

Artículos de reflexión:

## Tendencias futuras en urgencias psiquiátricas

Carlos Cruz<sup>1</sup>, Mariela Rodríguez<sup>2</sup>

### Resumen

Es importante describir algunas de las proyecciones futuras que la Urgencia psiquiátrica podría desarrollar e implementar para mejorar su entrega. Entre ellas, nos parecen ahora necesarias para una efectiva acción clínica: la seguridad del personal de salud y el paciente, implementación de un triage, hospitalización domiciliaria, disponer de fármacos de última generación, mejorar la capacidad resolutive en pacientes con comorbilidad médica, protocolos de acción, auditoría de fichas, atención telefónica a pacientes en crisis y difusión de estos temas en distintas áreas.

**Palabras claves:** urgencias psiquiátricas, seguridad, *triage*, hospitalización domiciliaria, patología médica, protocolos, atención telefónica, enseñanza, auditoría de fichas.

### Future trends in psychiatric emergencies

#### Summary

It is important to describe some of the future projections that psychiatric Urgency could develop and implement to improve delivery. Among them, we now seem necessary for effective clinical action: security of health personnel and patients, implementing a triage, home care, to have last generation drugs, improve treatment capacity in patients with medical comorbidity, action protocols, records audit, calling patients in crisis and dissemination of these issues in different areas.

**Keywords:** psychiatric emergencies, safety, *triage*, home care, medical pathology, protocols, call, teaching, records audit.

### Introducción

Creemos que se ha dado cuenta de los aspectos más importantes de la Psiquiatría de Urgencia, tanto para médicos generales (Cruz C., Leiva J., 2007) como para especialistas (Cruz C., Leiva J., 2010) (Escobar E, Cruz C. 2011). Sin embargo, es importante describir algunas de las proyecciones futuras que la Urgencia podría desarrollar e implementar para mejorar su entrega. Entre ellas hay ciertas intervenciones que desde ahora podrían considerarse para un trabajo clínico más eficiente.

Un tema que destaca es la seguridad. Por seguridad entendemos tanto la del personal de salud (seguridad frente a violencia física y verbal ejercida contra el equipo de salud), como la del paciente. El paciente con problemas de salud mental tiene el derecho a ser informado, ser escuchado y ser tratado con dignidad y respeto. Ha de ser protegida su privacidad manteniendo su documentación en forma confidencial y ser atendido en forma segura y protegida (Mental Health Workforce, 2002).

Fuentes de posibles errores se encuentran en el diagnóstico, en la prescripción, en la aplicación de medidas de contención física y en la valoración del riesgo de auto/heteroagresión. (Good B., Ryan M., 2014).

Las Urgencias Generales deberían contar con personal entrenado en contención, acción destinada a controlar al paciente sin dañarlo, disponiendo de los elementos físicos necesarios como la chaqueta de contención. (MINSAL, 2005) (Knox D., 2012)

A la par con lo anterior, el personal que atiende debiera contar con apoyo policial que permita controlar a los pacientes que puedan venir armados o que intenten agredir con objetos contundentes al personal: Todo servicio de urgencias debe estar dotado de un protocolo adecuado para el registro de armas. (Teijeiro R., 2005) También el equipo debiera tener un seguro de vida o daños por agresiones de parte de los pacientes. (Good B., Ryan M., 2014). (Adityanjee, Mohan D. Wig NN. 1988)

Dado que las urgencias demandan agilidad y se trabaja bajo presión, la implementación de un *triage* se torna indispensable: entendemos que esta acción de seleccionar a los pacientes que consultan según gravedad permite, por una parte, que el médico se centre en lo más grave, y por otra, que la persona que discrimina, frecuentemente una enfermera, pueda resolver situaciones clínicas más triviales (Pozo E., Cruz C., 2011) (Pujol A., 2012) (Tabla °1)

La atención de urgencia contiene dos aspectos, por un lado la priorización de la atención, esto es que el personal de salud selecciona y prioriza los casos más graves, y por otro lado la intensidad de la asistencia, que es la necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y las necesidades de intervención

1. Médico Psiquiatra. Doctor en Ciencias Sociales.

2. Médico Psiquiatra

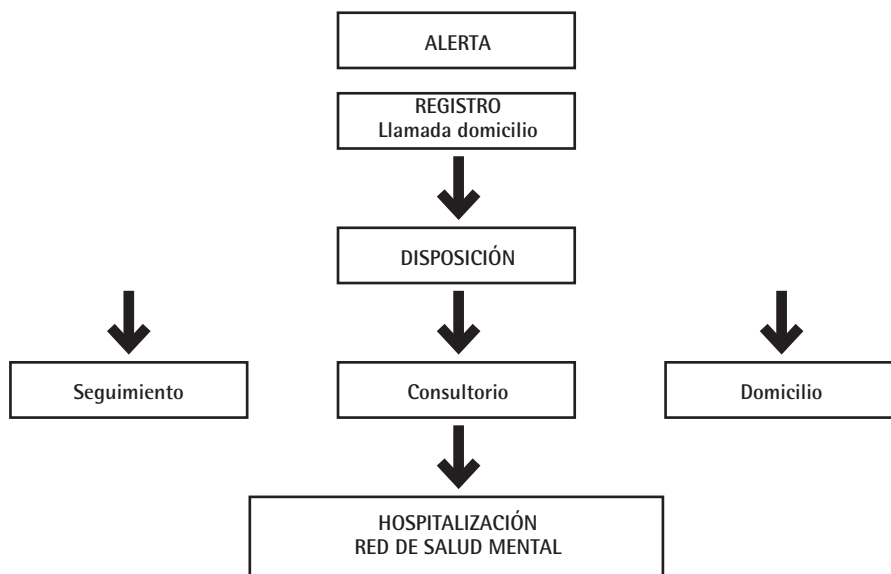
Tabla N°1

Determinación de prioridades para personas con problemas de salud mental que consultan en Servicios de Urgencia

Determinación de prioridades para personas con problemas de salud mental que consultan en Servicios de Urgencia	
C1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intento de suicidio con compromiso vital inmediato</li> <li>• Víctima de violencia con compromiso vital inmediato</li> </ul> (ambos cuadros requerirían derivación a hospital general y serían prioridad médica no psicológica, al menos en las primeras 24 horas, y después de resorte del enlacista)
C2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intento de suicidio grave sin compromiso vital inmediato</li> <li>• Víctima de violencia grave sin compromiso vital inmediato</li> <li>• Síndrome de privación por drogas u alcohol complejo</li> <li>• Agitación psicomotora moderada a severa</li> <li>• Estupor (sea de origen depresivo, catatónico u otro)</li> <li>• Víctima de violencia con repercusión emocional grave</li> <li>• Gesto suicida a repetición con riesgo de intento suicida grave</li> </ul>
C3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación alcohólica o drogas</li> <li>• Síndrome de privación leve a moderado por drogas u alcohol</li> <li>• Psicosis descompensada sin agitación psicomotora</li> <li>• Crisis de pánico</li> <li>• Crisis de angustia grave</li> <li>• Intento de suicidio sin compromiso vital</li> </ul>
C4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesto suicida</li> <li>• Crisis angustia leve o moderada</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Víctima de violencia con repercusión emocional leve o moderada</li> </ul>
C5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas físicos: cefalea, dolor lumbar, etc.</li> <li>• Solicitud de fármacos prescritos</li> <li>• Certificado o licencia</li> <li>• Sospecha de abuso de fármacos (por ejemplo: Benzodiazepinas)</li> </ul>

(Cruz C., 2007)

Esquema N°1



para solucionarla. (Daemi A., 2016) (Larumbe J. C., Martínez E., 2007).

Considerar que en la consulta de urgencia están en juego el grado de sufrimiento del paciente y sus expectativas (lo que espera el paciente y su entorno de la asistencia a recibir). (Gómez J., 2006) (Florenzano, R., 2005).

En el trabajo clínico propiamente tal es deseable poner en práctica nuevas modalidades, siguiendo la tendencia de la psiquiatría contemporánea: implementar una hospitalización domiciliaria, en la que el médico de urgencia controla regularmente al paciente y va decidiendo qué acciones tomar según la evolución de éste; que puede ser desde el aumento de dosis de fármacos hasta la internación en el Servicio, si es que el paciente se agrava.

El manejo domiciliario constituye así un enfoque radicalmente distinto al trabajo clínico habitual. (Rossi M., 2010)

Ejemplo de lo anterior sería una adolescente con anorexia nerviosa, con perfil de paciente menos grave y con familia organizada. (Villaseñor A. 2011) (Carrera, José Antonio et als., 1998)

Una definición de hospitalización domiciliaria sería el conjunto de actividades y cuidados prestados desde el hospital a pacientes (previamente internados) en su domicilio. Está dirigida a un problema puntual y la intervención es acotada. Al disponer de este servicio, las internaciones en el hospital podrían verse acortadas. (Sunderji N., 2015). (Minardi Mitre R., 2001)

Otro abordaje, utilizado en Cataluña, consiste en focalizar la atención en personas con trastornos mentales graves y persistentes, con vulnerabilidades socio-familiares o con uso inadecuado de los recursos sanitarios. Estos, que serían los usuarios intermitentes de los servicios de urgencias, son visitados en domicilio. (Balseira Gomeza J., 2002) (Esquema °1)

Un punto crítico es mejorar la capacidad resolutoria en aquellos pacientes que presenten una patología médica que pueda estar generando el cuadro psiquiátrico por el que consultan. (Testa A., 2013). Es necesaria la coordinación con internistas y neurólogos, ya sea en la misma urgencia-cuando se trata de hospitales generales- o con otros hospitales- cuando se refiere a urgencias especializadas. (Kropp S., 2005).

Actualmente esto ocurre de la manera inversa, y por ejemplo con frecuencia se solicita evaluaciones de pacientes suicidas que están hospitalizados en urgencias generales por un cuadro médico secundario. Dado lo anterior podría plantearse la ne-

cesidad de contar con psiquiatras en los servicios de urgencias generales (Minsal; 2005) (Salion V., 2005).

Disponer de fármacos de última generación, como los antipsicóticos atípicos, es en estos días una necesidad. El uso de estos últimos se traduce en varios beneficios, como mayor impacto en síntomas negativos, menos falla cognitiva, menos riesgo de disquinesia tardía y en general un mejor resultado. (Tandon R., 2002).

Los antipsicóticos atípicos como risperidona, ziprasidona y olanzapina, con o sin benzodiacepinas, debieran considerarse en primera línea para tratar la agitación aguda. En un estudio sobre manejo y control de la agresividad se observó que el uso concomitante de benzodiacepinas era significativamente más frecuente en pacientes que recibían haloperidol. (Wilhelm S., 2008)

Debiera considerarse la vigilancia de efectos adversos de los fármacos usados en urgencia, como también los perfiles de uso. Por ejemplo la loxapina, en polvo a inhalar, está contraindicada en pacientes con enfermedades de vía aérea. (Keating G., 2013) Clonazepam oral, intramuscular, o benzodiacepinas parenterales, solas o en combinación con antipsicóticos se recomiendan en primer lugar para resolver emergencias conductuales en manía. (Alderfer BS., 2003). La Ziprasidona ha sido bien tolerada, en dosis de 20 mg intramuscular no se asoció a síndrome extrapiramidales, distonía, acatisia, depresión respiratoria ni excesiva sedación. (Gobbi G., 2014)

Parece necesario además contar con protocolos de acción para los distintos cuadros, que constituyan una referencia para el manejo de los pacientes. (Victoroff J., 2014) (Zeller S., Citro-me L., 2016). Considerar que esto también brinda protección al equipo de salud en caso de demandas legales por parte de los pacientes o sus familiares. (Good B., 2014)

Lo anterior se complementa con la realización periódica de auditoría de fichas clínicas, cuyo propósito apunta a revisar las acciones médicas y sus consecuencias, con miras a mejorar la atención prestada. (Busca P., 2010) (González E., 2007) (Cruz, C.; 2006)

Existe una creciente presión judicial sobre el personal de urgencias, por lo que debiera existir capacitación al equipo de salud en aspectos legales. A la vez educar sobre trastornos psiquiátricos y su manejo a todos aquellos que puedan verse involucrados en un caso, más allá del ámbito clínico, como carabineros, gendarmes, jueces. (NSW Health Policy, 2003)

Tabla N°2

**Estupefacción:** Difícil imaginar cómo ha podido llegar a este estado actual. ¿El prejuicio de la existencia de la voluntad?

**Epifanía introspectiva:** Hoy deseo detenerme en el consumo y tratarme. ¡Me hospitalizo!

**Expectativas desmedidas:** La hospitalización es la única salida posible y a usted lo sanará.

**Extorsión:** Familia presiona por la hospitalización

**Baja adherencia a tratamientos:**

En un estudio español de pacientes adictos derivados desde Urgencia, un 33,4% no solicitó visita. De los que solicitaron, 20,8% no acudieron y un 34,7% de éstos abandonaron antes de los 12 meses. (Roncero C. 2012).

**La presencia de patología dual** es cercana a 34% en estudio español: los diagnósticos más frecuentes son trastornos afectivos, de personalidad y EQZ. (Szerman N. 2011).

**Tras el ingreso a un programa,** 72,2% recayeron a los 6 meses. (Grau-López L. 2012).

Se ha afirmado que los médicos de urgencia son los que menos saben de la historia psiquiátrica de un paciente. Por ejemplo en atención de pacientes con adicción a benzodiazepinas, que suelen consultar frecuentemente solicitando el fármaco, a veces bajo amenaza de reclamo al jefe de servicio. En estos casos se suele acceder a la petición, para poder continuar atendiendo a quienes se acumulan en sala de espera. (Ruiz Romero V., 2011). Con esto se corre el riesgo de cronificar aún más al paciente, lo cual es particularmente delicado si se considera que estadísticas de urgencia muestran que es un diagnóstico que ha aumentado notablemente en los últimos años. (NICE Clinical guideline 136, 2011) Dado lo anterior es que el triage o el apoyo de un psicólogo pudiera ser apropiado para recabar más antecedentes del caso, conocer la motivación del paciente a tratarse y coordinar la derivación a un programa de tratamiento. Con lo descrito podría obtenerse el compromiso del paciente a tratarse, y si sigue consultando en urgencias eventualmente se podría negar la medicación buscada (Chaput YJ., 2007).

Otro punto importante es el prejuicio relacionado con los pacientes psiquiátricos, dado que se les atribuye mayor agresividad y dificultad en su manejo respecto de quienes no lo son. Para el personal de salud significan una presión indeseable en la urgencia general, como también para quienes los llevan a consultar. Considerando esto, y mirando a futuro, se puede decir que habrán de instalarse nuevas modalidades de atención en urgencia psiquiátrica.

Una de ellas es la atención telefónica de las personas en crisis. Se ha visto que estos servicios no necesariamente requieren personal altamente especializado, sino dispuesto a un apoyo contenedor y con la capacidad de discriminar cuándo derivar, proceso que puede ser apoyado por personal entrenado. (Arias SA., 2014) (Rabassó J.P., 2003)

Así también, la atención domiciliaria constituye un avance significativo en el manejo de estas pacientes. Se ha demostrado

como la implementación de estas visitas disminuye la consulta a urgencias y la hospitalización, al tiempo que en el mediano plazo ahorra en los gastos de salud estatales. (Jiménez S., 2010) En el ánimo de mejorar la calidad de la atención, es necesario reforzar destrezas. Por esto planteamos que la urgencia psiquiátrica debiera transformarse en una subespecialidad médica, con enfoque intrahospitalario y también comunitario.

Dado que el hospital tiene una gran fuerza centrípeta, el proceso de cambio puede entenderse como impulsar su opuesto, la centrífuga. Vale decir plantear modos de intervención que permitan por un lado evitar la hospitalización, y por otro, favorecer una mejor evolución. (Marchesi C., 2004).

Ciertamente que la urgencia del Instituto Psiquiátrico de Santiago recibe una gran cantidad de derivaciones no urgentes y de diferentes partes de la ciudad, sin embargo esto no sería un obstáculo para poder lograr mejores intervenciones en pacientes complejos, por ejemplo: intentos de suicidio, descompensaciones psicóticas, etc. (Cruz C., 2011)

La violencia es un problema creciente y en urgencias se asocia entre otros al consumo de alcohol y drogas. En estos casos hay agitación, psicosis y alteraciones sociales. (Seijas D. 2005) (Tabla 2)

Otra causa de consulta es el compromiso de conciencia, a veces total y otras parcial, en la vía pública, en que no es claro su origen ni su desenlace, los intentos suicidas, etc. En estos casos el cuadro es pesquisado por terceras personas. A veces por familiares, por compañeros de trabajo y en algunas ocasiones por un transeúnte, que es testigo de una urgencia psiquiátrica y solicita ayuda a carabineros. (Boudreaux E., 2014) (Bustos J. I., 2010) (Seijas D. 2005)

Así es como la fuerza pública tiene que acudir en estos casos a brindar las primeras atenciones, en otras ocasiones han sido los profesores en los colegios, personal de investigaciones o guardias

de establecimientos comerciales, quienes han tenido que resolver precozmente una urgencia de este tipo. (Goldstein JM, 1988)

Un factor común existe en todos ellos. No poseen la capacitación necesaria para responder efectivamente en estas situaciones. Cada uno hace lo que cree que es mejor, y a veces se producen errores de manejo susceptibles de evitar. No es raro que esto ocurra, puesto que pertenecen a otras áreas de trabajo. Entonces, se hace necesario que conceptos de la Psiquiatría de Urgencia sean conocidos por estas personas, aunque en el nivel más básico. (Balfour M., 2016, (Henzen A., 2016)

En experiencias extranjeras se ha entregado educación en los siguientes temas: Alcoholismo, Drogadicción, Demencias, Depresión, Intento Suicida, Epilepsia, Trastorno de Personalidad Psicopática, Psicosis y Agitación Psicomotora. Con la enseñanza de estos temas se piensa que se cubre en gran medida las emergencias susceptibles de ver en la comunidad, y que una institución de servicio público como la policía debiera manejar. De igual modo pudiera procederse con profesores y guardias de seguridad. (Lofchy J., 2015) (Hilty DM, 2013)

## Bibliografía

- Adityanjee, Mohan D. Wig NN. Determinants of emergency room visits for psychological problems in a general hospital. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1988 Spring; 34 (1):25-30.
- Alderfer BS, Allen MH. Treatment of agitation in bipolar disorder across the life cycle. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 4:3-9.
- Arias SA, Zhang Z, Hillerns C, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA. Using structured telephone follow-up assessments to improve suicide-related adverse event detection. *Suicide Life Threat Behav*. 2014 Oct;44(5):537-47
- Balfour M., Kathleen Tanner, Paul J. Jurica., Richard Rhoads, Chris A. Carson. Crisis Reliability Indicators Supporting Emergency Services (CRISES): A Framework for Developing Performance Measures for Behavioral Health Crisis and Psychiatric Emergency Programs. *Community Ment Health J* (2016) 52:1-9
- Balsera Gómez J., Rodríguez Medina C., Caba Calveta, R. Vega Pradaa, H. Ruiz Ureña, L. Berrueto Ortiz, D. Clusa Gironellab, M. J. Rodríguez Montesa y J. M. Haro Abad. La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: el programa PSI-TMS. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(6):350-357.
- Boudreaux E, Molly E Waring, , Rashed B Hayes, Rajani S Sadasivam, Sean Mullen, and Sherry Pagoto. Evaluating and selecting mobile health apps: strategies for healthcare providers and healthcare organizations. *Transl Behav Med*. 2014 Dec; 4(4): 363-371.
- Busca P., Marrón R. La informatización en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33 (Supl. 1): 69-76
- Bustos J. I., Capponi I., Ferrante R., María José Frausin, Bernabé Ibañez. Excitación psicomotriz: "manejo en los diferentes contextos". *ALC-MEON*, 63, año XIX, vol. 16, N° 3, agosto de 2010.
- Carrera, José Antonio et als. Manual de hospitalización a domicilio. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo hospitalario Donostia. Hospitales de Aránzazu y Gipuzkoa, San Sebastián, Mayo 1998 Recuperado desde: <https://foietes.files.wordpress.com/2010/10/manual-de.pdf>
- Chaput YJ, Lebel MJ. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv*. 2007 Mar;58(3):335-41
- Cruz, C.; Florenzano, R.; Lara, C.; Vacarezza, A.; Hirdes, J.; Perez, E.; Trapp, A.; Riedel, K., Estudio piloto de aplicabilidad de un sistema clínico internacional de evaluación de calidad de atención en salud mental a pacientes psiquiátricos. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. 2006, Vol. 6, 25 - 30.
- Cruz C., Leiva J., Escobar E., Eugenin D, Errázuriz M., Prieto B., Rinaldi S. Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45 (2): 108-113.
- Cruz C., Leiva J., Borgoña R., Larach T., Errázuriz L., Chianale C., Trapp A. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (3): 175-183.
- Daemi A., Reza Sheikhy-Chaman M. Psychiatric Emergency Triage in Iran; the Need for a Specific Tool. *Bull Emerg Trauma* 2016;4(2):116-117.
- Escobar E., Cruz C. Editores Urgencias psiquiátricas. 2ª Edición, Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo, 2011. 317 páginas.
- Florenzano, R., Perales, P., González, I., Artero, M., Del Río, V., Mandujano, I. Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio en la Unidad de Triage del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. *Psiquiatría y Salud Mental* 2005, XXII, N°1-2:43-52
- Gobbi G., Comai S., Debonnel G. Effects of quetiapine and olanzapine in patients with psychosis and violent behavior: a pilot randomized, open-label, comparative Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2014;10 757-765
- Gómez J., Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006;18:156-164.
- González E. y Pérez F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. *Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía*. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007;7:37C-46C.
- Good B., Ryan M. Walsh., Geoffrey Alexander. Gregory Moore, MD, JD. Assessment of the Acute Psychiatric Patient in the Emergency Department: Legal Cases and Caveats. *West J Emerg Med*. 2014;15(3):312-317.
- Goldstein JM, Cohen P, Lewis SA, Struening EL. Community treatment environments. Patient vs. staff evaluations. *J Nerv Ment Dis*. 1988 Apr;176(4):227-33.
- Grau-López L1, Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Bachiller D, Rodríguez-Cintas L, Egido Á, Casas M. Risk factors for relapse in drug-dependent patients after hospital detoxification. *Adicciones*. 2012;24(2):115-22
- Henzen A., Moegli C., Giannakopoulos P. and Sentissl O. Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry* (2016) 16:111
- Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health*. 2013 Jun;19(6):444-54

25. Jiménez S1, Aguiló S, Gil V, Antolín A, Prieto S, Bragulat E, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Los factores psicosociales determinan la aceptación de la hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias. *Gac Sanit.* 2010 Jul-Aug;24(4):303-8.
26. Keating G. Loxapine Inhalation Powder: A Review of its Use in the Acute Treatment of Agitation in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia. *CNS Drugs* (2013) 27:479-489
27. Knox D. et al. West J. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *Emerg Med.* 2012 Feb; 13(1): 35-40.
28. Kropp S., Andreis C., te Wild B., Reulbach U., Ohlmeier M., Auffarth I., Ziegenbein M. Psychiatric patients turnaround times in the emergency department. *Clinical practice and epidemiology in mental health* 2005, 1:27
29. Larumbe J. C., Martínez E., Aranguren E., Qntonio J. A. Modelos de triaje en salud mental. Servicio de Urgencias. Hospital de Navarra. Recuperado desde: [www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIME-RA\\_EPOCA/2007/.../sumario.htm](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIME-RA_EPOCA/2007/.../sumario.htm)
30. Leal I., Martín L.M., Córcoles D., Coletas J., Bellsolá M., Bulbena A., IMAS, IAPS. Barcelona. La atención psiquiátrica domiciliaria, una herramienta para lograr la vinculación de pacientes con TMS a la red asistencial. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2008. *Psiquiatría.com*. Recuperado desde: [www.psiquiatría.com/.../assetstore/.../11553078121461149983633741596375215623...](http://www.psiquiatría.com/.../assetstore/.../11553078121461149983633741596375215623...)
31. Lofchy J, Boyles P, Delwo J. Emergency Psychiatry: Clinical and Training Approaches. *Can J Psychiatry.* 2015 Jun;60(6):1-7.
32. Marchesi C., Brusamonti E., Borghi C., Giannini A., Di Ruvo R., Minneo F., Quarantelli C and Maggini C. Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. *Emerg Med J* 2004; 21:175-179
33. Minardi Mitre R., Morales Suárez-Varela M., Llopis González A., Sette Cotta Filho J., Ramón Real E., y Días Ricós J.A. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(1), 2001
34. MINSAL; 2005. Grupo de tarea "Red de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana". Plan de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana. Desarrollo de Servicios de atención cerrada y Urgencias. Santiago de Chile.
35. Muñoz K., Rayo X., Minoletti S A., MINSAL 2003. Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría.
36. National Practice Standards for the Mental Health Workforce. September 2002 Recuperado desde: [tandemcarers.org.au/images/Resources/.../MH\\_Workforce2002.p](http://tandemcarers.org.au/images/Resources/.../MH_Workforce2002.p).
37. NICE clinical guideline 136. [www.nice.org.uk/cg136](http://www.nice.org.uk/cg136). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. December 2011
38. NSW Health policy and guidelines for security risk management in health facilities. Protecting people and property. December 2003
39. Pozo E., Cruz C. Atributos del personal de urgencias. En Escobar E., Cruz C. Editores Urgencias psiquiátricas. 2ª Edición, Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo, 2011. Páginas 91-93.
40. Pujol A. y Medallo J. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp.* 2012;212(4):198---205
41. Rabassó J.P., Parramon G., Goikolea J.M., Corbella B., Fuente E. Complejidad y adecuación de las urgencias psiquiátricas en un hospital general. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(17):650-2.
42. Rossi M. La visita domiciliaria: intervenciones sin red. *Archivos de Psiquiatría.* 2010;73:3
43. Roncero C1, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Fuste G, Daigne C, Ramos-Quiroga JA, Casas M. Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012 Mar-Apr;40(2):63-9. Epub 2012 Mar 1.
44. Salion V., Fichelle A., McLoughlin M., Thauvin I., Lejoyeux M. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. *Gen Hosp Psychiatry,* 2005 Jul-Aug; 27 (4): 263-8.
45. Seijas D. Emergencias en adicciones y abuso de psicofármacos. *Rev. Med. Clin. Condes - 2005;* 16(4): 220 - 9
46. Sunderji N.; Jason de Bibiana J.; Stergiopoulos V. Urgent Psychiatric Services: A S coping Review. *Can J Psychiatry* 2015;60(9):393-402.
47. Szman N, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga J, Casas M, Roncero C. Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals. *J Dual Diagn.* 2014;10(2):84-90
48. Tandon R., and Jibson M. Extrapyramidal Side Effects of Antipsychotic Treatment: Scope of Problem and Impact on Outcome. *Annals of Clinical Psychiatry,* Vol. 14, No. 2, June 2002.
49. Teijeiro R. Triage en la psiquiatría de urgencias. FUENTE: *Psiquiatría.com.* 2005; (9) 2. Recuperado desde: [www.psiquiatría.com/.../assetstore/.../13727623607201789697125397444911712437...](http://www.psiquiatría.com/.../assetstore/.../13727623607201789697125397444911712437...)
50. Testa A., R. Giannuzzi, F. Sollazzo, I. Petrongolo, I. Bernardini, S. Daini. Psychiatric emergencies (part I): Psychiatric disorders causing organic symptoms. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* 2013; 17(Suppl 1): 55-64
51. Victoroff J, Coburn K, Reeve A, Sampson S, Shillcutt S. J. Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. *Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014 Fall;26(4):283-312.
52. Villaseñor Monterroso, Ángel. Hospitalización domiciliaria de adolescentes con anorexia nerviosa. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011 [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero-Marzo 2011. Recuperado desde: [www.psiquiatría.com](http://www.psiquiatría.com) › Inicio › Vol 15 (2011) › Villaseñor Monterroso
53. Wilhelm S, Schacht A, Wagner T. Use of antipsychotics and benzodiazepines in patients with psychiatric emergencies: results of an observational trial. *BMC Psychiatry.* 2008 Jul 22;8:61.
54. Zeller, S., and Leslie Citrome L, Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. *West J Emerg Med.* 2016 Mar; 17(2): 165-172.