

Original

Evaluación de la demanda de atención en salud mental en guardia a 10 años de la Ley 26657

MAGDALENA BUSTAMANTE PILONE, ADRIANA ESCOBAR

MAGDALENA BUSTAMANTE PILONE
Médica.
Especialista en Psiquiatría.
Departamento de Urgencias;
Hospital General de Agudos
Dr. Juan A. Fernández.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

ADRIANA ESCOBAR
Trabajadora Social.
Abogada.
Departamento de Urgencias;
Hospital General de Agudos
Dr. Juan A. Fernández.
Hospital Municipal.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 17/06/2021

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17/08/2021

Introducción: el incremento de la demanda de atención para salud mental en guardia, es un fenómeno a nivel mundial y que también viene produciéndose en el Hospital General de Agudos Dr. J.A. Fernández de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina tiene un sistema de salud público universal y gratuito y desde 2008 una *Ley Nacional de Salud Mental*, la Ley 26657/2010. **Método:** se realizó un análisis descriptivo de la demanda para Salud Mental en la guardia, en solo el mencionado hospital municipal, entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2018, mediante el estudio retrospectivo de los registros médicos de salud mental de la guardia. **Resultados:** se revisaron 503 registros. Se encontró que la edad promedio fue de 36 años; 272 (54.07%) fueron mujeres y 226 (44.93%) varones; 202 (40.15%) ingresaron en ambulancia del sistema público de emergencias y 102 (20.27%) con presencia policial; 403 (80.12%) fueron argentinos y 35 (6.96%) de otras nacionalidades; 418 (83.11%) dependían del sistema público de salud; 173 (34.39%) llegaron por crisis de angustia o trastornos de ansiedad; 104 (20.67%) por consumo problemático de sustancias; 32 (18.49%) presentaban asociación de los dos cuadros; 24 (4.77%) síntomas depresivos; 95 (18.88%) descompensación psicótica; 49 (9.14%) autoagresiones o intento de suicidio; 32 (3.36%) conducta violenta, agresiva o agitada; 87 (17.29%) presentaban cuadro de «riesgo cierto e inminente» de los cuales 51 fueron internados compulsivamente y 21 fueron derivados a tratamiento ambulatorio; 132 (26.24%) recibieron un control clínico adicional al control psiquiátrico; 100 (19.88%) tenían familia debilitada; 48 (9.54%) se encontraban en situación de calle; 48 (9.55%) permanecieron más de un día en la guardia; 45 (8.95%) se retiraron sin alta y 110 (21.86%) no fueron atendidos. **Conclusiones:** la excesiva demanda de atención por salud mental significa una sobrecarga para el servicio de guardia. Debido a la limitada disposición de recursos para trasladar a los pacientes a unidades psiquiátricas con internación, se tiende a prolongar su estadía en el área de guardia, lo cual implica una baja calidad de la atención y el deterioro de las patologías de salud mental. Nuestras conclusiones plantean la necesidad de disponer de unidades psiquiátricas con internación y de mejorar el acceso a los servicios de atención y seguimiento de salud mental, perfeccionando protocolos en los diferentes niveles de atención para evitar la sobrecarga del servicio de guardia y brindar un mejor cuidado, tal como fue el propósito de la ley 26657 de salud mental.

Palabras clave: Emergencia psiquiátrica — Intervención en agudos — Crisis emocional.

Assessing Emergency Room (ER) Utilization for Acute Mental Health Care (MHC) Needs. Background and Outcome of Risk Evaluation, 10 Years after Mental Health Law 26657

Introduction: An increased need for acute Mental Health care (MHC) in the Emergency Room (ER) is a world problem, taking place also at the General Hospitals Fernandez (GHF) of the City of Buenos Aires, Argentina, which has a public, universal and free national health system, and since 2008, a Mental Health Law (L. 26657). **Methods:** Descriptive analysis of the demand for acute MHC at the ER of GHF, between March 1 and May 31, 2018. Retrospective single center review of medical records of MHC. **Results:** 503 (n) ER medical records, the average age was 36 years, 272 women (54.07%) and 226 men (46.91%); 202 (40.15%) brought in by ambulance and 102 (20.27%) presented with police escort; 403 (80.12%) were from Argentina and 35 (6.96%) from other countries; 418 (83.11%) depended of public health system; 173 (34.39%) anxiety disorder symptoms; 104 (20.67%) had substance disorder; 32 (18.49%) had anxiety disorder and substance disorder; 24 (4.77%) patients presented with depressive symptoms; 95 (18.88%) severe psychotic symptoms; 49 (9.14%) self-harm or suicidal attempt; 32 (3.36%) violent behavior, aggressive or agitated patients; 87 (16.89%) patients posing a risk for themselves or others, 51 of them, resulted in involuntary psychiatric hospitalization and 21 go to ambulatory treatment; 132 (26.24%) with medical complaints; 100 (19.88%) with vulnerable family support; 48 (9.54%) homeless; in 48 (9.55%) of the patients, length of stay in the ER was longer than 24 hours; 45 (8.95%) abandoned treatment and 110 (21.86%) were not attended. **Conclusion:** The increased demand for acute MHC weighs down in our ER. Limited resources for the transfer to inpatient psychiatric units tend to prolong length of stay, recidivism and suboptimal care. Our results highlight the urgent need to develop inpatient psychiatric units, improve access to Mental Health Services with better MHC protocols and community services for MHC in order to reduce ER overcrowding and to provide a higher standard for MHC, as was the prime purpose of our Mental Health Law 26657.

Keywords: Psychiatric Emergency — Acute Intervention — Emotional Crisis.

CORRESPONDENCIA

Dra. Magdalena Bustamante.
Vidal 2032 D, 8° B, C1428CSD.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
R. Argentina;
mmbustamantep@gmail.com

Introducción

Objetivo general: evaluar y analizar la demanda de atención de salud mental en la guardia (G) del Hospital General de Agudos Dr. J.A. Fernández de la Ciudad de Buenos Aires (HGAJAF), durante el período comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2018.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el perfil de los pacientes (p) que requirieron atención por salud mental en la guardia (G).
- Describir la modalidad de ingreso, evolución y egreso de dicha G hospitalaria de los mencionados pacientes (p).
- Caracterizar el cuadro clínico psiquiátrico de los mismos.
- Cuantificar los cuadros de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros.

Antecedentes:

El HGAJAF es un efector de derivación del servicio de urgencias y emergencias estatal (Sistema de Atención Médica de Emergencias, SAME). Cubre un área programática de alta densidad de población e incluye una de las llamadas «villa de emergencia» el Barrio Padre Carlos Mugica (conocida como Villa 31). Atiende la demanda emergente en salud mental de personas de diferentes lugares de la Capital Federal, provincia de Buenos Aires, e interior del país y países limítrofes, así como también personas en tránsito (turistas).

No dispone de sala de internación-observación para pacientes psiquiátricos en el período agudo, conforme lo estipula la *Ley 26657/2010* de salud mental [13], lo cual tiene implicancias en la atención de los mismos puesto que en la mayoría de los casos, permanecen varios días en la sala general de observación de la guardia (G), debido a la dificultad para su internación, sea en un hospital general con unidad psiquiátrica de internación, o en institución monovalente estatal.

A partir de la *Ley 448/2000* de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el decreto *Decisión Administrativa 1151/2006*, se

estableció la conformación de equipos de salud mental con incorporación de profesionales de trabajo social a la dotación de urgencias de los hospitales públicos, por lo que los equipos rotativos cada 24 horas quedaron conformados por tres integrantes: psicólogo, psiquiatra y trabajador social (uno por especialidad), garantizando el enfoque interdisciplinario de la problemática de salud mental (SM).

No obstante, lo planteado por el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) en 2013 [20], persiste la escasez e ineficiencia de redes de salud mental (SM). Ya en 2014 la Asesoría Tutelar produjo un documento de información sobre el estado de adecuación de Hospitales Generales de Agudos en atención de urgencias e internaciones breves por SM; y dejó asentado que no se habían abierto nuevas plazas en los hospitales generales, puesto que las plazas de los Hospitales Parmenio Piñero y Dr. Teodoro Álvarez, fueron inauguradas hace ya más de 35 años. Dicho documento menciona nuestro Hospital en tanto que este no cuenta con datos estadísticos específicos de SM, sobre, días de permanencia en la guardia (G) o internaciones, ni discrimina entre internaciones voluntarias e involuntarias. Sobre el Hospital Dr. Enrique Tornú, expresa que los pacientes pasan en promedio 3 o 4 días esperando en la G la derivación al monovalente, tal como ocurre actualmente en nuestro hospital. El documento resalta por otra parte, la inexistencia de protocolos comunes de intervención definida por la Dirección Nacional de Salud Mental (DNSM) o el Ministerio de Salud en estos casos, por lo cual cada Hospital se ve abocado a definir en forma autónoma como intervenir ante la recepción de pacientes que atraviesen un cuadro agudo de SM que requiera internación [9].

El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) en 2011 [11], debido a escasa disponibilidad local de información epidemiológica, tanto en la atención primaria como en los servicios de guardia (G), consideró relevante impulsar investigaciones epidemiológicas interdisciplinarias e intersectoriales en salud

mental (SM) en consonancia con las que llevaban adelante los organismos internacionales, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [22, 23]. Así, en 2018 se realizó un estudio epidemiológico de salud mental en población general a nivel nacional, cuyos resultados podrían tener efecto en la planificación de las políticas sanitarias futuras [26]. Un estudio realizado en una clínica del sector privado en la localidad de Bahía Blanca en 2016, reportó en el lapso de un año, 1154 consultas por guardia (G) de salud mental (SM) y 485 internaciones [4]. Sin embargo, no encontramos estudios recientes comparativos en nuestro medio, sobre la demanda de atención de SM en las G de los hospitales generales, sin sala de internación de SM, que actualmente son la mayoría en el sistema público. Los estudios que recabamos versan, sobre el perfil de las internaciones y diagnóstico de egreso de internación en hospitales monovalentes, como el relevado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA) [11, 27]; revisamos un estudio comparativo en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez [21, 25]; en el que propone ampliar los estudios epidemiológicos para fundamentar la discusión sobre políticas de salud mental.

El incremento de la demanda de atención en salud mental (SM) en guardia (G), es un fenómeno que viene produciéndose desde hace varios años en nuestra región y también a nivel mundial. Evaluar los tipos de demanda de atención, cuadros de riesgo graves, tipos de conductas disruptivas o violentas que suelen presentarse en G mejoraría la eficiencia para contenerlas o prevenirlas, como plantean estudios realizados en otros países [6, 18, 15].

Contemplaremos estos casos, a la luz del marco de la mencionada *Ley 26657/2010*, los criterios de urgencia, y la existencia/eficiencia de diferentes protocolos a seguir para los casos que requieran tratamiento de internación, o ambulatorio, sobretudo en población joven [17], las limitaciones observadas y las referidas por otros estudios locales [7].

Metodología

El equipo de SM realizó un estudio retrospectivo de los registros de G en SM, de marzo a mayo de 2018, incluyendo los pedidos de interconsulta. Seleccionó variables demográficas, formuló e identificó variables de SM y contexto familiar, para luego volcarlas a una planilla *Excel* y realizar análisis estadístico de los resultados para mayor objetividad del estudio.

Variables

Se identificaron los siguientes conglomerados:

- Sexo:** varón / mujer, referido por el p.
- Edad:** tiempo cronológico de vida referido por el paciente (p) y/o que consta en su documentación.
- Grupos de edad:** entre 13-18 años; entre 19-39 años; entre 40-59 años y mayores de 60.
- Nacionalidad:** según país de nacimiento o por naturalización: argentina u otras.
- Cobertura de salud:** entidades privadas, públicas o de la seguridad social.
- Modalidad de ingreso al hospital:** vía ambulancia estatal del SAME o por propios medios.
- Intervención policial:** presencia policial afectado desde la vía pública o después de llegar al hospital.
- Descripción/motivo de consulta al momento del ingreso:** características del cuadro psiquiátrico, descripción del motivo de consulta o del cuadro clínico de ingreso, desglosado en las siguientes variables:
 - Ingreso por episodio de auto-agresión: (escoriaciones, cortes, sobredosis de medicación, de diferente gravedad, intentos de arrojararse de altura, a los autos, intento de ahorcamiento, sobredosis de medicación con fines auto-agresivos, «para» dormir o suicidas, etc.)
 - Ingreso por heteroagresión: (física o verbal o violencia física hacia otros, de distinta gravedad, o hacia cosas).
 - Descompensación psicótica: descripción en el registro de G de productividad psicótica (delirios, alucinaciones, disgregación del pensamiento, desorganización de la conducta, cuadros maníacos u otros indicativos semiológicos de psicosis, aguda o crónica)
 - Conducta disruptiva presentada al ingreso o durante su permanencia en la sala de

- espera de G, requiriendo contención por parte de enfermeros, vigiladores o personal policial (actitud demandante, querellante, amenazante, conductas descriptivas como excitación psicomotriz [EPM], agitación, desorganización de la conducta, heteroagresión física o verbal hacia el personal de salud).
- Consumo de sustancias psicoactivas: referidas en la anamnesis como consumo problemático de sustancias o cuadro clínico que las sugiera, generalmente constatado por laboratorio, alcoholemia o *triage* de drogas de abuso (consumo reciente de alcohol, reciente consumo de cocaína, consumo reciente de otras sustancias, abstinencia o intoxicación).
 - Comorbilidades clínicas: crónicas, agudas, intoxicaciones, o cuadros de abstinencia.
 - Signos o síntomas depresivos recientes o crónicos.
 - Signos o síntomas de ansiedad, crisis de angustia, trastornos de ansiedad reagudizados o *debut* en contexto de situaciones de estrés o traumáticas, cuadros disociativos o conversivos, (se incluyen p evaluados como no psicóticos); pacientes que no presentaban cuadros agudos y concurren por solicitud de medicación para continuar tratamiento.
 - Evaluación de «riesgo cierto e inminente».
 - Situación de calle*: pernocte en vía pública o “Paradores” nocturnos estatales.
 - Sostén socio-familiar*: presencia de adultos referentes que ejercen tareas de cuidado, y satisfacen necesidades de atención de salud, materiales y emocionales del paciente (p)
 - Familia debilitada*: entorno familiar que no provee las tareas de cuidado y asistencia que el paciente requiere o lo hace en forma restringida.
 - Otros: subvariables*:
 - Violencia sexual hacia personas mayores de 18 años: acción de someter a una persona a cualquier acto de índole sexual, sin su consentimiento.
 - Violencia familiar: intimidación y/o amenazas y/o uso intencional de fuerza física entre los miembros de una familia.
 - Violencia contra la mujer en la relación de pareja: uso de fuerza y/o intimación u otras formas coercitivas, que ocasionan daño físico y sufrimiento emocional / psíquico en la víctima (producto de violencia de género).
 - Maltrato infantil: toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y bienestar, amenazando su desarrollo físico, psíquico y social.
 - Abuso sexual infantil: cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño/a, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre éste.
 - Conflictos en la dinámica familiar: dificultades y problemas en relación a necesidades materiales, afectivas, culturales, vinculares y/o comunicacionales entre los miembros de una familia.
 - Violencia escolar entre pares: actos que ocasionan daño físico y sufrimiento emocional / psíquico entre pares.
 - Modalidad de egreso de la guardia (G)*: por indicaciones de tratamiento ambulatorio por salud mental (SM) en instituciones del Estado o de la cobertura de salud por obra social o privada. Por derivación o traslado a internación psiquiátrica. Por indicación de tratamiento ambulatorio de diferente complejidad; a centros de salud del estado o privados. Retiro sin alta médica.
 - Tiempo de permanencia en G*: mayor de 6 horas, entre 6 y 12 horas, entre 13 y 24 horas, entre 1 y 7 días, más de 7 días.
 - Pacientes (p) sin evaluación*: no fueron atendidos por salud mental (SM), es decir, personas que ingresaron a la guardia (G) y no llegaron a recibir atención del equipo de SM a pesar de haber sido derivados por otro médico/a o haber ingresado para ese fin.
- Preservación de la confidencialidad de los datos personales*: no se registraron los siguientes datos del paciente: apellido y nombre, DNI, CUIL, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, nombre de la obra social, como tampoco se especificó el lugar de origen. Los registros médicos se revisaron en el lugar donde se encontraban archivados (Secretaría de guardia) sin desplazarlos del

lugar ni tomar imágenes de los mismos. No se realizaron archivos ni registros de ninguna índole vinculados con los datos personales de pacientes (p) ni datos que permitieran rastrear su identidad. Cada paciente se identificó con un número correlativo a fin de no poner en riesgo la confidencialidad.

Análisis estadístico

Las variables se presentaron en forma de estadística descriptiva simple, frecuencias marginales (n) y porcentajes, para ser analizadas y establecer correlaciones entre las mismas. Se realizaron tablas de contingencia con las variables contrastadas; se realizó la prueba ChiCuadrado y se calcularon algunas medidas de la correlación entre dichas variables.

Resultados

Se revisaron 503 registros de pacientes ingresados entre el 1 de marzo y 31 de mayo de 2018, atendidos por equipos de guardia (ver Tabla I).

La Tabla I representa un resumen de los datos de los pacientes de salud mental (SM) de la guardia (G) del Hospital General de Agudos J.A. Fernández (HGAJAF). En dicha tabla aparecen las variables seleccionadas para el estudio, clasificadas de acuerdo a las categorías demográfica, modalidad de ingreso y egreso de G, y cuadros de ingreso y cuadros de egreso de la G (retiro sin evaluación). Para cada variable se presentan sus frecuencias marginales y correspondientes porcentajes sobre el total de 503 pacientes (p).

Respecto a las variables se encontró:

- Sexo:** 272 (54.07%) mujeres y 226 (44.93%) varones; 5 (1%) sin registro.
- Edad:** entre los 13 y 98 años, registrándose que 59 (11.73%) tenían entre 13 y 18 años; 238 (47.32%) entre 19 y 39 años; 127 (25.25%) entre 40 y 59 años y 47 (9.35%) mayores de 60 años; no se encontraron datos de edad en 32 registros (6.37%).
- Nacionalidad:** 403 (80.12%) argentina y 35 (6.96%) otra; sin datos, 65 (12.93%).
- Cobertura médica de salud:** 74 (14.72%)

privada; 418 (83.11%) cobertura pública; sin datos 11 registros (2.19%).

- Forma de ingreso a guardia:** 202 (40.15%) en ambulancia del SAME; por sus propios medios, 298 (57.65%); sin datos 3 registros (.59%).
- Intervención policial:** 102 (20.27%) requirieron de personal policial; 369 (73.36%) sin personal; sin datos 32 (6.37%).
- Descripción de variables que forman el cuadro de ingreso:** ingresaron 49 (9.14%) con un cuadro de «autoagresión» de diferente gravedad; 18 (3.57%) por sobreingesta de medicación con fines de autoagresión; 32 (6.36%) por «heteroagresión»; 95 (18.88%) por «descompensación psicótica», sin discriminar debut, reagudización del cuadro o abandono de medicación; 60 (11.92%) por «conducta disruptiva», al ingreso o durante su permanencia en G. Cabe precisar con respecto a la variable *descripción del cuadro de ingreso*, que cada paciente pudo puntuar positivo en más de un motivo o cuadro a la vez. «Consumo de sustancias»: 104 (20.67%) registraban consumo reciente, o consumo problemático de sustancias; 43 (8.54%) consumo reciente de alcohol y 52 (10.33%) cocaína u otras. «Síntomas depresivos» 24 (4.77%). «Ansiedad o crisis de angustia» 173 (34.39%). «Comorbilidades clínicas, intoxicación o abstinencia», 132 (26.24%). «Solicitud de medicación» 26 (5.16%).
- Situación de calle:** 48 (9.54%).
- Sostén sociofamiliar:** 135 (26.83%).
- Familia debilitada:** 100 (19.88%); sin datos 268 (53.28%).
- Riesgo cierto e inminente:** 87 (17.29%) consignaron cuadro de riesgo cierto e inminente e indicación de internación psiquiátrica, la cual sólo se hizo efectiva en 51 (10.13%).
- Otros:** 39 (7.75%) presentaron una o más de las siguientes subvariables: -violencia sexual hacia mujeres mayores de 18 años: 4 pacientes; violencia familiar y de género: 20 pacientes (incluye violencia contra la mujer en la relación de pareja; maltrato infantil; sospecha de abuso sexual infantil). -Conflictos familiares 12 pacientes; y -violencia escolar entre pares 3 pacientes.

Tabla 1. Registros totales y sus respectivas variables

Variable	Categoría	Frecuencia	Caso (N=503) %
Variables demográficas			
Sexo	Hombre	272	54.08
	Mujer	226	44.93
	Sin datos	5	.99
Edad	13 a 18	59	11.73
	19 a 39	238	47.32
	40 a 59	127	25.25
	>60	47	9.34
	Sin datos	32	6.36
Nacionalidad	Nacional	403	80.12
	Extranjero	35	6.96
	Sin datos	65	12.92
Cobertura Médica	Privada	74	14.71
	Pública	418	83.10
	Sin datos	11	2.19
Modalidad de acceso a la G⁽¹⁾			
Medio de ingreso	SAME ⁽²⁾	202	40.16
	Propios medios	298	59.24
	Sin datos	3	.60
Intervención policial	Sí	102	20.28
	No	369	73.36
	Sin datos	3	.60
Cuadro de Ingreso a la G			
Autoagresión	Sí	49	9.74
Heteroagresión	Sí	32	6.36
Descompensación psicótica	Sí	95	18.89
Conducta disruptiva	Sí	60	11.93
Consumo de sustancias varias	Sí	104	20.68
Consumo de alcohol	Sí	43	8.55
Consumo de cocaína	Sí	52	10.34
Sobredosis	Sí	18	3.58
Síntomas depresivos	Sí	24	4.77
Ansiedad/Crisis de angustia	Sí	173	34.39
Solicitud de medicación	Sí	26	5.17
Situación de calle	Sí	48	9.54
Sostén sociofamiliar	Sí	135	26.84
Familia debilitada	Sí	100	19.88

Otros/Violencia familiar	Sí	39	7.75
Riesgo cierto o inminente	Sí	87	17.30
Cuadro de egreso de G			
Egreso sin evaluación SM ⁽³⁾	Sí	110	21.87
Modalidad de egreso de G			
Tratamiento ambulatorio por SM	Sí	285	56.66
Internación psiquiátrica	Sí	51	10.14
Retiro sin alta	Sí	45	8.95
Tiempo en la G	< 6hs	308	61.23
	6 a 12hs	35	6.96
	13 a 24hs	23	4.57
	1 a 7 días	48	9.54
	7 días	9	1.79
	Sin datos	80	15.90

(1) G: guardia; (2) SAME: Sistema de Atención Médica de Emergencia ; (3) SM: salud mental

-*Formas de egreso de G*: 285 (56.66%) recibieron indicación de tratamiento ambulatorio por SM; 51 (10.13%) fueron trasladados a una internación psiquiátrica; 45 (8.95%) se retiraron de G sin alta; en 122 registros (24.25%) no se consignó la forma de egreso de la G.

-*Tiempo de permanencia en guardia*: en 308 (61.24%) el tiempo de permanencia fue menor a 6 horas; 35 (6.96%) entre 6 y 12 horas; 23 (4.58%) entre 13 y 24 horas; 48 (9.55%) entre 1 y 7 días; 9 (1.79%) más de 7 días en la G; no se encontraron datos en 80 registros (15.91%).

-*No evaluado por el equipo de SM*: 110 (21.86%) no se encontraban en G al momento de la evaluación.

Análisis estadístico combinado

Se realizó también un análisis combinado de diferentes variables de la Tabla I:

Con relación a la «descompensación psicótica»: 48 (50%) entre 19 y 39 años; 30 (31.57%) entre 40 y 59; 7 (7.36%) eran

mayores de 60 y solo 4 (4.21%) entre 13 y 18 años; 19 (20%) egresaron de G a internación involuntaria; 22 (23.15%) egresaron sin alta médica; 71 (74.73%) solo tenía cobertura del sistema público y solo 8 (8.42%) de ellos fueron a internación; «familia debilitada»: 17 registros (17.89%) y en 36 (37.89%) no había referencias al respecto; «consumo de sustancias psicoactivas»:18 (18.94%); *situación de calle*: 12 (12.63); *riesgo cierto e inminente*: 40 (45.97%).

Relación entre la variable *riesgo cierto e inminente* y *forma de egreso de la guardia*: 51 (58.62%) egresaron de G derivados a internación psiquiátrica; 21 (24.13%) egresaron de G con indicación de tratamiento ambulatorio; 11 (12.64%) egresaron de G sin alta y en 4 registros (4.59%), no había datos sobre la forma de egreso de la guardia.

Respecto a «conducta disruptiva» asociada con «consumo de sustancias»: 30 (50.00%).

Relación entre «ansiedad crisis de angustia» y *edad*: 89 (51.44%) de 19 a 39 años; 49 (28.32%) de 40 a 59 años; 14 (8.09%) de 13 a 18 años; y 12 (6.93%) mayores de 60 años. Se encontró relación entre «consumo de sustancias» y «ansiedad y crisis de angustia» en 32 (18.49%).

Relación entre «consumo de sustancias psicoactivas» y *edad*: 50 pacientes (48.07%) tenían entre 19 y 39 años; 22 (21.15%) entre 13 y 18 años; 19 personas (18.26%) entre 40 y 59 años y 3 (2.88%) 60 años o más.

Con relación al grupo de variables «Modalidad de ingreso a la guardia vía ambulancia del SAME»: 202 registros (40.36%), se la combinó con la variable *egreso sin evaluación* «pacientes que no fueron evaluados por salud mental» no obstante haber ingresado a la guardia para ese fin: 110 (21.86%) y se constató que los pacientes no evaluados que ingresaron a la guardia en ambulancia del SAME, ascendían a 40 (19.8%).

Por otra parte, a partir de la información contenida en *Libro de Cálculo de Excel* se confeccionó la Tabla II: Tablas de Contingencia que incluye varios pares de las variables de la Tabla I, cada uno con sus correspondientes frecuencias conjuntas observadas y las correspondientes frecuencias marginales presentadas con anterioridad en la Tabla I. Por lo tanto, la Tabla II contiene las *tablas de contingencia* correspondientes a los pares de variables contrastados en este estudio.

Para estudiar el significado estadístico de las diferencias entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas suponiendo que la hipótesis nula H_0 de independencia estocástica entre las variables del par contrastado es verdadera, se utilizó la prueba *ChiCuadrado* [14] de independencia entre variables. El estadístico de esta prueba mide el tamaño de las diferencias entre los valores observados y los esperados de las frecuencias bajo H_0 y tiene Distribución de probabi-

lidad *ChiCuadrado* con $r=(F-1)(C-1)$ grados de libertad siendo F y C el número de filas y columnas respectivamente de la tabla de contingencia en cuestión.

Las tablas de contingencia contenidas en la Tabla II son todas de tamaño 2×2 , con lo cual el estadístico correspondiente en todos los casos tiene un grado de libertad.

Los resultados de la prueba estadística *ChiCuadrado* para las tablas de contingencia presentadas en la Tabla II, aparecen resumidos en la Tabla III: *Tabla de resultados*. Junto con las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas bajo H_0 aparecen los valores del estadístico $\chi^2(1)$ de la prueba y su valor corregido por continuidad, los dos con su correspondiente 'Valor p ' ($pValue$) que representa el mínimo valor del nivel de significancia de la prueba para el cual se rechaza la hipótesis nula H_0 de independencia estocástica entre las dos variables.

El resultado de la prueba estadística depende del nivel de significancia de la prueba que delimitar el investigador y fija la probabilidad de rechazar la hipótesis nula dado que es verdadera. El nivel de significancia por lo tanto es la variable de control de la prueba.

Dado que el estadístico $\chi^2(1)$ solo informa sobre la existencia o no de la relación entre las dos variables contrastadas, y además no está acotado superiormente pues depende del tamaño de la muestra y de la tabla de contingencia, se calcularon otras dos medidas de la correlación entre las variables que dependen del estadístico $\chi^2(1)$, pero no dependen del tamaño de la muestra, ni de la tabla.

Estos son el coeficiente Φ y el Coeficiente de Contingencia C de Pearson (*PearsonC*). En el caso de tablas 2×2 estos coeficientes están acotados entre 0 y 1. Aunque nunca alcanzan el valor 1, al estar acotados proporcionan una idea de la intensidad de la relación entre las variables contrastadas.

Tabla 2. Tabla de contingencias

	Variable dependiente		Variable independiente		
	Modalidad de egreso a la G	Categorías	Descompensación psicótica		Totales
Internación Psiquiátrica		Sí	19	32	51
		No	76	376	452
		Totales	95	408	503
Retiro sin el alta		Sí	22	23	45
		No	73	385	458
		Totales	95	408	503
Cuadro de ingreso a la G					
Consumo de sustancias		Sí	18	86	104
		No	77	322	399
		Totales	95	408	503
Riesgo inminente o cierto					
Tratamiento ambulatorio por SM	Modalidad de egreso de la G	Sí	21	264	285
		No	66	152	218
		Totales	87	416	503
Internación Psiquiátrica		Sí	51	0	51
		No	36	416	452
		Totales	87	416	503
Retiro sin el alta		Sí	11	34	45
		No	76	382	458
		Totales	87	416	503
Modalidad de acceso a la guardia por ambulancia de SAME					
Egreso sin evaluación SM	Cuadro de egreso de la G	Sí	40	70	110
		No	163	230	393
		Totales	203	300	503

G: guardia; SAME: Sistema de Atención Médica de Emergencia; SM: salud mental

Por último, en las dos últimas columnas de la Tabla III aparecen otras dos medidas de la correlación entre las variables, que varían entre -1 y 1, razón por la cual además de indicar la *intensidad*, también informan sobre la *dirección* de la relación entre las variables. En este caso el valor 0 del coeficiente indica la ausencia de relación entre las variables contrastadas. Estas dos medidas no dependen del valor del estadístico χ^2 (1) y para ser calculados requieren de un enfoque

diferente de pares concordantes. Las dos medidas que aparecen en las últimas dos columnas de la Tabla 3 son el coeficiente *Gamma* de Goodman y *Krauskal* y el coeficiente D de Sommers (En la Tabla III aparecen como *GKGamma* y *SommersD*).

Del análisis de los últimos dos coeficientes de la tabla vemos una relación positiva y moderadamente intensa entre la variable dependiente *Internación psiquiátrica* y la

Tabla 3. Tabla de resultados

Frecuencias observadas		Variable dependiente				Variable independiente					
		Frecuencias esperadas		χ^2 ⁽¹⁾	pValue	$\chi^2_{corr}(1)$	pValueCorr	ϕ	PearsonC	GKGamma	SommersD
Internación psiquiátrica											
19	32	9.63	41.37	12.50	.00	11.20	.00	.27	.16	.50	.12
76	376	85.37	366.63								
Retiro sin el alta											
22	23	8.50	36.50	29.04	7.10x10 ⁸	26.93	2.11x10 ⁷	.40	.23	.67	.18
73	385	86.50	371.50								
Consumo de sustancias											
18	86	19.64	84.36	.21	.36	.10	.25	.04	.02	-.5	-.2
77	322	75.36	323.64								
Tratamiento ambulatorio por Salud Mental											
21	264	49.29	235.71	45.31	1.68x10 ¹¹	43.72	3.79x10 ¹¹	.56	.29	-.69	-.39
66	152	37.71	180.29								
Internación psiquiátrica											
51	-	8.82	42.18	271.38	5.68x10 ⁶¹	264.98	1.41x10 ⁵⁹	1.23	.59	1.00	.59
36	416	78.18	373.82								
Retiro sin el alta											
11	34	7.78	37.22	1.77	.18	1.26	.26	.10	.06	.24	.04
76	382	79.22	378.78								
Egreso sin el alta											
40	70	44.17	65.83	.84	.36	.65	.42	.08	.04	-.10	-.03
162	231	157.83	235.17								

Descompensación psicótica en este caso el coeficiente *Gamma* de Goodman y *Krauskal* toma el valor .5; también se aprecia relación positiva y más intensa entre *Retiro sin el alta* y *Descompensación psicótica* con un valor de *Gamma* de .67; una relación negativa y de intensidad muy leve entre *Consumo de sustancias* y *Descompensación psicótica*, en este caso *Gamma* .058.

En general los valores de los coeficientes encontrados se representan acordes con lo que se esperaba de acuerdo a nuestras observaciones. Con respecto a la relación de las variables del grupo *Modalidad de egreso de G* (*Tratamiento ambulatorio*, *Internación psiquiátrica* y *Retiro sin alta*) con la variable independiente *Riesgo cierto e inminente*, la correlación resulta negativa e intensa la relación en el caso de *Tratamiento ambulatorio* con *Gamma* = -.69, positiva e intensa para *Internación psiquiátrica* con *Gamma* = 1 y positiva y leve con *Retiro sin el alta* con un *Gamma* de .24; en los tres casos los resultados encontrados coinciden aproximadamente con lo esperado de acuerdo a nuestras observaciones.

La mayoría de las variables consideradas en este estudio están medidas en una escala

binaria o dicotómica, pero algunas están medidas en una escala ordinal de rangos. Para estas últimas la prueba *ChiCuadrado* no resulta muy adecuada por no ser sensible a las clasificaciones ordenadas de las variables. En este caso es necesario utilizar otro enfoque para el análisis de las correlaciones. En este trabajo utilizamos una aproximación de pares concordantes y las medidas *Gamma* y *D* para la evaluación de la relación entre las variables expresadas en escalas de rangos ordenados. La comparación de la variable *Edad*, clasificada en una escala de orden, con otras variables dicotómicas admite un tratamiento de pares concordantes pues las clasificaciones binarias contienen implícito un orden mínimo. Los coeficientes *Gamma* y *C* de la Tabla III corresponden a contarse de pares de variables dicotómicas.

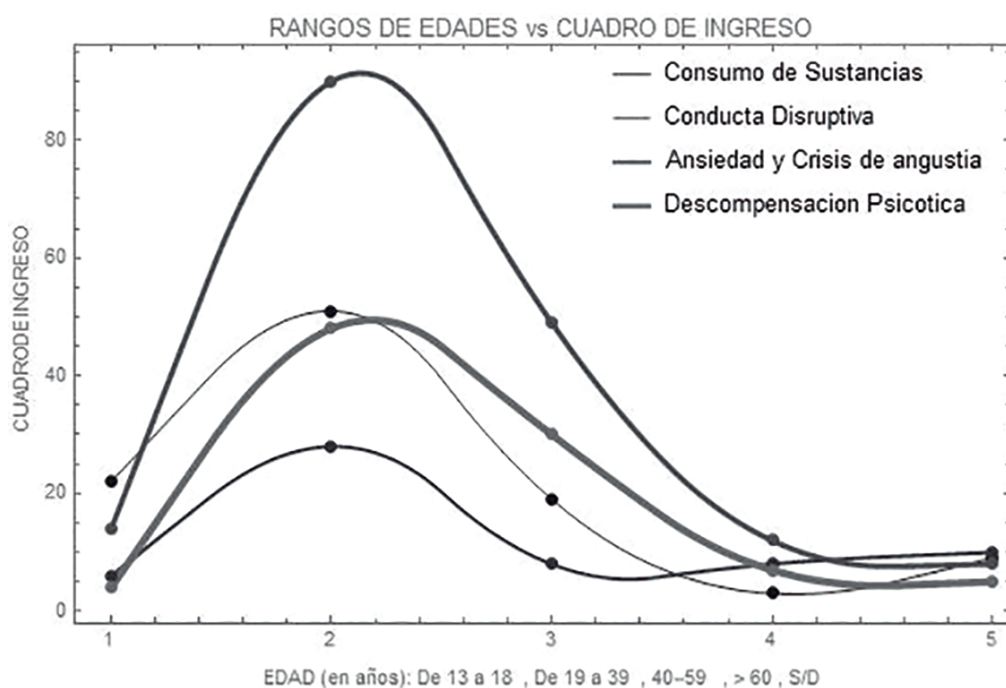
En el caso de la *Descompensación psicótica* comparada con la *Edad* encontramos para los coeficientes *Gamma* de Goodman y *Kruskal* y *D* de *Sommers* los valores de -.126 y .084 respectivamente. Estas cantidades indican una correlación tenue entre las dos variables, en un caso negativa y en el otro positiva. También confrontamos la variable *Edad* con la variable *Tiempo de duración en*

la G, otra variable clasificada en una escala de varios rangos del tiempo de duración y encontramos para los coeficientes *Gamma* y *D* los valores de $-.03$ y $-.02$. Por último, contrastamos la variable *Edad* con los pares de variables *Consumo de sustancias* y *Conducta disruptiva* por una parte, y *Ansiedad/Crisis de angustia* y *Descompensación psicótica* por otro, y luego, con las cuatro variables en forma conjunta. Si bien estas cuatro variables binarias en principio no se pueden ordenar objetivamente en los rangos de una clasificación de orden, los pares considerados independientemente admiten una ordenación aproximada de acuerdo a algún criterio relacionado con las complicaciones que generan al ingreso a la G ya sea desde el punto de vista institucional en el primer caso o desde el punto de vista psiquiátrico en el segundo caso. En estos casos encontramos que los coeficientes *Gamma* y *D* toman respectivamente los valores $-.32$ y $.15$, en el primero y de $.11$ y $.05$ en el segundo. Cuando se contrasta la *Edad* con el conglomerado conjunto de los dos pares mencionados, ordenados en

el orden que se presentaron anteriormente, la ordenación resulta un poco más arbitraria y el método de concordancias menos confiable. En este caso los coeficientes *Gamma* y *D* calculados toman los valores $.13$ y $.1$ respectivamente.

Debido a la arbitrariedad mencionada de la ordenación de este grupo confrontado, decidimos confeccionar un gráfico de las cuatro variables de *Cuadro de ingreso* contrastadas con la variable *Edad*. Este resultado se presenta en la Figura 1. Cabe anotar que la curva es una interpolación de los puntos que representan las frecuencias conjuntas reales y no corresponde a una curva de frecuencias conjuntas reales.

Cuando se consideran independientemente las curvas correspondientes a cada par de variables del *Cuadro de ingreso*, se puede ver que el par de curvas correspondientes al par de variables *Ansiedad/Crisis de angustia* y *Descompensación psicótica* no se superponen mientras que para el otro par de



variables *Consumo de sustancias* y *Conducta disruptiva* las curvas tienden a cruzarse indicando esta característica la ausencia de una relación de orden clara en el segundo par de variables considerado. Esto indica la mayor confiabilidad de los coeficientes de correlación *Gamma* y *C* calculados para contrastar la *Edad* y el primer par de variables del *Cuadro de ingreso*, que para el segundo grupo contrastado.

Discusión

Nuestro propósito de evaluar y analizar la demanda de atención de SM en la G del HGAJAF mediante una lectura detenida de los registros de guardia, permitió caracterizar efectivamente el perfil de los pacientes que consultaron, durante el trimestre de marzo a mayo de 2018.

A la luz de los resultados, se observó que la muestra de 503 pacientes, estaba compuesta por un alto porcentaje (72.57%) comprendidos dentro del rango etario de 19 a 59 años, que abarca la etapa de adultez temprana y media o intermedia, en la que se conformarían proyectos vitales, nuevos roles sociales, entramados afectivos emocionales y las trayectorias en el mundo económico productivo. Franja etaria en la cual la función organizadora del trabajo, como elemento de soporte personal y conexión social desarrollada por Robert Castel, permitiría comprender la importancia de la inserción en el mercado laboral en tanto eje facilitador de la integración social [5].

Tradicionalmente, la esfera del trabajo, asociada con un status de estabilidad y derechos adquiridos, ha ido resquebrajándose en el plano formal a lo largo de años, marcando huellas de inestabilidad e incertidumbre en los individuos de estas edades.

En este sentido, los procesos de quiebre y transformación de los pilares tradicionales de inserción social [5] y el impacto a nivel psicoemocional, se traducen en el área de la salud mental (SM).

En esta línea, emergen problemáticas socio-familiares y presencia de indicadores de vulnerabilidad [16]. Conforme se observó en este trabajo, 39 pacientes (7.75%), ingresaron para atención de SM por conflictos familiares, violencia (familiar, de género y escolar). Dichas problemáticas suelen darse en el ámbito de las relaciones intrafamiliares, prologándose en el tiempo y la intimidad de los vínculos, en el marco de relaciones asimétricas, por lo que se desprende que el número mencionado denota un importante subregistro.

Por otra parte, se recibieron en promedio por mes en el periodo mencionado de 2018, 167 consultas de SM en guardia (G), con 17 internaciones; casi el doble de las consultas y menos de la mitad de las internaciones reportadas por una institución privada de la localidad de Bahía Blanca [4]. Otros datos del sector público, Hospital Tornú entre 2011 y 2012, reportan atención de 3408 personas (142 por mes) y 614 internaciones, (25 por mes) [9]. El Hospital Álvarez, entre 2012 y 2013, reportó disminución de internaciones, 51 versus 82, en 2004 [21], pero incrementó el tipo de descompensación psicótica a 62.7% versus 48.8% [25].

En nuestro estudio, el principal cuadro de ingreso fue *Crisis de angustia/ansiedad*, con alta prevalencia (34.39%), compuesto por 89 (51.54%) de 19 a 39 años y 49 (28.32%) de 40 a 59 años, que sumados ascendían al 79.76% de los p y pertenecían al mencionado sector de población económicamente activo. El segundo en prevalencia fue *Consumo problemático de sustancias*, 20.67% del total de casos. Como dijimos anteriormente, en el grupo *Crisis de angustia/ansiedad*, pacientes cuyos registros no describían sintomatología o antecedentes de productividad psicótica, incluía crisis emocionales o cuadros de angustia desencadenados por abusos o eventos traumáticos provenientes del mundo relacional y socioambiental. Nuestros datos de mayor prevalencia de trastornos de ansiedad con discreta tendencia mayor en el

grupo de mujeres resultan compatible con los que se reportan en el estudio epidemiológico de salud mental nacional realizado en 2018 por Dr. J.C. Stagnaro et al. [26].

Durante el período estudiado estuvo vigente un contexto de estrés socio-económico y precariedad de las relaciones laborales, situaciones que propician los cuadros de angustia, y el uso de sustancias psicoactivas, pseudorecreativas, sea para paliar el trauma generado por la pérdida de autoestima o por los temores de vulneración del mundo afectivo que se producen cuando se encuentran amenazados el trabajo y el sustento económico de los individuos. En nuestra muestra, tales cuadros se asociaron al consumo de sustancias en 18.49% de los registros, mientras que en los que presentaron conductas disruptivas 60 pacientes 11.92% se asociaban en 50% con consumo de sustancias, dato compatible con estudio realizado en [3].

Sólo 14.72% del total de pacientes, reportó cobertura de salud de obra social o prepaga es decir, tenía empleo registrado, mientras que el 83.11% restante de integrantes de la muestra no tenía obra social ni medicina prepaga. Esto puede relacionarse con la presencia de empleo informal, trabajo no registrado, desempleo o la ausencia de recursos económicos para acceder a una cobertura privada. Consideramos que estos cuadros deberían ser contemplados a la luz del contexto socioeconómico, estudiados desde las relaciones que se inscriben en los diferentes subsistemas (familiares, laborales, relacionales), para que puedan ser puestos en perspectiva por los programas de salud estatales. La mayor presencia de mujeres en la consulta por guardia (G), reflejaría la existencia de una mayor identificación y capacidad de expresión por parte de las mujeres acerca de la situación que se encuentran experimentando ante terceros, en comparación con los varones, cuya consulta en G de salud mental (SM) fue menor.

La presencia de población de otras nacionalidades (6.96%) en la concurrencia a la G de

SM. Este acceso se explica en razón del marco normativo vigente, teniendo en cuenta la *Ley de Migraciones 25871/2004* y el *Decreto 616/2010* de regulación de dicha ley, imperando desde el plano jurídico una perspectiva de derechos humanos [1].

El porcentaje arrojado de 6.96% del presente estudio, pone al descubierto, que contrariamente a ese imaginario, se sobredimensiona la cantidad de migrantes extranjeros en la atención por G [1, 6, 8], y plantea la necesidad de instrumentar acciones de capacitación y concientización de los equipos de salud, sobre temas vinculados con pluralidad cultural e inclusión social.

Con relación a la forma de ingreso a la G a través de ambulancia del SAME, se constató que el 40% de los pacientes utilizó este medio, lo cual es un indicador de la gravedad que reviste el cuadro o de su ocurrencia en la vía pública. En tales situaciones frecuentemente se convoca la presencia policial para el traslado, tal como se evidenció en el 20% del total de los registros.

Luego de los motivos de consulta descriptos como «crisis de angustia y ansiedad» (34.39%) y «trastorno por consumo de sustancias psicoactivas» (20.67%) mencionados previamente, el siguiente lugar en prevalencia lo constituyó la «descompensación psicótica» (18.88%) considerado como el grupo de mayor gravedad y altamente vulnerable, que alarma riesgo cierto e inminente y complejiza la atención en la G al requerir presencia de personal policial, o contención física; en dicho grupo las redes sociofamiliares pasan a ser de importancia capital. Así, se encontró que sólo 42 de 95 pacientes con «descompensación psicótica» contaban con una red sociofamiliar, 17 (17.89%) tenían una «red familiar debilitada», 36 (37.89%) no registraban datos sobre este aspecto y 12 vivían en «situación de calle» (ver figura 1).

En el análisis estadístico se constató una asociación positiva entre *Internación psiquiátrica*

y la *Descompensación psicótica* en este caso el coeficiente *Gamma* de Goodman y Krauskal toma el valor .5; también se apreció relación positiva y más intensa entre *Retiro sin el alta* y *Descompensación psicótica* con un valor de *Gamma* de .67; y una relación negativa y de intensidad muy leve entre *Consumo de sustancias* y *Descompensación psicótica*, en este caso *Gamma* .058. En los tres casos los resultados encontrados coinciden aproximadamente con lo esperado de acuerdo a nuestras observaciones. La ausencia o fragilidad de las redes sociofamiliares, torna dificultoso o nulo que las personas que transitan un padecimiento mental, puedan contar con contención, apoyo y asistencia de referentes significativos, siendo este factor fundamental en el proceso de salud-enfermedad del pacientes; si se agrega la condición de estar en *Situación de calle*, estos no sólo han quedado al margen o excluidos del eje económico productivo formal, habitacional y de vínculos de sostén, sino desprotegidos y vulnerados en el contexto actual de políticas públicas dirigidas a esta población. Resultaría conveniente elaborar un registro de G de SM con acento en datos de la red sociofamiliar, y aspectos socioambientales.

El 74.73% con «cuadro psicótico», dependían de la cobertura del sistema público de salud y en 53 casos la estadía en la guardia (G) se prolongó de 1 a 7 días o más, a la espera de la viabilidad de los circuitos de derivación para la internación, lo cual no resulta conveniente para la buena evolución de la problemática de salud mental.

Por otra parte los pacientes que presentan «conductas disruptivas», «consumo de sustancias», «autoagresiones» y «heteroagresiones», requiere el desarrollo de estrategias para manejo en lo inmediato ya que afectan el funcionamiento de los servicios de emergencia. Esto ilustra la complejidad de la atención de salud mental (SM) en guardia (G) y obliga a realizar previsiones sobre la proporción de casos que requirió contención física y/o farmacológica, o internación involuntaria o seguimiento compartido por clínica y/o toxicología

durante su permanencia en G, en un período determinado, como se describe en varias publicaciones [18, 15, 3, 19], tema que hasta ahora no se ha contemplado en nuestro servicio de G.

No recibieron atención por SM 110 sujetos (21.86%), de los cuales 40 ingresaron en ambulancia del SAME. Se retiraron sin alta, 45 pacientes (8.94%), de los cuales 11, con «cuadro de riesgo cierto e inminente». Esta falta de control sobre los egresos podría ser debido a: -traslados en ambulancia sin policía, o que se retiraron al dejar al paciente en el hospital; -sala de G de puertas abiertas para pacientes potencialmente en riesgo, que no encuentran ningún obstáculo para retirarse a pesar de no haber sido evaluados o no tener el alta; -traslado involuntario, sin familiares ni referentes; -demora en realizar la evaluación de SM por parte del equipo. Esta falta de control sobre el egreso de pacientes de SM se opone a las recomendaciones de cuidado, como las que se desarrollan en investigaciones realizadas en otras comunidades, que desaconsejan por ejemplo, otorgar el alta voluntaria en casos de intoxicación alcohólica o intentos de suicidio [19, 2, 12]. El porcentaje de abandono de G sin alta 8.95% no resultaría comparable con el descrito en el Hospital Álvarez: 19% [25], ya que suponemos que se encontraban más compensados al encontrarse en sala de internación y no en la G. La forma de retener al paciente en la G de puertas abiertas generalmente se basa en sedación y/o contención mecánica, ambas limitadas en el tiempo por las complicaciones y el riesgo de vida que generan, si se prolongan [29, 10, 12, 24]. Un estudio describe un escenario similar al que puede verse cotidianamente en la G de nuestros hospitales y relaciona el incremento de las internaciones involuntarias y mayor requerimiento del uso de coerción, con factores como, bajo nivel educacional, bajos ingresos, lazos familiares debilitados, redes y sostén social deficiente, consumo problemático de sustancias, pertenencia a minorías étnicas, poca disponibilidad de camas y poca preparación del *staff* [2].

Por todo lo expuesto insistimos en la importancia de crear una unidad psiquiátrica de observación/internación para SM dentro del hospital o bien desarrollar nuevos protocolos que efectivicen la derivación a los monovalentes. Es notoria la dificultad para acceder a turnos de SM en consultorios externos de hospitales o centros de salud del sistema público, por lo cual los pacientes con indicación de tratamiento ambulatorio que pertenecían al grupo de pacientes con «descompensación psicótica», «sin obra social» y/o «red familiar debilitada» no tuvieron ninguna garantía de acceder a dicho tratamiento y seguramente no lo realizaron agravando el pronóstico de su patología mental como se plantea en trabajos similares [2, 7].

El aspecto de disponibilidad y calidad de las prestaciones comunitarias y ambulatorias, muestra su importancia en la evolución de la patología de SM [28]; en las intervenciones tempranas en la psicosis, o en el pedido de ayuda de la población joven, con patologías diferentes a las psicosis que acude a la G, como se demuestra en otros estudio [10, 17].

Atender los mencionados aspectos, sería ni más ni menos que encausar la SM en el cumplimiento de la Ley 26657.

Conclusiones

Los resultados de la evaluación de la demanda de atención en SM en la G del HGSJAF permitieron analizar tanto la magnitud y las características demográficas como

las complejidades de los cuadros clínicos y sociales de los pacientes que consultan por SM. La mayor prevalencia la constituyeron los cuadros de trastornos de ansiedad, consumo problemático de sustancias y la descompensación psicótica. Los dos primeros, atribuidos principalmente a estresores económicos, socioambientales y problemáticas familiares, por lo que resultaría conveniente elaborar un registro de G de SM con datos de la red sociofamiliar y aspectos socioambientales.

Se puso en evidencia la necesidad de disponer de una unidad de observación/ internación dentro del hospital, o desarrollar nuevos protocolos que efectivicen las derivaciones a los monovalentes, para cuadros psiquiátricos con riesgo cierto e inminente o pacientes altamente vulnerables (en cumplimiento con la *Ley Nacional de Salud Mental* vigente), y a su vez agilizar, ampliar y garantizar la capacidad para absorber la demanda de tratamientos ambulatorios para SM, en particular los derivados desde la G.

Agradecimiento:

A nuestra compañera y amiga, María Silvina Pagano, Licenciada en Psicología, fallecida el 21/01/2021, quien fue integrante del equipo de Salud Mental del Departamento de Urgencias del Hospital Fernández y formó parte del desarrollo de este proyecto de Investigación. Al físico M. Guillermo Bustamante P. por su colaboración en el tratamiento estadístico de la información.

Referencias

1. Atencio C. Migrantes y Discriminación. 1ra ed. Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo; 2012.
2. Berge T, Bjøntegaard KS, Ekern P, Furan M, Landrø NI, Larsen GJS, et al. Coercive mental health care - dilemmas in the decision-making process. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2018;138(12). PMID: 30132604 DOI: 10.4045/tidsskr.17.0338.
3. Braitberg G, Gerdzt M, Harding S, Pincus S, Thompson M, Knott J, Behavioural assessment unit improves outcomes for patients with complex psychosocial needs. *Emerg Med Australas*. 2018;30(3):353-8. PMID: 29219242 DOI: 10.1111/1742-6723.12905
4. Buedo PE, Fidarón R. Descripción de las internaciones en salud mental de una institución monovalente de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Revista Asoc Med Bahía*

- Blanca. 2016 Apr-Jun; 26(2): 36–42 PMID: 34079428
5. Castel R. Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós; 1999.
 6. Coates D, David M, Roberts B, Duerden D. An examination of the profile and journey of patients with mental illness in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2019;43:15-22. PMID: 29980373 DOI: 10.1016/j.ienj.2018.06.003.
 7. Costa J. Aportes críticos sobre algunos elementos conceptuales de la Ley Nacional de Salud Mental a partir de la experiencia clínica en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2018, Vol. XXIX: 263-266
 8. Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda de la Ciudad de Buenos Aires. Migraciones, año 2015. Informe de resultados. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2017. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/02/ir_2017_1118.pdf
 9. Documento de Trabajo No 21 Salud Mental Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Febrero de 2014 www.asesoriatutelar.gob.ar/publicaciones
 10. Edwards J, Norman R, Kurdyak P, MacDougall AG, Palaniyappan L, Lau C, Anderson KK. Unmet need for mental health services among people screened but not admitted to an early psychosis intervention program. *Schizophr Res*. 2019;204:55-7. PMID: 30121188 DOI: 10.1016/j.schres.2018.08.002.
 11. Epidemiología en salud mental y adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de salud, Presidencia de la Nación, 2011. [Google Scholar]
 12. HeeJun Shin. Ho Jung Kim. Shingyeom Kim. Sunjin Choi. Heeju Oh. Bora Lee. Should Let Them Go? Study on the Emergency Department Discharge of Patients Who Attempted Suicide. *Psychiatry Invest* 2018;15(6):638-648.
 13. Herrera M, Caramelo G, Picasso S, directores. Código Civil y Comercial de la Nación Comentado. Buenos Aires: Infojus; 2015.
 14. Hogg Robert D. Craig AT. Introduction to Mathematical Statistics. Third Edition.
 15. Kaeser D, Guerra R, Keidar O, Lanz U, Moses M, Kobel Ch, et al. Verbal and Non-Verbal Aggression in Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1423. PMID: 29986402 DOI: 10.3390/ijerph15071423
 16. López Amoedo MIF. Determinación de la capacidad en salud mental y la evaluación pericial: Niños Niñas y Adolescentes, Adultos Jóvenes y Adultos mayores. Buenos Aires: Ediciones del País; 2021.
 17. MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderson KK, Iyer SN. Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53:1005-38. PMID: 30136192 DOI: 10.1007/s00127-018-1578-y
 18. Mitra B, Nikathil S, Gocentas R, Symons E, O'Reilly G, Olaussen A. Security interventions for workplace violence in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2018;30(6):802-7. PMID: 30129701 DOI: 10.1111/1742-6723.13093
 19. O'Connor L, Larkin C, Ibrahim AF, Allen M, Wang B, Boudreaux ED. Development and pilot study of simple suicide risk rulers for use in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;63:97-102. PMID: 30121140 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2018.08.004
 20. Plan Nacional de Salud Mental Argentina, Ley 26657, año 2010. Disponible en: https://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf
 21. Richly P, Xamena P, Surur C, Espert J, Pavlovsky F. Datos operacionales de la Sala de Internación de Psicopatología de un hospital general a lo largo de un año. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2006; XVII:182–7. [PubMed] [Google Scholar]
 22. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental. Washington, 2011. [Google Scholar]
 23. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Salud mental
 24. Scott A, Simpson SA. A survey of clinical approaches to suicide risk assessment for patients intoxicated on alcohol. *Psychomatics*. 2019;60(2):197-203. PMID: 30093244 DOI: 10.1016/j.psym.2018.07.003
 25. Schiavo C, Tate A, Penna M, Stampella L, Grendas L.N, Romarion Benitez V, Rose L, Videtta R, Arnaldo J, Richly P. Análisis

- Comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos. VERTEX Rev. Arg. De Psiquiat. 2017; XXIX 133
26. Stagnaro J C et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2018; XXIX: 272-274
27. Strejilevich S, Chan M, Triskier F, Orgambide S. Datos operativos de la unidad de internación psiquiátrica en un hospital general del sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. VERTEX. 2002 Jun-Aug; 13(48): 85-92. PMID 12192417
28. Thibodeau L, Rahme E, Lachaud J, Pelletier É, Rochette L, John A, et al. Individual, programmatic and systemic indicators of the quality of mental health care using a large health administrative database: an avenue for preventing suicide mortality. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2018;38(7-8):295-304. PMID: 30129717 DOI: 10.24095/hpcdp.38.7/8.04.
29. Wong AH, Taylor RA, Ray JM, Bernstein SL. Physical Restraint Use in Adult Patients Presenting to a General Emergency Department. Ann Emerg Med. 2019;73(2):183-92 PMID: 30119940 DOI: 10.1016/j.annemergmed.2018.06.020