señalar las siguientes:

1.— Establecer una relación emocional positiva, como vehículo básico de todo tratamiento. La cual es resultante de un conjunto de actitudes de aceptación, simpatía, seriedad, interés, etc. que culminan con el sentimiento de confianza que el paciente llega a tener con su médico.

2.— Utilización y manejo terapéutico del ambiente humano, sea en la situación hospitalaria o en el hogar. Es fundamental observar con cuidado la dinámica de interacción del ambiente humano en la familia o en los amigos que rodean al paciente, para poder disolver acertadamente las angustias, hostilidades y las ideas sobrevaloradas con respecto a la enfermedad, llegando aún, en algunos casos, a separar terapéuticamente cuando sea necesario al paciente de su ambiente humano o viceversa.

3.— Proteger al paciente de los aspectos negativos del ambiente físico, cuando vulneren la seguridad o la vida del enfermo o de las personas que lo rodean.

4.— La actitud del médico, que es decisiva tanto para calmar la angustia del enfermo como de la familia. La actitud del médico, como lo expresaremos en otra oportunidad¹, tiene que ser espontánea y debe reflejar simpatía, seguridad, respeto y un amplio sentimiento de ayuda. Toda ella implica una postura orgánico-psicológica, atención, receptividad y de interés humano profundo, que representa el apoyo que necesitan tanto el enfermo como la familia. La actitud abierta y receptiva es la base para establecer los nexos de una buena relación emocional.

Con esta actitud y sobre la base de una buena relación, se procede al interrogatorio sobre los puntos pertinentes de la anamnesis y se hace el examen psiquiátrico. Debe anotarse que el manejo de una situación de emergencia obliga al médico a actuar también en emergencia, lo que quiere decir que sus acciones y decisiones, deben darse con rapidez y seguridad, y agudizando al máximo y con eficiencia sus capacidades clínicas, sin olvidar que el factor tiempo es importante en estos casos. Actuar en emergencia no significa angustiarse ni confundirse en el desenvolvimiento clínico-terapéutico, al extremo de no saber que hacer, llegando a formular indicaciones erróneas.

LA EMERGENCIA PSIQUIATRICA EN EL SINDROME DE AGITACION

Muchas son las situaciones psiquiátricas de emergencia en las que predomina el síndrome de agitación psicomotriz, que, generalmente, por la turbulencia dramática del cuadro de agitación y por sus características clínicas, representa un franco peligro para la vida del paciente o para la vida de las personas que le rodean.

Por estas consideraciones, hay que pensar que la emergencia de un síndrome de agitación implica, ante todo, el conocimiento de sus características clínicas y de los factores etiológicos que la determinan.

Características del síndrome de agitación y su manejo

Por lo general el síndrome de agitación es un cuadro clínico que se caracteriza por exaltación de las funciones psíquicas y motoras que se expresa en una conducta errática y desorganizada, con pérdida de contacto con la realidad. Además, puede o no presentar alteración de la percepción (alucinaciones, ilusiones, seudopercepciones), trastornos de la memoria, del juicio, del pensamiento (ideas delusivas, delusiones) y trastornos en el

afecto (agresión, euforia, etc.). Puede ser expresión de un síndrome cerebral agudo y llevar la sintomatología correspondiente o de una psicosis aguda sin componente orgánico cerebral (agitación catatónica, agitación psicótica paranoide, agitación maníaca, etc.).

De lo expuesto se deduce que tenemos dos tipos de síndromes de agitación:

1.— Síndrome de agitación con compromiso orgánico-cerebral.— Conocido como psicosis sintomática es frecuente en la práctica médica en general y es de diversa etiología; la que puede ser de tipo cardiovascular (hipertensivo, arterioesclerótica, etc.), de tipo tóxico (barbitúrica, alcohólica, hormonal, etc.), de tipo infeccioso, metabólico, tumoral, disendócrino, traumático, etc.

2.— Síndrome de agitación sin compromiso orgánico-cerebral.— Representado por los estados de agitación que acompañan a las psicosis esquizofrénicas, paranoides, maníaco depresiva, de involución, psiconeurosis de disociación, estados de pánico, etc., es decir cuadros clínicos sin compromiso orgánico cerebral.

El síndrome de agitación, sin compromiso orgánico-cerebral se divide a su vez en psicótico y neurótico. El primero generalmente es más grave, más frecuente, de mayor peligro que el segundo, y tiene además de las características generales ya descritas: un comienzo brusco, es agudo, turbulento y rico en sintomatología psicótica. El segundo presenta también exaltación de las funciones psíquicas y motoras, pero mantiene cierto grado de contacto con la realidad, por ejemplo, las neurosis de disociación y de angustia, cuando esta última reviste caracteres graves. Generalmente el síndrome de agitación manifiesta agresividad hacia los demás, aunque algunas veces ésta puede dirigirse contra el mismo paciente. Sin embargo, hay síndromes de agitación sin agresión, lo que representa menos peligro para el paciente o para las personas que le rodean; pero ello no implica que no exista el peligro que representa la agitación en sí, porque la sobreactividad continuada con sus repercusiones de agotamiento, de deshidratación y pérdida del equilibrio electrolítico puede producir la muerte del enfermo.

El manejo del síndrome de agitación depende de la forma cómo se actúe ante la situación de emergencia en sus elementos: paciente y cuadro clínico, ambiente humano y ambiente físico; y ello depende, a su vez, del factor médico en su personalidad, en su actitud y en su experiencia clínica. El médico recibe informes a través del

ambiente humano que rodea al paciente. Valorará rápidamente estos informes y con su actitud y con sus palabras calmará la angustia de las personas o familiares presentes.

El médico establecerá contacto con el paciente agitado y estudiará clínicamente el tipo de agitación en lo que se refiere al cuadro nosológico. No olvidará que el examen debe ser integral y que debe realizarlo dentro de las limitaciones que impone la situación. Determinará si la agitación corresponde o no a un síndrome cerebral agudo; y si lo fuera, tratará de precisar qué síndrome cerebral es el que tiene al frente: ¿será un síndrome asociado a una sustancia tóxica o a un proceso cardiovascular, o a un cuadro infeccioso? Si el síndrome de agitación no fuese la expresión de un síndrome cerebral, debe precisar entonces, a qué otro tipo corresponde: ¿será en este caso un cuadro psicótico o neurótico? Pero de ser de un tipo o del otro, tendrá que agudizar su habilidad clínica para determinar el cuadro nosológico preciso. Por lo que acabamos de decir, se deduce que el médico tiene que ser un buen clínico y que deberá evaluar en circunstancias difíciles el peligro o riesgo que encierra, en la superficie de sus síntomas, el paciente agitado.

Precisará rápidamente quién o quiénes de las personas que rodean al paciente (ambiente humano) incrementan este riesgo para apartarlos o puedan colaborar eficientemente en calmar la situación. Determinará, así mismo, qué aspectos o elementos (utensilios, armas, venenos, etc.) del ambiente físico, agravan la situación inquietante de peligro.

La importancia de diagnosticar con precisión el cuadro de agitación como entidad nosológica y su valoración, permiten indicar con seguridad el tratamiento y por ende la solución de la emergencia, anticipándonos, desde luego, a lo que puede suceder. Lo que se quiere decir, en otras palabras, es que la solución de la emergencia comprende el tratamiento de la agitación del paciente, la terapéutica del ambiente y la prevención de los peligros que pudieran surgir. En cuanto el médico llega a la situación de emergencia debe presentarse formalmente ante el paciente como el doctor fulano de tal, que viene a ayudarlo; con su palabra tratará de calmarlo, anunciándole, si el caso lo requiere, que tendrá que aplicarle tal tratamiento (una inyección tranquilizante, una aplicación de electroshock, etc.) para controlar su estado. Lo importante es informar al enfermo de lo que se va a hacer para evitar temores paranoides, y otras

manifestaciones similares. La actitud de seguridad, de bondad, de respeto, de firmeza, podrá ayudarlo en su labor persuasiva y terapéutica. En caso de que la agitación sea muy intensa y no se pueda calmar al paciente por los medios de la persuasión, habrá entonces que recurrir a otros procedimientos y para ello deberá trazar un "plan de acción" previo con los familiares o vecinos, en la propia casa del paciente. El "plan" podrá consistir por ejemplo, en ponerse de acuerdo entre tres o cuatro personas en cómo reducir al paciente; en este caso, cada persona que intervenga tendrá sólo una misión y nada más que una, para evitar confusión; por ejemplo, se acuerda que una de ellas coja el pie derecho del paciente, la otra el pie izquierdo, la tercera el brazo derecho y la cuarta el izquierdo, y de esta manera, procediendo todos sin dubitación y al mismo tiempo, se reduce al paciente, se le fija en la cama, donde se le aplicará la inyección sedante o tranquilizante.

El médico deberá llevar siempre consigo el maletín de emergencia cargado de jeringas descartables e inyecciones sedantes y tranquilizantes: Fenobarbital 0.20 gr.; Amytal sódico de 0.50 gr. y de 1 gr, Largactil de 25 mgs., Fenegan de 25 mgs., Sinogan 25 mgs, amp., Valium 10 mgs. amp, Tofranil 25 mgs., Triptanol (frasco amp.) tonicardiacos (Coramina, Micorén, y otros) estimulantes del centro respiratorio (lobelina, coramina, etc.), etc.

En el síndrome de agitación sin compromiso orgánico cerebral como en la agitación catatónica, paranoide de disociación, etc., puede administrarse Amytal sódico 1 gr. o hibernar al paciente con el "cocktail lítico" constituido por Largactil 25 mgs., Fenegan 25 mgs. y Demerol 1/2 ampolla (25 mgs.) aplicadas juntas por vía intramuscular cada cuatro horas por unos días. Es necesario recordar que el Demerol no debe ser usado más de dos o tres veces consecutivas porque crea acondicionamiento. El electroshock también puede indicarse en forma intensiva con la frecuencia de dos diarios hasta que remita el síndrome de agitación.

Si el síndrome de agitación, corresponde a un síndrome cerebral agudo, se recomienda la combinación de 1 amp. de Largactil 25 mgs. y otra de Fenegan 25 mgs. por vía intramuscular cada 4 horas, por unos días hasta que se resuelva la emergencia pudiendo después transferirse el paciente a un especialista. Generalmente los barbitúricos están contraindicados en el síndrome de agitación con compromiso orgánico cerebral, no así en los

síndromes de agitación de tipo neurótico o psicótico.

En el síndrome de agitación correspondiente a síndrome cerebral agudo asociado a intoxicación alcohólica como la alucinosis alcohólica o el delirium tremens, la droga de elección es el Largactil o el Liranol a dosis de 25 mgs. combinado con Fenegan 25 mgs. cada 4 horas por vía intramuscular. Cuando se aplican estos tratamientos debe tomarse un registro de las constantes vitales, cada 4 horas. Además se debe administrar por vía intramuscular, altas dosis de Vit. B1, B12, B6, ácido nicotínico e hidratar al paciente, cuando el caso lo requiera; manteniéndose siempre alerta a las complicaciones infecciosas o de otro tipo que puedan presentarse.

En la embriaguez patológica se puede administrar Amytal sódico a bajas dosis, no mayor de 0.50 grs. por vía endovenosa hasta dormir al paciente. En estos casos es conveniente administrar, dextrosa al 33%, 50 cc. ó 500 c. c. de suero dextrosado al 10% gota a gota por vía endovenosa para acelerar la desintoxicación alcohólica. Pasada la intoxicación alcohólica el paciente volverá a su estado normal.

LA EMERGENCIA PSIQUIATRICA EN EL SINDROME DEPRESIVO

El síndrome depresivo está representado por un cortejo sintomático cuyas características están vinculadas a su contenido, a su expresión, a su sentido y a su significado. En los síntomas están íntimamente vinculados y son expresión de un estado emocional depresivo. En general, se puede decir que presenta características típicas descritas en todas las nosografías psiquiátricas^{3,4} entre las que destacan tres síntomas fundamentales, que son:

Depresión, Retardamiento psicomotor e Ideas de minusvalía personal

A estos trastornos fundamentales pueden agregarse síntomas accesorios como son: trastornos en el juicio y la memoria, delusiones nihilistas e hipochondríacas, ideas de referencia, ideas de suicidio, sentimiento de culpa, angustia, alucinaciones y otros.

El síndrome depresivo tiene en su conjunto un síntoma que puede o no estar presente pero que su evidencia pone a la depresión en situación de emergencia; este síntoma es la idea o el intento de suicidio, que generalmente, se manifiesta cuando el síndrome es grave. Sin embargo, algunas veces, puede presentarse durante el período de recu-

peración. Por estas consideraciones, toda depresión, sea que presente o no ideas o intento de suicidio, debe considerarse que progresa hacia el suicidio, de donde se colige que el paciente depresivo es un suicida en potencia y, por lo tanto, que se le debe tratar como tal, es decir en emergencia. Considerarlo en emergencia implica que deberá hacerse el estudio y la valoración del paciente en su cuadro clínico y personalidad, en su ambiente humano y en el ambiente físico. Estudiados los elementos de la emergencia, el médico lo someterá a tratamiento en forma intensiva con clorhidrato de amitriptilina (Triptanol) 25 mgrs. 1 amp. cada 6 horas por vía intramuscular o con los derivados de la imipramina (Tofranil) 25 mgrs. 1 amp. cada 4 horas, por vía intramuscular. Puede usar en algunos casos timolépticos o los inhibidores de la aminooxidasa o cualquier otro tratamiento específico, de acuerdo al tipo de depresión, como por ejemplo el electroshock, siempre y cuando no haya contraindicaciones y el médico general supiera usarlo. Al mismo tiempo que inicia el tratamiento dictará las medidas convenientes para evitar un desenlace fatal, a través del intento del suicidio, indicando vigilancia permanente, la eliminación de utensilios cortantes, drogas, venenos y otros elementos con los cuales el paciente pudiera conseguir sus fines suicidas. Debe asegurarse que la vivienda ofrezca las seguridades y la protección necesarias.

Intento de suicidio.— El intento de suicidio es un acto por el cual el paciente intenta, a través de cualquier medio, quitarse la vida. El intento puede ser auténtico o espurio. Es auténtico cuando conlleva la intención real de quitarse la vida. Es espurio, cuando solamente representa un acto dramático que lleva el propósito de llamar la atención al ambiente que le rodea, tratando de proveer gratificaciones meramente narcisistas y dramáticas.

El suicidio auténtico puede ser violento y sin meditación previa como sucede en los síndromes de agitación, reacciones de pánico y en situaciones frente a tensión extrema o puede ser un acto meditado y calculado como acontece en el síndrome depresivo.

El intento de suicidio varía con los diferentes cuadros clínicos:

a.— Turbulento y violento en el síndrome de agitación.

b.— Meditado y cuidadosamente preparado en el síndrome depresivo.

c.— Violento e impensado en una reacción de pánico.

d.— Dramático y supérfluo en un síndrome histérico.

e.— Inesperado en un síndrome de angustia.

En el síndrome depresivo, el intento de suicidio es la emergencia por la cual el médico es frecuentemente llamado en consulta; sin embargo, se puede dar, como acabamos de anotar, en otros síndromes que no son de tipo depresivo.

El intento de suicidio puede presentar dos posibilidades:

1.— Intento de suicidio sin daño físico, o sea aquel en el cual el paciente ha intentado suicidarse como consecuencia de su estado depresivo pero sin repercusiones para su integridad física. Sucede frecuentemente que un paciente bajo el estado emocional depresivo o de otro tipo puede haber intentado lanzarse del último piso de un edificio o tratado de ingerir un veneno o de cortarse las venas; pero habiendo sido detenido por otra persona u otra circunstancia, el intento se frustró, no llegando, por lo tanto, a producir daño físico.

En la práctica hay situaciones clínicas en las que puede presentarse el intento de suicidio por lo que es necesario efectuar el diagnóstico diferencial entre estas entidades: síndrome depresivo, síndrome histérico, síndrome angustioso grave y pánico. En estos casos el médico debe hacer el diagnóstico diferencial del tipo de intento y del cuadro clínico; descartando la posibilidad histérica, tratará de evitar que se repita, tomando las medidas preventivas en cada caso e indicando también la terapéutica inmediata y las gestiones pertinentes para hospitalizar al paciente en una institución psiquiátrica correspondiente, que puede ser el servicio psiquiátrico de hospital general, el hospital psiquiátrico o la clínica psiquiátrica.

2.— Intento de suicidio con daño físico; el intento con daño físico puede ser por ingestión de drogas (barbitúricos, venenos, y otros), por armas cortantes (cortes en el abdomen, venas o arterias), por armas de fuego (heridas de bala, saltando al precipicio, tratando de ahorcarse, etc.). En caso que el paciente haya ingerido drogas (barbitúricos o altas dosis de tranquilizantes), u otras sustancias similares presentando un cuadro tóxico confusional, el médico debe tratar el cuadro de acuerdo al tipo de tóxico y a la cantidad ingerida del mismo. Si no supiera el tipo de droga ni la cantidad de la misma ingerida por el paciente, procederá de acuerdo a la sintomatología que presente y a ciertas pautas generales que daremos más adelante.

En el intento de suicidio con daño físico podemos encontrar al paciente en dos situaciones diferentes:

a.— Paciente en estado consciente.— Quiere decir que la sustancia tóxica que ingirió no está haciendo su mayor efecto todavía o que la herida por arma cortante o de fuego, no es tan grave que coloque al paciente en situaciones de pérdida de la conciencia o crítica de vida. En este caso, se podrá interrogar al paciente sobre la sustancia ingerida o los móviles de su intento de suicidio y por lo tanto actuar terapéuticamente con precisión. Así, por ejemplo, si se tratara de ingesta de barbitúricos u otra sustancia tóxica se hará el lavado gástrico inmediato. El lavado gástrico después de cuatro horas de la ingesta del tóxico, no es recomendable, porque ya la droga ha sido absorbida en su totalidad. En ese caso se administrará suero fisiológico o glucosado al 5% para favorecer la diuresis con la consiguiente eliminación del tóxico.

b.— Paciente en estado inconsciente.— Se procederá de inmediato a colocar al paciente en un sitio que haya ventilación adecuada, poniéndolo en posición de cúbito lateral izquierda con cierto grado de Trendelenburg, con la mandíbula hacia adelante y el cuello en extensión. Si el paciente tiene reflejos normales podrá respirar libremente y no se obstruirá la respiración aunque el paciente llegue a vomitar o regurgitar. En este estado es difícil para el médico actuar con precisión puesto que el paciente no podrá informarle sobre lo que pasó o qué sustancia ingirió. Para ello es importante la información de los familiares y demás personas que componen el ambiente humano. Sin embargo, muchas veces ni el interrogatorio familiar podrá ayudar sobre los determinantes del estado del paciente. En esta situación, el médico dará una mirada escrutadora al ambiente físico y buscará los restos de la posible sustancia ingerida, buscará los frascos y botellas que puedan darle algún indicio. Por otra parte, el examen físico minucioso y los exámenes auxiliares son recursos efectivos para el diagnóstico del cuadro clínico. Cuando el paciente presenta arreflexia se debe aspirar la secreción del mucus traqueal o bronquial y si es necesario realizar la intubación laríngea. Como quiera que después de 24 horas, la intubación laríngea puede causar ulceraciones, se recomienda practicar traqueotomía. Además debe suministrarse los antídotos necesarios de acuerdo a la droga o tóxico ingerido. En caso de intoxicación con barbitúricos, la picrotoxina está indi-

cada, aunque algunos autores son escépticos al respecto; suero glucosado al 5 ó 10% gota a gota por vía endovenosa, tonicardíacos, estimulantes de la respiración, y otros, son los medicamentos esenciales. Finalmente, hay que evitar o combatir complicaciones como: hipotensión, taquicardias, arritmias, trastornos de centros nerviosos y neurovegetativos, neumonías hipostáticas, trastornos en la función renal, infecciones, etc.

LA EMERGENCIA PSIQUIATRICA EN EL SINDROME DE ANGUSTIA

Siguiendo nuestro esquema anterior, trataremos de señalar las características clínicas de este síndrome para orientarnos mejor en el procedimiento terapéutico de la emergencia. No siempre el síndrome de angustia reviste los caracteres dramáticos de una emergencia, ello depende de la intensidad de la angustia.

El síndrome de angustia se caracteriza por la sensación subjetiva de miedo sin causa externa y por la manifestación exterior de inquietud y desesperación en la que el paciente se desplaza de un sitio a otro con la expresión facial de temor, preocupación y alerta, presentando síntomas cardiorrespiratorios (taquicardia y disnea), y temblor en las manos y sudoración. El paciente expresa en tono suplicante, sentir miedo, pero no sabe a qué; expresa temor a que le suceda algo grave, pero no puede precisar cuál es el suceso grave, expresa que "no aguanta más sus nervios" y que tiene "miedo de volverse loco", que "es preferible morir que continuar sufriendo". Clama abiertamente por ayuda en tono suplicante que conmueve.

El médico frente a esta emergencia, después de haber recibido la información previa de los familiares, establecerá contacto a solas con el paciente, mostrando una actitud receptiva de simpatía, interés, comprensión, con la que establecerá una buena relación emocional. Dará su tiempo al enfermo y sabrá escucharlo con interés, sin mostrar sorpresa por lo que el pueda referir. A pesar de la situación aguda y crítica, actuará con seguridad, poniendo su experiencia, su capacidad y sus conocimientos clínicos en emergencia para determinar las manifestaciones humanas del enfermo e indicar la conducta terapéutica a seguir. No se debe olvidar que en el síndrome de angustia, el paciente, como en ningún otro cuadro, clama por ayuda, que el médico le puede dar en gran parte a través del apoyo emocional y de la catarsis. Las causas de la angustia están a nivel inconsciente y

generalmente son impulsos, instintos o conflictos reprimidos que pugnan por salir; y esta pugna por comenzar es la fuente de la angustia del paciente.

A través de la catarsis, el enfermo puede revelar sus conflictos, y este hecho puede representar un drenaje de sentimientos y de experiencias reprimidas que lo benefician llegando, muchas veces, a resolver la emergencia.

Si la catarsis no es suficiente para traer la calma y reposo a ese yo del paciente que está al borde de la desintegración, entonces habrá que recurrir al arsenal medicamentoso y usar Amytal sódico, a dosis de 1 gr. en 20 c. c. de agua destilada e inyectar lentamente por vía endovenosa. Muchas veces con 5 c. c. de la solución el paciente se relaja y puede hacer una catarsis más intensa y revelarnos los conflictos inconscientes y reprimidos que sin Amytal no revelaría. Pero esta catarsis bajo el barbitúrico puede ser una arma de doble filo y crear más angustia y por ende el paciente entrar en un episodio de agitación psicótica con agresividad o en un estado de pánico, situación mucho más grave.

En vista de esta alternativa es preferible limitarse a tranquilizar y dormir al paciente y si es necesario repetir la inyección de Amytal sódico cada 6 u 8 horas, manteniendo al enfermo en sueño prolongado por 24 ó 48 horas; tiempo después del cual la angustia desaparece.

Es importante saber que no sólo el barbitúrico trae la tranquilidad al paciente, sino la actitud del médico y la preparación previa que puede hacer al paciente con respecto al medicamento, brindándole las seguridades de lo positivo del mismo para mejorarlo. Hay pacientes que se resisten a dejarse aplicar la inyección, por temor a perder el control de sí mismos y revelar sus secretos; y si permiten la aplicación de la droga, se defienden no durmiendo tan fácilmente, necesitando para poder conseguirlo 1 gr. o más de Amytal sódico. En estos casos es importante obtener la confianza del paciente y establecer una buena relación emocional. El hecho de proceder a aplicar la inyección sin mayor explicación es un asalto al yo del paciente y por ello el enfermo se resiste. La aplicación de la inyección de Amytal sódico, por vía endovenosa debe ser lenta para evitar complicaciones (parálisis respiratoria o hipotensión).

Cuando uno desea que los conflictos afloren a la conciencia (abreacción) del paciente, se le puede estimular dándole apoyo para hacerlo. Hay veces que el paciente hace intensa catarsis acompañada de llanto, después de la cual se le debe

dormir, asegurándole que cuando despierte se sentirá mejor, y en efecto así suele suceder. Hay varias técnicas para conseguir la abreacción de los conflictos. Es importante que cuando el paciente despierte, después de pasado el efecto del hinóptico, haya una persona a su lado, que lo trate con solicitud y bondad.

El Amytal puede repetirse a la dosis de 0.50 grs. por vía endovenosa y a intervalos de 6 a 8 horas, tiempo después del cual el enfermo despierta. Se debe aprovechar de este despertar para alimentarlo antes de proceder a aplicar la nueva inyección y así mantenerlo en narcosis prolongada, por 24 ó 48 horas, para empezar un tratamiento con ansiolíticos como: Ecuamil, Quietarax, Valium de 10 mgrs., Librium de 10 ó 25 mgrs., generalmente en alterna.

No hay que olvidar que después que se ha controlado la angustia del paciente, se debe aprovechar de este éxito para tranquilizar a los familiares, realizando con ellos una psicoterapia de apoyo y de grupo, indicándose los lugares con sus direcciones y teléfonos precisos, en que el médico pueda ser accesible ante cualquier circunstancia.

SITUACIONES COLECTIVAS DE EMERGENCIA

Las situaciones colectivas de emergencia se refieren a circunstancias reales de peligro en las que está de por medio la vida de grupos o masas humanas, que por sus repercusiones constituyen los desastres. Estas situaciones de emergencia, se dan en pequeños o grandes grupos y en masas humanas que comprometen sectores de la comunidad y algunas veces ciudades enteras o naciones.

El desastre o "desgracia grande" o "calamidad" es la resultante de un impacto devastador, creado por fuerzas naturales (terremotos, inundaciones, huracanes, etc.) o determinados por el hombre (incendios, bombardeos, etc.) a las que se suma también las diferentes reacciones humanas que se suscitan en cadena desde el momento del impacto. Es importante señalar que los desastres no sólo se dan por el impacto devastador, sino por el anuncio del impacto devastador o peligro. Muchas veces basta la noticia de que se dará un fenómeno funesto para que la repercusión psicológica determine en la comunidad, incendios, asaltos, batallas campales, y otros hechos, es decir, reacciones catastróficas.

Las situaciones colectivas de emergencia pueden presentarse súbitamente frente al impacto que determina el desastre o en forma progresiva, e

ir "in crescendo", frente a la noticia de peligro, sin que este último necesariamente se actualice.

Las reacciones colectivas frente a situaciones de desastre son de diferentes tipos y niveles que pasaremos a señalar:

1.— Reacciones normales.— Pueden ir desde una reacción de serenidad relativa a manifestaciones de angustia, temor, temblor en las extremidades, dificultad para la marcha, sudoración, taquicardia, disnea, dificultad para pensar, hablar y para decidir con claridad.

Muchas personas suelen recuperarse rápidamente de este estado, después del primer impacto devastador; otras personas toman un tiempo mayor para recuperarse, requiriendo algunas veces, para hacerlo, ligera ayuda.

2.— Reacciones de pánico.— Las reacciones de pánico son contagiosas desde el punto de vista psicológico y pueden comprometer a grupos o masas humanas, determinando grandes reacciones de pánico en cadena, de consecuencias gravemente mayores que el impacto devastador.

La reacción de pánico se caracteriza por la turbulencia de su reacción en la que hay pérdida completa del control de sí mismo, pérdida de la serenidad, del juicio y de la capacidad de razonar lógicamente. Hay un enturbamiento de las funciones intelectuales, el individuo "se ciega" y camina en un estado de exaltación errática y desorganizada con gran tensión y desborde de angustia flotante. Generalmente se torna mudo bajo la sorpresa del acontecimiento o balbucea exclamaciones incoherentes de terror.

La persona en estado de pánico no huye de la situación de peligro, sino que en el estado inconsciente en que se encuentra se acerca aún más al peligro, para perecer víctima de la situación devastadora. Así, muchas personas que pudieron salvarse de un incendio, perecieron entre las llamas o personas que pudieron salvarse de un naufragio, echando mano a un bote salvavidas, se lanzaron al mar sin saber nadar para perecer ahogados.

Un ejemplo típico de pánico, con funestas consecuencias para más de dos centenares de personas, lo tuvimos en el año de 1964 en el Estadio Nacional en Lima, en el cual frente a los gases lacrimógenos, que no son letales, la masa humana que esperaba el fútbol, entró rápidamente en un estado de pánico, por el que miles se lanzaron para huir por una puerta del Estadio, y en ella, al tratar de hacerlo en desesperación, murieron presionados y pisoteados más de doscientos cin-

cuenta y resultaron heridos más de quinientas personas.

3.— Reacciones histéricas.— Frente a la situación de desastre pueden presentarse reacciones histéricas de variada sintomatología y de gran contagio psíquico colectivo, sobre todo en las mujeres.

Las reacciones histéricas, pueden revestir características de crisis de disociación o de conversión. Las disociaciones histéricas pueden estar representadas por desmayos, amnesias, estados de estupor, estados crepusculares, fugas y el aparatoso síndrome de disociación.

Este último síndrome se caracteriza por la disociación de ciertas funciones de la personalidad de tal manera que los mecanismos de defensa gobiernan la memoria, la conciencia y aun al individuo con poca o ninguna participación de la parte consciente de la personalidad.

Las reacciones conversivas pueden ser de lo más variado y pueden estar representadas por parálisis, cegueras, sorderas, afonía, mutismo, crisis convulsivas, etc.

4.— Reacciones de excitación hipomaníaca.— Otro tipo de las reacciones colectivas de emergencia frente al impacto devastador, son las reacciones de excitación hipomaníaca, las que en un primer momento pueden ser de moderada intensidad para después intensificarse, haciéndose desorganizada e inapropiada. Así, la persona se torna excitada, verborreica, eufórica, hace bromas y ríe inapropiadamente, no puede concentrarse y se distrae fácilmente. Trata de ayudar a las víctimas del desastre, pero en lugar de ayudar, crea confusión y entorpece la labor efectiva de ayuda que se pueda realizar.

5.— Reacciones depresivas.— Las reacciones depresivas, son frecuentes en situaciones de desastre y ellas se caracterizan por sentimiento depresivo y retardamiento psicomotor. La persona en este estado, puede permanecer de pie o sentada en medio de la situación caótica del desastre, como ausente, deprimida, mutista y abstraída en sus propios pensamientos. Es tal el estado de shock depresivo que no llora ni se lamenta por la desgracia acontecida. Absorta en este estado depresivo, puede ser víctima del impacto devastador por que no tiende a protegerse ni a escapar del peligro.

6.— Reacciones psicofisiológicas.— Las reacciones psicofisiológicas frente a la experiencia tensionante, pueden ser de diferente tipo y de acuerdo a los síntomas y a los órganos tomados: taqui-

cardia, disnea, náuseas, vómitos, diarreas (a veces incontenibles), micción urinaria involuntaria, reacciones dérmicas de todo tipo, etc.

Manejo de las situaciones colectivas de emergencia: Requiere el estudio de los diferentes elementos que constituyen la situación colectiva emergente y ellos son:

a.— Los diferentes tipos de reacciones colectivas que ya hemos enunciado.

b.— El ambiente humano, en general presa de profundo terror, miedo y angustia, que se mueve en estado de inquietud y de espanto. Pocos son los elementos estables, pocos son los individuos organizados de yo fuerte, a los que se debe rápidamente utilizar como "egos auxiliares" de refuerzo y de apoyo para contener, calmar y tranquilizar a la masa angustiada.

c.— Ambiente físico que puede estar constituido por viviendas destruidas, inundadas o en llamas, que representan un ambiente de peligro, y por las casas y zonas que aún quedan intactas. Es en este ambiente físico, con sus dificultades, en que se tiene que resolver la emergencia.

d.— El médico es la persona que tendrá que estudiar y utilizar los elementos anteriores, siguiendo pautas y reglas que le permitan ejercer con seguridad y eficiencia su rol terapéutico.

Entre las reglas generales que hay que seguir para resolver con efectividad las emergencias colectivas, tenemos las siguientes: algunas de las cuales son recomendadas por el Comité de Defensa Civil de la Asociación Psiquiátrica Americana⁵

1.— Tratar de resolver, primero, su propia emergencia.— No hay que olvidar que el médico que está en la situación del desastre tendrá que reaccionar como un ser humano en tremenda situación. Sin embargo, a excepción de la comunidad en general, su *status* de médico le obliga a cumplir el rol que su profesión le confiere, es decir, ayudar a los demás. Esto presupone que el médico debe tener una personalidad madura que le permita el "control" de sí mismo frente a situaciones difíciles para actuar eficientemente.

El médico para resolver su propia emergencia, si está físicamente intacto, se hará un llamado a sí mismo, a su control interior para serenarse, tranquilizarse y mirando a su alrededor la desgracia de los demás, recordará su función de médico y empezará a actuar como tal.

2.— Aceptar a cada paciente con su reacción emocional.— La labor del médico es ayudar a cada

persona respetando sus sentimientos y sus reacciones emocionales frente a la desgracia ocurrida. Por lo tanto, no debe ridiculizar las reacciones de los demás ni herir sus sentimientos, ni menos engañar.

Cada desgracia tiene diferentes significados para cada persona y sus reacciones, además del sentimiento de temor, terror o miedo, tienen que hacer con la experiencia pasada de su vida y con su manera de ser. Cuando se produce el primer impacto del desastre hay, psicológicamente, un sentimiento de culpa y la tendencia de atribuir el desastre a los propios errores o fallas cometidas en la vida. Sin embargo, las personas presentan uno u otro tipo de reacción. Aceptando a cada persona en su desgracia y dándole a conocer que uno comprende cómo se siente, puede ser el primer paso para ayudarlo. No se le debe demostrar pena o compasión porque se pondrá peor, puesto que confirmará sus dudas acerca de lo mal que se encuentra.

3.— Aceptar a cada paciente con sus propias limitaciones.— Otra regla importante es aceptar al paciente con sus limitaciones psíquicas y emocionales, en la misma forma como se acepta las limitaciones físicas. Así como, al paciente que le falta una pierna, nadie espera que camine y al que es ciego, nadie espera que vea; asimismo, a la persona que no puede controlar sus reacciones frente al desastre, no se le puede obligar a que se sienta de otra manera y supere rápidamente su reacción. En consecuencia hay que aceptar, no regañar o gritar al enfermo porque no cambia su conducta. Es muy posible que él también quiera sobreponerse, sentirse mejor y cambiar su conducta, pero sus propios esfuerzos resultan inútiles. Es lógico suponer que cuando el médico está fatigado y frustrado en medio de la situación del desastre puede resentirse contra las limitaciones psíquicas y emocionales de las personas que no le permiten avanzar en su labor; pero tendrá que esforzarse en aceptar estas limitaciones como una realidad.

4.— Medir las potencialidades terapéuticas de la situación con precisión y rapidez.— Al mismo tiempo que se estudia la magnitud del desastre, hay que medir las potencialidades positivas o ventajosas para explotación terapéutica de la situación, actuando lo más rápido y efectivamente, repartiendo el tiempo en forma proporcional con todos los pacientes a quienes se tiene que ayudar.

No puede, por ejemplo, sentarse una hora con un paciente y permitirle que haga una catarsis "in extenso" si tiene un gran número de personas que

requieren con urgencia ayuda terapéutica.

5.— Aceptar las propias limitaciones de su función.— No debe intentar hacer más de lo que la función le confiere y las posibilidades que la situación permita realizar. Debe decidir en su trabajo, qué tarea es positiva y válida y cuál es pérdida de tiempo. Examinará cuidadosamente los rasgos de su personalidad, para tener presente los negativos que interfieren en su labor y tratar de superarlos.

Reglas terapéuticas para cada uno de los síndromes.— La conducta terapéutica a seguir en cada tipo de reacción señalada anteriormente, es la siguiente:

1.— Reacciones normales.— En este tipo de reacción, muy poca ayuda se puede prestar, sin embargo, una actitud de comprensión y simpatía con unas palabras de aliento y apoyo emocional son suficientes para contribuir a recuperar el control.

2.— Reacciones de pánico.— Teniendo en mente las reglas específicas y conociendo que las personas en estado de pánico son explosivas y constituyen núcleos de contagio que pueden alterar la conducta de otras personas, debe procederse a evacuarlos rápidamente de la zona de desastre.

En el manejo de estos pacientes está indicado el acercamiento directo con actitud de simpatía, pero con firmeza; si esto no diera resultado, se debe solicitar ayuda de las personas más serenas que estén alrededor para evacuarlos. Si fuera necesario, para evitar el peligro que representa el contagio del pánico en la masa y para protegerlos del peligro, habrá que sujetarlos con amarras informándoles el por qué uno se ve obligado a hacerlo. Claro está, que si en esta situación se tiene tranquilizantes y barbitúricos a la mano, sería suficiente una inyección de Amytal sódico de 0.50 grs. a 1 gr. para dormirlo, y luego evacuarlo de la zona de desastre, con lo que queda solucionado el problema. Si no hubieran medicinas y no fuese posible evacuarlo, lo indicado en este caso sería, aislarlo, solicitando la ayuda de dos o tres personas para que lo puedan "controlar". La creencia popular de que una persona en este estado es fácilmente "controlada" con una cachetada o con un baldazo de agua fría, es una forma agresiva y de abuso que no da ningún resultado terapéutico. No trate de contener por sí solo y por la fuerza, a un paciente en este estado porque es prácticamente imposible, al contrario, con este intento agravaría su reacción.

3.— Reacciones histéricas.— Son las más fácilmente manejables y la mejor solución es la pronta evacuación de la zona de peligro. Las reacciones monosintomáticas son las más fáciles de control y evacuación; los cuadros polisintomáticos son psíquicamente contagiosos y más difíciles de reducir. En estos casos, la palabra persuasiva y de apoyo asociada a tranquilizantes, si los hay a mano, son la solución.

4.— Reacciones de excitación hipomaníaca.— Los pacientes con excitación hipomaníaca, como los que presentan reacción de pánico, son de difícil manejo; sin embargo, en las excitaciones hipomaníacas se puede establecer contacto y bajo una actitud adecuada y vigilante se llega a calmar la inquietud y la hiperactividad. La necesidad de actividad física que presentan estos pacientes debe ser usada, asignándoles tareas, como las de ayudar a rescatar o a evacuar heridos. Como estos pacientes se sienten eficientes y seguros de sí mismos, tienden a criticar la labor de salvataje o la médica llegando a crear problemas serios, por lo que, en estos casos, se les debe disuadir de sus propósitos de crítica y animarlos a que usen su energía y actividad en propósitos positivos de colaboración.

5.— Reacciones depresivas.— Los pacientes deprimidos deben ser reunidos en pequeños grupos y requerir de ellos su ayuda en las labores de salvataje o de tratamiento. Tan pronto sienten que el llamado del médico es sincero, empiezan a salir de su estado depresivo y tienden a colaborar, por lo que habrá que asignarles tareas a cumplir, empezando por las más simples. La labor que realizan

unos pocos, servirá de estímulo a otros y pronto muchos seguirán el ejemplo de la participación.

No se debe olvidar que las personas de edad avanzada en situaciones de desastre se tornan más confusas que los jóvenes. Los niños generalmente siguen la actitud y reacciones de los adultos. Mientras fuese posible, en la labor de salvataje, no se debe separar a los niños de sus padres, porque se crea en ellos más angustia, sentimiento de soledad y depresión.

6.— Reacciones psicofisiológicas.— Generalmente sin medicación tranquilizante es difícil de tratarlas; pero con la actitud de interés y simpatía, se les puede dar seguridad y consecuentemente mejorar sus reacciones. Se les debe, al mismo tiempo, asignar pequeñas tareas, colocándolos sin sentir, en la situación de personas que brindan ayuda.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Valdivia Ponce, Oscar y col. Curso de Psiquiatría. Imprenta de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, Lima, 1968.
- 2.— American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders, Washington D. C., 1952.
- 3.— Noyes, Arthur and Laurence Colb. Psiquiatría Clínica Moderna, Edit. La Prensa Médica Mexicana, México, 1971.
- 4.— Redlich, Frederick and Daniel Freedman. The Theory and Practice of Psychiatry. Basic Books, Inc. Publishers — New York, London, 1966.
- 5.— American Psychiatric Association Committee on Civil Defense. Psychological First Aide in the Community Disasters, Washington D. C., 1954.