

Estudio comparativo sobre la elección del hospital para la consulta de 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; Tustanoski, G.

Resumen

Se presentarán los resultados de la UBACYT 2008-2010ⁱ “Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental” en cuatro hospitales del MERCOSUR: Hospital San Isidro (Buenos Aires - Argentina), Hospital San Bernardo (Salta - Argentina), Hospital Maciel (Uruguay) y Hospital Das Clínicas (Brasil), en relación a la incidencia de la transferencia imaginaria en la elección del hospital en el momento que surge una urgencia en Salud Mental.

Se administraron 714 protocolos a quienes concurren al servicio de urgencias de dichos hospitales entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2008.

En el artículo se relevan, describen y comparan datos obtenidos sobre el contexto “elección del hospital” a partir de lo hallado en la investigación.

Son algunas conclusiones: el 62,7% de los consultantes llega a la institución por elección de otro.

Se subraya la necesidad de realizar las intervenciones necesarias para que el sujeto pueda apropiarse, en un principio de la demanda, luego de la urgencia.

Al diferenciar la demanda del acompañante y ubicar su función en el escenario de la crisis que llevó a la consulta, se lo podrá incluir como parte de la estrategia de resolución de la urgencia de considerarlo necesario.

Palabras claves: Elección del Hospital-Urgencia-MERCOSUR

Title: The hospital choice for emergency care.

Abstract

It will be presented the results of the UBACyT 2008-2010 research "Comparative analysis of emergency mental health interventions and their demand" 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), in relation with the incidence of the imaginary transference in hospital choice when appears an urgency in mental health. 714 protocols were administered to those who attended the emergency room of these hospitals between September 1st and December 31st 2008.

In the following article is revealed, described and compared data about the context “hospital choice” from conclusions of the research.

Some of the conclusions are: 62,7% of those who attended the emergency room arrived at the institution because of someone else’s choice.

It is highlighted the need to carry out the necessary interventions that the subject can appropriate, on the beginning of the demand, after the urgency.

When differentiated the demand of the accompanist and situated its function in the scene of the crisis that had lead to the consult, it can be included as a part of the strategy in urgency resolution when needed.

Keywords: Hospital choice, Emergency, Public Hospital.

Sobre la urgencia

Los diversos motivos de consulta considerados de urgencia se vinculan principalmente con un padecimiento en exceso que exige una respuesta profesional inmediata. Quien se presenta en urgencia es alguien que ha perdido las referencias necesarias para sostenerse en el devenir de su vida, y para quien está en suspenso la noción de temporalidad. (Sotelo 2007)

Las respuestas del sujeto a este punto pueden tomar frecuentemente formas ligadas a acciones riesgosas para la vida del paciente o la de los otros. A veces la vivencia subjetiva es la de no poder esperar, de haber alcanzando un límite aunque esto no conlleve necesariamente riesgo de vida. (Sotelo 2009)

Al situarse nuestra práctica en el marco del psicoanálisis, resulta importante especificar el modo en que concebimos la urgencia en relación a los conceptos de dicho marco teórico.

Tomamos como referencia para comprender estas manifestaciones la descripción que Freud hace de la situación de desvalimiento psíquico del sujeto frente al trauma,

el punto donde dolor y angustia no se diferencian, considerándolo como un exceso de energía que requiere una tramitación del aparato psíquico. (Freud 1991 [1895])

Desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana, se entiende que lo traumático está ligado a lo real, a lo que queda por fuera del significante. La intervención analítica apunta a introducir un segundo tiempo lógico - de comprender - entre el instante de ver y el momento de concluir, es decir, implica una apuesta por la palabra. Es desde esta perspectiva que se abre la posibilidad de transformar la urgencia en urgencia subjetiva. (Sotelo 2005)

El trabajo con la urgencia en psicoanálisis implica introducir la dimensión de sujeto, el analista supone un sujeto, apuesta a su emergencia, siendo ésta la particularidad de lectura de lo que sucede, lo que lo diferencia de otros paradigmas. Frente al “no hay tiempo” vivido por el paciente el analista propone una ficción: un tiempo para que el sujeto se comprometa con sus dichos. Propone un trabajo que permita reintroducir el tiempo del significante y del sentido. (Laguil, F, et al. 1989)

El analista para decidir la estrategia adecuada interviene introduciendo una pausa que posibilite la localización del acontecimiento traumático, esto implica ubicar las coordenadas en que aparece el padecimiento excesivo singular. (Sotelo 2007)

La hipótesis planteada es entonces que la restitución de la trama de sentido y la inscripción del trauma en la particularidad, en lo inconsciente del sujeto es curativa. (Miller 2006). Se efectúa así un pasaje de la generalización del trauma característica de la época a la ubicación de la urgencia como subjetiva. (Belaga 2004)

Esto permite extraer consecuencias clínicas en el contexto del psicoanálisis aplicado a la práctica en hospitales y orientar la búsqueda del perfil de la población consultante en la urgencia. Este perfil es la base para diseñar dispositivos asistenciales acordes a las necesidades actuales y lograr mayor eficacia para la resolución de las mismas.

Sobre la transferencia y la elección del hospital en la urgencia

El modo en que se ha elegido el hospital y la existencia o no de tratamiento en la institución permitió establecer el contexto transferencial que ha conducido a tal opción. Que al elegir lo hagan “por confianza” al Hospital o a algún profesional, nos permitiría decir que lo hacen con una “transferencia imaginaria”, entendida como la depositación de saber que realiza el paciente en la institución o en un profesional.

El concepto que guía la lectura de los datos obtenidos es el de transferencia, concepto clave del método psicoanalítico. Ya en 1890, Freud ubica los poderes de la palabra como la base del tratamiento psíquico, a partir de sus investigaciones sobre el funcionamiento de la sugestión en la hipnosis. (Freud 1991 [1890])

El concepto de transferencia estuvo inicialmente relacionado a la idea de conexiones equivocadas o falso enlace, a la aplicación de determinados sentidos sobre la persona del médico, complejizándose luego, como *clisé* que el paciente repite de manera regular, insertando al médico en las series psíquicas. La transferencia toma importancia como pieza de la repetición, como escenario de todo pulsionar patógeno escondido en la vida anímica del analizado, dando lugar a la neurosis de transferencia, como reino intermedio entre la enfermedad y la vida. Es un elemento de pasaje y tránsito entre tiempos, personas y contextos que posibilita el trabajo analítico. (Hans 2001)

A partir de los textos de Lacan podemos ubicar la transferencia en relación con la demanda del paciente al médico y con el saber que se espera de él.

En “Psicoanálisis y medicina”, Lacan nos recuerda que la demanda es la dimensión en donde se ejerce función médica, remarcando la falla que existe entre esta demanda y el deseo y que la dimensión del goce está excluida completamente de lo que el autor llama la relación epistemo-somática. La ciencia sostiene el mito del sujeto supuesto al saber, y esto es lo que permite la existencia del fenómeno de la transferencia relacionada al deseo de saber. (Lacan 2006 [1966])

Los psicoanalistas que realizan su práctica en una institución médica sostienen la posibilidad del surgimiento de la transferencia en estas dos vertientes mencionadas, la del saber y la vertiente pulsional. (Sotelo 2007)

Quien se dirige a un hospital ubica en este, más que en el terapeuta, la suposición de saber. Esta es la dimensión imaginaria de la transferencia, concebida como una relación entre dos, como una relación intersubjetiva. Es con la invitación a hablar que se subraya la dimensión simbólica de la transferencia, antes de que la misma se constituya como tal. Esto inaugura el registro de la demanda ubicando a quien la recibe en el lugar del Otro. (Perelli 2009)

Las preguntas acerca de ¿cómo llegó a la guardia? o ¿por qué eligió el hospital? posibilitan que el sujeto ubique algunos significantes enlazados a la transferencia.

La invitación a construir un relato, a localizar la aparición de la urgencia y su relación con los acontecimientos de la vida, posibilita armar una trama para que la urgencia comience a hacerse propia, formulándose algunas hipótesis que aunque provisionarias y destinadas a perderse aportan un texto a la lógica del caso. La intervención apunta a transformar el grito, lo que está por fuera de la palabra en llamado, mediante la sanción de aquello que se ha escuchado. (Sotelo 2007)

En el Seminario 17 de Jacques Lacan, queda ubicado el alcance de esta invitación, el resorte de la transferencia, no es el analista situado en función del sujeto supuesto saber sino que por el hecho de dar la palabra, el analista instaaura como sujeto supuesto saber al analizante. (Lacan 1996 [1969- 1970])

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 personas mayores de 15 años que concurren 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 los siguientes contextos: sociológico; familiar; subjetivo; transferencial; diagnóstico presuntivo en la urgencia; 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.

Descripción de los dispositivos de guardia de cada hospital

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.

Relevamiento de datos de las variables del contexto transferencial o de elección de hospital en la urgencia

Se relevaron 714 protocolos entre los cuatro hospitales que participaron de la investigación.

De estos 714 protocolos ,133 fueron tomados en Salta, 154 en San Isidro ,134 en Brasil y 293 en Montevideo.

1) Aclaremos que la variable **Modo de llegar al hospital** fue simplificada para facilitar su lectura en:

-elección de otro, que engloba los valores de: lo trajeron, le corresponde por obra social y lo derivaron.

- **elección propia**, que engloba los valores de: lo elogió por confianza en la institución y lo eligió por confianza en un profesional de este hospital

-por cercanía

Podemos observar entonces los siguientes valores [Ver Anexo .Tabla N° 1]:

Si consideramos el total de los protocolos, un 62,7 % llega a la institución por elección de otro.

Si bien el protocolo fue pensado para deslindar el azar de la elección propia, podemos enfatizar, a partir de la lectura de los resultados, no tanto el azar sino la incidencia de la elección de otro que no es el paciente, sobre la decisión de llegar a la institución.

Si vemos qué sucede con este valor en cada institución [Ver Anexo .Tabla N° 2]:

En San Isidro: el 39% fue por elección de otro, el 43,5 % llegó por elección propia

En Salta: el 92,5% fue traído, 3,8 % fue por elección propia

En Montevideo: El 74,1% fue por elección de otro, el 12,6 % fue por elección propia

En Brasil: El 35,8% llegó por elección de otro, el 52,2 % por elección propia

2) El relevamiento de la variable **¿Tratamiento previo o actual en este hospital?**

nos muestra [Ver Anexo Tabla N° 3]:

Si tomamos el total de los casos, el 36,6% tiene tratamiento previo o actual en el hospital y el 57% no lo tiene.

Si vemos qué sucede con este valor en cada institución [Ver Anexo Tabla N° 4]:

En San Isidro: el 44,2% no tiene tratamiento, el 54,5% sí lo tiene

En Salta 75,2% no tiene tratamiento, el 15% sí lo tiene,

En Montevideo: el 59,4% no tiene tratamiento, el 31,4% sí lo tiene,

En Brasil: el 48,5%no tiene tratamiento previo, el 48,5% sí lo tiene

3) ¿Qué agrega la lectura del cruce de las variables de tratamiento previo y modo de llegada? [Ver Anexo Tabla N° 5]:

El 68,2% de los que llegan por elección propia tuvieron tratamiento previo o actual.

EL 68,5% de los que llegan por elección de otros no tiene tratamiento previo en el hospital.

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

La mayoría llega a la consulta de urgencia por elección de otro, esto concuerda con la descripción de un sujeto en urgencia, instante de desvalimiento, mas cerca del grito que del llamado.

La relación previa al hospital cambia esta tendencia. Hay una incidencia significativa de los tratamientos actuales o previos en la elección propia como modo de llegada al hospital.

Podemos decir entonces que la transferencia imaginaria a la institución ayuda a que quienes lleguen puedan realizar la elección solos aun en la situación de urgencia, suponiendo en la institución un saber y un alojamiento posible de su sufrimiento.

Podemos pensar que la relación del hospital con la comunidad brinda herramientas que facilitan al sujeto llegar a la consulta en momentos de crisis.

Conclusiones

La lectura de los datos de las variables del contexto transferencial muestra que la mayoría de los sujetos que llegan al hospital en situación de urgencia lo hacen, no por elección propia sino por elección de algún otro, una obra social, un juez, un familiar .Esto concuerda con la definición y conceptualización de urgencia como desvalimiento psíquico, planteada en la introducción de este trabajo.

Podemos considerar a ese otro, familiar o integrante de otra institución como sostén y auxiliar que permite la llegada a la consulta en la institución.

Los valores de esta tendencia aparecen modificados si hay una relación transferencial previa del paciente con el hospital. En esos casos es el paciente el que elige el hospital para comenzar a resolver la urgencia.

Inés Sotelo en Clínica de la urgencia (2007) sostiene que la primera localización para realizar en la consulta es la de diferenciar las demandas en juego.

Hay algunos modelos de asistencia que toman objetivamente la palabra del que acompaña, éste refiere los hechos sucedidos, habla por el paciente, y se decide la estrategia según el testimonio del acompañante; la palabra del paciente puede agregar datos a la evaluación de la situación pero no define las intervenciones.

En el modelo de abordaje planteado en este trabajo se ha remarcado la importancia dada a la palabra del paciente sobre lo que le sucede, como estrategia para subjetivar la urgencia. La lectura de los datos obtenidos subraya la necesidad de realizar las intervenciones necesarias para que el sujeto pueda apropiarse, en un principio de la demanda, luego de la urgencia.

Por otra parte, al diferenciar la demanda del acompañante (en caso de que sea un familiar) y ubicar su función en el escenario de la crisis que llevó a la consulta, se lo podrá incluir como parte de la estrategia de resolución de la urgencia, de considerarlo necesario.

Las respuestas institucionales ofrecidas actualmente pueden ser evaluadas considerando esta caracterización del modo de llegada de los consultantes.

En futuras investigaciones pueden utilizarse estos datos para evaluar la inserción actual de las diferentes instituciones en las comunidades de referencia y por consiguiente reforzar o incluir nuevas estrategias en esta relación institución – comunidad.

Bibliografía

- Belaga, G. (Comp.). (2004). La urgencia generalizada I. Buenos Aires: Grama.
- Freud, S. (1895) “Proyecto de psicología” en Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Obras Completas I. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1991.

- Freud, S. (1890) “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” en Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. Obras Completas I. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1991.
- Freud, S. (1926) “Inhibición, síntoma y angustia” en Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?, y otras obras. Obras Completas XX. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1991.
- Hans, L.A (2001) Diccionario de términos alemanes de Freud, Buenos Aires, México, Lumen Lohel.
- Lacan, J. (1966) “Psicoanálisis y medicina” en Intervenciones y Textos 1. Buenos Aires. Manantial. 2006.
- Lacan, J. (1969- 1970) El seminario Libro 17: "El reverso del Psicoanálisis" Buenos Aires. Editorial Paidós. 1996.
- Leguil, F; et al. (1989). La urgencia. El Psicoanalista en la Práctica Hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Miller, J.-A. (2006). Efectos terapéuticos rápidos. Buenos Aires: Paidós.
- Perelli, V. (2009) “¿Transferencia en la urgencia?” en Sotelo, I. (Comp.). (2009). Perspectivas de la clínica de la urgencia, (pp.93-96). Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, I., (1999). “Cada loco con su tema”. Ponerse en guardia, N° 4, (nov.1999), Buenos Aires: Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2004). “La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia”. En Belaga, G., (2004). La urgencia generalizada I, Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, I. (Comp.). (2005). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires: JVE.
- Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia. Buenos Aires: JCE.
- Sotelo, I. (Comp.) (2009). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Buenos Aires: Grama.
- Sotelo, I. (2009) “¿Qué hace un analista en la urgencia?” ” en Sotelo, I. (Comp.). (2009). Perspectivas de la clínica de la urgencia, (pp.23-30. 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.