

## VARIABLES CLINICAS Y DEMOGRAFICAS DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS INFANTILES EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Milagros Toledo<sup>1</sup>

*Las consultas de urgencias psiquiátricas infantiles son cada vez más frecuentes en los hospitales que atienden a niños y a adolescentes. En este trabajo se determinan las características sociodemográficas y clínicas de 315 pacientes que acudieron al Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente (DSMNA) y al Servicio de Emergencia del Hospital Hermilio Valdizán.*

*También se enfatiza la necesidad de contar con guías clínicas y protocolos de atención que establezcan procedimientos formalizados de referencia, de tal forma que las actividades de los profesionales estén suficientemente normalizadas y que la documentación clínica esté unificada.*

**Palabras clave:** *Urgencias psiquiátricas, niños y adolescentes.*

*Urgent infantile psychiatric consultations are increasing in frequency in hospitals which assist children and teenagers. That is why we are interested in knowing this problem in Hermilio Valdizán Hospital. In order to know that problem we made a retrospective and descriptive study about 315 patients who were assisted in de child and teenager mental health department (DSMNA) and the emergency service ward, from January 2000 to July 2002.*

*Also it is emphasized the necessity of counting with clinical guides, assistance protocols that state formal procedures so that the activities of professionals are ruled enough and the clinical documentation is unified.*

**Key words:** *Psychiatric urgency, children and teenagers.*

---

<sup>1</sup> Médico psiquiatra del Dpto. de Salud Mental del Niño y Adolescente del Hospital Hermilio Valdizán

La infancia es uno de los períodos de la vida más polimorfos y cambiantes; y así es la expresión de la psicopatología infantil de urgencias. El desarrollo evolutivo se puede dividir en varios períodos: etapa preescolar (hasta los 5 años), escolar (entre los 5 y los 10 años), preadolescencia (de los 11 a los 13 años) y adolescencia (desde los 14 a los 18 años), y en cada uno de ellos van a predominar determinados cuadros clínicos, tanto en prevalencia, como en manifestaciones clínicas.

Así, las Urgencias en Psiquiatría Infantil suelen corresponder a situaciones de aparición brusca e inesperada ante las cuales los adultos que rodean al niño o adolescente se ven desbordados. En general las consultas urgentes son más frecuentes a medida que va aumentando la edad del niño y es en la adolescencia donde se encuentran más situaciones en las que se hace necesario intervenir

Las razones para solicitar la atención de urgencia son frecuentemente situaciones con riesgo vital para el niño o para otros, tales como conducta suicida, maltrato físico y comportamiento violento u homicida. Otras demandas urgentes se deberán a exacerbaciones de trastornos psiquiátricos graves, como depresión, manías, psicosis floridas, abuso de sustancias, anorexia nerviosa y rechazo escolar. También se presentan situaciones cuando los niños o adolescentes vienen acompañados de adultos ansiosos y abrumados que perciben las acciones del niño como una urgencia, a pesar de la ausencia de riesgo vital o de trastorno psiquiátrico evidente.

Cabe mencionar que los reportes sobre morbilidad psiquiátrica infantil en nuestro país son escasos y no se dispone de estadísticas claras para determinar el impacto real de las urgencias psiquiátricas en la población infantil, sin embargo el 25-50 % de las urgencias de pediatría general tienen de fondo un componente emocional (Chinchilla, 2004).

La evaluación del niño o adolescente requiere de características particulares de la entrevista en el servicio de urgencia. Se deberá recabar información de la persona responsable (padres, cuidadores, profesores, etc) y del propio paciente. Lo habitual es entrevistar primero a los padres si el paciente es un niño pequeño, a diferencia de los adolescentes donde debe invertirse éste orden. En caso de situaciones poco claras o la sospecha de malos tratos, debe buscarse otros informadores que clarifiquen estas dudas. La situación de urgencia, como puede ser la visita habitual al médico, puede añadir ansiedad al paciente infantil, debiéndose tener especial cuidado en proporcionarle un ambiente relajado y seguro, en la medida de lo posible. Diversos autores apoyan que el niño o adolescente, nunca debe permanecer sólo en el servicio de urgencias. (Imán y Tesar, 1996).

Además de la historia y de la exploración clínica, es importante considerar el desarrollo psicomotor y afectivo del niño y la exploración de la dinámica familiar, a fin de prevenir posibles situaciones de riesgo.

El tratamiento inicial, independientemente de la causa que haya provocado la Urgencia, es tratar las conductas fuera de control. Se recomienda ubicar al niño en un área tranquila, lo más aislada posible y expresarle apoyo y comprensión respecto a lo que le sucede, evitando palabras o gestos de ira o frustración que pueden exacerbar el cuadro. Si el paciente no recupera algo de autocontrol y resulta peligroso, se utilizarán técnicas de inmovilización física y psicofármacos.

Algunos casos de urgencia psiquiátrica requerirán de hospitalización, particularmente en adolescentes, lo cual tiene un importante impacto en la evolución de muchos cuadros psicopatológicos pudiendo llegar a mejorar su pronóstico y evolución.

El Hospital Hermilio Valdizán es una institución del Ministerio de Salud que se encuentra ubicado en la Jurisdicción de Lima-Este, y está especializado en la atención de los problemas de Salud mental y psiquiatría. Para tal fin cuenta con 6 Departamentos finales: Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte (DSMAG.), Departamento de Salud Mental del Niño y del Adolescente (DSMNA), Departamento de Salud Mental en Familia, Departamento de Análisis y Modificación del comportamiento, Departamento de Adicciones y Departamento de Promoción de la salud.

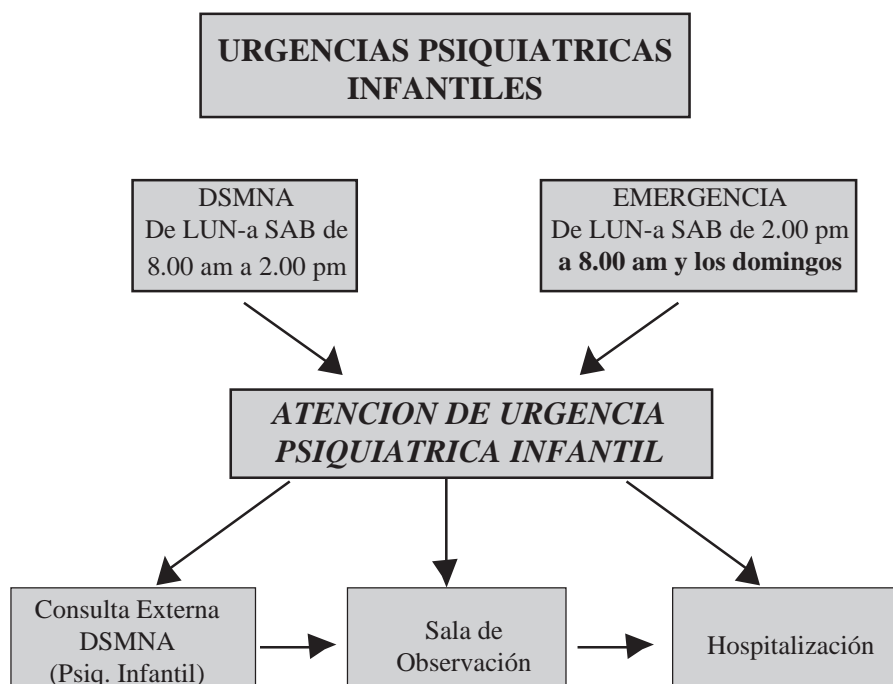
El Departamento de Salud Mental de Adultos y Geriátría (D.S.M.A.G.), concentra la mayor cantidad de atenciones que realiza el Hospital en Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización. Cabe mencionar que el servicio de Emergencia brinda atención de lunes a domingo durante las 24 hrs. y cuenta con una Sala de Observación, donde se dis-

pone de cuatro camas para internamientos breves, generalmente entre 24 a 48 hrs. El servicio de Hospitalización es para internamientos prolongados y cuenta para ello con 6 pabellones.

El Departamento de Salud mental del Niño y del Adolescente (D.S.M.N.A.), atiende en consulta externa a niños y adolescentes hasta los 16 años. Siendo el horario de atención de Lunes a Sábado de 8.00 a.m. a 2.00 p.m. Cabe señalar que la hospitalización de adolescentes se realiza en la Sala de Observación como en pabellones de adultos; dado que no se cuenta con ambientes específicos para éste grupo etéreo.

Los niños y adolescentes que acuden al Hospital por Urgencias psiquiátricas son atendidos en ambos departamentos, durante las mañanas por un psiquiatra infantil del DSMNA, mientras que en las tardes y los domingos por un psiquiatra general del Servicio de Emergencia del DSMAG.

### FLUJOGRAMA DE ATENCION



## METODO

### Muestra

Se utilizaron dos registros de información de Urgencias Psiquiátricas Infantiles, el que corresponde al Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente (DSMNA), que consolida información de los casos atendidos de Lunes a Viernes de 8.00 a.m. a 2.00 p.m., y el del Servicio de Emergencia que atiende las urgencias infantiles de 2.00 p.m. a 8.00 a.m. y los días domingos durante las 24 horas.

Se obtuvo un registro de 315 niños y adolescentes que acudieron por Urgencias Psiquiátricas al Hospital Hermilio Valdizán desde Enero del 2000 hasta Julio del 2002. Las variables del estudio fueron: Edad, sexo, lugar de procedencia, persona responsable, tipo de atención, categoría diagnóstica, motivo de internamiento y tratamiento farmacológico empleado.

### Procedimiento

La información se codificó e ingresó a una base de datos, aplicándose estadísticas descriptivas como distribuciones de frecuencia y porcentajes.

## RESULTADOS

**Cuadro N° 1.** Distribución de la muestra por Lugar de Atención

Lugar de Atención	n	%
DSMNA	148	47
Emergencia	167	53
TOTAL	315	100

Según muestra el Cuadro 1 la atención de las urgencias psiquiátricas infantiles en el HHV se realizó en el Servicio de Emergencia (53 %) y en el DSMNA (47 %)

**Cuadro N° 2.** Distribución de casos de Urgencias Psiquiátricas Infantiles según sexo

Sexo	n	%
Masculino	130	41
Femenino	185	59
TOTAL	315	100

El cuadro 2 muestra la distribución por sexo, existiendo un predominio de pacientes de sexo femenino (59 %) y un número menor de pacientes de sexo masculino (41 %).

**Cuadro N° 3.** Distribución de casos de Urgencias Psiquiátricas Infantiles según Edad

Años	DSMNA		Emergencia		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 - 5	8	3	0	0	8	3
6 - 11	31	10	7	2	38	12
12 - 16	109	34	160	51	269	85
TOTAL	148	47	167	53	315	100

En el Cuadro 3 se observa la distribución por edad, con un predominio de urgencias psiquiátricas en el grupo de adolescentes de 12 a 16 años (85 %), seguido del grupo de escolares de 6 a 11 años (12 %); siendo escasa la muestra en menores de 5 años (3 %). De la población infantil atendida por servicio, se observa que los adolescentes se atendieron en Emergencia 96 %, mientras en el DSMNA 74 %.

**Cuadro N° 4.** Distribución de la muestra atendida en el DSMNA por Lugar de procedencia

Lugar de Procedencia	Pacientes Atendidos	
	N	%
Ate Vitarte	56	38
Lima	23	16
Santa Anita	19	13
San Juan de Lurigancho	17	12
La Victoria	9	6
Agustino	8	5
San Luis	6	4
Santiago de Surco	5	3
Villa María del Triunfo	4	2
Provincia	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

El cuadro 4 muestra que el 85 % de pacientes proceden de distritos correspondientes a la jurisdicción del Hospital, mientras el 14 % proceden de San Juan de Lurigancho y Villa María del Triunfo y 1 % de provincia.

**Cuadro N° 5.** Persona Responsable de los pacientes atendidos en el DSMNA

Persona Responsable	n	%
Madre	73	49
Ambos padres	27	18
Otro familiar	25	17
Padre	15	10
Otro	08	6
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

El cuadro 5 muestra que la madre es la persona responsable en la mayor parte de los casos (49 %), seguido por ambos padres (18 %) y por otro familiar (17 %). Solo el 6 % de los responsables no tienen un vínculo familiar con el paciente.

**Cuadro N° 6.** Urgencias Psiquiátricas Infantiles según Categorías Diagnósticas

Categoría Diagnóstica	DSMNA		EMERG		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Trast. Mentales Orgánicos	18	12	7	4	25	8
Trast.por uso de Sustancias	8	5	10	6	18	6
Esquizofrenia-Psicosis	47	32	106	64	153	48
Trastornos Afectivos	11	8	14	8	25	8
T. Ansiedad-Estrés	24	16	19	11	43	14
Trastorno de Personalidad	0	0	3	2	3	1
Retraso Mental	12	8	3	2	15	5
Otros	28	19	5	3	33	10
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>	<b>167</b>	<b>100</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

El cuadro 6 muestra las categorías diagnósticas, observándose un porcentaje significativo en el grupo de las psicosis y esquizofrenias (48 %), seguidos de trastornos por ansiedad (14 %), Trastornos mentales Orgá-

nicos (8 %) y consumo de sustancias (6 %). Cabe mencionar que la categoría de Esquizofrenias y psicosis en Emergencia fue de 64 %, mientras que en el DSMNA constituyen el 32 %

**Cuadro N° 7.** Diagnóstico clínico y tipo de internamiento de las Urgencias Psiquiátricas del DSMNA

Diagnóstico Clínico	Internamiento en sala de observación	internamiento en pabellón	Total de Internamiento
Esquizofrenia	7	1	8
Psicosis Aguda	1	0	1
Epilepsia + Agresividad	2	0	2
Retardo M. + Agresividad	0	1	1
Depresión + Ideación. Suicida	1	1	2
Impregnación Neuroléptica	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

**Cuadro N° 8.** Psicofármacos utilizados en pacientes con Urgencias Psiquiátricas en el DSMNA

Psicofármacos Utilizados	n	%
<b>Antipsicóticos:</b>	<b>55</b>	<b>41</b>
Tioridazina	17	13
Haloperidol	12	9
Clorpromazina	11	8
Sulpiride	4	3
Periciazina	4	3
Levomepromazina	3	2
Trifluoperazina	2	1
Risperidona	1	1
Olanzapina	1	1
<b>Ansiolíticos:</b>	<b>30</b>	<b>23</b>
Alprazolam	18	14
Diazepam	11	8
Clonazepam	1	1
<b>Otros:</b>	<b>48</b>	<b>36</b>
Biperideno	21	16
Carbamazepina	15	11
Fluoxetina	9	7
Citalopram	2	1
Fluvoxamina	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

El cuadro 7 muestra los diagnósticos clínicos de pacientes que se internaron por trastorno psicótico (9), por trastornos orgánicos con agresividad (3), por ideación suicida (2) y por impregnación neuroléptica (1) La mayoría de ellos (12) requirió internamiento corto en la sala de observación, mientras 3 de ellos ingresaron a pabellón.

En el cuadro 8 se muestran los fármacos utilizados con mayor frecuencia en las Urgencias Psiquiátricas: antipsicóticos (41 %), ansiolíticos (23 %) y otros (36 %).

**Cuadro N° 9.** Tipo de derivación de las Urgencias Psiquiátricas en el DSMNA

Tipo de Derivación	n	%
Seguimiento Consulta Externa	128	86
Internamiento-Sala Observación	12	8
Internamiento en Pabellón	3	2
Transferencia	5	3
<b>TOTAL DE ATENDIDOS</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

El cuadro 9 muestra el tipo de derivación de las urgencias psiquiátricas infantiles atendidas en el DSMNA, continuaron en seguimiento por consulta externa (86 %), se internaron en sala de observación (8 %), en pabellón (2 %) y fueron transferidos a otro establecimiento de salud (3 %).

## DISCUSION

El trabajo nos permite conocer la demanda por urgencias psiquiátricas infantiles en el Hospital Hermilio Valdizán. Los resultados provienen tanto del Departamento de Salud Mental del Niño y del Adolescente, como del Servicio de Emergencia del Hospital, permitiéndonos contar con una ventana epidemiológica acerca de la población infantil que se atiende.

En cuanto al predominio del número de atenciones por urgencias infantiles en el Servicio de Emergencia (53 %), es explicable porque la atención se realiza durante las 24 hrs., cubriendo el horario de tardes y de domingos en que no hay atención en el DSMNA.

El sexo femenino (59%) fue el predominante en la población atendida, coincidiendo con reportes que establecen una mayor vulnerabilidad del sexo femenino para algunos trastornos psíquicos y más propenso a presentar episodios de crisis que requieren un manejo urgente (Palanca, 1999).

En el estudio se consideraron tres intervalos de edades: De 0 a 5 años con 8 pacientes (3 %), de 6 a 11 años con 38 pacientes (12 %) y de 12 a 16 años con 269 pacientes (85 %). En el DSMNA se brindó atención de urgencia a preescolares (3 %), escolares (10 %) y adolescentes (34 %), mientras que en el Servicio de Emergencia se atendieron escolares (2 %) y adolescentes (51 %). Reflejando que la población infantil atendida por urgencias es predominantemente adolescente (85 %); según lo reportado en otros estudios internacionales la incidencia puede alcanzar a 90 % (Chinchilla, 2004).

Los distritos de procedencia de los pacientes pertenecen en su mayor parte a la jurisdicción del Hospital, probablemente debido

a que es reconocido como centro especializado en salud mental y psiquiatría, también porque son derivados por los profesores de los centros educativos con quienes se coordina en Promoción de la salud y otros que conocen el Hospital porque tienen algún familiar atendido en éste establecimiento.

La solicitud de atención generalmente la realizan los padres, tutores o familiares, en el estudio se demostró que la persona responsable tenía un vínculo familiar en el 94 %, siendo la madre, el padre o ambos. En el rubro de otro familiar predominan los abuelos y tíos. El 6 % de otro responsable estaba constituido por trabajadoras sociales, profesoras o religiosas.

Entre los síntomas registrados en la atención de urgencias infantiles en el DSMNA debemos mencionar: Insomnio, agresividad, ansiedad, ideas de daño, irritabilidad, pseudopercepciones auditivas, soliloquios, risas inmotivadas, temor, retardo mental, convulsiones, labilidad emocional, aislamiento, conducta desorganizada, autoagresividad, fuga de casa, tristeza, consumo de drogas, intento suicida, mutismo, ideación suicida y violación sexual, entre otras.

Estos síntomas se correlacionan con las categorías diagnósticas halladas como: trastornos psicóticos (48 %), trastornos ansiosos (14 %), trastornos afectivos (8 %), trastornos mentales orgánicos (8 %), trastornos por uso de sustancias (6 %), retraso mental con agresividad (5 %), entre otros. Y que coincide con la sintomatología de urgencias reportado por diversos autores (Agüero, 1998; Ballesteros, Alcázar, Pedreira y Santos; Imán y Tesar, 1996; OMS, 1992), entre ellas: las depresiones, la conducta suicida, los trastornos de conducta, los trastornos ansiosos, las psicosis y el maltrato infantil. Cabe mencionar que ésta morbilidad se registra en un hospital psiquiátrico, probablemente diferente a la que

pudiera hallarse en un hospital pediátrico que atiende urgencias psiquiátricas.

La aparición abrupta de sintomatología psicótica en niños y adolescentes, ha llevado a una atención de urgencia (48 %). En el presente estudio las Esquizofrenias y psicosis se atendieron en el servicio de Emergencia en 64 %, mientras que en el DSMNA 32 %. Existe un consenso internacional en que de la precocidad, de la intensidad y de la continuidad terapéutica del primer brote psicótico dependerá la eficacia terapéutica, el pronóstico evolutivo y, la adherencia terapéutica, de allí la importancia de intervenir adecuadamente en éstos primeros episodios (Palanca, 1999).

Los trastornos de ansiedad constituyen el segundo diagnóstico en frecuencia, sin embargo puede observarse una diferencia según el servicio de atención, mientras en el DSMNA se diagnosticó en un 16 %, en el servicio de Emergencia fue de 11 %.

El tercer diagnóstico en frecuencia lo constituyen los trastornos afectivos (8 %), particularmente las depresiones en los adolescentes que están asociadas a conductas suicidas. Y los trastornos mentales orgánicos secundarios a epilepsias (8 %), fueron más frecuentes en el DSMNA (12 %) mientras en el servicio de Emergencia sólo 4 %.

Los trastornos por uso de sustancias constituyen la cuarta causa (6%) siendo sus frecuencias similares tanto en el DSMNA y en Emergencia. Las drogas más usadas fueron los disolventes volátiles y el consumo de múltiples drogas.

Diversos investigadores (Imán y Tesar, 1996; Kaplan, 1996) coinciden en que la hospitalización es necesaria en situaciones de riesgo suicida, pérdida severa de peso en la anorexia, en trastornos psicóticos; en abuso de drogas intratables de forma ambulatoria, entre otros. De los 148 pacientes atendidos

en el DSMNA, requirieron hospitalización 15 adolescentes (10 %), 10 de sexo femenino y 5 de sexo masculino, 13 de ellos entre 14 y 16 años. Los diagnósticos clínicos que motivaron el internamiento fueron: trastornos psicóticos, trastornos orgánicos con agresividad, ideación suicida e impregnación neuroléptica. De ellos, 12 pacientes se internaron en la Sala de observación, mientras 3 pacientes ingresaron directamente a pabellón. Diversos estudios han demostrado que gente muy joven y del sexo femenino termina siendo usuaria del servicio de hospitalización breve, con el cual se controla el cuadro emergente y se maneja la crisis. (Ballesteros, Alcázar, Pedreira y Santos)

Cabe mencionar que de los niños y adolescentes atendidos en el DSMNA por urgencias psiquiátricas fueron derivados a consulta externa (86 %), internados (10 %) y fueron transferidos (3 %) a otros establecimientos de salud como el Instituto de Ciencias Neurológicas, por el tipo de patología presentada.

En cuanto al manejo de los cuadros psicóticos, los antipsicóticos son los fármacos de elección. Se cuenta con mayor experiencia con los neurolépticos clásicos sin embargo los atípicos cada vez representan una mejor elección. En el estudio se confirma la mayor frecuencia de uso de los antipsicóticos típicos, probablemente en relación al bajo nivel de ingresos de las familias que acuden al Hospital Hermilio Valdizán.

Entre otros fármacos empleados están las benzodiazepinas, como el alprazolam; los antiparkinsonianos como el biperideno; los anticonvulsivantes particularmente la carbamazepina y los antidepresivos como la fluoxetina. Si bien las investigaciones en psicofarmacología infantil son escasas, los fármacos citados anteriormente han probado su eficacia para la población infanto juvenil. (Kaplan, 1996).



## CONCLUSIONES

Las urgencias psiquiátricas infantiles en el Hospital Hermilio Valdizán son atendidas en mayor porcentaje en el Servicio de Emergencia seguidas del Departamento de Salud Mental del Niño y del Adolescente. (DSMNA)

De los 315 pacientes atendidos, la mayoría son pacientes de sexo femenino (59 %), generalmente adolescentes, procedentes de distritos de la jurisdicción del Hospital.

Las principales categorías diagnósticas fueron trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos orgánicos, abuso de sustancias y retraso mental.

El 10 % de pacientes atendidos en el DSMNA por Urgencias Psiquiátricas requirieron internamiento, 8 % en sala de observación y 2 % en pabellones.

Los diagnósticos de internamiento fueron: Trastornos psicóticos, trastornos orgánicos con agresividad, ideación suicida e impregnación neuroléptica

Los psicofármacos utilizados fueron antipsicóticos, ansiolíticos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes y antidepresivos.

## RECOMENDACIONES

Se requiere uniformizar criterios de registro, tanto en el DSMNA, como en el servicio de Emergencia, a fin de poder contar con información estandarizada sobre la epidemiología psiquiátrica infanto juvenil a nivel institucional.

Debe existir rigurosidad en el registro de información clínica y en la clasificación de los trastornos mentales infanto juveniles.

Se precisa de la elaboración de guías clínicas de urgencia psiquiátrica, de primer episodio psicótico, entre otros; que orienten la práctica de forma flexible y fundamentada, además de establecerse los criterios de contención y la dotación de recursos, tanto humanos como materiales.

## REFERENCIAS

- Agüero, A. (1998). *Las psicosis infantiles. Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Prensas Universitarias. Tomo II, p. 805-854.
- Ballesteros, C.; Alcázar, J.L.; Pedreira, J.L. & Santos, A. *Práctica clínica paidopsiquiátrica*. Madrid: Smithkline-Beecham.
- Chinchilla A. (2004). *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona: Masson, S.A. p 393-400.
- Imán, S.; Tesar, G. (1996). *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona: Masson-Little Brown.
- Kaplan, H. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Argentina: Editorial Medica Panamericana. p.823-842.
- Kaplan, H. (1996). *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Argentina: Editorial Medica Panamericana. p.52-64.-
- López-Ibor, J.; Crespo, M. (2000). El reto de la psiquiatría actual en la atención al niño y al adolescente. *Revista Española de Pediatría*, 56: 21-6.
- OMS. CIE-10. (1992) *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Editorial Meditor.
- Palanca, I. (1999) Intervención precoz e intervenciones asociadas al tratamiento farmacológico en el primer brote esquizofrénico del adolescente. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, 3, p.166-176.
- Pedreira, J.L. (1996): Evaluación de un Servicio de Psiquiatría Infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría. Infanto-juvenil*, 4 (octubre-diciembre), p. 285-295.
- Pedreira, J.L.; Moreno, P.; Pedrero, C. & Astudillo, P. (1991): Protocolos de intervención ante las urgencias psiquiátricas desde los servicios sanitarios generales. *Psiquis*, 12;3, p.21-28