

Estudio descriptivo comparativo sobre la finalización de la urgencia en cuatro Hospitales generales del MERCOSUR

Autores: Sotelo, I; Belaga, G; Leserre, L; Rojas, A; Cruz, A; Capurro, V; Mazzia, V; Moraga, P; Santimaria, L; Penecino, I; Fidacaro, P; Coronel, M; Tutanosky, G.

Title:

Descriptive comparative study on emergency completion in four general hospitals of the MERCOSUR countries.

Resumen

El siguiente trabajo está enmarcado en el proyecto de investigación “Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental” UBACYT 2008-2010ⁱ en cuatro hospitales del MERCOSUR: Hospital Central de San Isidro (Buenos Aires - Argentina), Hospital San Bernardo (Salta - Argentina), Hospital Maciel (Montevideo – Uruguay) y el Hospital Das Clínicas (Belo Horizonte - Brasil). El objetivo general de este estudio exploratorio-descriptivo consistió en establecer una comparación del perfil de la población así como de las modalidades de demanda de quienes se presentaron, con perturbaciones psíquicas, a las consultas de urgencia, con el propósito de aportar datos que permitan trazar, en un futuro, estrategias para la prevención, asistencia y promoción.

Se utilizó un protocolo especialmente diseñado que se administró a 714 personas que concurrieron al servicio de urgencias entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2008.

Los datos relevados sobre los “modos de resolución de la urgencia” muestran que en San Isidro, Salta y Montevideo el porcentaje más alto de las consultas es derivado a Consultorios Externos (70,8%, 76,7% y 37,6% respectivamente) mientras que en el Hospital Das Clínicas sólo es derivado el 9,7%.

Palabras claves: Finalización-Urgencia-Hospital Público

Abstract

This study is framed within the research project "Comparative analysis of emergency mental health interventions and their demand," UBACYT 2008-2010, in four hospitals of MERCOSUR: Hospital Central de San Isidro de la Provincia (Buenos Aires - Argentina), Hospital San Bernardo (Salta - Argentina), Hospital Maciel (Montevideo – Uruguay) y el Hospital Das Clínicas (Belo Horizonte - Brasil). The main objective of this exploratory – descriptive study is to establish a comparison of the socio economical characteristics as well as the patterns of demand of the population that attends the emergency room due to mental health problems, with the purpose of obtaining data to design in the future new prevention, promotion and assistance strategies.

A specially design protocol was administer to 714 patients between September 1st and December 31st 2008.

The data collected about the “modes of resolution of urgency” shows that in San Isidro, Salta and Montevideo hospitals the highest percentage of the consultants are referred to outpatient treatment (70,8%, 76,7% and 37,6%) but in the Das clínicas hospital only 9,7% are referred.

Keywords: Finalization, Emergency, Public Hospital.

Sobre la urgencia

Las presentaciones clínicas en la urgencia se manifiestan como dolor, sufrimiento insoportable, ruptura aguda, quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría. Se ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida, las relaciones con los otros y con el propio cuerpo. (Sotelo 2005)

En el libro *La urgencia generalizada* (Belaga 2004), Guillermo Belaga refiere que en su experiencia como Jefe de Servicio de un hospital general, la atención en Salud Mental se caracteriza por admitir casi exclusivamente urgencias, siendo imperioso rediseñar los modos y las estrategias, para alojar y dar

respuesta a las mismas en las instituciones. Siguiendo la misma lógica, podemos leer la posición planteada en los libros *Tiempos de urgencia, estrategias del sujeto, estrategias del analista* (Sotelo 2005) y *Clínica de la Urgencia* (Sotelo 2007) donde los autores coinciden que es necesaria la localización, por parte del profesional, de las coordenadas en que aparece la urgencia para decidir la estrategia a seguir. O sea, ubicar qué ocurre en cada sujeto con el padecimiento excesivo que manifiesta.

En tanto el psicoanálisis es el marco teórico en que se sitúa nuestra práctica, resulta pertinente puntualizar el modo en que concebimos la urgencia.

La urgencia en psicoanálisis implica introducir la dimensión de sujeto, el analista supone un sujeto, apuesta a su emergencia, siendo ésta la particularidad que lo diferencia de otros paradigmas. Es por esto que, frente a la exigencia de una pronta resolución, la intervención será diferente según quien la lea.

El analista, interviene introduciendo una pausa que permita localizar el acontecimiento traumático para ese sujeto. Este accionar, que apunta a introducir un segundo tiempo lógico - de comprender - entre el instante de ver y el momento de concluir, implica una apuesta por la palabra. Es desde esta perspectiva que se abre la posibilidad de transformar la urgencia en urgencia subjetiva.

Así, al ubicar la clínica de la urgencia subjetiva como un correlato clínico e incluso como una respuesta al fenómeno de la generalización del trauma, es posible extraer consecuencias en el contexto del psicoanálisis aplicado a la práctica en hospitales.

Es necesario entonces, para dar respuestas que estén a la altura del malestar de la época, conocer la particularidad de la misma y su relación con las presentaciones clínicas actuales.

Trazar un perfil de la población consultante en urgencia, permitirá diseñar dispositivos asistenciales acordes a las necesidades actuales y lograr mayor eficacia para la resolución de las mismas.

Sobre la finalización de la urgencia

La finalización de la urgencia dependerá de quien la lea y de las particularidades de cada dispositivo.

Desde el paradigma médico, se dará por finalizada la urgencia cuando hayan desaparecido los fenómenos que condujeron a la consulta y luego de evaluar las conductas que puedan poner en riesgo la vida de sí o de terceros.

En la urgencia médica, el paciente se encuentra en una posición pasiva frente al acto médico. La eficacia de la intervención reside en resolver en el menor tiempo posible ya que está en juego lo orgánico.

Desde una lectura psicoanalítica podemos decir que una urgencia ha finalizado cuando se ha subjetivado, cuando ésta ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto, es decir, cuando a partir del trabajo realizado se haya ubicado algún episodio en el lugar de la causa.

A su vez, la presencia del psicoanalista en la urgencia produce efectos terapéuticos.

Los autores del libro *Efectos terapéuticos rápidos* (Miller, et al. 2005) definen al efecto terapéutico rápido como producido por una reducción del goce implicado en el síntoma del sujeto que puede relanzar un nuevo ciclo en la dirección de la cura o detenerse allí. Al respecto plantean dos momentos claramente diferenciales: el primero es el del relato que el sujeto hace sobre el encuentro con lo real del trauma, el segundo implica una internalización del mismo.

La investigación

Para desarrollar la investigación de la que se desprende este trabajo, se seleccionaron cuatro hospitales generales del MERCOSUR que reciben consultas de pacientes de diversos rangos sociales y económicos, en los cuales se ha incrementado la consulta de urgencia en los últimos años: Central de San Isidro (Prov. de Buenos Aires, Argentina), San Bernardo (Prov. de Salta, Argentina). Maciel (Ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay) y Hospital Das Clínicas de Belo Horizonte (Brasil).

El objetivo general de este estudio exploratorio-descriptivo, consistió en establecer una comparación del perfil de la población así como de las modalidades de demanda de quienes se presentaron, con perturbaciones

psíquicas, a las consultas de urgencia en las instituciones elegidas.

El propósito del análisis fue aportar datos que permitan trazar, en un futuro, estrategias para la prevención, asistencia y promoción de la misma en los diferentes contextos urbanos del país y regionales.

Como instrumento se utilizó un protocolo especialmente diseñado para la investigación. El mismo fue completado por el profesional, médico o psicólogo según quien estuviera a cargo de la admisión. Dicho profesional, realizó la entrevista de admisión habitual en la urgencia según la normativa del hospital y luego completó la ficha de admisión que forma parte del protocolo, reuniendo los datos cuantitativos epidemiológicos obtenidos.

Se administró a 714 adultos mayores de 15 años que concurrieron al servicio de urgencias en los 4 hospitales elegidos, en el período que se extiende desde el 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2008 (por tratarse de los meses que mayor consulta de urgencia se registran en los últimos años)

Se caracterizó a la consulta de urgencia como aquella que se produce por demanda espontánea, pudiendo solicitarla: el paciente, la familia, el juez, un profesional de otra área de salud u otros. Su modalidad de presentación es variada, sin embargo, habitualmente, se manifiesta como irrupción sintomática, como exceso de sufrimiento insoportable para el paciente y requiere urgente resolución.

Procedimiento de la toma de los protocolos

Se diseñó un protocolo que sería completado por el profesional, médico o psicólogo, a cargo de la admisión. El profesional a cargo de la consulta de urgencia de cada hospital realiza la entrevista de admisión habitual en la urgencia, según la normativa del hospital y luego completa la ficha de admisión que forma parte de este protocolo, reuniendo los datos cuantitativos epidemiológicos que se hayan obtenido.

El instrumento diseñado incluía la localización de diversos datos agrupados en diversos contextos correlativos con las variables arriba definidas: sociológico; familiar, subjetivo; contexto transferencial contexto diagnóstico presuntivo en la urgencia; contexto de finalización de la urgencia.

1. Contexto sociológico:

Variables: Nacionalidad; edad; sexo; estado civil; lugar de residencia; nivel educacional; situación laboral.

El análisis de los datos de este contexto permitió situar, edad, sexo, el nivel socio-económico de quienes asisten a la consulta de urgencia.

2. Contexto familiar:

Variables: Familia de origen; familia constituida; convivencia.

Los datos obtenidos en este contexto hicieron posible ubicar los lazos más cercanos de los pacientes que concurren en una situación de urgencia.

3. Contexto subjetivo:

Variables: Modo en que llega a la consulta; posibilidad de hacer un relato; posibilidad de localizar acontecimientos ligados a la urgencia; posibilidad de formular hipótesis.

Los datos relevados en este contexto posibilitaron establecer de qué modo se ubica el paciente en relación a lo que le sucede.

Fue posible diferenciar si el sujeto llega solo o acompañado y si es capaz de relatar lo que le ocurre así como de localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia.

El intento de comenzar a establecer algún sentido a la irrupción sintomática es fundamental para la subjetivación de la urgencia, movimiento clave para el inicio de un tratamiento.

Para diseñar la estrategia terapéutica fue necesario, en cada caso, establecer la capacidad del paciente para situar los acontecimientos en relación a una lógica causal que, aunque provisoria, establece alguna implicación subjetiva en la urgencia.

4. Contexto transferencial:

Variables: Modo de elección de hospital. ¿Tuvo tratamiento previo o actual en el hospital que consulta?

Establecer de qué modo se ha elegido el hospital permitió establecer el contexto transferencial que ha conducido a tal opción, lo cual tendrá consecuencias en la posibilidad o no de tratamiento. Se puede inferir un nivel

de implicación diferente si el paciente elige concurrir por confianza en la institución o en los profesionales, que si el mismo es traído o derivado por otros. La elección concierne al paciente de una manera diferente al de la inercia o automatismo de la mera cercanía geográfica o del listado de una obra social. Intentamos situar si el paciente se implica en la resolución de la urgencia, eligiendo dónde y con quién tratarla.

5. Contexto de diagnóstico presuntivo en la urgencia:

Variables: Se utilizó el diagnóstico del CIE-10 y el diagnóstico psicoanalítico de estructuras clínicas (Neurosis, Psicosis, Perversión).

Los datos sobre este contexto ofrecieron indicadores epidemiológicos acerca de la presentación más frecuente en la urgencia.

6. Contexto de finalización de la urgencia:

Variables: ¿En cuántas entrevistas resolvió la urgencia?, ¿Requirió medicación psiquiátrica?, modo de resolución de la urgencia.

Los datos obtenidos permitieron situar indicadores para pensar las características de los diferentes dispositivos hospitalarios de urgencia.

Nos centraremos en la descripción y análisis de estos datos para compararlos entre los cuatro hospitales.

Relevamiento de datos de las variables del contexto de finalización de la urgencia

Se relevaron 714 protocolos entre los cuatro hospitales que participaron de la investigación. De los resultados puede extraerse la siguiente lectura en torno a la finalización de la urgencia:

1. Con respecto a la variable **¿En cuántas entrevistas se resolvió la urgencia?** podemos observar los siguientes valores [Ver Anexo 1. Gráfico N° 1 y Tabla N° 1]:

En San Isidro: De 154 casos, 142 (92,3%) se resolvieron de 2 a 5 entrevistas, y 12 (7,7%) lo hicieron en más de 6 entrevistas. El dispositivo en este hospital

está diseñado entendiendo que la urgencia debe resolverse en un proceso que habitualmente se extiende a más de una entrevista.

En Salta: De 133 casos, 131 (98,5%) se resolvieron en 1 entrevista, sólo 2 (1,5 %) no consignan. Es de destacar que el dispositivo de este hospital tiene la particularidad de ser una única entrevista en la que se gestiona la derivación.

En Montevideo: De 293 casos, 284 (96,9 %) se resolvieron en 1 entrevista, 9 (el 3,1%) no consignan. En este hospital el dispositivo de atención de la urgencia es similar al del hospital de Salta, es decir no se considera la resolución de la urgencia como un proceso sino que se la trata en una única entrevista.

En Brasil: De 134 casos, 121 (90,3%) se resolvieron en 1 entrevista, 13 (9,7%) no consignan.

2. El relevamiento de la variable **¿Requirió medicación psiquiátrica?** nos muestra [Ver Anexo 1. Tabla N° 2]:

En San Isidro: de 154 casos, 81 (52,6%) no requirieron medicación psiquiátrica. Mientras que 73 (47,4%) requirieron.

En Salta: de 133 casos, 107 (80,5%) no requirieron medicación psiquiátrica. Mientras que 25 (18,8%) sí lo hicieron. Cabe aclarar que el servicio no cuenta con psiquiatra de guardia.

En Montevideo: de los 293 casos, 150 (51,2%) no requirieron medicación psiquiátrica, 122 (41,7%) requirieron y 21 (7,1%) no consignan.

En Brasil: de 134 casos, 114 (85%) no requirieron medicación psiquiátrica, 16 (12%) requirieron y 4 (3%) no consignan.

3. En cuanto a los **Modos de resolución de la urgencia** [Ver Anexo 1. Tabla N° 3], hemos sintetizado, por razones operativas, los valores de la variable en:

a) derivación a tratamiento ambulatorio en consultorios externos

b) internación psiquiátrica

c) alta

a) Fueron derivados a tratamiento ambulatorio en consultorios externos:

En San Isidro: de 154 casos, 109 (70,8 %);

En Salta: de 133 casos, 102 (76,7%);

En Brasil: de 134 casos, 13 (9,7%);

En Montevideo: de 293 casos, 110 (37,6%).

b) Fueron internados: (aquí se agruparon tanto los pacientes internados en el propio hospital como los trasladados para el mismo fin en otro hospital)

En San Isidro: de 154 casos, 5 (3,3%);

En Salta: de 133 casos, 8 (5,9%);

En Brasil: de 134 casos, 31 (23,2%);

En Montevideo: de 293 casos, 75 (25,7%).

c) Fueron dados de alta:

En San Isidro: de 154 casos, 2 (1,3%);

En Salta: de 133 casos, 11 (8,3%);

En Brasil: de 134 casos, 51 (38%);

En Montevideo: de 293 casos, 43 (14,7%).

Conclusiones

Describiremos los diferentes dispositivos de atención en la guardia que funcionan en los cuatro hospitales para luego correlacionarlos con los datos obtenidos.

El **Hospital San Bernardo de Salta** es el único hospital policlínico público para adolescentes y adultos de esa capital. Como no cuenta con una guardia psicológica, la mayoría de los pacientes, luego de ser atendidos por la emergencia médica (si la presentan), se derivan al hospital psiquiátrico si el caso lo requiere, es por eso que las urgencias fueron resueltas en una sola entrevista y luego derivadas a los consultorios externos del mismo hospital. Es de destacar que los casos donde se presumen desencadenamientos psicóticos son derivados o llevados por la ambulancia directamente al Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Ragone, por lo cual no se atienden en este hospital.

El **Hospital Maciel de Montevideo** fue fundado el 17 de julio de 1788 como Hospital de Caridad, cumpliendo básicamente un rol social, de amparo y

protección a los desposeídos, función que impregna hasta la actualidad en el imaginario social. La guardia no cuenta con licenciados en Psicología. En lo específico de la consulta de emergencia en psiquiatría, se destacan los siguientes puntos:

Los pacientes se anotan en admisión, luego va un médico general a la sala de espera y se le pregunta el motivo de consulta. En esa instancia evalúa si se ingresa a la emergencia o no.

El residente de psiquiatría no se encuentra en el establecimiento de la emergencia, sino en el Departamento de Salud Mental ubicado en el Edificio Central del Hospital Maciel.

La intervención del psiquiatra en general no se extiende a más de una entrevista. Si el paciente está acompañado, la intervención se amplía a quienes acudieron con él a la emergencia.

Las consultas se resuelven, con la derivación a consultorios internos o externos al Hospital (dependiendo de la zona en la que viva el paciente), y a diversos espacios fundamentalmente familiares que funcionan en el Departamento de Salud Mental del Hospital. La internación dependiendo del paciente, en el Hospital Maciel o en el Hospital Psiquiátrico, es otra forma de resolución de la consulta. Son excepcionales las derivaciones a psicólogo.

El **Hospital Central de San Isidro**, es un hospital de “comunidad”, es decir, la mayoría de la población ya se ha atendido ahí antes o algún familiar suyo lo ha hecho, como así es también frecuente que los pacientes conozcan algún profesional del hospital. El equipo de atención de la consulta en urgencia está compuesto por psicólogos de orientación psicoanalítica, psiquiatras y asistente social, todos los días se reúnen antes de empezar y luego al finalizar la guardia para la transmisión de la lógica de los casos. El dispositivo se encuentra orientado hacia el rápido alojamiento del paciente. Se inicia el tratamiento de la urgencia en un proceso; practicantes del psicoanálisis tienen una o más entrevistas, que pueden extenderse hasta 15 días, donde luego de concluir con este proceso (sin tiempo fijo predeterminado) se deciden las diversas cuestiones pertinentes al caso (derivación, medicación, internación, alta, etc.)

El **Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais** es un hospital general de asistencia, investigación y formación. En el imaginario

popular es considerado como un hospital con prestigio en la atención de urgencias médicas. Al momento de la toma de los protocolos el dispositivo no contaba con guardia de salud mental y las consultas se resolvían en una entrevista.

Actualmente se puso en marcha una nueva forma de atención de consultas en urgencia en Salud Mental; el dispositivo toma en cuenta la admisión del paciente como un proceso y no una única entrevista. Del mismo modo las entrevistas son realizadas por psicólogos de orientación psicoanalítica y si lo requiriese psiquiatra o asistente social.

El análisis de los datos relevados nos permitió situar tres indicadores para pensar las características de estos dispositivos hospitalarios de urgencia seleccionados:

1. El primero se refiere al tiempo en el que se resuelve la urgencia.

Los datos obtenidos revelan, a partir de la comparación entre los hospitales, que el mayor porcentaje de estas consultas se resuelve de 2 a 5 entrevistas en el hospital de San Isidro, siendo en este dónde encontramos consultas que se resuelven en más de 5 entrevistas (un 7,7%). En cambio, en los hospitales de Montevideo, Brasil y Salta el dispositivo de atención se encuentra de antemano configurado como una única entrevista, para luego derivar según el caso a consultorios externos, internación o alta. En estos casos se privilegia el diagnóstico sincrónico para evaluar peligrosidad para si o para terceros. Este modo de funcionamiento de los dispositivos implica una dificultad a la hora de leer la resolución de la urgencia ya que no se puede medir a posteriori el efecto del encuentro con un analista en la primera entrevista.

En el hospital de San Isidro el dispositivo de atención toma en cuenta la posibilidad de contar con más de una entrevista ya que en este caso a la evaluación de peligrosidad se le agrega como meta la subjetivación de la urgencia, a través de un proceso que, considerando la diacronía, conduzca al paciente a apropiarse de lo que le ocurre.

Evaluada la gravedad de la consulta, y en caso de que fuera imprescindible, se decide la derivación inmediata a internación. Si no lo fuera, se intenta alojar al paciente y para ello se ofrecen la cantidad de entrevistas necesarias hasta que

el sujeto logre ubicar las coordenadas en que se produjo la irrupción sintomática, y así se establezca alguna hipótesis y se comprometa con la posibilidad de un tratamiento. Es así como en este hospital la urgencia se resuelve en más de una entrevista, requiriendo en pocos casos internación pero sí entrevistas a lo largo del día o de la semana.

2. El segundo indicador es el de la medicación y su administración en este tipo de consultas.

Al comparar los datos obtenidos en cada institución podemos consignar diferencias significativas. En las consultas realizadas en el Hospital Central de San Isidro y en el Hospital Maciel de Montevideo, el porcentaje de casos es similar, prácticamente se ha medicado al 50 % de los consultantes.

Diferente es la situación que puede observarse en los valores referentes al “Hospital San Bernardo” de Salta y el Hospital Das Clínicas de Belo Horizonte, donde aproximadamente, en el 80% de los casos, no se utilizó medicación psiquiátrica en la urgencia. En estos hospitales no hay psiquiatra de guardia, y además, en el caso del hospital San Bernardo de Salta, los casos desencadenamientos psicóticos son derivados directamente por la ambulancia al hospital psiquiátrico de la zona.

Estos datos también son congruentes con los obtenidos en la variable diagnóstico presuntivo. Justamente en los dos hospitales que más pacientes han sido medicados son en los cuales es mayor la consulta de sujetos con diagnóstico de psicosis (San Isidro 27% y Montevideo 21%) [Distribución por: Diagnóstico psicoanalítico presuntivo. Ver Anexo 1. Gráfico N° 2].

3. El tercero se refiere a la eficacia y a los efectos del dispositivo de urgencia con profesionales psicólogos o médicos de orientación psicoanalítica.

De los datos obtenidos podemos resaltar que en el hospital de Brasil y Montevideo casi una cuarta parte de la población de consulta es internado (23,2% y 25,7% respectivamente), en Salta el número es considerablemente menor: 5,9% (aunque se destaca que no se atiende pacientes con diagnóstico de psicosis), y encontramos en San Isidro el menor porcentaje de pacientes

que son internados: 3,3%. Llamativamente en San Isidro es también el hospital que tiene el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico psicoanalítico de psicosis por lo tanto inferimos que el armado del dispositivo de atención como un proceso es de vital importancia también en pacientes con diagnóstico de psicosis.

De las tres modalidades de resolución de la urgencia propuestas en el protocolo, ubicamos que el mayor porcentaje de consultas se resuelven con la derivación a consultorios externos, excepto en Brasil donde el porcentaje es muy bajo.

Los datos relevados sobre la variable “modos de resolución de la urgencia” muestran que, en San Isidro y en Salta el porcentaje más alto de las consultas está dado por la derivación a Consultorios Externos (70,8% y 76,7% respectivamente) aunque con una diferencia, en Salta el dispositivo es atendido por médicos por lo cual la derivación a Consultorios Externos se da para que comiencen con un primer tratamiento de la urgencia, en cambio, en San Isidro, la derivación a Consultorios Externos se da luego de un primer tratamiento de la urgencia.

Este indicador se encuentra en concordancia con las conclusiones presentadas en el artículo “Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en el Hospital Central de San Isidro”. Allí los autores relatan que, con respecto al modo de egreso, podría inferirse la eficacia del dispositivo en tanto el 42,2 % de los consultantes es derivado a Consultorios externos e inician un tratamiento con la localización de las coordenadas de la demanda.

Con respecto a este punto, el Hospital Das Clínicas de Belo Horizonte revela una diferencia importante ya que sólo el 9,7% de los casos son derivados a Consultorios Externos.

Para finalizar, consideramos que el entrecruzamiento de las variables del contexto subjetivo y el transferencial con el contexto de finalización de la urgencia, puede ser de interés para futuros estudios sobre el tema ya que nos permitiría explorar e identificar factores que podrían incidir en la resolución de la urgencia.

Anexo

Gráfico 1: ¿En cuántas entrevistas se resolvió la urgencia?

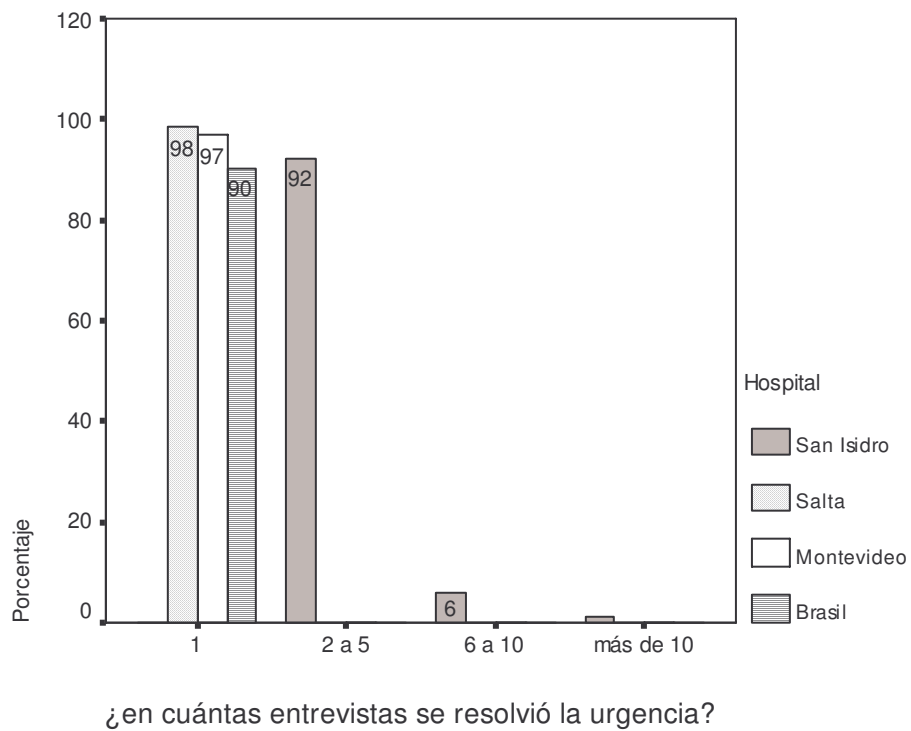


Gráfico 2: DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO PRESUNTIVO

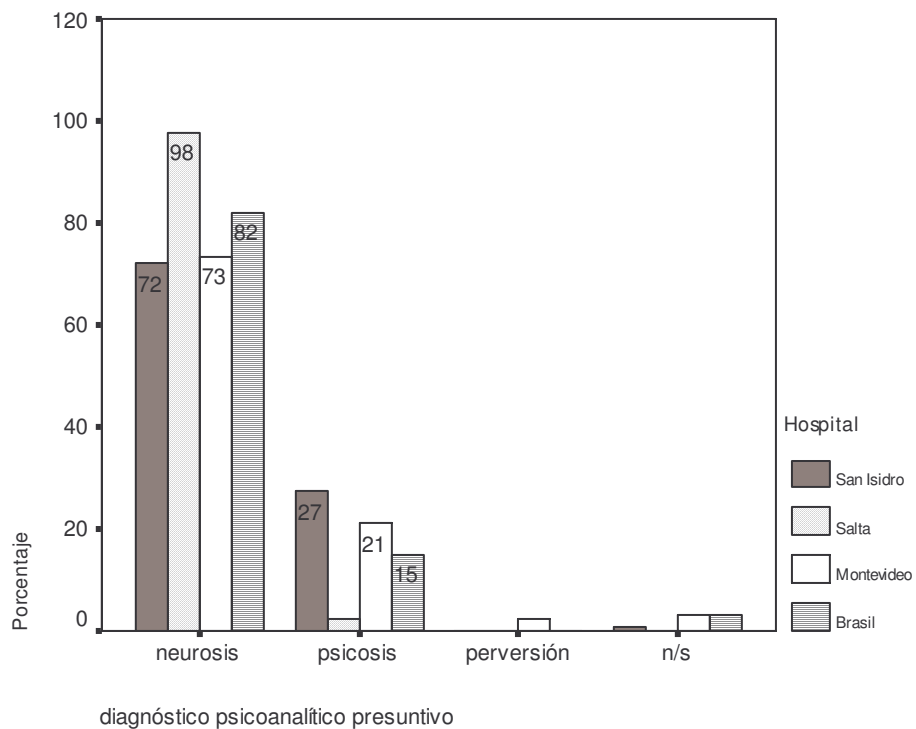


Tabla 1: ¿En cuántas entrevistas se resolvió la urgencia?

	Hospital			
	San Isidro	Salta	Montevideo	Brasil
¿En cuántas entrevistas se resolvió la urgencia?				
1		(131) 98.5%	(284) 96.9%	(121) 90.3%
2 a 5	(142) 92.3%			
6 a 10	(9) 5.8%			
más de 10	(2) 1.3%			
n/s	(1) 0.6%	(2) 1.5%	(9) 3.1%	(13) 9.7%
Total	(154) 100.0%	(133) 100.0%	(293) 100.0%	(134) 100.0%

Tabla 2: ¿Requirió medicación psiquiátrica?

		Hospital							
		San Isidro		Salta		Montevideo		Brasil	
¿Requirió medicación psiquiátrica?									
no		(81) 52.6%	(107) 80.5%	(150) 51.2%	(114) 85.1%				
sí		(73) 47.4%	(25) 18.8%	(122) 41.6%	(16) 11.9%				
n/s			(1) 0.8%	(21) 7.2%	(4) 3.0%				
Total		(154) 100.0%	(133) 100.0%	(293) 100.0%	(134) 100.0%				

Tabla 3: Modo de resolución de la urgencia

Hospital		Modo de resolución de la urgencia									
		Internación psiquiátrica en el hospital	internación psiquiátrica en otro hospital	Derivación tratamiento en otra institución	Derivación a consultorio externos del hospital	Fallecimiento	Fuga	Alta	Otros	n/s	Total
San Isidro	Recuento	1	4	27	109	0	8	2	3	0	
	% del total	0,7 %	2,6 %	17,5 %	70,8 %	0%	5,2 %	1,3 %	1,9 %	.0%	100%
Salta	Recuento	3	5	10	102	0	0	11	2	0	133
	% del total	2,2 %	3,7 %	7,6 %	76,7 %	0%	0%	8,3 %	1,5 %	0%	100%
Montevideo	Recuento	35	40	35	110	0	16	43	6	8	293
	% del total	12 %	13,7 %	12 %	37,6 %	0%	5,5 %	14,7 %	2 %	2,5 %	100%
Brasil	Recuento	26	5	18	13	10	2	51	0	9	134
	% del total	19,5 %	3,7 %	13,5 %	9,7 %	7,5 %	1,5 %	38 %	0%	6,6 %	100%
Recuento Total		65	54	90	334	10	26	107	11	17	714
% del total		9.1%	7.6%	12.6%	46.8%	1.4%	3.6%	15.0%	1.5%	2.4%	100.0%

Bibliografía

- AA.VV. (1989) La urgencia. El psicoanalista en la Práctica Hospitalaria. Buenos Aires, Ricardo Vergara Ediciones.
- Belaga, G. C. (2004) La urgencia generalizada I. Buenos Aires. Grama.
- Belaga, G. C. (2005) La urgencia generalizada II. Buenos Aires, Grama.
- Laurent, E. (1999) "Pluralización actual de las clínicas y orientación hacia el síntoma". El Caldero de la Escuela. n°74, pp 29-40. Buenos Aires, Revista de la Escuela de la Orientación Lacaniana.
- Laurent, E. (2000) Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires, Tres Haches.
- Laurent, E. (2001) "El envés del trauma" Virtualia: revista electrónica. Buenos Aires, Escuela de la Orientación Lacaniana.
- Laurent, E. (2004) "Hijos del trauma". En Belaga, G. C. La urgencia generalizada I. Buenos Aires, Grama.
- Miller, J.-A. (1999) "Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico". El Caldero de la Escuela, N° 69, pp. 7-13. Buenos Aires, Revista de la Escuela de la Orientación Lacaniana.
- Miller, J. A. (2005) Efectos terapéuticos rápidos Buenos Aires. Paidós.
- Rubistein, A. y Cts. (2008) "Investigación y Psicoanálisis". En La eficacia del análisis en la perspectiva freudiana: fundamentos y conclusiones. Pp. 120-126. Buenos Aires, JCE Ediciones.
- Rubistein, A. (2002) "Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas". Anuario. En Anuario de Investigaciones. Vol. X. Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Seldes, R. (1993) "Prisa por concluir". Uno por Uno, N° 35, pp. 54-58. Buenos Aires, Revista Mundial de Psicoanálisis, Eolia.
- Sotelo, I. (2004) "La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia". En Belaga, G. C. La urgencia generalizada I, Buenos Aires, Grama.
- Sotelo, I. C. (2005) Tiempos de Urgencia. Estrategias del Sujeto, Estrategias del Analista. Buenos Aires, JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2007) Clínica de la Urgencia. Buenos Aires, JCE Ediciones.
- Sotelo, I. y Cols. (2008) "Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia". Revista de Investigaciones. Secretaría de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires.
- Sotelo, I., Belaga, G., Coronel, M., Leserre, L., Jorge, J. (2008) "Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro". Revista de Investigaciones, 13, N° 2, pp. 117 – 138. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Sotelo, I. C. (2009) Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires, Grama.

ⁱ El presente trabajo se desprende de la investigación UBACyT, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires: Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental. Hospital Central de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), Hospital San Bernardo de la Provincia de Salta (Argentina), Hospital Maciel de Montevideo (Uruguay) y el Hospital Das Clinicas de Belo Horizonte (Brasil)

Los integrantes del Equipo son: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga (Codirector), Lucas Leserre, Raul Solari, Marta Coronel, Miguel Marini, Jimena Jorge, Alejandra Rojas, Mariela Vigil, Valeria Mazzia,

Julieta Emanuelli, Verónica Capurro, Ignacio Penecino, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, María Fernanda Gamallo, Graciela Tutanoski y Vanesa Fazio (Investigadores de apoyo).

Conexión del Proyecto con otros grupos de investigación del país y del extranjero:

Salta, Argentina: Maximiliano Alesanco, Marta Pagano de Verde, Julio Cesar Amado, Mariana Torres Jiménez, Andrea de Santis y Alicia Araoz.

Montevideo, Uruguay: Ana Araujo; Micaela Bazzano, Yamila Birriel, Mercedes Couso, Adrian Curbelo, Laura Curbelo, Emiliana Epilogo, Pablo Fidacaro, Valeria Freitas, Julio Lindner, Ariel Montalbán, Eva Palleiro, Florencia Pardiñas, Rosanna Salvia, Paula Rodriguez y Vanessa Hodel.

Brasil, Universidade Federal de Minas Gerais y Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Lucíola Freitas de Macêdo, Jorge Antônio Pimenta Filho, Carolina Leal Ferreira Simões, Larissa Figueredo Gomes, Raquel Nogueira Duarte, Iara Biondi y Rodrigo Ferreira.