

**Publicación para la revista de investigaciones UBA 2008**  
**ANÁLISIS DE LA DEMANDA E INTERVENCIONES EN LA URGENCIA**  
**Investigación en el Hospital Central de San Isidro**

Autores:

*Lic. Sotelo, María Inés (. Directora de la Investigación PROINPSI. Psicoanalista, Coordinadora de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia. Profesora adjunta interina a cargo de Psicopatología, Carrera de Musicoterapia. Miembro de la AMP y EOL.*

*Médico Belaga, Guillermo (Psicoanalista. Co-director de la Investigación PROINPSI. JTP de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia Jefe de Servicio del Hospital Central de San Isidro. Miembro de la AMP y Director de la EOL. )*

Colaboradores:

*Integrantes del Equipo de investigación: Lic. Coronel, Marta; Lic. Jorge, Jimena; Lic. Leserre, Lucas.*

Resumen

Título:

**ANÁLISIS DE LA DEMANDA E INTERVENCIONES EN LA URGENCIA**  
**Investigación en el Hospital Central de San Isidro**

El objetivo de esta trabajo es el de desarrollar la problemática de la urgencia en la clínica lo que nos ha conducido a investigar para trazar un perfil de la población que acude a las consultas de urgencia con perturbaciones psíquicas en un hospital general del conurbano bonaerense con la finalidad de establecer el tipo de patología y características de la población consultante que permitan en un futuro trazar estrategias para la prevención y promoción de la salud mental.

**Palabras claves: diagnóstico, urgencia, hospital público**

Resumen en inglés

Title:

The emergencies at a Mental Health Service of a General Hospital: data-analysis and possible interventions.

Mental Health Service at the San Isidro General Hospital, Buenos Aires province.

The main objective of this research, is to study the population that required Emergency assistance, because of a mental disorder, at a suburban General Hospital of Buenos Aires city.

The investigation will focus on types of psychopathology disorders, and socio-demographic factors of the consulting population.

The main aim of the present study is to provide new data for Mental Health policy decision-makers and health-workers in order to develop better strategies for prevention, promotion and treatment of mental health problems.

**Key words: Diagnostic, Public Hospital, Emergency assistance**

### **La clínica de la urgencia**

El presente trabajo parte del supuesto que es necesario conocer la particularidad de la época 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, lo cual posibilitará mayor eficacia para la resolución de las mismas.

En tanto el marco conceptual que orienta nuestra actividad clínica es el psicoanálisis, será necesario puntualizar, desde esta perspectiva el concepto de urgencia, que será el fundamento que orienta nuestra investigación.

Lacan refiriéndose a la urgencia decía que la misma es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte.

Si bien la presentación clínica en las guardias es variada, es necesario ubicar que ocurre en cada sujeto con el padecimiento excesivo imposible de soportar, característico de la urgencia.

Los síntomas del paciente suelen ser claramente identificables dentro de los cuadros descritos por la psiquiatría clásica o por el DSM. Se manifiestan como

dolor, sufrimiento insoportable, señal de lo que no anda. Habitualmente se presenta como una ruptura aguda, Freud lo llamaba quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría, algo ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares.

La inhibición, mutismo y aislamiento o la impulsividad que puede conducirlo a actos desesperados que en muchas ocasiones podrían poner en riesgo su vida o la de otros, suelen ser las modalidades de respuesta de los sujetos.

La intervención terapéutica requiere de cálculo cuidadoso. En esa primera consulta habrá que pesquisar en el paciente el sentimiento subjetivo del *phatos*, de sufrimiento. En las guardias o admisiones o consultas se deberá ubicar ¿quién considera que hay allí una urgencia? Muchas veces será la familia, el médico, la escuela, el juez quienes requieren de una intervención; otras veces será el paciente mismo el que llega pidiendo ayuda.

Las instituciones, están a su vez atravesadas por las urgencias, ya que la exigencia de respuestas rápidas y eficaces, se impone desde la estructura de Salud Mental, desde la sociedad y desde los pacientes mismos.

Otro aspecto de singular relevancia será la relación particular entre la urgencia y la temporalidad. Es frecuente el pedido a los profesionales de concluirlo con prisa, demanda que proviene del paciente, la familia, los juzgados, la sociedad. En los libros *La urgencia Generalizada* (2004) y *Tiempos de urgencia, estrategias del sujeto, estrategias del analista* (2005) se afirma que es necesario que el profesional introduzca una pausa para decidir la particularidad de esa urgencia y la estrategia a seguir.

En la actualidad los temas de la urgencia, el riesgo, la inseguridad del individuo han cobrado un nuevo estatuto en la subjetividad contemporánea.

Sobre este punto, Jorge Alemán (2003) sostiene que en las nuevas reglas del Capitalismo, el individuo contemporáneo, ya no puede metabolizar el miedo y el mismo se vuelve factor determinante de la política. La gestión, administración y

producción del miedo se ha convertido en un protagonista de la política de Occidente.

Desde la perspectiva clínica, Eric Laurent (2004) ha afirmado que nos encontramos en la época del trauma generalizado puntualizando que ha tomado nueva vigencia por diferentes hechos sociales, en este sentido, el *Trastorno de estrés pos-traumático*, descrito en el DSM-IV, ya no sólo es una descripción específica de los efectos de la guerra tal como fue promovido en principio por los psiquiatras americanos luego de Vietnam, o tal como lo hallamos en Freud en su artículo la "De guerra y muerte. Temas de actualidad" que escribiera hacia el final de la Primera Guerra Mundial, sino que se generaliza este trastorno a diferentes hechos (despido laboral, enfermedad médica, etc.).

A partir de estas nuevas formas clínicas, "*angustia*", "*ataque de pánico*" o *Trastorno de estrés pos-traumático*, la urgencia quedó concebida como una práctica que abarca las ahora llamadas "urgencias subjetivas" tal como son los episodios de crisis así como aspectos de la tradicional emergencia psiquiátrica.

En los modos actuales, el sufrimiento subjetivo se encuentra en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica.

A estos síntomas debemos agregar los informes sanitarios así como la experiencia cotidiana que demuestra que las patologías de consumo, las impulsiones, los trastornos de la alimentación se han convertido también en nuevas epidemias. Los sistemas de Salud públicos y privados, y específicamente los centros responsables de la Salud Mental deberán evaluar si su organización y modos de prestación de la asistencia y de prevención, responden a las formas actuales de presentación clínica.

Por lo tanto, para que se pueda llevar adelante la elaboración de un programa acorde a las nuevas demandas de "urgencia" en Salud Mental es necesario tener en principio datos concretos de la población, y los motivos de consulta en los lugares de asistencia específicos.

Si los modos actuales de presentaciones clínicas en las instituciones asistenciales están caracterizados en su mayoría como urgencia coincidimos con la

caracterización de la “Civilización del trauma”, tiempos de “la urgencia generalizada” o tiempos “del Otro que no existe” tal como Leonardo Gorostiza en su prólogo del libro *Clínica de la Urgencia* (2007) nos recuerda el nombre con el que J.-A Miller llama a la época actual. Tiempos que muestran las consecuencias de la caída de los grandes relatos, de los ideales y de las tradiciones que antes daban cobijo a los sujetos; época de los sujetos desorientados, sin brújula. Esto se manifiesta en una clínica muy precisa -hecha del trauma y de su correlato, la angustia- que bien podríamos llamar una “clínica del desamparo”. Se establece así un nudo fundamental entre la urgencia subjetiva y el psicoanálisis.

La urgencia psiquiátrica se produce cuando el sujeto o la situación social o familiar ha llegado al límite y requiere por resolver algo en el aquí y ahora. Supone haber llegado a un límite tras el cual se vislumbra el desastre, el riesgo de agresión o suicidio, la muerte, la desaparición subjetiva, la exclusión social. La urgencia psiquiátrica es una urgencia médica, es la urgencia de restitución de la salud mental.

Emparentado al “malvivir” del que habla J.-C. Milner, para diferenciarlo de la psicopatología tradicional, y que exige una respuesta de los “psi”. Hay una urgencia como acontecimiento, y otra como proceso. ¿Qué hacer? Frente al hecho social, ¿cuál sería la acción lacaniana acorde a los tiempos actuales? ¿Cómo entender la urgencia desde esta perspectiva? ¿Cómo pensar tácticas y estrategias a la luz de la política del psicoanálisis?

El nuevo orden social produce un efecto de “incertidumbre fabricada”, tal como lo llama Anthony Giddens que penetra todos los ámbitos de la vida.

La urgencia subjetiva actual nos ha llevado a reconsiderar los *standards* tanto desde sus categorías clínicas, como desde los dispositivos. Debemos entonces plantearnos si es posible seguir pensando tanto a la sociedad como a la institución como un todo global.

## **La investigación**

Para profundizar acerca de estos temas acuciantes de la clínica, llevamos a cabo una investigación. La misma se origina en el trabajo que durante años se ha ido articulando entre la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia que pertenece al plan de estudios de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, desde el año 1996, y el Hospital Central de San Isidro el cual es una de las instituciones en la

que rotan los alumnos en las guardias y admisiones, espacios privilegiados para el alojamiento de las urgencias

Durante el año 2005 se ha realizado en este hospital un relevamiento estadístico de la internación de guardia, dando por resultado que de 3101 internaciones, 260 correspondían a Salud Mental. Todas ingresaban a través del Equipo de Urgencia.

De estos datos surgió la necesidad de profundizar la caracterización de la población que acude a la consulta de urgencia.

Se estableció un Plan de Investigación que consistió en realizar un relevamiento de las personas que acuden a la consulta espontánea de urgencia en el Hospital de San Isidro a los fines de obtener datos que permitan elaborar un perfil de la población consultante.

Este Plan de Investigación se sustentaba en las siguientes premisas:

- Las intervenciones en la urgencia requieren una caracterización de la población consultante.
- Es necesario el relevamiento y análisis de los datos de los casos de urgencia en Salud Mental que acuden al hospital.
- El mismo permitirá el desarrollo de nuevas investigaciones
- Posibilitará también una mejor respuesta asistencial adecuada a la demanda real.
- Esta investigación permitiría en el futuro, establecer nuevas estrategias para la resolución de la urgencia en Salud Mental.

### **Planteo e hipótesis del problema:**

La pregunta que orientó la investigación fue ¿Cuáles son las características de la población que concurre a la urgencia del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro en cuanto a su perfil socio-económico-cultural y las circunstancias que lo llevaron a concurrir a la guardia?

Como este estudio no sería de comprobación de hipótesis causales se propusieron las siguientes hipótesis a modo de ideas directrices:

- Se trata de una población heterogénea socio-cultural y económicamente, la que concurre a la consulta de urgencia en el Hospital Central de San Isidro.
- En las representaciones sociales en hospital es considerado como el más idóneo para la resolución de la urgencia.
- Un dispositivo apropiado para alojar las urgencias creará las condiciones para la resolución de la misma y para la instalación de un tratamiento psicológico.

**Objetivos planteados:**

El objetivo general fue: caracterizar a la población que concurre a la consulta de urgencia en el hospital de San Isidro

Siendo los objetivos específicos:

- Caracterizar a los pacientes que asisten a la urgencia desde los aspectos sociológicos en juego (edad, sexo, ocupación estado civil, escolaridad, lugar de residencia).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la urgencia desde los aspectos familiares (familia de origen, familia constituida, convivencia).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la urgencia desde los aspectos subjetivos (modo en el que llega a la consulta, si puede relatar lo que le ocurre, si puede localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia, si puede formular hipótesis sobre la causa de sus síntomas).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la urgencia desde los aspectos que hacen a la elección del hospital (si lo trajeron, si es por geografía, si es por derivación de la obra social, si es por confianza en algún profesional, si es por confianza en la institución).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la urgencia desde los aspectos que hacen a las variables del diagnóstico presuntivo (psicoanalítico y del DSM-IV).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la urgencia desde los aspectos que hacen a la conclusión de la urgencia (derivación a consultorios externos del hospital, internación, fuga, traslado, fallecimiento o alta).

### **La metodología decidida consideró:**

Que la población sería de pacientes adultos, de ambos sexos, mayores de 15 años que consulten a lo largo de cuatro meses, entre el 1º de setiembre de 2006 y 31 de diciembre de 2006 en el de Salud Mental en urgencia. Se trata de un hospital para pacientes adultos y el período elegido se estableció porque es la época del año con mayor número de consultas de guardia.<sup>1</sup>

**El tipo de estudio elegido fue:** exploratorio, descriptivo

### **Se consideraron las siguientes variables relevantes**

Las *variables sociológicas*: edad, Sexo, estado civil, lugar de residencia, ocupación, que posibiliten trazar un perfil sociológico del grupo

Las *variables familiares*: familia de origen, familia constituida, convivencia.

Y las *variables subjetivas*; modo en que llega a la consulta, posibilidad de hacer un relato, posibilidad de localizar acontecimientos ligados a la urgencia, posibilidad de formular hipótesis, modo de elección de hospital. El análisis de estos resultados permitiría localizar la subjetivación o no de la urgencia, más allá de los fenómenos sintomáticos observables.

Llamaremos *consulta de urgencia* a aquella consulta que se produce por demanda espontánea sin cita previa. Se presenta habitualmente como irrupción sintomática que requiere urgente resolución y suele presentarse como un exceso de sufrimiento, insoportable para el paciente. Puede o no presentarse con riesgo para sí o para terceros.

Pueden demandar la consulta: el paciente, la familia o un profesional de otra área social de salud.

---

<sup>1</sup> Estudio interno realizado en el Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro que muestra que las consultas en urgencia son mayores en un 20% durante los meses septiembre-diciembre con respecto a meses anteriores.

Entenderemos por *tratamiento* a aquellas consultas posteriores a la consulta de urgencia inicial. Dicho tratamiento requiere el compromiso del paciente en el proceso de la cura.

Los *profesionales* con los que se trabajó son médicos o psicólogos de formación psicoanalítica.

Las *unidades de análisis* son las siguientes: la población que concurre al servicio de urgencias en el del Hospital central de San Isidro en el período que va desde el 1 de setiembre al 31 de diciembre del 2006, por tratarse de la época que mayor consulta de urgencia se registra los últimos años.

### **Construcción del instrumento**

La construcción de un instrumento tomó las siguientes formas: se diseñó un protocolo que sería completado por el profesional, médico o psicólogo con orientación psicoanalítica a cargo de la admisión.

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

### **Fundamentos de cada contexto:**

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

Es de particular interés en este hospital ya que está localizado en San Isidro, localidad que reúne población de alto poder adquisitivo así como bolsones de pobreza en zonas aledañas.

A la luz de los resultados fue posible establecer alguna relación entre la consulta de urgencia, el nivel socioeconómico, la ocupación.

Los datos obtenidos en el contexto familiar permitieron ubicar los lazos más cercanos de los pacientes que concurren en una situación de urgencia.

Los datos obtenidos en el contexto subjetivo permitieron establecer de qué modo se ubica el paciente en relación a lo que le sucede.

Es 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.

Esta construcción, este intento de comenzar a establecer algún sentido a la irrupción sintomática será de fundamental importancia para la subjetivación de la urgencia movimiento clave para el inicio de un tratamiento.

Para diseñar la estrategia terapéutica en cada caso es necesario establecer la capacidad o no del paciente para situar los acontecimientos en relación a alguna lógica causal que por supuesto será provisoria pero que establece alguna implicación subjetiva en la urgencia.

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. El hecho de que el paciente sea traído o derivado por la Obra Social permitirá inferir un nivel de implicación diferente a que por el contrario sea él mismo quien lo elige por confianza en la institución o en los profesionales. Entendemos que la elección concierne de otro modo al paciente 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.

Los datos sobre el diagnóstico de los pacientes que consultan ofrecen indicadores epidemiológicos acerca de la presentación más frecuente en la urgencia.

La finalización de la urgencia, el modo en que se resuelve, la continuación o no de tratamiento, permiten situar indicadores sobre el dispositivo hospitalario de urgencia.

El material cualitativo posibilitará trabajar en investigaciones posteriores, los interrogantes que surjan de los resultados de la presente investigación.

## **Desarrollo del Plan de Trabajo**

Se han reunido los datos previstos de los 333 pacientes que consultaron en guardia o admisión en consultas de urgencia entre el 1º de setiembre y el 31 de diciembre del año 2006 en el Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro.

## **RESULTADOS**

El 1º objetivo se cumplió: se caracterizó a la población que asiste en urgencia desde los aspectos sociológicos y los resultados fueron los siguientes:

### **Perfil sociológico:**

#### Distribución por Sexo. Anexo 1. Tabla y Gráfico N°1

A partir de la aplicación del instrumento a la muestra fue posible establecer ciertos indicadores del perfil sociológico de los pacientes. La misma fue constituida por **un 58% de mujeres y un 42 % de hombres**, situación que era esperable dada la prevalencia de consultas de mujeres en los Servicios de Salud Mental.

#### Distribución por Edad. Anexo 1. Tabla y Gráfico N°2

Que muestra que la mayoría de las consultas en urgencia se da en pacientes de entre 15 y 55 años (90,6%), ubicándose la mayor parte de las consultas en un rango de 26 a 35 años.

En cuanto al nivel ocupacional surgen datos interesantes ya que del total de la muestra un solo **un 28% se encuentra ocupado y un 57% se encuentra sub-ocupado o sin trabajo**. Esto nos indica una futura línea de investigación: poder establecer la relación entre la situación laboral y la *consulta en urgencia*.

#### Distribución por Ocupación. Anexo 1. Tabla y Gráfico N°3

El 2º objetivo se cumplió: caracterizar a los pacientes desde los aspectos familiares:

### **Perfil Familiar**

#### Distribución por Contexto Familiar. Anexo 1. Tabla y Gráfico N°4

El 40 % de quienes consultan conviven con pareja e hijos; el 22% conviven con familia materna; el 11% convive con la pareja; el 11% vive solo; el 9% vive con sus padres el 5% vive con sus hijos y el 2% convive con los hermanos.

El 3º objetivo se cumplió, caracterizándose a los pacientes desde los aspectos subjetivos

### **Perfil Subjetivo**

Distribución por Contexto Subjetivo. Anexo 1. Tablas y Gráficos N° 5, 6, 7 y 8

En relación a los gráficos presentados surgen ciertos datos significativos: existe un 89% de los consultantes que puede relatar lo que le ocurre (con facilidad o con dificultad) pero esto no conlleva necesariamente a que logre realizar una hipótesis sobre la causa ni que logre localizar la aparición de la urgencia, ya que en estos dos últimos aspectos los porcentajes bajan considerablemente (67% y 69% respectivamente). Es decir, sólo el 74,6% de los que relatan logran localizar la aparición de la urgencia, asimismo, sólo el 72% de los que relatan lo que les ocurren pueden realizar una hipótesis sobre la causa. Por lo tanto, podríamos inferir que la intervención analítica tendría que apuntar a que el paciente logre, por medio de su relato, lograr realizar una hipótesis sobre la causa e intentar localizar la aparición de la urgencia.

El 4º objetivo se ha cumplido, caracterizándose a los pacientes desde los aspectos que se vinculan con la elección del hospital:

### **Perfil Transferencial**

Distribución por Contexto Transferencial. Anexo 1. Tabla y Gráfico N°9

Este gráfico nos muestra que la gran mayoría de los pacientes (72%) concurrió al Hospital porque lo trajeron o por cercanía al hospital. El 28 % concurrió por confianza en la institución y/o en los profesionales.

El 5º objetivo se cumplió, caracterizando el perfil de los pacientes que concurren al dispositivo de urgencia según el diagnóstico

### **Diagnóstico presuntivo**

#### Distribución por Diagnóstico Presuntivo. Anexo 1. Tablas y Gráficos N°10 y 11

El diagnóstico desde la perspectiva del psicoanálisis nos indica un 63% de pacientes presumiblemente neuróticos y un 37 % de pacientes presumiblemente psicóticos. No se registran casos de pacientes presumiblemente perversos, lo cual coincide con la ausencia de demanda en tal estructura.

Desde la perspectiva del DSM-IV los trastornos de mayor frecuencia son: 21 % consumo de sustancias; 18 % trastorno de ansiedad y 16 % trastorno depresivo, presentándose un 11% de trastornos delirantes. El resto de las modalidades clínicas que se han presentado son menores al 10%.

Los diferentes resultados sobre los diagnósticos presuntivos desde estas dos perspectivas dan cuenta de las diferencias fundamentales entre el discurso psicoanalítico y la posición multiteórica del DSM-IV. Desde el psicoanálisis se toma en cuenta el diagnóstico estructural que se realiza a partir de lograr ubicar la posición de enunciación del sujeto frente a los diferentes enunciados, en cambio, desde el DSM-IV el diagnóstico se basa en los diferentes “trastornos” que se ubican en una persona en base a un ideal de persona sin trastornos. En este último no se tiene en cuenta el diagnóstico estructural sino los diversos fenómenos, lo que se verifica en el conocido problema de comorbilidad que trae aparejado el uso del DSM-IV, es decir, que una misma persona puede tener varios diagnósticos a la vez, no así en la perspectiva del psicoanálisis.

El 5º objetivo se cumplió, caracterizándose el modo en que la urgencia concluye entendida como la decisión de salida del dispositivo

### **Conclusión de la Urgencia**

#### Distribución por Contexto de Finalización. Anexo 1. Tablas y Gráficos N°12

El 40 % se va por alta, es decir que a través de la o las entrevistas realizadas, la situación de urgencia se resuelve.

El 42,6 % de los pacientes es derivado a Consultorios externos del hospital.

El 14,4 es derivado a otras instituciones de salud y sólo el 0,9 % permanece internado.

## **CONCLUSIONES**

Concluimos entonces que el perfil de la población que consulta en el dispositivo de urgencia del Hospital Central de San Isidro tiene las siguientes características:

El 58% son mujeres; comprendidos en un rango de edad entre 26 y 35 años en un 25 %. Un 40 % convive con pareja e hijos.

El 69% llega a la consulta acompañado.

El 89% de los consultantes puede relatar lo que le ocurre, en tanto el 69% logra localizar la aparición de la urgencia, y el 67% puede realizar hipótesis sobre la causa de sus síntomas.

Por lo tanto, podríamos decir que el relato que un paciente puede realizar sobre lo que le ocurre, no necesariamente conlleva a que logre ubicar las coordenadas de la aparición de la urgencia ni que realice una hipótesis causal de lo que le sucede.

Por otra parte, el cruce de variables realizado entre los pacientes que localizan la aparición de la urgencia y la capacidad de realizar hipótesis sobre la causa de sus síntomas, nos brindan datos significativos: del total de los pacientes que realizan hipótesis de manera fácil o difícil, el 79,4% puede localizar la aparición de la urgencia.

La mayoría de los pacientes que logran localizar un acontecimiento ligado a la aparición de la urgencia pueden también establecer una hipótesis sobre la causa.

Asimismo encontramos que dentro de los pacientes que no logran localizar la urgencia casi el 55% tampoco puede realizar una hipótesis y el 38% le resulta difícil, solamente el 7% puede realizar un hipótesis de la causa sin poder ubicar la localización de la aparición de la urgencia.

Por lo tanto, inferimos que es deseable para brindar una buena estrategia terapéutica que los pacientes logren durante el proceso de admisión y resolución de la urgencia, localizar la aparición de la misma ya que esta localización permitiría realizar una hipótesis de la causa como un modo de otorgarle un sentido a lo que les ocurre.

La gran mayoría de los pacientes (72%) concurrió al Hospital porque lo trajeron o por cercanía al hospital. Asimismo, que el 28% de la muestra concurra “por

confianza” al Hospital o a algún profesional, nos permitiría decir que lo hacen con una “transferencia imaginaria”<sup>2</sup>.

El diagnóstico presuntivo realizado bajo el marco teórico psicoanalítico muestra que no existen consultas de urgencia con estructura perversa, como así también un alto porcentaje (37%) de consultas de sujetos psicóticos en relación a la totalidad de consultas sean de urgencia o no que se producen en el Hospital<sup>3</sup>, lo cual nos muestra que las *consultas en urgencia* son proporcionalmente mayores en las psicosis que en las neurosis.

En relación al diagnóstico presuntivo realizado con el DSM-IV observamos una fuerte prevalencia de consultas referidas al par ansiedad-depresión (en total un 39%), como así también las patologías relacionadas con trastorno de sustancias (un 26%).

Ahora bien, si comparamos los dos cuadros referidos al diagnóstico presuntivo (desde psicoanálisis y DSM-IV) resalta que el diagnóstico de psicosis desde el punto de vista psicoanalítico (37%) no se ve reflejado en el cuadro de DSM-IV, ya que si sumamos, los diagnósticos de: trastorno delirante y trastorno de personalidad da un 14%, por lo que nos permite confirmar que el diagnóstico estructural desde el punto de vista psicoanalítico no se basa en una mirada fenomenológica de los “síntomas” que trae el paciente. Consideramos, que muchos de los pacientes incluidos dentro de los “trastornos depresivos”, “trastorno de ansiedad” y “trastorno por consumo de sustancias” desde el DSM-IV tienen una estructura psicótica.

Con respecto al modo de egreso podría inferirse la eficacia del dispositivo en tanto un 40% es dado de alta y un 42,2 % es derivado a Consultorios externos.

El dispositivo clásico de guardia, contempla la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas. El dispositivo que se ofrece a través del concepto de “Urgencias Subjetivas” en el Hospital de San Isidro, se propone alojar al sujeto en urgencia, uno por uno, localizando el acontecimiento traumático o las coordenadas en las que la irrupción sintomática aparece. Así, el decir se despliega a lo largo de la cantidad de sesiones que sean

---

<sup>2</sup> Entendemos por “transferencia imaginaria” a la depositación de saber que realiza el paciente en la institución o en un profesional.

<sup>3</sup> Op. cit. n. 1. Aproximadamente se trata de un 10% de la población total de pacientes que consultan de estructura psicótica.

necesarias para que se produzca algún movimiento de subjetivación de la urgencia, es decir hasta alcanzar el momento de concluir.

Asimismo, el funcionamiento de la admisión sin turnos previos permite que el paciente sea atendido inmediatamente, inscribiéndolo en el Hospital y que no haya tiempo de espera para que tenga su primera consulta. Ese tiempo de espera supone una eternidad para quien está angustiado. La escucha puede orientar el caso, hacia un posible tratamiento o al menos introducir algún interrogante para el sujeto que lo implique en lo que le ha sucedido. Es muy común que los pacientes formulen su necesidad de curación, librarse del malestar lo más rápido posible. El dispositivo será eficaz en la medida en que resuelva la consulta, trabajando la angustia del paciente, sin caer en la prisa que la urgencia presenta, sino posibilitando la emergencia de un sujeto o su implicación subjetiva.

Es decir que cierto lazo transferencial es necesario, para que el paciente acuerde con continuar el tratamiento en el hospital, mas allá de que la urgencia se haya resuelto.

Esta investigación nos ha permitido trazar el perfil de la población que consulta en urgencia, ubicando también la importancia de crear dispositivos que alojen a los sujetos. El dispositivo ofrecido por el Servicio de Salud Mental del Hospital de San Isidro propone que la institución adapte sus reglas para alojar la urgencia que en la singularidad de cada caso se presenta como sufrimiento incomprensible e insoportable para quien lo padece, y al que no puede encontrarle sentido alguno. Por ello se recibe tanto en admisión como en guardia a pacientes que sin un turno previo establecido se acercan a la institución buscando resolver la situación que los aqueja. En la escucha se les permite desplegar la particularidad con que el acontecimiento traumático irrumpe en la vida, produciendo un fuera de sentido. La admisión es un proceso que intenta lograr en el encuentro entre paciente y terapeuta, algún ordenamiento que posibilita la resolución de la urgencia y el inicio de un tratamiento cuando éste fuera necesario.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- AAVV (1989) La urgencia. El Psicoanalista en la Práctica Hospitalaria. Buenos Aires, Ricardo Vergara Ediciones.
- ALEMÁN, J., (2003) “Reportaje” en Agalma. Buenos Aires, N°2.
- ALEMAN, J., (2004) “Nota sobre el miedo y la angustia (entre Heidegger y Freud)” en Notas antifilosóficas. Buenos Aires, Grama Ediciones.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC, American Psychiatric Association, 4 ed.
- BELAGA, G., (1999) Formas clínicas. Buenos Aires, Descartes.
- BELAGA, G. (Compilador) (2004) La urgencia generalizada I. Buenos Aires, Ed. Grama, 2004.
- BELAGA, G. (Compilador) (2005) La urgencia generalizada II. Buenos Aires, Ed. Grama, 2005.
- BOURGEOIS, M.; RECHOULET, D., (1995) “Los primeros minutos, primer contacto y rapidez diagnóstica en psiquiatría” en El abordaje clínico en psiquiatría. Buenos Aires, Ed. Polemos, pp. 37-50.
- CIRILLO, R., (1995) “Demanda de curación... demanda de análisis” en Psicoanálisis y el Hospital. Buenos Aires, Del Seminario, N°7, pp. 42-46.
- CONSOLI, S. M., (1999) “Psychiatrie à l’hôpital général” en Encyclopédie Médico-Chirurgicale: Psychiatrie. París, Techniques, pp. 37-58-A-10.
- DE CLERQ, M.; FERRAND, I.; ANDREOLI, A., (1999) “Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences” en Encyclopédie Médico-Chirurgicale: Psychiatrie. París, Techniques, pp. 37-678-A-10.
- DE GIROLAMO, G. (2003) et al.: "Community Surveys of Mental Disorders: Recent Achievements and Works in Progress" en Curr Opin Psychiatry 16(4): 403-411, 2003.
- EPSTEIN, R., (1996) “Presencia de las ideas psicoanalíticas en la práctica hospitalaria en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: comentarios sobre un estudio” en Revista Vertex. Buenos Aires, vol. VII, N° 26.
- “Federal Agency Report Finds Public Mental Health System in Crisis” en Revista Mental Health Weekly 12 (37): 3-4, 2002

- FONAGY, P., (1996) "The future of an empirical psychoanalysis" en British Journal of Psychotherapy. Londres, N° 13, pp. 106-121.
- FREUD, S. (1915) "De guerra y muerte. Temas de actualidad" en Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1985, XXIV.
- GALLANO, C., (1995) "La salud mental y la clínica del sujeto" en Psicoanálisis y el Hospital. Buenos Aires, N° 7, Del Seminario, pp. 8-16.
- GIDDENS, A., (1994) Más allá de la izquierda y la derecha. Madrid, Ed. Cátedra.
- HEUMAN G. (2005) "¿Psiquiatría y psicoanálisis para todos?" en Enlaces. Revista del Departamento de estudios psicoanalíticos sobre la familia. Año 7, N° 10, junio-julio 2005.
- [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s\\_mental/archivos/descripcion\\_pivesa\\_m.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/descripcion_pivesa_m.pdf)
- HYMAN, S. E., (1994) Manual de urgencias psiquiátricas. Buenos Aires, Ed. Salvat.
- KORDY, H.; KAECHLE, H., (1996) "Investigación de resultados en psicoterapia" en Revista Vertex. Buenos Aires, vol. VII, N° 26.
- LE GAUFEY, G., (1995) "La respuesta del analista" en Revista Litoral. Córdoba, Edelp., N° 18/19.
- LAURENT, É. (1996) "El psicoanalista, el ámbito de las instituciones de salud mental y sus reglas" en Revista Vertex. Buenos Aires, vol. VII, N° 26.
- —, (2001) "El *envés* del trauma" en Virtualia: revista electrónica. Buenos Aires, Escuela de la Orientación Lacaniana.
- —, (1999) "Pluralización actual de las clínicas y orientación hacia el síntoma" en El Caldero de la Escuela. Buenos Aires, Revista de la Escuela de la Orientación Lacaniana, N° 74, pp. 29-40.
- —, (2000) Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires, Ed. Tres Haches.
- — (2004) "Hijos del trauma" en BELAGA, G. (Compilador) (2004) La urgencia generalizada I. Buenos Aires, Ed. Grama, 2004.
- LEAL RUBIO, J., (2005) "Salud Mental y diversidad (es) trabajar en red" en Revista Vertex. Buenos Aires, N° 60, Marzo-abril 2005.

- LEIBOVICH DE DUARTE, A. y otros, (2001) “Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis” en Revista Vertex. Buenos Aires, Vol. XII, Nº 45, pp. 194-203.
- LESERRE, D., (2000) “Perspectivas de la investigación en psicoanálisis”, A. Imbriano de Valenzuela (editor) en El psicoanálisis y La Odisea. Buenos Aires, Centro Editor Argentino, pp. 113-119.
- LESERRE, L. y otros, (2006) “El psicoanálisis aplicado a la estadística: Un estudio sobre 200 casos de Urgencia” en Encuentros. Buenos Aires, Publicación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, año XV, Nº 27-28, pp. 124-129.
- MARTÍNEZ FERRETI, J.M. “Entre la ley 22914 y la ley 448: el marco legal de las internaciones psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires” en Revista Vertex. Buenos Aires, Nº 65.
- MARTÍNEZ RAGA, J. y otros “Trastorno por estrés post-traumático y trastorno por uso de sustancias: abordaje terapéutico” en Revista Vertex. Buenos Aires, Nº 64. Noviembre-diciembre 2005.
- MATUSEVICH, M. (2006) “Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves” en Revista Vertex. Buenos Aires, Nº 65.
- MIGUEZ, H.A. (2006) “Emergencia hospitalaria y uso de sustancias psicoactivas” en Revista Vertex. Buenos Aires, Nº 65.
- MILLER, J.-A., (1999) “De la sorpresa al enigma”, Los inclasificables de la clínica psicoanalítica, Buenos Aires, Paidós, pp. 17-29.
- —, (1999), “Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico” en El Caldero de la Escuela. Buenos Aires, Revista de la Escuela de la Orientación Lacaniana, Nº 69, pp. 7-13.
- MILNER, J-C. (2003) “El gran secreto de la ideología de la evaluación” en Le Nouvel Âne. Nº 2. Diciembre 2003.
- Práctica Profesional Clínica de la Urgencia, octubre (1997) Ponerse en guardia. Buenos Aires, Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Nº 1.
- —, mayo (1998) Ponerse en guardia. Buenos Aires, Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Nº 2.

- —, octubre (1998) Ponerse en guardia. Buenos Aires, Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, N° 3.
- —, noviembre (1999) Ponerse en guardia. Buenos Aires, Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, N° 4.
- —, octubre (2000) Ponerse en guardia. Buenos Aires, Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, N° 5.
- QUINET, A., (1996) Las cuatro condiciones del análisis. Buenos Aires, Ed. Atuel-Anáfora.
- SELDES, R., (1993) “Prisa por concluir” en Uno por Uno. Buenos Aires, Revista Mundial de Psicoanálisis, Eolia, N° 35, pp. 54-58.
- SOTELO, I., (1999) “Cada loco con su tema” en Ponerse en guardia. Buenos Aires, Publicación de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia, Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, N° 4.
- SOTELO, I. (2004) “La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia” en BELAGA G, La urgencia generalizada. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2004.
- SOTELO, I. (compilador) (2005). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires, JVE Editores, 2005.
- SOTELO, I. (2007) Clínica de la urgencia. Buenos Aires, JVE Editores, 2007.
- STAGNARO, J.C. (2006) “Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos. Del asilo a la comunidad” en Revista Vertex. Buenos Aires, N° 65.
- STEVENS, A. (1995) “El psicoanálisis aplicado” en Psicoanálisis y el Hospital. Buenos Aires, Del Seminario, N° 7, pp. 81-87.
- VARELA, L. (2004) “Posibilidades y límites de la comunidad. Exposición de un debate contemporáneo ético político entre universalistas y contextualistas” en Revista El Murciélago. Buenos Aires, Publicación de la Fundación Descartes, N° 6.