

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
SANTA FE, ARGENTINA

Trabajo Final Integrador para acceder a la carrera de

Especialización en Medicina Legal

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional del Litoral

“Análisis de internaciones involuntarias en el marco de la Ley de Salud Mental N° 26.657 durante el periodo 2017 a 2021 en un establecimiento privado polivalente en Entre Ríos.”

Autor: Yanina Belén Manucci

Director: González Broin, Marisa

Año: 2023

Cohorte 7

INDICE

INDICE	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
MARCO TEORICO.....	6
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGIA	12
RESULTADOS	14
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19

RESUMEN

Históricamente a las personas con padecimientos mentales se los percibía como obra de entes sobrenaturales que eran consecuencia de castigo al transgredir leyes divinas, por lo que, el tratamiento implicaba ceremonias religiosas, sacrificios y/o exorcismos. Ante la falta de mejoría eran reclusos de la sociedad. A medida que se cambia la percepción del origen de los trastornos mentales, comienza a cambiar la forma de asistencia. Se empieza a cuestionar la falta de acceso a derechos básicos y su trato.

En Argentina en el año 2010 se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) con un enfoque en la protección de los derechos humanos e inclusión social, a través de la creación de dispositivos que permitan su desarrollo que permitan la inclusión en la comunidad.

El siguiente estudio a 10 años de la creación de la Ley de Salud Mental tiene como objetivo observar cómo fue el desarrollo de la aplicación de la ley desde la creación del Órgano de Revisión de Salud Mental de Entre Ríos (ORSMER) en el año 2017 al 2021 en clínica privada polivalente.

Metodología: estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La muestra fueron pacientes que realizaron internación en Clínica polivalente privada de la provincia de Entre Ríos desde octubre del año 2017 a junio de 2021.

Resultados: Durante el periodo del estudio se incluyeron 249 participantes. El 52,2% pertenecía al sexo femenino. La edad media fue de 39,5 años. Los diagnósticos más frecuentes de internación fueron trastorno depresivo, episodio psicótico y trastorno por consumo de sustancias. La duración de las internaciones fue de 9,86 días. Se observó un mayor número de internaciones en el año 2021, 63,5%. El 57,8% presentó riesgo cierto e inminente. Entre los participantes se observó que el 6,02% no cumplía con los criterios de internación voluntaria. Dentro de los mismos no fue informado al Órgano de Revisión ni Juzgado sobre su internación involuntaria el 13,6% de ingresos con Episodio Psicótico, el 42,8% con Episodio Maniaco.

Conclusiones: Se observó que las internaciones en la clínica polivalente tenían como promedio 10 días, por lo tanto, cumplía con la reglamentación de que las internaciones deben ser lo más breve posible. Si bien la mayoría de las internaciones se mantuvieron respetando los criterios de internación voluntaria/ involuntaria (93,98%) hubo errores en el entendimiento de la capacidad consentimiento informado. Estos errores fueron cometidos por profesionales en formación por lo que podría sugerir falta de información con respecto a la Ley vigente. Por los datos obtenidos se sugieren estudios a mayor escala con respecto al conocimiento que presentan los profesionales sobre la Ley de Salud Mental N° 26.657.

Palabras claves: ley de salud mental 26657, salud mental, consentimiento informado.

ABSTRACT

Historically, people with mental illnesses were perceived as the work of supernatural entities that were the consequence of punishment for transgressing divine laws, therefore, treatment involved religious ceremonies, sacrifices, and/or exorcisms. Given the lack of improvement, they were secluded from society. As the perception of the origin of mental disorders changes, the form of assistance begins to change. The lack of access to basic rights and their treatment is beginning to be questioned.

In Argentina, in 2010, the National Mental Health Law No. 26,657 (LNSM) was promulgated with a focus on the protection of human rights and social inclusion, through the creation of devices that allow their development that allow inclusion in community.

The following study 10 years after the creation of the Mental Health Law aims to observe how the development of the application of the law was from the creation of the Mental Health Review Body of Entre Ríos (ORSMER) in 2017 to the 2021 in a multipurpose private clinic.

Methodology: observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study. The sample consisted of patients who were admitted to a private multipurpose clinic in the province of Entre Ríos from October 2017 to June 2021.

Results: During the study period, 249 participants were included. 52.2% belonged to the female sex. The mean age was 39.5 years. The most frequent hospitalization diagnoses were depressive disorder, psychotic episode, and substance use disorder. The duration of hospitalizations was 9.86 days. A greater number of hospitalizations was observed in 2021, 63.5%. 57.8% presented certain and imminent risk. Among the participants, it was observed that 6.02% did not meet the criteria for voluntary hospitalization. Among them, 13.6% of admissions with a Psychotic Episode, 42.8% with a Manic Episode, were not informed to the Review Body or Court about their involuntary hospitalization.

Conclusions: It was observed that hospitalizations in the polyvalent clinic had an average of 10 days, therefore, it complied with the regulations that hospitalizations should be as short as possible. Although most hospitalizations continued to respect the voluntary/involuntary hospitalization criteria (93.98%), there were errors in the understanding of the informed consent capacity. These errors were made by professionals in training, so it could suggest a lack of information regarding the current Law. Based on the data obtained, larger-scale studies are suggested regarding the knowledge that professionals present about the Mental Health Law No. 26,657.

Keywords: mental health law 26657, mental health, informed consent.

MARCO TEORICO

Históricamente a las personas con padecimientos mentales se los percibía como obra de entes sobrenaturales que se introducían en el cuerpo para perturbar el alma y que eran consecuencia de castigo al transgredir leyes divinas, por lo que, el tratamiento implicaba ceremonias religiosas, sacrificios y/o exorcismos. Ante la falta de mejoría eran reclusos de la sociedad.

Fue con los griegos que se produjo el cambio de visión con respecto a las causas de enfermedades mentales. Alcmeón de Crotona, siglo VI a. C., discípulo de Pitágoras, fue el primero que relacionó lo mental con el cerebro al descubrir por disección, que ciertas vías sensoriales terminan en el encéfalo, y elaborar una teoría de la disarmonía como causal de enfermedad.

Hipócrates sostenía que era producto del desequilibrio de los humores, en especial de la bilis negra (melania chole, de ahí melancolía), de lo que se seguía que el tratamiento debía consistir en restablecer el equilibrio humoral.

En el siglo I d.C., Asclepiades fue el primero en diferenciar las ilusiones de las alucinaciones. Practicó psicoterapia e incluyó el uso de la música y la estimulación intelectual, así como el trabajo con grupos de personas con trastornos mentales.

Los romanos, siguiendo los conceptos griegos respecto de la locura y su tratamiento, realizaron un aporte fundamental a la legislación sobre los enfermos mentales: en su "Código Civil" establecen sus derechos, se legisla sobre su capacidad para contraer matrimonio o disponer de sus bienes y consideran la locura como un eximente para determinados delitos.

En los inicios del siglo II d.C. Sorano planteo cambios en las internaciones, *"la habitación debe estar en silencio absoluto, no debe estar adornada con pinturas ni iluminadas con ventanas bajas; debe hallarse en planta baja antes que, en pisos superiores, porque las víctimas de manía con frecuencia saltan por las ventanas"*.

La enfermedad representó durante siglos, una de las explicaciones más aceptadas sobre el crimen, bajo la convicción que quién delinquía presentaba insania. No en vano, las primeras

cárceles se poblaron de epilépticos, personas con padecimientos mentales, tuberculosos, sifilíticos, leprosos, entre otros. Incluso hasta mediados del siglo XVII eran los sacerdotes o abogados quienes evaluaban a los alienados y determinaban la responsabilidad que les correspondía por su comportamiento. Fue el médico P. Zacchia quien aconsejó que fuese tarea del médico realizar la evaluación.

Hacia fines de 1700 comienza a afianzarse la psiquiatría como disciplina. Se debe a Philippe Pinel y Jean Ettiene Dominique Esquirol la primera reacción humanitaria frente a los llamados dementes. En 1792, Philippe Pinel, aterrorizado por la situación por la que atravesaban los alienados propone reformas en los procedimientos de asistencia de los alienados y el derecho a ser tratados como hombres enfermos. Pidió que se abandonara el uso inhumano de las cadenas y los malos tratos.

Contemporáneamente, en Inglaterra y Alemania por obra de Tuke, Reil y Langermann comenzó un cuestionamiento similar al trato humanitario.

La primera etapa de cambios fue la iniciada por Pinel y comprendía cuestiones básicas, como, la higiene, alimentación y vestimenta, instituyendo un tratamiento de humanidad en los hospitales de Bicêtre y Salpêtriêrè. Las construcciones dotadas de gran número de celdas, con muros altos fueron objeto de reformas arquitectónicas, evitando el decaimiento anímico en el que caían los alienados debido a que las construcciones se asemejaban a un convento o una prisión.

Una segunda etapa de cambios, comienza a operarse en Inglaterra, donde se suprime el uso de contención mecánica.

En un tercer tiempo se disminuyeron en el número de celdas y se aumentaron las ocupaciones, se dio un impulso al trabajo en el cultivo de la tierra. Se suprimen las rejas y comienzan a permitirse salidas fuera de las instituciones.

¿Cómo fue el cambio en Argentina con respecto a la salud mental?

En Argentina a mediados del siglo XVIII, el Hospital de Santa Catalina era considerado “*El Loquero*” y estaba a cargo de jesuitas. En 1822, se aconseja el cierre del mismo debido a la

mala administración y se confió a los médicos el examen de todas las personas sometidas a acción policial o judicial.

En el año 1859, se encarga la construcción del *Hospicio de San Buenaventura*. El edificio fue levantado en los terrenos que actualmente le pertenecen al Hospital Rawson y dio comienzo a sus funciones en 1863. Este se inaugura con una población de 123 pacientes, provenientes de diferentes provincias de la nación. En 1967, este nosocomio recibe el nombre de *Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario J. T. Borda*.

Además en 1854, se crea el primer manicomio femenino, actualmente conocido como Hospital Braulio Moyano. La atención era brindada por médicos a la mañana y durante el resto del día en manos de delegadas religiosas.

A partir de 1879 se toman medidas para terminar con condiciones de hacinamientos relacionados a cambios en la construcciones (pabellones separados por patios internos). Sin embargo, el número de pacientes seguía en aumento para el año 1881 eran de 408.

En 1929, comienza a conocerse nuevos proyectos en la asistencia que tenían como propósito plantear una práctica hospitalaria abierta, que ya se había comenzado a implantar en 1922, en el Hospital de Alienados de Rosario y dos años más tarde en el *Dispensario* del Hospital de Alienadas de Buenos Aires. Este nuevo proyecto incluía la asistencia de asistentes sociales, enfermería, entre otros.

A partir de 1946, se produce un cambio importante en materia de salud pues comienza a prevalecer la idea de estado prestador, se crea la Secretaria de Salud Pública con categoría de Secretaria de Estado, con el Dr. Ramón Carrillo como primer Secretario. El nuevo concepto de estado y de sus funciones propone abandonar la beneficencia y la caridad para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos.

En 1957, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Se busco un cambio en los conceptos de salud y enfermedad, un nuevo rol para la psiquiatría, y modificaciones importantes a nivel institucional. En el área asistencial se estimuló la creación de Centros de Salud Mental y el trabajo de equipos

multidisciplinarios. De este modo se pretendía reducir al máximo la internación de los enfermos y propiciar su atención por consultorios externos.

El modelo de atención de la Salud mental a pesar de los cambios efectuados todavía se basaba en internaciones a largo plazo con pacientes reclusos en hospitales psiquiátricos con poco contacto con sus familias y en, algunos casos, con situación de abandono por parte de la familia y trasladados a lugares lejanos a su localidad de origen.

Por esta situación en la Argentina el año 2010 se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) con un enfoque en la protección de los derechos humanos e inclusión social, a través de la creación de dispositivos que permitan su desarrollo que permitan la inclusión en la comunidad.

“La desmanicomialización fue concebida como la transformación de un sistema de salud mental, para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos ni en ninguna otra forma de abandono. Para que no sean alejados de su vida social, del trabajo, del hogar. Para aumentar el acceso a una atención eficaz y disminuir la carga de enfermedad que soportan mayormente los usuarios, familias y comunidad” (H. Cohen, 2013)

En la LNSM en el art 14 y 15 hace referencia a que la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones. Además, se hace hincapié que la duración de la misma debe ser lo más breve posible. Solicita promover el mantenimiento de vínculos sociales y las internaciones no pueden ser indicadas o prolongadas para resolver problemáticas sociales y/o viviendas. (Infoleg, s.f.)

Como recurso terapéutico se dispone de las internaciones involuntarias en caso de que no sea posible el abordaje ambulatorio, donde esta misma “sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.” (art. 20) (Infoleg, s.f.) Este tipo de internación debe ser informada al Juez competente y Órgano de Revisión en un plazo de 10 horas.

No obstante, existen otras situaciones que convierten las internaciones en involuntarias que son desarrolladas en los art 16 y 26 de la LNSM:

- Menores de edad/ personas declaradas incapaces
- Situaciones donde el consentimiento informado no es válido por afectación del estado de lucidez y de la comprensión de situación.

Por otro lado, el Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental en su informe de gestión del año 2014 hace referencia a que la mayoría de las internaciones son de carácter involuntaria, sin embargo, el 59% fueron notificadas por los juzgados civiles y solamente el 24,5% por los lugares de internación. (Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental, 2014)

La provincia de Entre Ríos se adhiere a esta ley en el año 2016 con la Ley Provincial N°10.445 y creando el Órgano de Revisión de Salud Mental de Entre Ríos (ORSMER), quien comienza su funcionamiento en octubre de 2017. En el primer informe publicado en el 2018 se advierte la presencia de internaciones prolongadas que no fueron comunicadas, además, se evidencia la presencia de dificultad por parte de las instituciones para comprender que son internaciones involuntarias y que son internaciones voluntarias. (Órgano de revisión de Salud Mental de Entre Ríos, 2018)

En el transcurso de los 10 años desde la promulgación de la Ley de Salud Mental en la Argentina en los últimos años pudo materializarse la constitución del Órgano de Revisión de Salud Mental de Entre Ríos. Por esto, debemos plantearnos ¿Cómo fue el desarrollo de notificaciones de internaciones involuntarias al ORSMER desde su creación en el año 2017 al 2021 en clínica privada polivalente?

OBJETIVOS

- GENERALES:

1. Analizar el número y motivo las internaciones involuntarias y voluntarias, de forma anual en una Clínica polivalente privada en la provincia de Entre Ríos desde el año 2017 a 2021.

- ESPECIFICOS:

1. Observar la presencia de internaciones que no fueron informadas como involuntarias a pesar de cumplir los criterios para su notificación.
2. Evaluar tiempo de internación promedio según patología.
3. Observar la presencia de riesgo cierto e inminente para si o terceros en las internaciones involuntarias.

METODOLOGIA

Es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La muestra es todos los pacientes que realizaron internación en Clínica polivalente privada de la provincia de Entre Ríos desde octubre del año 2017 (fecha de creación del órgano de revisión en la provincia de Entre Ríos) a junio de 2021.

Variables:

1. Fecha de ingreso y egreso de internación
2. Diagnóstico de internación
 - Episodio Psicótico
 - Trastorno depresivo
 - Episodio maniaco
 - Agitación psicomotriz
 - Trastorno por consumo de sustancias
 - Trastorno de la conducta alimentaria
 - TEPT (Trastorno de estrés postraumatico)
 - Trastorno de personalidad
 - Trastorno de ansiedad
 - Trastorno adaptativo
 - Otros (trastorno del sueño, TOC)
3. Edad: rango etario (menor de 18 años, 19 a 64 años, mayor de 65 años)
4. Sexo: Femenino/Masculino
5. Presencia de riesgo cierto e inminente: Si/No
6. Internación involuntaria: Si/No
7. En caso de tener criterios de internación involuntaria ¿se realizó notificación al órgano de revisión/ Juzgado?: Si/No
8. Tiempo de internación:
 - a. Igual o menor de 7 días
 - b. 8 a 20 días
 - c. Más de 20 días

Herramienta de recolección: Se obtendrá la información de las hojas de internación e historia clínica de los pacientes que ingresaron al servicio de Salud Mental de la clínica y de las notificaciones de internaciones involuntarias realizadas al Órgano de Revisión y juzgado.

Internación involuntaria: se define la misma con las situaciones siguientes:

1. Presencia de riesgo cierto e inminente para sí o terceros: presencia de intento autolítico, ideación autolítica con planificación agresividad hacia si o terceros, involucrarse en actividades con alto potencial para producir consecuencias graves, como, por ejemplo, gastos excesivos. En casos de no estar de acuerdo con internación voluntaria.
2. Menores de edad
3. Personas declaradas incapaces
4. Personas que no se encuentren en condiciones de dar consentimiento informado por alteración del estado de lucidez y/o conciencia de situación.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se incluyeron 249 participantes. En lo referente al análisis descriptivo de la muestra, el 52,2% pertenecía al sexo femenino. La edad media fue de 39,5 años (DE 19,7; Mediana 37). Los diagnósticos más frecuentes de internación fueron trastorno depresivo, episodio psicótico y trastorno por consumo de sustancias. Ver *Tabla 1*.

Tabla 1. Descriptivos generales (N= 249 sujetos)

Variable	Categoría	N (%)
Sexo	Mujeres	130 (52,2)
	Hombres	119 (47,8)
Diagnostico	Trastorno depresivo	114 (45,8)
	TEPT	4 (1,6)
	Otros	4 (1,6)
	Episodio psicótico	44 (17,7)
	Episodio maniaco	14 (5,6)
	Trastorno por consumo de sustancias	42 (16,9)
	Trastorno de la conducta alimentaria	9 (3,6)
	Agitación psicomotriz	8 (3,2)
	Trastorno adaptativo	3 (1,2)
	Trastorno de personalidad	4 (1,6)
	Trastorno de ansiedad	3 (1,2)

Con respecto a la duración de las internaciones, la estancia media fue de 9,86 días. Además, se observó un mayor número de internaciones en el año 2021, 63,5%. Ver *Gráfico 1 y 2*.

Grafico 1: Días de internación

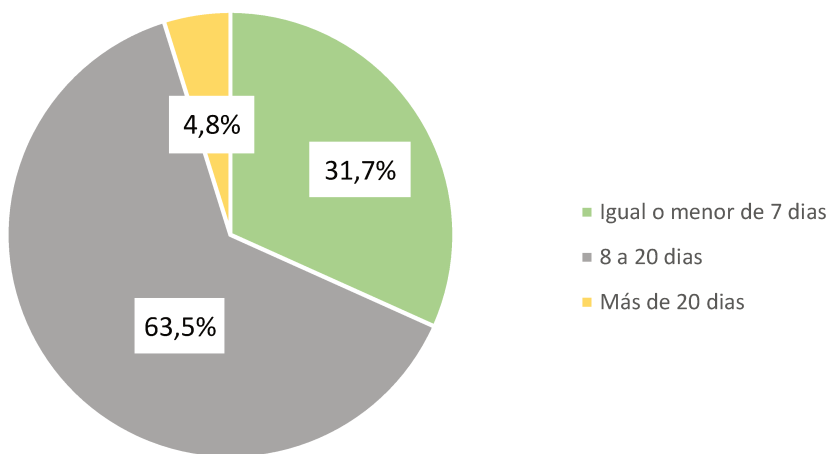
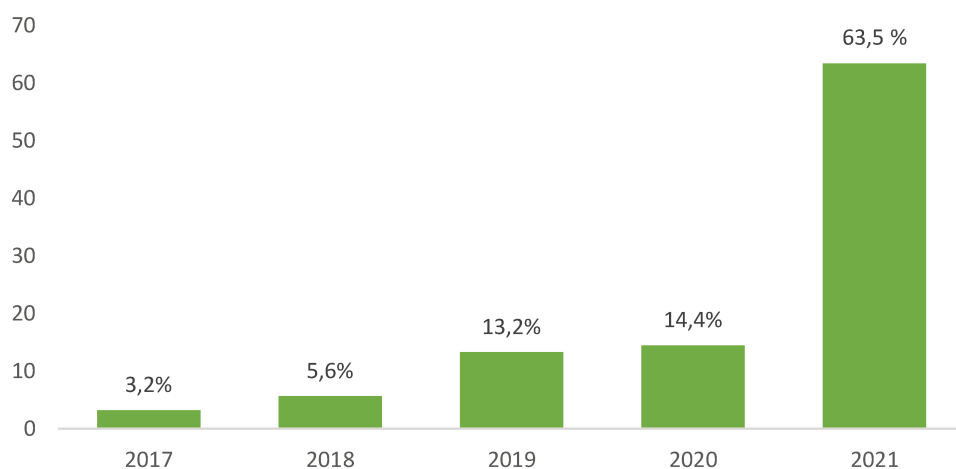


Grafico 2: Internaciones por año



Con respecto a la presencia de riesgo cierto e inminente (según valoración clínica del profesional de admisión de internación) el 57,8% de los participantes presentaba el mismo. Sin embargo, el 32,5% de las internaciones fueron informada al órgano de revisión y 38,2% al juzgado interviniente. Ver *Tabla 2*.

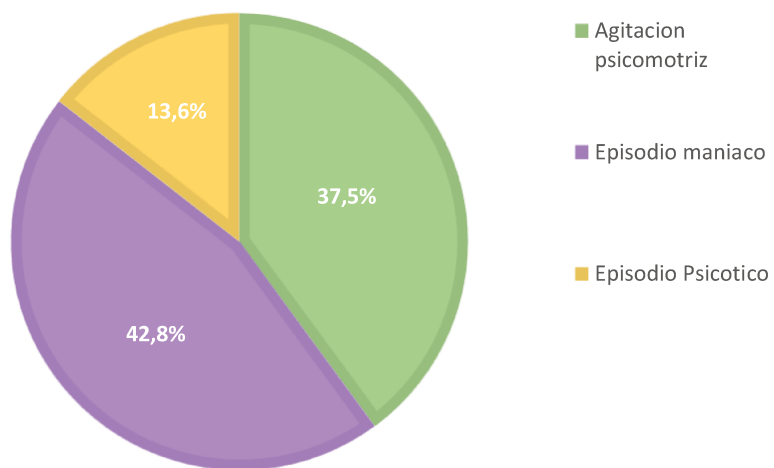
Tabla 2: Descripción informe de internaciones

Presencia de Riesgo Certo e Inminente		
Si	57.8%	n=144
No	42,20%	n=105
Aviso de internaciones		
	Si	No
Órgano de Revisión	32,5%(n=81)	67,5%(n=168)
Juzgado	38.2% (n=95)	61.8%(n=154)
Profesional a cargo del ingreso del paciente		
Residente de Psiquiatría	93,3%	N=232,3
Medico Psiquiatra	6,7%	N=16,7

Se observa 6 internaciones involuntarias en año 2017 y 2018 donde no fueron informada la externación del paciente al juzgado, además, no se registran solicitud del juzgado para seguimiento de la internación.

Entre los participantes se observó que el 6,02% no cumplía con los criterios de internación voluntaria. Dentro de los mismos los que presentaron diagnóstico de Episodio Psicótico (n=44) el 13,6% (n=6) no fue informado al Órgano de Revisión ni Juzgado sobre su internación involuntaria. En el caso de pacientes con diagnóstico de Episodio Maniaco (n=14) el 42,8% (n=6) no fue informado al Órgano de Revisión ni Juzgado sobre su internación involuntaria. Además, se observó que el 37,5% de los participantes con diagnóstico de Agitación Psicomotriz no fue informado al Órgano de Revisión ni Juzgado sobre su internación involuntaria (Grafico 3). El 73,3% de esta falta de notificación a organismos correspondientes pertenecieron a pacientes internados durante el año 2021 (Ver *Tabla 2*). El 93,3% de los casos mencionados fueron ingresados a internación por residentes médicos de la especialidad de psiquiatría (*Tabla 2*).

GRAFICO 3: PORCENTAJE DE PACIENTES SIN CRITERIO PARA INTERNACION VOLUNTARIA



CONCLUSIONES

El número de internaciones analizadas fueron de 249 pacientes. Dentro de las mismas los diagnósticos más frecuentes de internación fueron trastorno depresivo, episodio psicótico y trastorno por consumo de sustancias.

Durante el inicio de la aplicación de la Ley de Salud Mental N° 26.657 durante los primeros años de su aplicación en la provincia de Entre Ríos 2017 y 2018 se observó que en el caso de internaciones involuntarias no contaba con el seguimiento de parte de los organismos intervinientes.

Con respecto al artículo 15 de la Ley de Salud mental donde hace referencia a que las internaciones deben ser lo más breve posible, se observó que las internaciones en la clínica polivalente tenían como promedio 10 días, por lo tanto, cumplía con la reglamentación.

Si bien la mayoría de las internaciones se mantuvieron respetando los criterios de internación voluntaria/ involuntaria (93,98%) hubo errores en el entendimiento de la capacidad consentimiento informado en personas que no se encuentren en condiciones por alteración del estado de lucidez y/o conciencia de situación. El mismo se evalúa a través de la semiología psiquiátrica y su valoración de juicio y alteraciones del mismo. Estos errores fueron cometidos por profesionales en formación por lo que podría sugerir falta de información con respecto a la Ley vigente.

Por los datos obtenidos se sugieren estudios a mayor escala con respecto al conocimiento que presentan los profesionales tratantes sobre la Ley de Salud Mental N° 26.657.

Debido a los datos obtenidos este año se brindó formación a los residentes en psiquiatría y psicología de la clínica estudiada.

Durante la recolección de datos se presentó el obstáculo de la pérdida de datos de internaciones voluntarias entre año 2017- 2018. Además, en el año 2020 el número de internaciones descendió por las limitaciones para internación por pandemia COVID 19.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Infoleg*. (s.f.). Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
2. Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental. (2014). *Informe de gestión*. Obtenido de Ministerio Público de Defensa: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/defensoria-general-de-la-nacion/organo-nacional-de-revision-de-salud-mental/304-secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/informes-de-gestion-del-organo-de-revision/2824-informe-de-gestion-2014>
3. Órgano de revisión de Salud Mental de Entre Ríos. (2018). *Ministerio Público de Defensa*. Obtenido de <http://mpd.jusentrerios.gov.ar/wp-content/uploads/2020/02/Informe-de-Gesti%C3%B3n-ORSMER-2018.pdf>
4. DSM V. (s.f.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed.* Editorial médica panamericana.
5. Hugo Cohen, G. N. (2013). *La Desmanicomialización. Cronica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Rio Negro*. Lugar editorial.
6. Glanc, E. T. (2019). Riesgo cierto e inminente. *Clepios*, 22- 27.
7. Semprini, C. (2019). Salud mental en Río Negro ¿realidad o utopía? *Anuario Pilquen*.
8. H. Cohen, G. N. (2013). *La desmanicomialización: Cronica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.
9. Marietan, H. (2004). Historia de la Psiquiatria. *Alcmeon*.
10. Guerrino, A. (1982). *La psiquiatría Argentina*. Buenos Aires: Editores Cuatro.