

## **EL DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE EVALUACION Y DIAGNOSTICO Y ATENCION INTERMEDIA**

**Javier E. SAAVEDRA\*, Juan E. MEZZICH\*\*, Maria I. ZAPATA\*\***

**PALABRAS CLAVE** : Unidad psiquiátrica-evaluación y diagnóstico-  
atención intermedia

**KEY WORDS** : Psychiatric unit-assessment and diagnosis-  
intermediate care

*La evaluación psiquiátrica inicial es de suma importancia para establecer programas de operación en los distintos niveles: asistenciales, docentes y de investigación. El presente artículo describe y propone los fundamentos, características y ventajas de una unidad de evaluación psiquiátrica inicial sobre la base de un afronte interdisciplinario en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Intenta, así, presentar alternativas de atención en países como el Perú, donde existen serias limitaciones en recursos humanos y materiales.*

### **THE DEVELOPMENT OF AN ASSESSMENT AND DIAGNOSIS UNIT AND INTERMEDIATE CARE.**

*The psychiatric initial assessment is of great importance to design programs at different levels: mental health care, teaching and research. This paper describes and proposes the bases and advantages of a psychiatric interdisciplinary initial assessment unit in the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Such approach is in accordance with the scattered resources of a country like Peru.*

\* Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

\*\* Western Psychiatric Institute and Clinic Universidad de Pittsburgh. U.S.A.

## INTRODUCCION

La organización de una Unidad de Evaluación y Diagnóstico (UED) para el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» tiene como objetivo optimizar el primer contacto entre los servicios psiquiátricos que presta la institución y los pacientes potenciales. Mediante la confección de una historia clínica semiestructurada y utilizando metodología sistematizada se encarga del diagnóstico psiquiátrico en concordancia con los sistemas clasificatorios vigentes en la psiquiatría contemporánea.

A ésto se podría añadir un registro computarizado de la información clínica, el cual se convertiría en un elemento crucial para los objetivos y las metas de un instituto psiquiátrico integral, al maximizar el proceso de evaluación y cuidado del paciente (Mezzich, 1986).

La atención clínica debe ser ágil y rápida; debe permitir una visión cabal del paciente, su diagnóstico tentativo y su derivación a los servicios, departamentos o proyectos de investigación apropiados. Además, debe brindar la posibilidad de tratamiento provisional y de seguimiento en casos necesarios.

La creación de una unidad de evaluación y diagnóstico (UED) exige un análisis exhaustivo y minucioso de los motivos y las metas relacionadas con ella, de sus potencialidades y de sus necesidades técnico-administrativas.

## FUNDAMENTACION

El Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») fue inaugurado en 1982 como una institución nacional de funciones de investigación, de educación profesional y de

asistencia de pacientes. Su área de captación clínica corresponde al sector norte de la ciudad de Lima. Brinda atención a pacientes de ambos sexos y de todas las edades. Provee servicios a alrededor 500 pacientes en hospitalización, y atiende 11000 consultas externas por año.

Según un informe presentado a la dirección del Instituto (Saavedra, 1988), debido a escasos recursos humanos la demanda asistencial no ha podido ser adecuadamente cubierta, por lo menos entre 1983 y 1987, y las listas de espera tendieron a incrementarse. En dicho informe se señala que las listas de espera en el Instituto han ido creciendo en el transcurso de los años, y la falta de atención o la inasistencia a la primera cita se incrementó del 30% en 1983 al 55% en 1987. Al parecer, existiría una relación entre listas de espera y la asistencia a la primera cita (Robin, 1976; Carpenter, 1981; Salta, 1989). Robin (1976) en un estudio controlado, encontró que el 24% con una lista de espera corta no asistió a la primera cita, mientras que el 47% no lo hizo con una lista de espera larga.

En lo que respecta al Instituto este problema, además, influiría en tres aspectos. Por un lado, generaría una recarga en el servicio de emergencia; por otro, la detección temprana de pacientes para los distintos protocolos de investigación se vería limitada. Según Robin (1976), la lista de espera de los pacientes y la tasa de retiros pueden ser utilizadas como medidas en la evaluación de un programa.

En este sentido, es importante resaltar que, según algunos estudios, entre los motivos de inasistencia a la primera cita están las siguientes: situación muy severa que impide esperar con la consiguiente búsqueda de otros recursos, y temores en relación a prejuicios sobre recibir

atención psiquiátrica (Stein, 1974; Errera, 1965; Carpenter, 1981). Según Salta (1989), una gran proporción de citas perdidas puede ser un indicador de problemas sobre la forma en que una institución ha organizado su proceso de entrada, derivación y tratamiento de pacientes. Entre los que asisten y no asisten a sus primera cita existen ciertas diferencias en relación a diagnóstico o queja principal (Noonan, 1973; Carpenter, 1981; Robin, 1976) y en relación a la distribución por sexos (Stein, 1974). De esto se trata cuando Stein (1974) señala que la población final de una institución va a reflejar la interacción de tres sistemas: el paciente, el lugar de referencia, y la política administrativa intrínseca de la institución, puntos que se deben considerar en la planificación de un nuevo sistema de admisión. Sherman y col. (1978) describen la experiencia en un hospital de veteranos norteamericanos con sobrecarga asistencial y largas listas de espera, donde un cambio en el sistema de entrada mejoró dichos problemas.

Todo lo mencionado sugiere la necesidad de cambios en el sistema de admisión del INSM «HD-HN», los que podrían ser introducidos con la UED.

Ciertos puntos por considerar en la formación de una unidad de evaluación son los siguientes: objetivos, organización y métodos, fluxograma, entrenamiento, sistemas de información, y evaluación de la unidad. Estos se considerarán a continuación.

## OBJETIVOS

Identificamos objetivos en distintos niveles, como son los asistenciales, docentes y de investigación.

En relación a los objetivos asistenciales se deben mencionar los siguientes: a) Mejorar el sistema de

entrada al Instituto, con la consiguiente agilización del proceso de evaluación del paciente, reducción de las largas listas de espera y la obtención de una atención médica eficiente; b) Referir o admitir a los pacientes de una manera más racional a los distintos servicios y unidades del Instituto o protocolos de investigación, al subsistema de atención comunitaria del Instituto u otros centros asistenciales cuando la procedencia del paciente lo permita; c) Permitir el control del paciente en una atención intermedia de estricto afronte interdisciplinario y aliviar, de esta forma, la carga del servicio de emergencia a fin de brindar una atención más controlada del paciente.

Entre los objetivos docentes están los siguientes: a) Formar futuros profesionales de la salud mental para el trabajo en establecimientos de salud mental intramuros y comunitarios; b) Facilitar el aprendizaje y el entrenamiento de profesionales en las áreas de evaluación, diagnóstico y tratamiento psiquiátrico en los niveles correspondientes; c) Fomentar el intercambio de conocimientos entre los distintos profesionales; d) Enriquecer los conocimientos de los profesionales mediante una educación continuada; e) Facilitar experiencias formativas orientadas al trabajo de grupo multiprofesional.

Entre los objetivos de investigación cabe mencionar los siguientes: a) Permitir la eficiente identificación de pacientes apropiados para los distintos protocolos de investigación, tarea facilitada por la automatización y computarización de la información; b) Contribuir a un banco de datos que permita estudios de investigación clínica sobre modelos diagnósticos; c) Mejorar y acumular información para estudios epidemiológicos de la población que acude a solicitar atención psiquiátrica; d) Permitir el seguimien-

to y estudio de los pacientes derivados; e) Experimentar y desarrollar instrumentos que faciliten el proceso de evaluación de pacientes.

## ORGANIZACION Y METODOS

El trabajo en equipo es uno de los aspectos más importantes de la organización de una unidad de estas características. Tradicionalmente, en la mayoría de los servicios médicos existe un alto grado de especialización de funciones y de tarea, junto a una división del trabajo establecida con todo rigor. En ella los roles, las funciones y el status de los distintos profesionales entran, muchas veces, en conflicto en forma encubierta. Tales hechos podrían producir los siguientes resultados: a) la pérdida de la visión global de la problemática institucional; b) las distorsiones relativas a la evaluación de la importancia que ciertos hechos tienen para beneficio del paciente; c) el énfasis exagerado que pone cada profesional en su respectiva área de trabajo; d) la imposición de un cuadro de valores sociales que los pacientes deben respetar; e) la preservación de hábitos y rigidez estructural determinados por la organización burocrática del hospital psiquiátrico (Martins, 1976).

La organización de una unidad de evaluación eficaz, cimentada en una actividad de equipo, debe contemplar e intentar resolver los problemas mencionados anteriormente.

Una de las posibles soluciones a ello sería la formación de un equipo interdisciplinario. Cabe ahora recordar las distintas clases de equipos: los unidisciplinarios, constituidos por los miembros de una sola disciplina; los multidisciplinarios, antes descritos, donde los miembros de diversas disciplinas en el mismo establecimiento interactúan más o menos

informalmente entre ellos (o tolerándose); y el interdisciplinario, que corresponde a miembros de diferentes disciplinas involucrados significativamente en acuerdos formales de grupos que maximizan oportunidades de intercambio académico y prestación de servicios (Bloom, 1976). De cada miembro del equipo se espera que, independientemente de la identidad profesional primaria, brinde la misma calidad en el cuidado de ciertas tareas que se superponen (Slaby, 1983).

Extrapolando a la atención clínica interdisciplinaria lo señalado por Kelly (referido por Bloom, 1976) acerca del entrenamiento académico interdisciplinario, podríamos afirmar que las más beneficiadas serían aquellas personas que hubieran tenido experiencia profesional extensa y diversa, que fueran emocional y profesionalmente maduras, que tuvieran una clara identidad personal y que desearan conocer tópicos nuevos y menos familiares para ellas.

En los países en desarrollo, como el nuestro, existe un problema peculiar que tiende a forzar a la salud mental a ceder sitio a otros aspectos de salud (como enfermedades infectocontagiosas, malnutrición, enfermedades de la infancia, etc) (Jobe, 1986; Giel, 1982). En estas circunstancias, existen limitaciones en los recursos humanos y económicos que obligan a tomar nuevos caminos para resolver los problemas de la salud mental. Estos problemas se hacen más patentes en servicios de mayor congestión, como los de evaluación, de emergencia o de atención en crisis (Slaby et al, 1983).

En el INSM «HD-HN» la atención psiquiátrica ha estado exclusivamente a cargo de psiquiatras, quienes, a excepción del triaje, realizan todo el proceso de evaluación, tratamiento y evolución posterior del paciente. No es difícil entender porqué existen

problemas para prestar servicios a la totalidad de la demanda. La cobertura sería más amplia si se contara con el apoyo de otros profesionales en el proceso de evaluación. Tradicionalmente, los esquemas interdisciplinarios habían sido utilizados con más frecuencia en centros comunitarios; sin embargo, ante la demanda y el crecimiento de los costos, se han extendido a la mayoría de centros psiquiátricos en países industrializados. La unidad de evaluación y diagnóstico podría valerse del enfoque interdisciplinario para lograr objetivos primordiales.

Históricamente, la psiquiatría en muchos países ha estado en primera línea en asignar roles no tradicionales a enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales (Slaby, 1981; Bloom, 1976; Taley, 1983). Sin embargo, las actitudes hacia una práctica interdisciplinaria varían, y no todos los grupos profesionales están igualmente dispuestos a ello. Por ejemplo, Bloom (1976) considera la integración en el entrenamiento interdisciplinario un acto complicado. El encontró que los psicólogos eran los que generalmente estaban menos convencidos de las ventajas de un funcionamiento interdisciplinario, mientras que enfermeras y trabajadores sociales tenían el más alto interés en ello. Fisher (1988) describió que entre los obstáculos enfrentados por un equipo de profesionales norteamericanos para establecer un trabajo en equipo interdisciplinario en la isla caribeña de Granada estaba la falta de aceptación por los miembros del staff del trabajo en colaboración interdisciplinaria. Cabe resaltar otras de las conclusiones derivadas de la experiencia de Granada: la necesidad de introducir modificaciones adaptativas en los programas desarrollados en países industrializados antes de aplicarlos en otros países, punto elaborado por Bachrach (1980). Por

otro lado, uno de los problemas presentes al delegar roles tradicionalmente realizados por el psiquiatra, es la resistencia que puede ofrecer el paciente a otro tipo de profesionales, especialmente a los trabajadores sociales (Mechanic, 1978).

La implementación de un enfoque interdisciplinario en un programa a centro de salud mental se facilita, sin embargo, debido a que es frecuente que los distintos profesionales muestren interés y responsabilidad en áreas similares, como es el tratamiento de los pacientes. Esto haría que todos los miembros de un servicio de salud mental actuaran en general como clínicos (Wilder, 1976).

El papel del psiquiatra, como clínico, supervisor, investigador y educador, debe ser un punto central en el desarrollo de un programa interdisciplinario (Commy. Psych. Program, John Hopkins Hospital, 1989). Su compromiso es vital para emprender un cambio de actitudes, aun más si esto se propone en una institución con un enfoque tradicional de la atención psiquiátrica.

Al definir los roles de las distintas disciplinas es útil precisar algunas ventajas de algunos de los miembros involucrados. Por ejemplo, Talley (1983) considera que los recursos de consulta de otros grupos profesionales son más eficientemente utilizados cuando la primera persona que hace el contacto tiene conocimientos tanto médicos como psiquiátricos. Este es el caso de las enfermeras, quienes están en mejor situación para recibir a un paciente y descartar algún tipo de patología orgánica resaltante. En esta misma línea, Mechanic (1980) resalta el papel potencial del trabajador social en el manejo de los problemas psicosociales como un medio de aliviar el padecimiento psicológico, ya que trabaja con los problemas enmarcados en el aquí y en el ahora.

Otras de las ventajas del enfoque

interdisciplinario está en que este escapa al uso de la estructura y la jerarquía burocráticas, y puede ayudar a fomentar el compromiso individual y la responsabilidad profesional sobre el paciente, condiciones que podrían promocionar el crecimiento personal de cada uno de los profesionales involucrados (Sherman, 1978). De la misma forma, el planeamiento interdisciplinario puede reducir a largo plazo la proclividad al desaliento, el ausentismo y la falta de interés, que parecen ser inevitables al atender pacientes con tendencia a las recaídas (Burke, 1979).

### **PROPOSICION DE UN SISTEMA DE EVALUACION Y DIAGNOSTICO**

La unidad de evaluación, diagnóstico y atención intermedia estaría conformada por un equipo interdisciplinario que funcionaría en creciente coordinación con el servicio de Emergencia.

La unidad estaría constituida de la siguiente manera:

2 Psiquiatras (un jefe y un profesional rotativo)

3 Enfermeras entrenadas en los procedimientos de entrevista, obtención y registro de información clínica.

1 Psicólogo

1 Asistente social

2 Auxiliares de enfermería

1 Programador a tiempo parcial

1 Asistente de cómputo

1 Secretaria

1 Asistente de estadística

El personal temporal estaría integrado por los médicos residentes, las enfermeras, los psicólogos y otros, que se encuentren en proceso de entrenamiento, y que participarían como evaluadores primarios dentro del fluxograma de la unidad.

El fluxograma podría ser el siguiente: el paciente que busca

atención por primera vez en la institución pasaría por un triaje de enfermería en la UED. De reunir los requisitos establecidos por el instituto (zona de captación, clínicos, etc) sería entrevistado por un evaluador primario (enfermera, psicólogo, asistente social, internos o residentes), quien luego de la evaluación, presentaría el caso al psiquiatra. A continuación se establecería una corta discusión del caso para determinar en conjunto un diagnóstico tentativo multiaxial y coordinar las conductas por seguir. Estas estarían a cargo del evaluador primario y podrían incluir desde derivaciones a otras instituciones o servicios del Instituto hasta la referencia para su inclusión en protocolos de investigación.

### **ENTRENAMIENTO**

La factibilidad de un sistema interdisciplinario de esta naturaleza dependerá del entrenamiento que reciban los evaluadores primarios y, en general, de la disponibilidad para intercambiar conocimientos entre todos y cada uno de los miembros del equipo. Debe organizarse un programa en el interior de la unidad, por el cual exista una tendencia constante a elevar el nivel académico de sus miembros. Este programa de entrenamiento, conforme a lo planteado por McPherson (1984), debe tener los siguientes elementos:

1- Disertaciones didácticas

2- Supervisión cercana

3- Sesiones «Post-mortem»

4- Seguimiento de casos

5- Presentación de casos: Objetivos diagnósticos

6- Revisión crítica en equipo de la H.C.: obj. evaluativos

7- Uso de cintas de video para ilustrar la entrevista y los casos clínicos

8- Bibliografía y lista de referen-

cias

9- Evaluación periódica de conocimientos (residentes o internos)

10- Retroalimentación por parte de los «entrenados» acerca de cómo está funcionando el sistema.

11- Estimulación del interés por la investigación

12- Seminarios

13- Métodos de autoenseñanza

Estos elementos, adaptados a los niveles correspondientes, pueden servir de guía para lograr un adecuado y estimulante nivel académico que busque un perfeccionamiento constante. Podríamos mencionar algunos contenidos, como los que señala Marconi (1979), para el nivel correspondiente a profesionales de la salud:

a) reconocimiento de la patología mental más prevalente

b) reconocimiento de las causas y el curso de la patología mental

c) resolución, tratamiento y rehabilitación de casos simples

d) formación teórica en metodología de la investigación

e) formación clínica en niveles cada vez más complejos.

## **INSTRUMENTOS Y SISTEMA DE INFORMACION**

La base de la evaluación sería un formato abreviado del FEI (FEIA). El FEI ha sido muy utilizado en el INSM «HD-HN» y en el Western Psychiatric Institute and Clinic de la Universidad de Pittsburgh (Warthon, 1988). Consiste en un proceso de evaluación psiquiátrica semiestructurado que incluye una entrevista estandarizada y flexible, que cubre los aspectos más saltantes de la mayoría de las condiciones clínicas aplicando una formulación diagnóstica multiaxial (Mezzich, 1981).

El desarrollo de una versión abre-

viada se basa en la necesidad de contar con un instrumento que permita una evaluación rápida pero eficaz, necesaria en unidades donde el factor temporal es importante y donde, al mismo tiempo, la obtención eficiente de la información sea requerida (Mezzich, 1990). El FEIA se basó en un diseño selectivo y no redundante de las áreas claves que se intentaron cubrir. Dicho diseño está focalizado en el episodio actual y contiene elementos que, además de asegurar un afronte multiaxial, permite cierta visibilidad sobre posibles conductas terapéuticas inmediatas. El FEIA requiere de estudios ulteriores que evalúen su utilidad, confiabilidad, validez y eficiencia.

Los datos demográficos, aquellos de la porción estructurada y los de la formulación multiaxial se computarizarían y pasarían a formar un banco de datos, que permitiría múltiples estudios en diversas áreas.

## **EVALUACION DE LA UNIDAD**

Es importante que con la creación de la nueva unidad se establezcan mecanismos por los cuales pueda evaluarse la marcha del sistema a fin de introducir las correcciones pertinentes. Sherman (1978) al evaluar la eficacia de un nuevo sistema interdisciplinario aplicado a un servicio psiquiátrico caracterizado previamente por recarga asistencial y largas listas de espera, consideró los siguientes mecanismos: a) retroalimentación de otros miembros del personal profesional en relación a lo apropiado de los afrontes, b) evaluación de listas de espera, c) tiempo de espera para la primera evaluación y para atenciones ulteriores, y d) evaluación de las emergencias recurrentes. Podríamos agregar otros como los mencionados a continuación: a) satisfacción del paciente, b) satisfacción

del personal, y c) evaluación de las destrezas adquiridas por los evaluadores primarios, énfasis en la confiabilidad de los datos obtenidos.

Consideramos que el estableci-

miento de una unidad de admisión de las características descritas brindaría la oportunidad de desarrollar e integrar más a los distintos profesionales y servicios de la institución.

## REFERENCIAS

1. BACHRACH, L. (1981) Overview: Model Programs for Chronic Mental Patients. *American Journal of Psychiatry* 137:1023-1031.
2. BLOOM, B., PARAD, H. (1976). Interdisciplinary training and interdisciplinary functioning: A survey of attitudes and practices in Community Mental Health. *American Journal of Orthopsychiatry* 46:669-677.
3. BURKE, A.W. (1979). Trends in Social Psychiatry in the Caribbean. *The International Journal of Social Psychiatry* 25:110-117.
4. CARPENTER, P., MORROW, G., DEL GAUDIO, A. RITZLER, B. (1981). Who Keeps the First Outpatient Appointment? *American Journal of Psychiatry* 138: 102-105.
5. COMMUNITY PSYCHIATRY PROGRAM, Dptm. of Psychiatry and Behavioral Sciences, John Hopkins Hospital and Medical School, Baltimore. (1989). Integrating Training and Research with Clinical Services in a Community Setting. *Hospital and Community Psychiatry* 40:558-563.
6. ERRERA, P., DAVENPORT, P., DECKER, L. (1965). Pre-Intake dropout in a psychiatric clinic. *Mental Hygiene* 49:558-563.
7. FISHER, F.D., GRIFFITH, E., MAHY, G.E. (1988). Recent Developments in the Grenada Mental Health Program. *Hospital and Community Psychiatry* 39:980-985.
8. GIEL, R. (1982). An epidemiological approach to the improvement of mental health services in developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 296,65:56-63.
9. JOBE, T.H., RUDY, L.H. (1986). On Some Decisive Influences in the Development of Latin American Psychiatry. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa* 11:193-198.
10. MARCONI, J. (1979). Formación de personal para equipos de salud mental. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 25:204-211.
11. MARTINS, C. (1976). Programas de psiquiatría comunitaria. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 22:56-62.
12. MCPHERSON, D. (1984). Teaching and Research in Emergency Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* 29:50-54.
13. MECHANIC, D. (1980). The management of psychosocial problems in primary medical care: a potential role for social work. *Journal of Human*

- Stress. Dec:16-21.
14. MEZZICH, J.E., DOW, J.T., AND COFFMAN, G.A. (1981). Developing an efficient Clinical information system for a comprehensive psychiatric institute. I. Principles, design and organization. Behavior Research Methods and Instrumentation 13:459-463.
  15. MEZZICH, J.E., DOW, J.T., RICH, C.L., COSTELLO, A.J., and HIMMELHOCH, J.M. (1981). Developing an efficient Clinical information system for a comprehensive psychiatric institute. II. Initial Evaluation Form. Behavior Research Methods and Instrumentation 13:464-478.
  16. MEZZICH, J.E., GANGULI, R., MUNETZ, J.R., ZETTLER-SEGAL, M. and DOW, J.T. (1986). Computerized initial and discharge evaluations in Clinical Care and Information Systems in Psychiatry, ed. J.E. Mezzich. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
  17. MEZZICH, J.E. (1990). The Brief Evaluation Form: Semistructured Assessment of Current Psychiatric Illness in Emergency Psychiatry, ed J.E. Mezzich, Ben Zimmer, Madison.: International University Press. Inc.
  18. NOONAN, J.R. (1973) A Follow-up of Pretherapy Dropouts. Journal of Community Psychiatry 1:43-44.
  19. ROBIN, A. (1976). Rationing Out-Patients: A Defence of the Waiting List. British Journal of Psychiatry 128:138-41.
  20. SAAVEDRA, J.E., SALES, L. (1988). Atención a pacientes nuevos de consulta externa entre 1982 y 1987 del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». Anales de Salud Mental IV:183-188.
  21. SALTA, L., BUICK, W. (1989). Impact of Organizational Change on the Intake, Referral and Treatment of Outpatients at a Community Mental Health Center. Journal of Mental Health Administration 16:71-79.
  22. SLABY, A., GOLDBERG, R., WALLACE, S. (1983). Interdisciplinary Team approach to emergency psychiatric care. Psychosomatics 24:627-637.
  23. SHERMAN, J., STARK, A., RICHMAN, B. (1978). The psychiatric screening clinic at a VA Hospital: Making it Work. Hospital & Community Psychiatry 29:393-395.
  24. STEIN, S., KARASU, T., and CHARLES, E. (1974). A multiple entry system for psychiatric clinics. Journal of Mental Health Administration 3:5-14.
  25. TALLEY, S., AND CHIVERTON, P. (1983). The psychiatric clinical specialists impact on psychiatric emergency services. General Hospital Psychiatry 5:241-245.
  26. WARTHON, D., SOGI, C., MEZZICH, J.E., LÓPEZ-MERINO, I., CASTRO, J. (1988). Experience With the semistructured Initial Evaluation Form in Peru and the United States. In International Classification in Psychiatry. Edited by J.E. Mezzich, M von Cranach. Cambridge. University Press.
  27. WILDER, J., AND ROSENBLATT, A. (1977). An assessment of accountability areas by psychiatrists, psychologists, and social workers. American Journal of Orthopsychiatry 47:336-340.

*Dirección Postal:*  
*Instituto Nacional de Salud Mental*  
*"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"*  
*Av. Alameda Palao s/n S.M.P.*