

R. Martín-Santos
A. Bulbena

Nuevos retos en las urgencias psiquiátricas

Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías
Hospital del Mar
Barcelona

En la última década la atención al paciente urgente está sufriendo numerosos cambios debido a diferentes factores (demográficos, sociales, tratamientos, innovaciones tecnológicas, política sanitaria, etc.) que hacen que ésta sea un proceso cada vez más complejo. Actualmente las urgencias psiquiátricas tienden a ser atendidas en los hospitales universitarios generales en un espacio propio y con personal especializado. Se observa un incremento de las urgencias en poblaciones específicas como son la infantojuvenil, geriátrica, inmigrante o con patología dual. Temas como la informatización de la asistencia hospitalaria, la comunicación con el enfermo y los profesionales, la confidencialidad, el estudio de fenotipos clínicos y genotipos específicos y nuevos tratamientos entre otros hacen que las unidades de urgencias psiquiátricas sean áreas de futuro avance a diversos niveles (asistencial, docente e investigadora).

Palabras clave:

Urgencias psiquiátricas. Urgencias hospital general. Psiquiatría infantil. Patología dual. Problemática social. Informatización.

Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:75-80

New tools in psychiatry emergency

In the last decade, it has been a lot of psychosocial, demographic, technology, treatments, etc. factors that changed the managed care of patients in the psychiatric emergency services. At the present moment psychiatric emergencies are attended at the general hospitals in a separate areas with specialized staff. There is a trend of increased need for children and adolescent's, geriatrics', immigrant's and dual pathology's patients. Subjects like computerized records, quality of care evaluations, confidentiality, new treatment alternatives, specific clinical phenotypes and genotypes studies, etc. would be some of

the new advances in next future of psychiatric emergency services.

Key words:

Psychiatric emergencies. Emergencies in a general hospital. Child psychiatry. Dual pathology. Social problems.

INTRODUCCIÓN

En la última década la atención al paciente urgente está sufriendo numerosos cambios debido a diferentes factores (demográficos, sociales, tratamientos, innovaciones tecnológicas, política sanitaria, etc.) que hacen que ésta sea un proceso cada vez más complejo¹. Las urgencias psiquiátricas se han enfocado desde diversos modelos en función de las características del hospital donde se llevan a cabo, de la formación de los técnicos que la realizan y de las características de la población que atiende^{2,3}. Actualmente las urgencias psiquiátricas tienden a ser atendidas en los hospitales universitarios generales. El modelo inicial, en el que el psiquiatra actuaba como médico consultor en urgencias, paulatinamente está siendo desplazado por una atención psiquiátrica más especializada y multidisciplinar, en unidades específicas situadas en un espacio propio en el mismo servicio de urgencias generales o próximo al mismo². La mayoría de autores está de acuerdo en señalar que se observa un incremento de las urgencias psiquiátricas de poblaciones específicas como la población infantil^{4,5} o la población drogodependiente⁶⁻⁸. El aumento de las urgencias psiquiátricas relacionadas con el abuso de sustancias se ha descrito asociada al cambio de perfil de la droga de abuso y al elevado número de enfermos con patología dual que hasta ahora pasaban inadvertidos⁹⁻¹¹. Por otro lado se ha observado un aumento del tiempo de atención necesario para resolver la urgencia psiquiátrica, en parte debido a que presentan una gravedad clínica mayor, lo que implica que una elevada proporción precisan ingreso psiquiátrico y que el apoyo familiar tiende a disminuir⁵. Las unidades específicas de atención a las urgencias psiquiátricas juegan un papel importante en la formación de equipos especializados, a caballo entre las necesidades médicas y psiquiátricas del enfermo, así como en la formación de residentes en psiquiatría, psicología y otras especialidades médicas, al igual que enfermeras y trabajadoras sociales. Por último,

Correspondencia:

Rocío Martín-Santos
Coordinadora de las Urgencias Psiquiátricas
Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías
Hospital del Mar
Institut d'Assistència Psiquiàtrica, Salut Mental i Toxicomanies
Paseo Marítimo, 25-29
08003 Barcelona
Correo electrónico: rmsantos@imim.es

la implantación en los servicios de urgencias de avances en la comunicación, en aspectos de seguridad, en la informatización de la atención clínica y del acceso a la base de datos constituyen sin lugar a dudas algunos de los nuevos retos que nos deparan los próximos años (fig. 1).

POBLACIONES DIANA QUE REQUIEREN ATENCIÓN ESPECÍFICA

Recientemente en la población general se dibuja una serie de poblaciones diana que por diferentes motivos (momento del ciclo vital, factores socioeconómicos o tipo de patología) acuden a los servicios de urgencias generales. Cada uno de estas subpoblaciones presenta un perfil clínico y epidemiológico propio que requiere un enfoque y atención específica.

Así, diferentes estudios señalan el aumento paulatino en los últimos años de las urgencias de psiquiatría infantojuvenil⁴⁻⁶. Muchos niños y adolescentes presentan patología psiquiátrica con suficiente intensidad para requerir una atención aguda especializada y los cuadros que presentan constituyen verdaderos motivos de consulta⁵. Situaciones de problemática o ruptura familiar afectan en especial a este subgrupo de población. Otros factores, como situaciones de abuso o consumo de tóxicos, son también importantes. En general los niños y adolescentes acuden a los servicios de urgencias cuando la situación sobrepasa a sus cuidadores, bien sean los padres, profesores o tutores. En especial ante cuadros clínicos compatibles con alteraciones graves de la conducta, como peleas, actitudes desafiantes, conductas de intimidación o hurtos, propios del trastorno por comportamiento perturbador o trastorno negativista desafiante. Muchos de estos trastornos presentan ade-

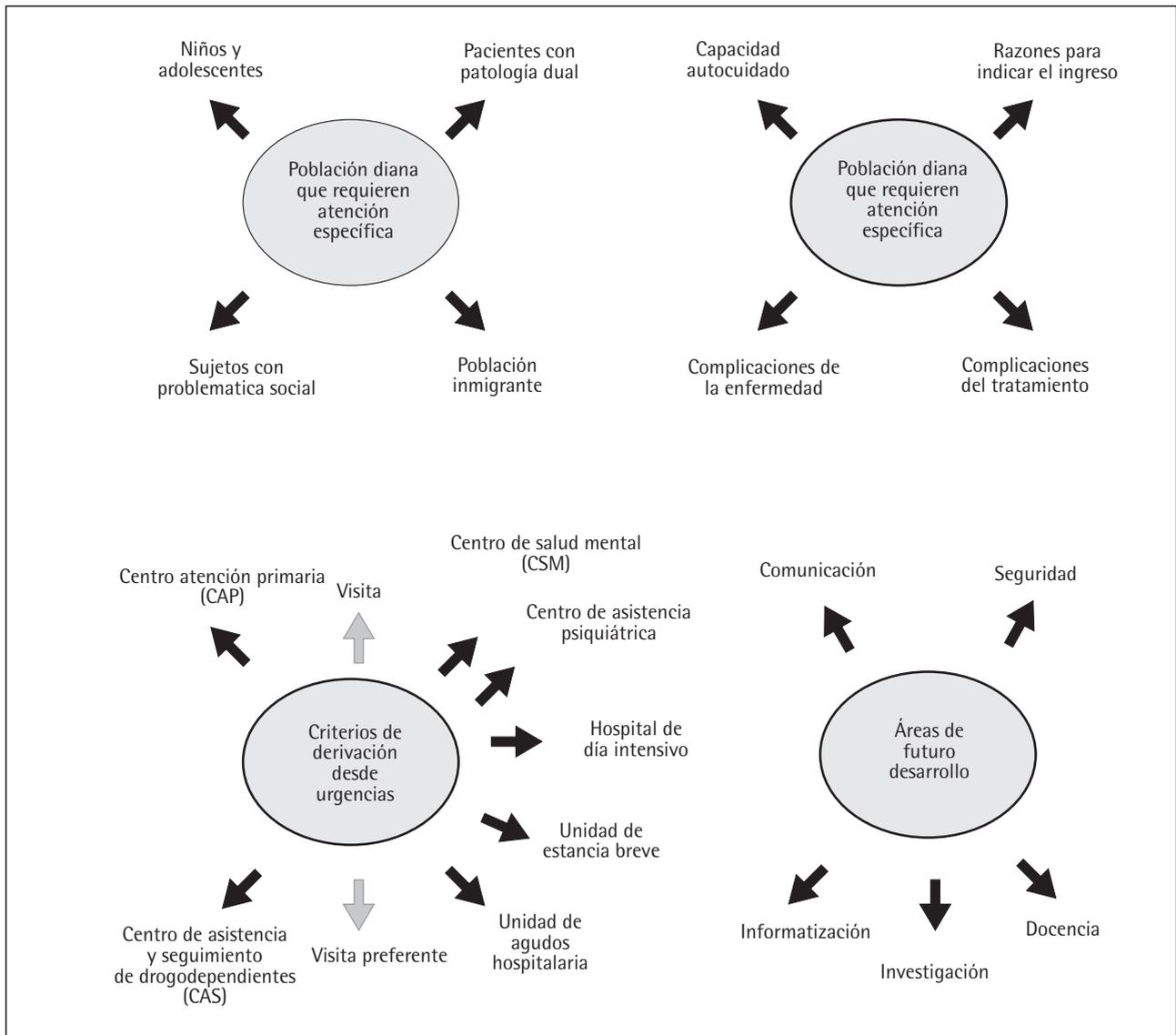


Figura 1 | *Nuevos retos de las urgencias psiquiátricas.*

más otros asociados como el trastorno por déficit de la atención o por hiperactividad^{4,12,13}). Incluso una proporción importante de estos pacientes presentan además cuadros depresivos con ideación y gestos autolíticos¹⁴.

En nuestro contexto actual la presencia de unidades de psiquiatría infantil y por ende de psiquiatras con experiencia en este ámbito no está todavía generalizada en todos los hospitales universitarios, por lo que la mayoría de las urgencias de psiquiatría infantil suelen remitirse directamente a hospitales infantiles. En un estudio realizado en nuestro país en un hospital monográfico de niños sobre los motivos de consulta de los adolescentes en urgencias generales, un 15% presentaron patología psiquiátrica y la mitad requirieron ingresar¹⁵. Hay que señalar que la atención en urgencias con frecuencia es la ocasión de detectar la presencia de patología psiquiátrica susceptible de recibir tratamiento.

La población geriátrica constituye otro de los grupos de edad que puede requerir atención específica. En los países desarrollados la población mayor de 65 años tiende a aumentar y convertirse en un segmento importante de la población. Luego es lógico pensar que cada vez atenderemos a una mayor proporción de sujetos de esta edad. Los ancianos son susceptibles de obtener una respuesta terapéutica semejante a la que obtienen los adultos y en muchas ocasiones en base a su pluripatología médica se desestima la atención de la patología psiquiátrica, cuando la resolución o control de la misma puede mejorar de forma importante la calidad de vida del paciente¹⁶. Los datos de la literatura internacional señalan que alrededor de un 4,5% de las urgencias de psiquiatría son de pacientes geriátricos. Sin embargo, en nuestro medio podría ser algo más elevada (alrededor de 11%) (tabla 1).

Otras dos poblaciones que destacan son: por un lado, los sujetos que presentan problemática social asociada y la po-

blación de inmigrantes, que en concreto en nuestro país ha aumentado de forma importante en los 2 últimos años. La problemática social si bien no conlleva en sí misma la existencia de patología psiquiátrica subyacente, si se presenta de forma conjunta constituye un factor de gravedad clínica. Diversos trabajos han observado que los pacientes que son visitados en las urgencias psiquiátricas muestran un mal funcionamiento psicosocial¹⁷⁻¹⁹. La disfunción es mayor en los hombres, en los pacientes alcohólicos e igual en los que acuden solos como en los que son traídos por la policía. Recientemente con motivo de la puesta en marcha en el Hospital del Mar de una unidad específica de psiquiatría de urgencias estudiamos, de forma prospectiva, este tema y observamos que un 37% de las urgencias psiquiátricas (n=511) presentaban problemática social asociada y que su presencia implicaba mayor severidad clínica y pronóstica^{20,21} (tablas 1 y 2). A lo largo del siglo xx la inmigración tanto voluntaria como forzada ha aumentado en diferentes países de todo el mundo. Sin duda en España la inmigración extranjera es un fenómeno relativamente nuevo con repercusión en los servicios de urgencias. En concreto en nuestra área (Cataluña) ha pasado de representar el 1% de la población en 1991 al 3,5% en el año 2000. No hay que olvidar que para gran parte de esta población los servicios de urgencias constituyen la primera o la única puerta de entrada al sistema sanitario. En muchos hospitales se está empezando a crear una red de mediadores sanitarios de diferentes culturas (magrebí, subsahariana, sudamericana, asiática, gitana, etc.) que actúan como agentes de salud a demanda, facilitando la comprensión de las diferencias culturales de los síntomas psiquiátricos²². Así, por ejemplo, en nuestro hospital un 10% de las urgencias psiquiátricas que realizamos son consultas por pacientes inmigrantes. Los principales motivos de consulta son debidos a trastornos adaptativos (tabla 2).

Por último nos referiremos a la población con patología dual. Si bien hasta hace un tiempo se tenía la idea de que los pacientes toxicómanos acudían a los servicios de urgencias para solicitar medicación, actualmente se ha observado un aumento de pacientes que son visitados en las urgencias psiquiátricas que, además del trastorno por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, presentan otro trastorno psiquiátrico concomitante y que éste suele constituir el motivo de consulta^{7,23,24}. Se ha observado que los trastornos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia en estos pacientes duales suelen ser trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y afectivos y trastornos inducidos²⁴. Este hecho se ha relacionado con diferentes factores como son el cambio del perfil de droga de abuso (con incremento en el consumo de alcohol y cocaína en lugar de heroína)¹¹, con un cambio en la vía de administración utilizada, una disminución de la epidemia del VIH, una mayor utilización de tratamientos antivirales (hepatitis VHC) y un mayor número de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento de mantenimiento con metadona¹⁰. Por otro lado también existe un reciente interés en los clínicos en identificar mejor la patología psiquiátrica en estos enfermos²⁵ (tabla 1).

Tabla 1		Grupos diana de las urgencias psiquiátricas. Hospital del Mar (noviembre 2001-febrero 2002) (n = 551)			
Variables	Todos	Hombres	Mujeres	<i>p</i>	
N (%)	551 (100)	276 (50,1)	275 (49,9)	NS	
Edad (x + DT)	41,50 ± 15,96	41,11 ± 15,05	41,91 ± 16,85	NS	
Niños/ adolescentes (%)	11 (2)	3 (0,5)	8 (1,4)	NS	
Ancianos (%)	63 (11,4)	31 (5,6)	32 (5,8)	NS	
Problemática social (%)	205 (37,2)	133 (24,4)	72 (13,1)	0,000	
Inmigrantes (%)	53 (9,6)	31 (5,6)	22 (4)	NS	
Patología dual (%)	104 (18,9)	81 (77,9)	23 (26,1)	0,000	

Chi cuadrado de Pearson (gl = 1); test de Student.

Tabla 2 Variables clínicas de las urgencias pediátricas atendidas por grupos diana: ancianos, con problemática social e inmigrantes. Hospital del Mar (noviembre 2001-febrero 2002)

Variabes	Todos (n = 551)	Ancianos (n = 63)	Problema (n = 205)	Inmigrantes (n = 53)
Motivo de consulta (%)			*	*
Síndrome psicótico	47 (8,5)	1*	20 (9,8)	3 (5,7)
Síndrome depresivo	139 (25,2)	28 (1,6)	30 (14,6)	10 (18,9)
Síndrome ansioso	165 (29,9)	12 (44,4)	48 (23,4)	28 (52,8)
Alteración de la conducta	65 (11,8)	14 (19)	37 (18)	8 (15,1)
Relacionada subs. tóxicas	67 (12,2)	0 (22,2)	39 (19)	2 (3,8)
Otros	68 (12,3)	8 (0) (12,7)	31 (15,1)	2 (3,8)
Repetidor (%)	110 (20)	10 (15,9)	63 (30,7)*	3 (5,7)**
Contacto previo con la red (%)	379 (68)	28 (44,4)*	159 (77,6)*	22 (41,5)*
Sala de observación (%)	175 (31,8)	21 (33,3)	83 (40,5)**	14 (26,49)
Puntuación en la GEP (x ± DT)	9,8 ± 5,55	8,24 ± 4,33*	14,22 ± 5,06*	8,79 ± 4,38**
Derivación (%)			*	
Ingreso hospitalario	79 (14,3)	9*	38 (18,5)	5*
CSM/CAS	349 (63)	27 (14,3)	137 (66,8)	30 (9,4)
Servicios sociales	7 (1,3)	2 (42,9)	7 (3,4)	2 (56,6)
CAP	63 (11,4)	13 (3,2)	13 (6,3)	11 (3,8)
Otros	45 (8,2)	10 (20,6)	9 (4,4)	4 (20,8)
No	10 (1,8)	2 (15,9) (3,2)	1 (0,5)	1 (7,5) (1,9)

GEP: escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica; CSM: centro de salud mental; CAS: centro de asistencia y seguimiento de drogodependencias; CAP: centro de asistencia primaria; chi cuadrado (gl=1): * p<0,000; ** p=0,04; test de Student: *p=0,000; **p=0,04.

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA EN URGENCIAS

Otro motivo de consideración es la observación de un aumento del tiempo de atención necesario para resolver la urgencia psiquiátrica debido en parte a que los pacientes tienen una gravedad clínica mayor, lo que implica que una elevada proporción precisan permanecer en observación unas horas, recibir tratamiento farmacológico o un ingreso psiquiátrico²⁶. De modo que valorar de forma objetiva la gravedad clínica de los enfermos en urgencias constituye un ítem importante para la resolución y derivación correcta de la urgencia. Con esta intención se ha utilizado la puntuación global de la escala *Global Assessment of Functioning* (GAF) con un punto de corte de 50 o inferior. También ha sido utilizada la escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP)²⁷. Consiste en una escala de 12 ítems (puntuación de 0-3) en relación con las necesidades de ingreso, la capacidad de autocuidado, las complicaciones respecto a la enfermedad y respecto al tratamiento. La GEP cuenta con una versión española adaptada y con datos de fiabilidad y consistencia interna adecuados²⁸. En la tabla 2 se puede ver la puntuación global del GEP en las poblaciones diana comentadas previamente, y en nuestra experiencia puede ser una herramienta útil en este contexto.

MANEJO DE LA DERIVACIÓN DE LOS ENFERMOS DESDE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Una parte muy importante de la atención en las urgencias psiquiátricas es el tiempo que el profesional una vez evaluado al paciente invierte en derivar adecuadamente al enfermo. Este aspecto del cual se derivan otros no menos importantes, como el asegurarse de que el paciente reciba una atención y seguimiento posterior, permanezca acompañado de forma correcta, sea eficazmente atendido para evitar que vuelva al servicio de urgencias en las próximas horas, etc., es probable que en los próximos años nos exija un esfuerzo mayor; en el sentido de que paulatinamente se está ampliando el abanico de posibilidades diferentes a las cuales remitir el enfermo, lo que implica que deberemos ser más estrictos y cuidadosos en los criterios de derivación de cada uno de los diferentes dispositivos de la red asistencial de salud mental. Además exigirá un papel de coordinación importante entre cada uno de ellos para su correcto funcionamiento. La identificación de la gravedad clínica, de los criterios de riesgo y de derivación de los pacientes facilitará su correcta adjudicación al dispositivo adecuado (fig. 2).

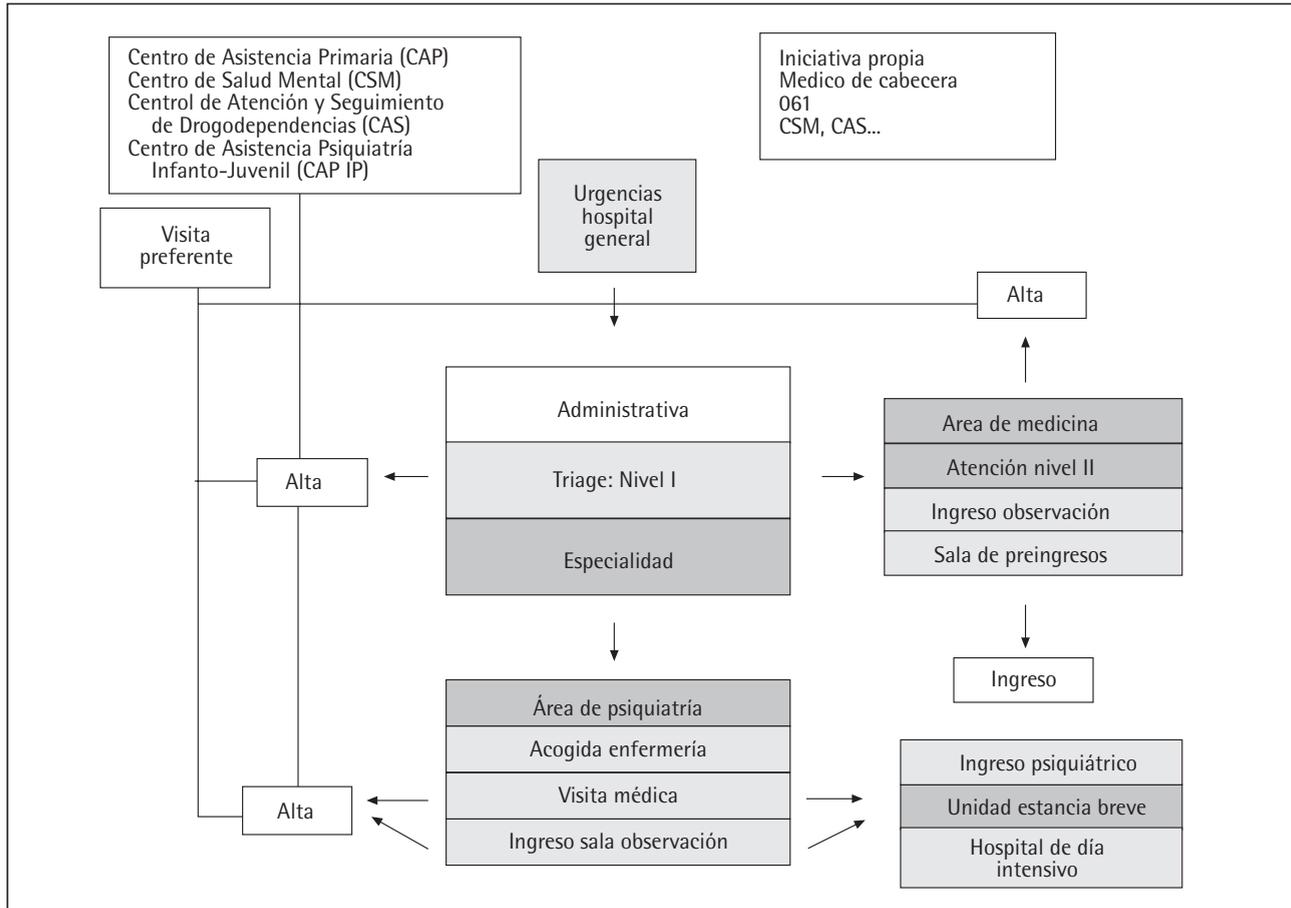


Figura 2 Circuito asistencial y derivación de las urgencias psiquiátricas.

ÁREAS DE FUTURO DESARROLLO EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

El hecho de que cada vez sea más especializada la atención del enfermo psiquiátrico en urgencias hace que estas unidades jueguen un papel importante en la formación del equipo asistencial y en la docencia de los médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales en formación. Un lugar en el que de forma intensa y concentrada se puede adquirir una formación psiquiátrica supervisada adecuada²⁹. En cuanto a la capacidad de investigación desde este campo, hasta el momento la mayoría de los estudios que se realizan en las urgencias psiquiátricas son trabajos epidemiológicos; sin embargo, la posibilidad de observar el debut de las enfermedades, pacientes nuevos, enfermos que no han recibido ningún tratamiento previo, personas con fenotipos clínicos y genéticos diferenciados, de tratar de forma intensiva y monitorizada durante 24 h a los pacientes, etc., hace que sin lugar a dudas este ámbito especializado de atención psiquiátrica sea un área de futuro desarrollo de diversas áreas de investigación (clínica, genética, farmacológica, radiodiagnóstico, etc.).

En todos los ámbitos, pero especialmente en urgencias, es muy importante informar de forma adecuada al paciente, su familia y acompañantes. Los enfermos tienen que poder en-

tender la información esencial de su enfermedad antes de que realicen el tratamiento y es muy útil que puedan tomar parte en la planificación del mismo. Ello contribuye a que el paciente y la familia se sienta más satisfechos con la atención recibida y realicen mejor el cumplimiento del tratamiento prescrito. Si tenemos en cuenta que la atención en urgencias es además el primer contacto para muchos enfermos con la red de salud mental, hay que intentar conseguir que esta intervención sea exquisita^{30,31}. Ésta es un área, incluido los aspectos legales del derecho a la información, de futuro desarrollo.

El tema de la informatización es otro aspecto concreto de los servicios de urgencias⁶. Independientemente del cambio de soporte y de los problemas de confidencialidad de la información, no deja de ser un adelanto importante el poder tener acceso de forma sencilla y rápida a los datos del enfermo, a informes de anteriores consultas en urgencias, a informes de anteriores ingresos hospitalarios, conocer los antecedentes familiares o personales, alergias, reacciones adversas a fármacos, buena respuesta previa a tratamientos farmacológicos, resultados de analíticas, informes de pruebas radiodiagnósticas, etc. Debido a las características del paciente psiquiátrico, que con frecuencia acude solo, sin informe previos y en situaciones clínicas en las cuales no resulta ser un buen informante y que en muchas oca-

siones es imprescindible cotejar la información del paciente con la de otra persona, familiar o acompañante para poder valorar adecuadamente la situación, el acceso fácil a la información comentada previamente resulta de gran utilidad en el manejo del caso. Eso sin tener en cuenta que el disponer de bases de datos prospectivas de las urgencias psiquiátricas nos permitirá conocer mejor el comportamiento de la población que atendemos y en función de las tendencias que se observen realizar un trabajo de prevención, adelantarnos a las futuras necesidades y adaptarnos a los cambios con suficiente antelación y preparación.

CONCLUSIONES

Podríamos decir que las unidades de urgencias psiquiátricas en los hospitales generales son áreas de futuro desarrollo de la atención psiquiátrica a diversos niveles (asistencial, docente e investigadora) y que éstas serán uno de los retos importantes de los próximos años. Su correcto funcionamiento constituye una pieza clave en el buen funcionamiento de la red de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elpers JR. Community psychiatry. En: Kaplan HI, Sadock B, editores. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6th ed. Baltimore: Williams and Williams, 1994; p. 2663-77.
2. Gerson S, Bassuk E. Psychiatric emergencies: an overview. *Am J Psychiatry* 1980;137:1-11.
3. Bulbena A, Martín-Santos R. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba, editor. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*, 5.^a ed. Barcelona: Masson, 2002; p. 849-60.
4. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. The disruptive behaviour disorder in the psychiatric emergency service. *Gen Hos Psychiatry* 1999;21:214-9.
5. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993;150:1779-91.
6. Breslow RE, Erickson BJ, Cavanaugh KC. The psychiatric emergency service: where we've been and where we're going. *Psychiatric Quarterly* 2000;71:101-21.
7. McCrone P, Menezes PR, Johnson S, Scott H. Service use and cost of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychtr Scand* 2000;181:466-72.
8. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Acute intoxication and substance abuse among patients presenting to a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:183-91.
9. Pérez Gonzalez K, Domingo-Salvany A, Hartnoll R. Características de los consumidores de opioides visitados en un servicio de urgencias. *Gac Sanit* 1999;13:88-95.
10. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe n.º 4. Observatorio Español Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2001.
11. Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y de los problemas asociados. *Enf Emerg* 2000;2:88-102.
12. Hillard JR, Slomowitz M, Levi LS. A retrospective study of adolescents' visits to a general hospital psychiatric emergency service. *Am J Psychiatry* 1987;144:432-6.
13. Vitiello B, Jensen PS. Disruptive behavior disorders. En: Kaplan HI, Sadock B, editores. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6th ed. Baltimore: Williams and Williams, 1994; p. 2311-9.
14. Steward SE, Manion IG, Davidson S, Cloutier P. Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2001;40:580-7.
15. Ruiz A, García J, Luaces C, Garrido R, Pou J. Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias. *An Esp Pediatr* 2001; 54:238-42.
16. Drapper B. The effectiveness of old age psychiatry services. *Int J Geriatric Psychiatry* 2000;15:687-703.
17. McAlpine DD, Mechanic D. Utilization of speciality mental health care among persons with severe mental illness. The roles of demographics, need, insurance and risk. *Health Ser Res* 2000; 35:277-92.
18. Wu T, Serper MR. Social support and psychopathology in homeless patients presenting for emergency psychiatric treatment. *J Clin Psychology* 1999;55:1127-33.
19. Dhossche DM, Ghani SO. Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:235-40.
20. Huffine CL, Craig TJ. Social factors in the utilization of an urban psychiatric emergency service. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:249-55.
21. Navinés R, Pascual JC, Manzano A, Aceña R, Bulbena R, Martín-Santos R. Problemática social como factor de gravedad en las urgencias psiquiátricas. XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Madrid, 11-13 de abril de 2002 (póster).
22. Ware NC, Tugenberg T, Dickey B, McHorney CA. An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatric Serv* 1999;50:395-400.
23. Perrone J, de Roos F, Jayaraman S, Hollander JE. Drug screening versus history in detection of substance use in ED psychiatric patients. *Am J Emerg Med* 2001;19:49-51.
24. Fonseca F, Ímaz ML, Ginés JM, Caus F, Torrens M, Martín-Santos R. Patología dual en urgencias de un hospital general. XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Madrid, 11-13 de abril de 2002 (póster).
25. Astals M, Serrano D, Pérez G, Martín-Santos R, Castillo C, Torrens M. Diagnosing psychiatric comorbidity in a drug addiction unit. *European Psychiatry* 2000;15(Suppl. 2):410s.
26. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Time study of psychiatric emergency service consultation. *Gen Hos Psychiatry* 1997;19:1-4.
27. Lyons J. PSYMON. An outcomes management/decision support system for acute psychiatric services. Mental Health Services and Policy Program. Department of Psychiatry & Behavioral Sciences. Northwestern University Medical School, 1994.
28. Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica. *Arch Neurobiol* 1997;7(Suppl. 2):69-79.
29. Brasch JS, Ferencz JC. Training issues in emergency psychiatry. *Psychiatric Clin North Am* 1999;22:941-54.
29. Alexius B, Berg K, Aberg-Wisted A. Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. *Patient Educ Couns* 2000;40:51-7.
30. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients's preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med* 1998;24:81-8.