

ARTICULO ORIGINAL

EL RIESGO DE VIOLENCIA EN LA EMERGENCIA MÉDICA

Dr. FOLINO, Jorge Oscar

Director de la Maestría en Psiquiatría Forense, U.N.L.P

Director del Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados de la Procuración General
de la Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires.

Profesor Adjunto Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas. U.N.L.P.

Calle 60 y 120 (1900) La Plata. Buenos Aires. Argentina

INTRODUCCIÓN

El médico es frecuentemente requerido para que actúe en emergencias que involucran conductas violentas o con riesgo de violencia para terceros (Mock et al. 1998). En estas circunstancias, la práctica médica se ejerce movilizándose a lo largo de un proceso de toma de decisiones que contempla aspectos familiares para el médico, como por ejemplo, temas de clínica psiquiátrica y de medicina general, y aspectos no tan familiares, como por ejemplo, cuestiones de seguridad pública y condicionamientos legales.

Entre las alternativas que suele disponer el clínico para intentar resolver la emergencia, se destacan la de proponer hospitalizar, la búsqueda de colaboración de familiares y la opción de acudir a la justicia. Indudablemente, el clínico toma las decisiones tratando de prevenir que su paciente actúe violentamente, respetando reglamentos y principios éticos, además de las leyes locales. El clínico sabe que debe cuidar su responsabilidad profesional, pues si el paciente concreta amenazas de ataque vertidas en el curso del tratamiento, de manera tal que pudo haberlo previsto, es esperable una acción judicial de reclamo de indemnización por daños contra el profesional y, eventualmente, con el establecimiento asistencial (Kraut, 1991).

El clínico no puede sentirse absolutamente libre en su toma de decisiones; el clínico adopta las medidas terapéuticas desde el centro de un contexto con límites impuestos por la necesidad de proteger al paciente y a terceros, el cuidado de no incurrir en injustificado levantamiento del secreto profesional, la evitación de privar ilegítimamente de la libertad al paciente y la probabilidad de una acusación de abandono de persona.

El objetivo de este artículo es revisar aspectos importantes de la evaluación de riesgo de violencia y de la toma de decisiones en la emergencia que puedan ser útiles para que el médico, y el estudiante avanzado de medicina, minimice los riesgos profesionales.

ANTE EL RIESGO DE VIOLENCIA, ¿POR QUÉ EL MÉDICO ?

La conducta violenta de un enfermo puede estar influida por factores patológicos y suele tener un fuerte y complejo nexo de relación con el interjuego de demanda y oferta de servicio médico. Cuando en ese interjuego, se establece una relación profesional entre médico y paciente, sea de manera formal o no, el primero carga con responsabilidades en el cuidado del enfermo. Aún cuando no existe la formal demanda de servicio por el enfermo, como ocurre en algunas circunstancias cuando éste es "llevado" a la sala de emergencia médica por terceros, se habilita la obligación médica de cuidado si tal servicio está publicitado o debe cumplir con la función asistencial establecida por política sanitaria.

Así, queda claro que el médico está llamado a asumir su responsabilidad del cuidado debido y que, en caso de no hacerlo, puede enfrentar otra carga sumamente contundente: el riesgo de cometer el delito de abandono de persona. Ese cuidado debido es la respuesta apropiada en las circunstancias que se analizan a continuación.

LA ACCIÓN MÉDICA

Cuando la relación profesional entre el médico y el paciente ha quedado establecida, la respuesta médica apropiada concreta depende de tantos factores que hace difícil su clasificación exhaustiva. Sin embargo, es posible abstraer dos pasos familiares al estilo de pensamiento médico: primero evaluar y luego intervenir, teniendo en cuenta el contexto y el caso en particular.

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN

La evaluación de riesgo de violencia en emergencia es un proceso en el que se administran conocimientos psiquiátricos, por lo menos, básicos. Se realiza en breve plazo, mediante la obtención de información suficiente para alcanzar una conclusión provisoria sobre la eventual condición patológica actual y formular planes de inmediata intervención. Los datos obtenidos en entrevistas al paciente y acompañantes se complementan con métodos auxiliares requeridos de urgencia (alcoholemia, litemia, ionograma, etc.).

Con la evaluación se intenta obtener, por lo menos, un diagnóstico sindromático y plantear los diagnósticos diferenciales atinentes al caso. Esta meta no es simple, pues suelen oponerse diversas dificultades, entre las que se destaca una muy común tanto en agresores como en víctimas de violencia: las actitudes defensivas y el ocultamiento de información (Mezey et al. 1998). A pesar de ello, el clínico debe intentar lograr una alianza estableciendo el contacto con el paciente de una manera empática y tratando de focalizar en su sufrimiento o intereses. La calidad de la alianza inicial entre el psiquiatra y el paciente durante la hospitalización influye contundentemente en las posibilidades de interrumpir la agresión en el corto plazo (Beauford et al. 1997).

Debido a negativas u oposicionismo del enfermo y al poco tiempo que se dispone en la emergencia, el médico se expone al error diagnóstico (Carrasco Gómez, 1990). En este tipo de emergencia, la exigencia de llegar a un diagnóstico psiquiátrico preciso no es tan grande como en otras especialidades porque la intervención terapéutica es, en general, sintomática. El médico habrá cumplido correcta y eficazmente si su orientación diagnóstica le permitió controlar la situación clínica con peligro inmediato para el enfermo o terceros. En cambio, el error diagnóstico que impide que se aplique alguna medida valiosa para el momento o que motiva una actuación terapéutica perjudicial, pone al médico en riesgo de cuestionamiento. En términos generales, el clínico puede estar seguro de su accionar en la emergencia cuando hace los esfuerzos razonables para obtener la información necesaria y si con los datos limitados

obtenidos, realiza una evaluación tan buena como podría esperarse de un médico responsable e idóneo.

Algunas estrategias pueden reforzar el buen accionar. Entre ellas, es remarcable la importancia que tiene el intento de compartir la evaluación con otro médico, ya sea en forma de interconsulta o, mejor aún, realizando la evaluación con el equipo de salud que está de guardia. También, es muy valioso el adecuado registro de los datos obtenidos y su fuente. Por supuesto, es imprescindible el registro de cómo fue la toma de decisiones y cuáles fueron los criterios adoptados para cada elección.

En ocasiones, la violencia no aparece inminente pero puede haber riesgo a corto plazo que el clínico debería contemplar. El corto plazo puede permitir acciones menos vertiginosas. El proceso de evaluación del riesgo a corto plazo puede considerarse similar al de predicción de suicidio. Kenneth Tardiff (Tardiff, 1989) propone un modelo de este tipo, definiendo el "corto plazo", como un período de pocos días o una semana como máximo, que habitualmente separa la entrevista actual con la siguiente. En esta evaluación es importante investigar sentimientos o pensamientos relacionados con la violencia. Además de hacer las preguntas correspondientes, el clínico puede encontrar indicios en el aspecto y en la conducta observada, tales como excitación, cólera, ira, alto tono verbal o, por el contrario, quietud y reserva que oculta la intención violenta. Las preguntas deberían intentar obtener información sobre el grado de planificación de la violencia y la motivación de la eventual agresión.

Independientemente de los datos directamente relacionados con la intención agresiva, es muy importante evaluar indicios de intoxicaciones por drogas o alcohol. Si bien el nexo de relación es complejo e intervienen factores personales y situacionales, en las salas de emergencia se hace muy evidente la fuerte asociación entre el alcohol y la violencia (Brismar & Bergman, 1998). El abuso de alcohol y de otras sustancias constituyen un factor de riesgo bien identificado tanto en Argentina como en otros países (Folino et al, 2003) (Swanson, 1994).

La evaluación de riesgo de violencia ha tenido, en los últimos años, un fuerte aporte de investigaciones que permitieron delimitar factores de riesgo que fueron, a la postre, incorporados en instrumentos actuariales y en guías o esquemas para elaborar un juicio profesional de manera estructurada. Entre estas últimas se destaca la HCR20 (Webster et al. 1997) (Folino, 2003). La HCR - 20 ofrece la posibilidad de examinar factores de riesgo que cuentan con respaldo empírico y permite hacer explícito el proceso de toma de decisiones facilitando la comprensión y su crítica. Esta cualidad puede ser útil en aquellas circunstancias en las que el médico se ve compelido a tomar decisiones que son riesgosas para su responsabilidad profesional.

La HCR-20 originalmente fue concebida como un instrumento de evaluación de riesgo para personas declaradas inimputables por trastornos mentales (Webster et al. 1995). El instrumento evolucionó y hoy puede utilizarse en distintos ámbitos, aplicándose tanto en la evaluación de sujetos que cometieron delitos como en el medio asistencial cuando se presentan enfermos con trastornos mentales y riesgo de violencia. En estas últimas circunstancias, puede servir de guía al equipo de salud mental cuando toma decisiones respecto a la necesidad de internación y alta de los pacientes.

La HCR-20 (Webster et al. 1997) (Folino, 2003) se vale de factores respaldados empíricamente, pertenecientes a las tres dimensiones temporales: pasado (históricos), presente (clínicos), y futuro (medioambientales). Con ellos se puede obtener un puntaje global o destacar los aspectos parciales que orientan hacia la estimación del riesgo de violencia del sujeto. Las siglas del título provienen de la denominación que en el original en inglés se le dio a los tres tipos de factores: Historical, Clinical, Risk Management; el número 20 se refiere a la cantidad de ítem que constituyen el instrumento. Mientras los factores históricos son los más estáticos, los factores clínicos y medioambientales son los más dinámicos.

Si bien en la emergencia puede ocurrir que diversos aspectos históricos o medioambientales no puedan ser evaluados por falta de tiempo, los ítem clínicos pueden ser bien evaluados con la aproximación clínica tradicional. El instrumento suministra una guía que ilustra sobre estos factores cuyas denominaciones son las que siguen:

C1: Deficiencia en el Juicio; C2: Actitudes Negativas; C3: Síntomas Activos de Trastorno Mental Mayor; C4: Impulsividad y C5: Respuesta Desfavorable al Tratamiento.

GUÍA PARA DECIDIR LA INTERVENCIÓN

La decisión de intervención en la emergencia está condicionada por diversas previsiones que el clínico debe tener presentes. La emergencia puede constituir una excepción de diversos deberes bien establecidos, como por ejemplo, actuar con el consentimiento del paciente o mantener la confidencialidad. La emergencia puede justificar que se realicen determinados tratamientos sin contar con la voluntad del paciente y que se informe del estado del paciente a algunas personas sin contar con la autorización del enfermo. Estas excepciones están justificadas cuando el clínico, actuando de buena fe, realizó una cuidadosa evaluación y prevé un peligro inminente para el paciente o terceros. En otras ocasiones, la emergencia puede resolverse sin necesidad de acogerse a esas excepciones.

A los efectos de estar más seguro en la toma de decisiones, es útil que el clínico cuente con el conocimiento de los principales tipos de intervenciones posibles. Según algunas características nucleares, las intervenciones pueden clasificarse de la siguiente manera (Folino, 2004): intervención de esclarecimiento; intervención cooperativa ambulatoria; intervención cooperativa con internación; intervención no cooperativa o involuntaria con internación.

La intervención de esclarecimiento es la que realiza el clínico cuando, luego de la evaluación, arriba a la conclusión que el caso no requiere un tratamiento médico y se limita a exponerlo a la persona traída a la guardia y a sus acompañantes. La intervención de esclarecimiento debe estar tan fundamentada como una intervención de tipo restrictiva.

La intervención cooperativa ambulatoria se puede practicar cuando la evaluación permite detectar factores protectores extra hospitalarios que pueden ser eficientes en la neutralización del riesgo para sí o terceros. Alguno de estos factores son la cooperación del enfermo, de instituciones comunitarias o de la familia. La decisión debe tomarse balanceando la eficacia de estos factores protectores y el grado de riesgo. Dependiendo de la capacidad mental del asistido, el médico puede decidir comunicar a la justicia y/o asesorar a la familia para que lo haga.

La intervención cooperativa con internación se produce cuando una persona mentalmente capaz y con conductas de riesgo para sí o para terceros consiente el tratamiento bajo internación. El clínico debe realizar cuidadosa exclusión de los trastornos que perturban la capacidad mental para asegurarse que exista una cooperación auténtica y legítima. En estos casos, se logra el consentimiento brindando adecuada información de la evaluación, las alternativas terapéuticas, los riesgos de unas, otras y de la ausencia de tratamiento y asegurándose que no están influyendo factores coercitivos sobre la voluntad del paciente.

La intervención no cooperativa o involuntaria con internación es un tipo de intervención sumamente restrictiva y queda como última opción cuando el enfermo no tiene la capacidad para consentir debido a algún trastorno mental y presenta un riesgo importante e inminente para sí o terceros, que es lo que da el carácter de emergencia a la circunstancia. En una situación de emergencia como la descripta, siempre debe intentarse la comunicación con la autoridad judicial aunque puede ocurrir que no sea posible previamente a la intervención por el vértigo de los acontecimientos. A pesar de ello, la intervención puede estar justificada para evitar un mal mayor y debería intentarse aún en contra de la voluntad del asistido. Ante la verdadera inminencia de riesgo, la acción que intenta anularlo es una diligente intervención. El proceso de toma de decisiones debe quedar claramente documentado.

Algunos autores anteponen reparos para considerar voluntaria a la internación de un incapaz que acepta el procedimiento (Gutheil and Appelbaum, 2000; Appelbaum and Gutheil, 1991). Si bien siempre es valioso tratar de lograr la aceptación del enfermo, la interacción que se produce entre el médico y el enfermo en estado psicótico no puede considerarse auténticamente cooperativa. La capacidad del enfermo puede estar perturbada como para invalidar el consentimiento y, entonces, la internación no debería considerarse voluntaria. En estos casos es menester la información judicial, tal como si la intervención no hubiera sido aceptada por el paciente. Esto asegura el respeto a sus derechos, resguarda la responsabilidad profesional y posibilita que el tratamiento pueda continuarse a pesar de eventuales cambios en la actitud del enfermo.

La comunicación judicial es una previsión que brinda seguridad a todas las partes y que no estigmatiza obligadamente. Los jueces pueden resolver el tema de la internación de emergencia sin verse obligados a producir una interdicción. Kraut (Kraut, 1998), coincidentemente con Cárdenas, (Cárdenas et al. 1985) considera que el proceso de internación es independiente del de insanía, aunque frecuentemente puedan hallarse relacionados. Dice el autor que el Juez puede privar legítimamente de la libertad a personas que por su estado pudieren dañar su salud o requieran asistencia en establecimiento adecuado conforme al artículo 482 del Código Civil Argentino y mantener una actitud expectante sin establecer la incapacidad ni la inhibición.

MAYOR PRECISIÓN SOBRE EL UMBRAL DE RIESGO

Existe una expresión ampliamente difundida que suele hacerse constar en certificados, órdenes de internación e historias clínicas: "el enfermo presenta peligro para sí o terceros". La frase da cuenta de una condición genérica ocultando las dificultades que tienen tanto la definición del umbral de riesgo como la identificación en el caso concreto.

"Peligro para sí mismo" es una referencia al riesgo que el paciente se suicide o se automutilite. Dependiendo de las circunstancias y la gravedad, el significado de la frase también puede abarcar al riesgo para el patrimonio del sujeto y a los riesgos en la integridad física por incapacidad de cuidarse a sí mismo, sin que medie pretensión de suicidio ni de automutilación. Esto último ocurre, por ejemplo, cuando un enfermo demente deambula sin valores preventivos por la calle, con el inminente peligro de sufrir un accidente de tránsito o cuando no puede gestionarse comida o abrigo y puede morir por exposición a condiciones climáticas adversas.

"Peligro hacia terceros" es la fórmula que suele utilizarse para referirse al riesgo de violencia. En el caso de la emergencia, se trata del riesgo inminente o a corto plazo. Al momento de la emergencia, puede ser que ya haya ocurrido violencia, y, entonces, el riesgo debe ser asumido. Puede ocurrir que la violencia sea altamente probable en el corto plazo, aún sin poder precisarse cantidad de horas. La violencia puede estar dirigida a personas como a objetos.

La conclusión sobre el grado de riesgo tiene diversos componentes: descripción de los factores de riesgo verificados; explicación cualitativa de la conjetura sobre la conducta violenta que se prevé; consideraciones sobre el grado de certeza de las conclusiones; explicación sobre las circunstancias incluyendo el balance entre eventuales factores protectores y desinhibidores que podrían influir. En tanto más componentes puedan ser revisados, mejor evaluación se habrá hecho y mejor servicio se habrá prestado.

ELEMENTOS PRÁCTICOS DE LA INTERVENCIÓN

Si bien la seguridad perfecta en la emergencia es una ilusión (Pochard et al. 1998), el clínico puede sentirse más seguro y solvente si prevé diversos inconvenientes que suelen presentarse y se prepara para manejarlos.

En la emergencia puede ser necesaria la sujeción del enfermo, acción que suele plantear inconvenientes por interpretaciones erróneas que pueden hacer familiares o autoridades. La sujeción no es en absoluto una práctica represiva sino que debe ser considerada como una táctica preventiva. Por ejemplo, baste mencionar lo que todo médico de guardia conoce: la conducta desordenada de un paciente obnubilado que atenta contra las canalizaciones, sondas, cables de monitoreo, personal asistencial e intenta movilizarse sin tener conciencia ni dónde está ni qué puede ocurrirle. Como si estas condiciones fueran poco, el estado general puede determinar limitaciones en la posibilidad de utilizar medicación sedante. Todo confluye en que lo más razonable es la utilización de sujeción sumada a las restantes medidas terapéuticas y de protección posibles. Como toda indicación médica, debe contar con la adecuada supervisión, previsión y evitación de consecuencias indeseables. El médico, director del procedimiento, debería estar predisposto a dar las indicaciones necesarias con prontitud y seguridad. Las medidas de contención son preventivas y deben ser realizadas con el mínimo de fuerza

necesario para lograr ese objetivo. El personal encargado de la acción debe estar entrenado, tener categoría de auxiliar y, en la medida de lo posible, entrenamiento psiquiátrico.

Cuando la emergencia se plantea en un hospital general sin guardia psiquiátrica, la evaluación la debe realizar el médico generalista (lo que no se excluye aún cuando existe guardia psiquiátrica). Puede ocurrir que, ante la conducta agresiva y/o desordenada de un enfermo, surja la tendencia a derivar rápidamente a un hospital psiquiátrico. Sin embargo, la derivación no siempre es el curso de acción más apropiado. Antes de decidir la derivación debería evaluarse si no se trata de un estado confusional o delirium cuyo tratamiento debería realizarse en el hospital general. Cuando, finalmente, se decide la derivación, ésta debe acompañarse de toda la documentación correspondiente, explicando el criterio adoptado. La derivación es un acto médico que también demanda responsabilidad.

Resnick y Scott hacen las siguientes recomendaciones generales para actuar en asistencia de pacientes violentos o sus víctimas que son válidas también para la emergencia (Resnick and Scott, 1997): Tener conocimiento sobre las leyes locales relacionadas con la internación civil involuntaria y con el deber de proteger a terceros; documentar cuidadosamente la evaluación del riesgo y los factores que son considerados para alcanzar el juicio del evaluador; considerar la posibilidad de obtener una segunda opinión en los casos difíciles; cumplir con las reglamentaciones de la institución vinculadas a aislamiento, contención y medicación de emergencia; cumplir con la información que sea legalmente exigible en los casos de víctimas de abuso.

La decisión de no internar también es un acto médico y no anula la posibilidad que el médico tenga que responder por tal acto. Por ello, es importante registrar las consideraciones que motivaron la decisión con el mismo cuidado que se toma cuando se decide internar. En el registro no deberían faltar las consideraciones que excluyeron el riesgo de violencia inmediata y las indicaciones brindadas a paciente y familiares.

La conducta violenta en salas de emergencia responde a un rango de factores muy amplios. Si bien son comúnmente reconocidos aquellos factores de riesgos relacionados con previas historias de violencia y de abuso de drogas y alcohol, también pueden identificarse factores circunstanciales intra hospitalarios como pueden ser algunas actitudes del personal de emergencia o los prolongados tiempos de espera (Tyrer, 1998). Sobre estos factores se puede intervenir preventivamente acondicionando el funcionamiento de la guardia, disponiendo de planes y lugares apropiados para atender estas emergencias e, incluso, logrando entrenamiento con simulacros. Este tipo de planificación permite optimizar el manejo de la emergencia de salud mental, tal como lo comentan Smart y colaboradores (Smart et al. 1999). Estos autores elaboraron una escala para selección de casos en emergencia para pacientes con trastornos mentales que permitió reducir los tiempos de espera y de tránsito desde la sala de emergencia y mejoró la satisfacción de los usuarios.

Las intervenciones farmacológicas suelen ser necesarias cuando se intenta brindar el adecuado cuidado a pacientes psiquiátricos involuntarios y agresivos. En ocasiones, la elección es aplicación intravenosa de tranquilizantes. Si bien se cuenta con documentación que permite sostener que es un procedimiento seguro, este tipo de intervención debe realizarse con precauciones (Nielssen et al. 1997). Entre éstas, se destaca la de asegurarse la disponibilidad expedita de equipo de reanimación. Los diagnósticos más comunes aplicables a los pacientes que requieren sedación intravenosa son manía, intoxicación, síndromes esquizofrénicos con agitación.

Un aspecto práctico, en el que los médicos no suelen estar entrenados, es la forma de comunicar la novedad al juez. Lo que se informa a la justicia es sumamente importante, habida cuenta de la necesidad de legitimar lo que el médico tuvo que hacer basándose en las excepciones que permiten las emergencias. Es conveniente que cada servicio logre un modelo de informe por consenso que pueda satisfacer los requerimientos legales locales e incluya las experiencias de sus miembros. Independientemente de ello, en el informe no debería faltar información sobre los siguientes aspectos: lugar y fecha de elaboración del informe; nombre genérico de la autoridad judicial a la que va dirigido; nombre y rol institucional del informante; motivo del informe (por ejemplo, informar sobre la internación involuntaria de urgencia del enfermo); circunstancias de la admisión (cómo llegó al servicio, cuándo, etc); información

obtenida de los acompañantes (familiar, policía, etc. con identificación correspondiente); descripción del examinado; datos relevantes obtenidos de la anamnesis del enfermo; explicación del intento de obtener consentimiento del paciente para la práctica médica y dificultades encontradas; descripción del estado actual, de los métodos auxiliares de diagnóstico que pudieron ser utilizados y de las medidas adoptadas; consideraciones médicas que expliquen las circunstancias y la toma de decisiones; solicitud que correspondiere (autorización de la internación; disposición de traslado; citación a familiares; etc.) .

COMENTARIO FINAL

La emergencia médica que se presenta con riesgo de violencia es estresante y puede parecerle al médico un problema que le trasciende y que pone en peligro su responsabilidad profesional desmedidamente. Si bien la aseveración difícilmente pueda ser desmentida y el parecer pueda estar justificado, el profesionalismo exige la mejor acción médica posible. Las dificultades que este tipo de emergencia presenta, deberían enfrentarse con decisiones tomadas en función del adecuado balance de costos y beneficios en un marco ético y legal. De esta manera, el médico, por una lado, puede sentir la satisfacción de haber hecho lo debido y eso compensa el esfuerzo, y, por la otra, obtiene la seguridad de haber procedido de acuerdo a la ciencia y al derecho, y eso mantiene protegida su responsabilidad profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Appelbaum, P.S. and Gutheil, T.G. (1991) *Clinical Handbook of Psychiatry and The Law*. 2nd Edition edn, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Beauford, J.E., McNiel, D.E. and Binder, R.L. (1997) Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. *AM-J-PSYCHIATRY* 154 (9):1272-1276.
- Brismar, B. and Bergman, B. (1998) The significance of alcohol for violence and accidents. *ALCOHOL-CLIN-EXP-RES* 22 (7 SUPPL.):299S-306S.
- Cárdenas, E.J., Grimson, R. and Álvarez, J.A. (1985) El juicio de insania y la internación psiquiátrica [Incompetence Sue and Psychiatric Hospitalization]. Buenos Aires, Argentina: Editorial Astrea de Alfredo y Ricardo Depalma S.R.L. [Publishing Company]. 950-508-156-1.
- Carrasco Gómez, J.J. (1990) Responsabilidad médica y psiquiatría. Madrid: Editorial Colex.
- Folino, J.O. (2003) *Evaluación de Riesgo de Violencia -HCR - 20- Versión en español, adaptada y comentada*. La Plata: Interfase Forense.
- Folino, J.O.; Arado, M.G.; Ferrari, L.A.; Marengo, M. (2003) Prevención de Recidiva Delictual en Abusadores de Sustancias. Presentada para publicación en Revista periódica: La Ley.
- Folino, J.O. (2004) La Emergencia y el Riesgo para Terceros. En Suárez Richards, M. (Compilador) *Psiquiatría en la Atención Primaria*. En Prensa.
- Gutheil, T.G. and Appelbaum, P.S. (2000) *Clinical Handbook of Psychiatry and The Law*. 3rd Edition edn, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kraut, A.J. (1991) Responsabilidad Profesional de los Psiquiatras [Professional Responsibility of Psychiatrists]. Buenos Aires, Argentina: Ediciones La Rocca .
- Kraut, A.J. (1998) Responsabilidad civil de los psiquiatras. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.
- Mezey, G., King, M. and MacClintock, T. (1998) Victims of violence and the general practitioner. *BR-J-GEN-PRACT* 48 (426):906-908.
- Mock, E.F., Wrenn, K.D., Wright, S.W., Eustis, T.C. and Slovis, C.M. (1998) Prospective field study of violence in emergency medical services calls. *ANN-EMERG-MED* 32 (1):33-36.
- Nielssen, O., Buhrich, N. and Finlay Jones, R. (1997) Intravenous sedation of involuntary psychiatric patients in New South Wales. *AUST-NEW-ZEALAND-J-PSYCHIATRY* 31 (2):273-278.
- Pochard, F., Robin, M., Regel, I., Mauriac, F., Waddington, A. and Kannas, S. (1998) Security and home emergency psychiatric interventions. *ENCEPHALE* 24 (4):324-329.
- Resnick, P.J. and Scott, C.L. (1997) Legal issues in treating perpetrators and victims of violence. *PSYCHIATR-CLIN-NORTH-AM* 20 (2):473-487.
- Smart, D., Pollard, C., Walpole, B., Yellowlees, P., Emmerson, B. and Streimer, J. (1999) Mental health triage in emergency medicine. *AUST-NEW-ZEALAND-J-PSYCHIATRY* 33 (1):57-69.
- Swanson, J.W. (1994) Mental Disorder, Substance Abuse y Community Violence: An Epidemiological

- Approach. In: Monahan, J. y Steadman, H., (Eds.) *Violence y Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*, pp. 101-136. Chicago: University of Chicago Press]
- Tardiff, K. (1989) A Model for the Short-Term Prediction of Violence Potential. In: Brizer, D.A. and Crouner, M.L., (Eds.) *Current Approaches to the Prediction of Violence*, First edn. pp. 3-12. Washington: American Psychiatric Press, Inc]
- Tyrer, S.P. (1998) The management of aggression. *PRIM-CARE-PsYCHIATRY* Primary-Care-Psychiatry. 1998; 4 (3):109-119. 1355-2570.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S. and Hart S. D. (1997) *HCR-20 Assessing Risk for Violence, version 2* ; Burnaby, British Columbia: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S. and Wintrup, A. (1995) *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission.