

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Malestar contemporáneo, trastornos psiquiátricos, y estructuras clínicas que solicitan intervención actual en dispositivos de urgencia psiquiátrica. Una contribución epidemiológica para la organización de los dispositivos de urgencia en salud mental.

Mezza, Martín.

Cita:

Mezza, Martín (2013). *Malestar contemporáneo, trastornos psiquiátricos, y estructuras clínicas que solicitan intervención actual en dispositivos de urgencia psiquiátrica. Una contribución epidemiológica para la organización de los dispositivos de urgencia en salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/297>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/hrG>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MALESTAR CONTEMPORÁNEO, TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS, Y ESTRUCTURAS CLÍNICAS QUE SOLICITAN INTERVENCIÓN ACTUAL EN DISPOSITIVOS DE URGENCIA PSIQUIÁTRICA. UNA CONTRIBUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE URGENCIA EN SALUD MENTAL

Mezza, Martín

Comisión Nacional de Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Beca Carrillo Oñativa 2012

Resumen

La urgencia psiquiátrica funciona como la puerta de entrada a la internación. Pese a las transformaciones sociales que han modificado la demanda, estos servicios no han alterado su funcionamiento. El objetivo de este trabajo fue describir el perfil epidemiológico constituido por los trastornos psiquiátricos, las estructuras clínicas y los sufrimientos psíquicos que consultan a la urgencia psiquiátrica en domicilio de una obra social del Conurbano Bonaerense durante el periodo 2007/2012. Se utilizó un diseño exploratorio-descriptivo y se consultaron fuentes secundarias. El universo fue de 359 personas y 577 consultas. Se observó una diversidad de trastornos psiquiátricos y padecimientos subjetivos, donde el 46% fueron trastornos anímicos, el 17% trastornos psicóticos, el 12% trastornos de la personalidad, el 11% trastornos demenciales. Un 67% presentaron estructuras neuróticas y un 19% estructuras psicóticas. Los sufrimientos psíquicos mostraron un 22% de insatisfacción general con el modo de vida actual, 20% de conflictos familiares, 17% de infortunios de la vida en pareja, 16% de soledad. El perfil epidemiológico relevado se caracteriza por una variedad y complejidad de situaciones que incluye demandas que no se correlacionan con los tradicionales cuadros psiquiátricos. Nuevas demandas que se vinculan con un malestar ligado a las condiciones de vida actuales.

Palabras clave

Servicios Comunitarios de Salud Mental, Trastornos mentales, Servicios médicos de urgencia, Atención en salud mental

Abstract

CONTEMPORARY UNEASINESS, PSYCHIATRIC DISORDERS AND CLINICAL STRUCTURES REQUIRING INTERVENTION IN PSYCHIATRIC EMERGENCY SETTINGS. AN EPIDEMIOLOGICAL CONTRIBUTION FOR ORGANIZATION OF EMERGENCY SETTINGS IN MENTAL HEALTH
Emergency is considered by classical psychiatry as the first step to asylum confinement. Despite social changes in demands, most services have not altered their functioning. To describe epidemiological profiles of psychiatric disorders, clinical structures and subjective suffering demanding domicile attention of psychiatric emergency to a social security institution in Buenos Aires metropolitan area during 2007-2012. An exploratory-descriptive design was used in order to gather empirical information on demands to the emergency setting

studied. Secondary sources were used as well as interviews with working professionals. Universe considered was 359 people and 577 consultations. A great variety of forms of suffering and psychiatric disorders was observed. 46% were mood disorders, 17% psychotic disorders, 12% personality disorders and 11% demential disorders. 67% were neurotic structures and 19% psychotic structures. Within psychological suffering, 22% represented general dissatisfaction as to present way of life, 20% familiar conflicts, 17% misadventures in sentimental relationships and 16% loneliness. The epidemiological profile found encompasses a great variety and complexity of situations including demands not correlating to traditional psychiatric nosography. New demands related to present-day life conditions.

Key words

Community Services in Mental Health, Mental disorders, Emergency medical services, Mental health care

INTRODUCCIÓN:

La reforma de la atención psiquiátrica es un proceso amplio y diverso que no se circunscribe al cierre de los manicomios. Supone una serie de acciones y políticas tendientes a la reestructuración de los diferentes niveles de complejidad que constituyen el sistema de salud. El sector asilar y mercantil, constituido por las clínicas psiquiátricas privadas, domina la oferta de atención del subsistema privado y del subsistema semipúblico (obras sociales) argentino, produciendo una multiplicación de camas de internación (situación planteada por el director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, Benedetto Sarraceno, en la entrevista realizada por del diario Pagina 12 del 5 de septiembre del 2009) y estableciendo una articulación directa con las empresas de urgencia psiquiátrica en domicilio, que por sus carácter móvil y flexible logran atravesar los niveles intermedios -constituidos de escasos y fragmentados dispositivos de atención- constituyéndose en la cara más externa del internamiento, es decir, del modelo psiquiátrico asilar. Esta situación se ve favorecida por la fragmentación estructural y política del sistema de salud, y por la racionalidad económica que alienta las subdivisiones y tercerizaciones empresariales, que termina por producir una sobreoferta de atención que se caracteriza por ser

fragmentada, carente de dispositivos intermedios, de programas particulares y de equipos ambulatorios integrados, tendiendo así, más a la asistencia de la demanda que a la constitución de un plan o política de salud. En la Argentina, el subsistema semipúblico de salud constituye un sector de vital importancia, contando con 297 entidades que brindan cobertura en salud a aproximadamente 23.000.000 de personas en el territorio nacional, según datos de (SSS). Dentro de esta realidad, el conurbano bonaerense presenta la mayor concentración poblacional y una organización social correspondiente a los parámetros modernos de urbanización latinoamericana; presentando los malestares subjetivos propios de estas sociedades, al mismo tiempo que se ubica la mayor concentración de oferta en salud. Los servicios de urgencia psiquiátrica que actúan en el sistema semipúblico de salud argentino, además de estar atravesados por las divisiones estructurales del sistema, lo están también por las propias divisiones y especializaciones disciplinares. Se encuentran organizados íntegramente por la disciplina psiquiátrica. Prueba de ello es el nombre del dispositivo (urgencias psiquiátricas y no urgencias en Salud Mental); y la presencia exclusiva de la práctica y del discurso psiquiátrico. Al igual que en el asilo, es el psiquiatra quien custodia los rostros de la locura[i]. Jerarquización del saber psiquiátrico y del médico psiquiatra, junto con el predominio actual de la intervención farmacológica. De este modo, es la organización asilar de la urgencia psiquiátrica la que responde a la demanda social, y lo hace, a partir de la lógica resumida y expresada en el: “Riesgo para sí y para terceros”, que lleva a distinguir entre el confinamiento o la libertad. Consideración del riesgo y la peligrosidad del enfermo “psiquiátrico” que el modelo asilar, munido de sus diagnósticos, lleva hasta la urgencia, hasta el domicilio. Esta situación, además de tener una influencia directa sobre las prácticas de urgencia y las modalidades de atención, afecta directamente al registro de la experiencia y los estudios que pueden realizarse a partir de ella.

Salud Mental Comunitaria y Modelo Asilar:

La SMC se encuentra en tensión permanente con el modelo asilar. El modelo asilar tiene su representante más logrado en el hospital psiquiátrico, o en sus sustitutos mercantiles y monovalentes: las clínicas privadas de psiquiatría. Es decir, en la figura de la internación que conlleva la cronificación y la manicomialización, marcas de la exclusión social y de la pérdida de la condición de sujeto de derecho.[ii] Sin embargo, el modelo asilar no se limita sólo a este recurso, sino que desde él se extiende y se propaga a lo largo de todo el sistema sanitario, estructurando así, los niveles de atención, la oferta y la organización de los dispositivos, los distintos servicios (públicos y privados) de Salud Mental, la formación y práctica profesional; tanto como las representaciones colectivas de los profesionales de la salud y de la comunidad en su conjunto. Los postulados y principios de la SMC ponen en cuestión las bases epistémicas (individuales y biológicas) así como los principios (demandas a las que responde) en los que se sostiene el modelo asilar.

Cambios sociales y malestar contemporáneo. Nuevos trastornos psiquiátricos, estructuras clínicas y sufrimiento psíquico:

La sociedad occidental moderna ha producido una serie de transformaciones no sólo en el mundo que habita, sino también en el lazo social que la constituye. Se efectuó una transformación en la producción de bienes, en la relación sujeto - objeto y fundamentalmente entre los sujetos. Las nuevas demandas en Salud Mental, se ubican en relación a esta condición particular de occidente moderno y al conjunto de transformaciones sociales actuales. Condición

particular de occidente moderno, que rechaza todo tipo de sufrimiento, relegándolo a la categoría de enfermedad que se sostiene únicamente en la disfunción orgánica, con base material, y su consecuente tratamiento farmacológico.[iii] Entonces, los nuevos malestares efecto de los avatares de la vida y de las transformaciones sociales mencionadas son coaptados por las reglas discursivas del modelo médico hegemónico, produciendo un incremento exponencial de entidades patológicas, es decir, nuevos cuadros clínicos o trastornos psiquiátricos. Esta situación se agrava con la urgencia diagnóstica propia de esta época y en especial en los dispositivos de urgencia donde esta configuración se encuentra omnipresente. Las estructuras clínicas de la teoría perteneciente a Jaques Lacan, tal como las entiende el Dr. En psicoanálisis Alfredo Eidselstein, se sostienen en oposición a la lógica diagnóstica de la psiquiatría, en la medida en que no se definen por la multiplicidad de objetos ni por la prédica sobre individuos, sino por la trama discursiva en la que tanto el sujeto como el objeto se encuentran interpenetrados por el Otro del lenguaje. Aquí, los dos elementos en oposición a la lógica nocional de la psiquiatría; el Otro en lugar del individuo y el lenguaje en lugar del organismo. Lenguaje que se remite a la cultura en su lazo con la construcción sociohistórica de la sociedad humana. Del mismo modo, la inclusión de la categoría de sufrimiento psíquico no sólo trae la particularidad histórica que pone en cuestión la universalidad de las clasificaciones psiquiátricas, sino que aporta un nuevo recorte del objeto de estudio con potencialidad suficiente como para construir nuevas modalidades clasificatorias, superadoras de las que se originan en torno a la morbilidad.[iv]

Epidemiología Crítica y Perfil Epidemiológico:

“El objetivo de la ciencia social no es meramente describir, explicar y predecir, sino también denunciar para cambiar el dominio estudiado. La ciencia ha de ser funcional a la emancipación del ser humano”[v]. La epidemiología crítica pone en tensión y reflexión los presupuestos de la epidemiología positivista - racionalista: el materialismo (existencia de un mundo material, finito, cuantificable y descriptible), el racionalismo (la razón como instrumento adecuado para captar las leyes lógicas de un orden universal inmutable) el determinismo y el objetivismo (conjunto de objetos aislados y recortados de la totalidad de objetos y de sus interacciones con los sujetos), la identidad entre lo probable y lo posible (ocurrencia tomada en su probabilidad unidimensional mediante la cuantificación estadística), la homogeneidad (aportada por la unificación de eventos mediante el concepto de riesgo), y la recurrencia o estabilidad de los eventos. Lo hace desde su base epistemológica y metodológica que toma del paradigma de la complejidad desarrollada por Edgar Morín. Así, se da lugar a la complejidad mediante la integración de la diversidad de relaciones y la pluralidad de niveles que constituyen los procesos humanos en tanto naturales, históricos y sociales. Movimiento de amplitud de la epidemiología crítica, que le permite ser definida por el Dr. Juan Samaja, como la ciencia de la salud del ser social[vi]. Para esta empresa crítica, la historia, lo social y la dialéctica aparecen como categorías indispensables en tanto que movimiento contrahegemónico[vii], se orienta hacia la humanización de las formas de vida (epidemiología de los modos de vida tal como acuñara Almeida Filho) y la creación de organizaciones solidarias y democráticas de poder, en función de formas alternativas de investigación que incluyan revisiones técnicas, metodológicas y conceptuales, como así también vínculos estratégicos con diferentes saberes. Los estudios encontrados en Salud Mental, reflejan el mismo o un muy similar perfil epidemiológico, constituido de variables socio-demográficas y características socioeco-

nómicas, asociadas a diagnósticos psiquiátricos. Almeida Filho sostiene que estos estudios arrojan perfiles socio-demográficos de enfermedades aisladas por la lógica disciplinar de la especialización médica, en vez de aportar un perfil patológico de determinada población o grupo social.

MÉTODO:

El estudio se desarrolló sobre un diseño exploratorio-descriptivo. El objetivo del estudio consistió en describir un perfil epidemiológico que contemple tanto a los trastornos psiquiátricos, como a las estructuras clínicas y a los sufrimientos psíquicos. Se utilizaron fuentes secundarias como los protocolos de urgencia, las historias clínicas y los informes profesionales. Los trastornos psiquiátricos y las estructuras clínicas fueron establecidos mediante una metodología cuantitativa, teniendo la particularidad de no corresponder al primer registro del protocolo de urgencia, sino de componerse posteriormente al seguimiento de la evolución del cuadro y a la inclusión de los antecedentes del mismo. En cambio, se utilizó una metodología cualitativa para establecer las categorías del sufrimiento psíquico, mediante el análisis de contenido de las demandas consignadas como solicitud de urgencia y las informaciones volcadas en las diferentes fuentes secundarias indagadas.

RESULTADOS:

De las 577 consultas, 359 correspondieron a individuos que requirieron sólo una vez el dispositivo de urgencia psiquiátrica, demostrando una alta tasa de reincidencia situada en una media de 1.6 consultas por persona. Se observó una marcada prevalencia del sexo femenino (63%) en relación al masculino (37%) y se encontró un valor mínimo de 9 años y un valor máximo de 93 años. Casi el 40% de las consultas se localizó entre los 31 y 50 años, presentando una media de 44.9 y una mediana de 43. Se relevó una diversidad de trastornos psiquiátricos, donde prevaleció el trastorno del estado del ánimo 46%, seguido por el 17% de trastornos psicóticos, el 12% de trastornos de la personalidad, el 11% de trastornos demenciales y el 6% de trastornos relacionados con sustancias. Dentro de los trastornos del ánimo se encontró una alta incidencia de trastornos depresivos 48%, de trastornos de angustia 17% y de ansiedad 11%, constituyendo el 76% del total de trastornos del ánimo. En cuanto a los trastornos psicóticos, se observó una prevalencia del trastorno esquizofrénico (73%) respecto de otros trastornos psicóticos. Por su parte, los trastornos relacionados con sustancias presentaron una prevalencia del abuso y dependencia a drogas lícitas (sobre todo al alcohol), aunque también existieron cuadros de consumo de sustancias prohibidas, generalmente bajo la presentación de abuso o dependencia a varias sustancias. En cuanto a las estructuras clínicas, se observó una diferencia estadística significativa ($P < 0,02$) en la proporción de mujeres con cuadros neuróticos, que prevalecieron (67%) en relación a las estructuras psicóticas (19%). La categoría de sufrimiento psíquico presentó para la población adulta joven una prevalencia (15,8%) estadísticamente significativa en la proporción de hombres que experimentaron dificultades en el ámbito laboral, en relación a las mujeres (8.4 %); como así también en las dificultades para relacionarse con otros, siendo en los hombres un (14.3 %) y en las mujeres un (5.8%). Además, la dificultad para relacionarse con otros presentó una mayor concentración de menores de 30 años, coincidiendo con la mayor concentración de cuadros psicóticos. En los menores de 20 años prevalecieron los sufrimientos relativos a los conflictos familiares; los infortunios de la vida en pareja comenzaron a partir de los 20 años, pero prevalecieron en la franja que va de los 31 a los

50; mientras que la insatisfacción general con los modos de vida actual y la soledad, aumentaron conforme el pasar de los años, alcanzando su mayor concentración en los adultos mayores de 65 años. Para el universo total (577) de consultas, se constató que un 37% fueron reconducidas a sus respectivos tratamientos, que el 24% fue canalizado por la categoría de emergencia programada, que significa que los profesionales de la propia red de atención (psicólogos y/o psiquiatras) alojaron en sus consultorios (zonales) la situación de urgencia, que el 17% se derivó a internación, que el 12% sólo requirió de una derivación común a psicología y/o psiquiatría y que el 10% que consigna la categoría otros, no requirió de otra intervención más que la comunicación telefónica con el profesional que alojó la demanda inicial.

DISCUSIÓN:

Los resultados coinciden con lo producido por algunos estudios [viii] y difieren respecto de lo relevado por la mayoría de los estudios del campo [ix] [x] que demuestran una mayor prevalencia de trastornos psicóticos y de trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Sin embargo y coincidiendo con los resultados de esta investigación, todos los estudios, en mayor o menor medida, verifican un aumento de cuadros leves, junto con la recepción de nuevas demandas. Esto, podría hacernos pensar sobre un movimiento general que contiene las particularidades de cada situación social y sanitaria. [xi] Particularidades que se explican tanto por la diversidad de estrategias sanitarias-asistenciales, por las correspondencias entre efectores y poblaciones asistidas, como por la particularidad de registro en los que se basan los diferentes estudios. El registro de las categorías estructurales y del sufrimiento psíquico, tiene la potencialidad, no sólo, de interpelar el recorte realizado por los trastornos psiquiátricos, de base biológica e individual y centrados en una política de normatización del comportamiento; sino también, de interpretar al ser en su relación con la existencia y los sentidos ligados a ella, desde una perspectiva que incluye los conflictos entre individuos y entre estos y la sociedad. De esta manera, se observó que para la población de adultos jóvenes, los sufrimientos que prevalecieron fueron en primer lugar los infortunios de la vida en pareja, seguido por las dificultades en el ámbito laboral y en menor medida por las dificultades para relacionarse con otros. También, se puede apreciar la correlación entre la prevalencia de trastornos anímicos y de estructuraciones neuróticas, donde existió una concentración estadísticamente significativa de mujeres, y la relación de esto con los sufrimientos psíquicos, donde si bien no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, sí se apreció una prevalencia de los infortunios de la vida en pareja y de soledad. En cambio, los hombres de la misma franja etárea, presentaron una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de los trastornos relacionados con sustancias, en la dificultad para relacionarse con otros y en el ámbito laboral. En la población de adultos mayores, se observó una prevalencia significativa de los cuadros demenciales, al mismo tiempo que las categorías de sufrimiento psíquico, constataron una prevalencia de soledad y de insatisfacción con el modo de vida actual, relevando la dimensión subjetiva y las crisis más prototípicas por las que se atraviesa en este ciclo vital. Se plantea no sólo el deterioro orgánico o el sufrimiento que viene de él, sino un sufrimiento, dialéctico, entramado en las instituciones sociales que determinan las formas de vida social y el vínculo con los otros. Soledad e insatisfacción con los modos de vida actuales, que encuentran sus fuentes en el particular momento histórico, dramático, de la condición humana, que suele estar marcado por la pérdida, o su experiencia de inminencia, de la pareja o

compañeros de vida (amigos, familiares, vecinos, etc.), por la pérdida del orden laboral en tanto organizador de la vida cotidiana y por la creciente restricción de la autonomía, tan idealizada en la sociedad contemporánea. Esta misma institución familiar, con sus sentidos y significaciones, presentó una prevalencia significativa en la población menor de edad. Lo hizo a partir de su particular dinámica para dar cuenta de los cuidados, pero sobre todo, a través de los conflictos familiares que fueron en aumento conforme la realidad adolescente se desarrollaba en la vida cotidiana de las familias.

Con todo, podemos inferir que el perfil epidemiológico que revela este estudio, se caracteriza por una variedad de situaciones complejas que incluyen demandas que no se correlacionan con los típicos y tradicionales cuadros psiquiátricos. Estas nuevas demandas no se reducen a la concepción de enfermedad sino que se vinculan con un malestar ligado a los avatares y a las condiciones concretas de la vida cotidiana. Padecer subjetivo que recorre la conflictividad individual, familiar y social, encontrando expresión en las experiencias emocionales más comunes y propias de la condición humana, que sin embargo son recibidas por los servicios de salud mediante un exceso de intervención técnico-profesional. Los resultados vinculados al funcionamiento del dispositivo de urgencia estudiado, nos permite inferir, al igual que otros trabajos[xii], una relación directa entre la organización de la atención y la definición de las consultas de urgencia. Es decir, que los modelos de atención no tienen una relación lineal, externa o indirecta con la demanda que reciben ni con el proceso salud-enfermedad, sino que participan dialécticamente en el proceso: enfermedad - salud-atención. En cuanto a la baja tasa de internación como modo de resolución de la urgencia, podemos decir que se encuentra dentro de lo esperado para los servicios que desarrollan una política activa en Salud Mental, como lo demuestran las experiencias de reformas realizadas en otros países[xiii]. Esto se debe a que el funcionamiento de los servicios de urgencia dejan de estar circunscriptos a la lógica de internación y orientados exclusivamente por la prioridad de determinar el potencial riesgo de una persona; para pasar a asumir otras tareas y responsabilidades, como las de alojar las crisis y articularlas con medidas terapéuticas continuas e integrales[xiv], contribuyendo tanto a la disminución de internaciones, como a los elevados costos que estas conllevan.[xv] En lo que respecta a las incumbencias profesionales en las situaciones de urgencia psiquiátrica, este estudio relevó una alta participación y eficiencia de los dispositivos ambulatorios, y de las modalidades de recepción interdisciplinarias; a la vez de una alta intervención de profesionales psicólogos, además la tradicional intervención de los médicos psiquiatras. Este hecho podría sugerir, que las demandas que llegan a los servicios de urgencias, muy por el contrario de lo que habitualmente se piensa, no pueden ser abordadas sólo desde la intervención técnica-farmacológica sino que requieren de un otro, capaz de dimensionar el padecer subjetivo, alojándolo, escuchándolo, acompañándolo, orientándolo e interpretándolo.

BIBLIOGRAFIA

- Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. 1 Ed. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2009. p 190-210.
- Basaglia, F. La condena de ser loco y pobre. 1 Ed. Buenos Aires: Topía Ed; 2008. p. 79 - 88.
- Eidelsztein, A. Estructuras clínicas I. 2 Ed. Buenos Aires: Letra Viva; 2008. p 121-122.
- Augsburger, A.C. La inclusión del Sufrimiento Psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología e sociedade*. 2004. p. 79.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M.M. Praxis psicosocial comunitaria en salud. 1 Ed. Buenos Aires: Eudeba; 2010. p 21.
- Samaja, J. Desafíos a la epidemiología. Pasos para una epidemiología "Miltoniana". *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 6, Nº 2, 2003
- Breilh, J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Rev. Bras. Epidemiologia.* Vol 1. Nº3. 1998.
- Roberto Cerra, C.M., Urtubey, O.T. Taber. Análisis Epidemiológico-Prestacional en un Efecto de la Red de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. 2006. Consulta realizada el febrero del 2013. www.museoquinuela.gov.ar/areas/salud/salud_mental/htal_alvear/bibliotecas/btc_epidemiologia/lista.php.
- Kropp, S., Andreis, C., te Wild, B., Reulbach, U., Ohlmeier, M., Auffarth, I., et al. Psychiatric patients turn around times in the emergency department. *Clinical practice and epidemiology in mental health* 2005; 1:27.
- Mary Luz Torres Torres. Estudio epidemiológico de los trastornos mentales diagnosticados con mayor frecuencia por consulta externa y urgencias en el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en los años 2003, 2004, 2005 y 2006. Consultado en enero del 2013. www.monografias.com/trabajos58/trastornos-mentales/trastornos-mentales.shtml.
- Maria Eugênia de SB dos Santos, Jafesson dos A do Amor, Cristina M Del-Ben e Antonio W Zuardi. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Rev. Saúde Pública* v.34 n.5 São Paulo oct. 2000.
- Hillard, J.R. The past and the future of psychiatric emergency. *Hosp Com Psychiatry* 1994;45:541-3.
- Cristina M Del-Ben, João M A Marques, Alcion Sponholz Jr e Antonio W Zuardi. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. *Rev. Saúde Pública* v.33 n.5 São Paulo oct. 1999.
- Foster, P., King, J. Definitive treatment of patients with serious mental disorders in a emergency service, part I, 1994. *Hosp Com Psychiatry* 1994;45:867-9.
- Kates, N., Eaman, S., Santone, J., Didemus, C., Steiner, M., Craven, M. An integrated regional emergency psychiatric service. *Gen Hosp Psychiatric* 1993;18:251-6.