

# Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental

Análise da demanda e intervenções na urgência em saúde mental

Analysis of demand and emergency interventions in mental health

*Lucíola Freitas de Macêdo\**

*Jorge A. Pimenta Filho\*\**

*M. Inês Sotelo (coautora)\*\**

*Guillermo Belaga (coautor)\*\*\*\**

*Larisa Santimaría (coautora)\*\*\*\*\**

## Resumen

La presente investigación, realizada en el Pronto Socorro del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, en colaboración con la Universidad de Buenos Aires, a través de los Proyectos de Investigación Científica o de Innovación Tecnológica (UBACYT), parte del supuesto de 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 de la época, lo cual posibilitará mayor eficacia para la resolución de las mismas. En tanto el marco conceptual en que se sitúa nuestra práctica es el psicoanálisis, se hace necesario puntualizar desde esta perspectiva el concepto de urgencia, que es el fundamento que orienta esta investigación. El objetivo de este trabajo es desarrollar la problemática de la urgencia en la clínica e investigar la población que acude a los servicios de urgencias con perturbaciones psíquicas, que nos permitan trazar estrategias de tratamiento eficaces e actuales.

**Palabras Clave:** urgencia; hospital público; diagnóstico

---

Texto recebido em junho de 2010 e aprovado para publicação em agosto de 2010.

\* Directora de Proyecto de Investigación UBACYT, Profesora Titular Regular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. *E-mail:* misotelo@psi.uba.ar.

\*\* Jefe de Servicio de Salud Mental - Hospital Central de San Isidro, Codirector de Proyecto de Investigación UBACYT *E-mail:* gbelaga@fibertel.com.ar.

\*\*\* Doctoranda en Psicología UFMG, coordinadora Clínica del Servicio de Psicología y del Proyecto Clínica de la Urgencia del HC/UFGM. *E-mail:* luciola.bhe@terra.com.br.

\*\*\*\* Master en Educación UFMG, miembro la Escuela Brasileña de Psicoanálisis (Asociación Mundial de Psicoanálisis). *E-mail:* jorgepi@terra.com.br.

\*\*\*\*\*Docente de Psicopatología, UBA, *E-mail:* larisantimaria@gmail.com.

## Resumo

Este estudo, realizado no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Universidade de Buenos Aires, através dos Projetos de Investigação Científica ou de Inovação Tecnológica (UBACYT), parte do pressuposto de que é necessário conhecer as particularidades da época em que vivemos e suas relações com os fenômenos clínicos atuais. Para tanto, traçar um perfil da população que consulta os serviços de urgência permitirá constituir dispositivos consoantes às necessidades de nossa época, o que, por sua vez, incidirá na eficácia do acolhimento e tratamento da urgência. Tendo como referencial a psicanálise, fez-se necessário explicitar o conceito de urgência com base nessa perspectiva teórica. O objetivo desta pesquisa é investigar a problemática da urgência na clínica, assim como a população com perturbações psíquicas que recorre aos serviços de urgência, os quais nos possibilitem traçar estratégias de tratamento eficazes e atuais.

**Palavras-chave:** urgência; hospital público; diagnóstico.

## Abstract

This research, conducted in the Emergency Room of the Hospital de Clinicas, Federal University of Minas Gerais, in collaboration with the University of Buenos Aires, through the Scientific Research Projects or Technological Innovation (UBACYT), assumes that it is necessary to know the particularity of the times we live, and its relationship to current clinical presentations. To do so, draw a profile of the population that consults the service will provide emergency devices according to the needs of our time, which in turn will focus on the effectiveness of care and treatment of urgency. The conceptual framework in which our practice is situated is psychoanalysis, so it is necessary conceptualize the urgency from this theoretical perspective. The objective of this research is to investigate the issue of urgency in the clinic and the population that resorts to emergency services with mental disorders that allow us to develop strategies and effective treatment today.

**Key words:** emergency assistance; public hospital; diagnostic

## La clínica de la urgencia

**E**l presente trabajo parte del supuesto de 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 de la época, lo cual posibilitará mayor eficacia para la resolución de las mismas. En

tanto el marco conceptual en que se sitúa nuestra práctica es el psicoanálisis, se hace necesario puntualizar desde esta perspectiva el concepto de urgencia, que es el fundamento que orienta esta investigación.

Eric Laurent (2004b) presenta, después de los atentados del 11 de septiembre de 2001, la tesis sobre la generalización del trauma, a través de la cual sitúa una creciente y continua serie de fenómenos que se encuentran en la interfaz entre la descripción científica del mundo y los fenómenos culturales que la exceden. La llamada patología civil del trauma amplía la definición de la experiencia traumatizante a todo lo que implica el encuentro con un riesgo para la seguridad o la salud, incluidos los desastres técnicos, accidentes individuales y colectivos, agresiones, atentados, guerras, violaciones, entre otros.

En este contexto, el de una época que rechaza la contingencia, todo lo que no es programable o que escapa a una programación deseada por la ciencia, puede ser rápidamente asimilado como trauma.

Desde esta perspectiva, Guillermo Belaga (2004) extrae amplias consecuencias en el contexto del psicoanálisis aplicado a la práctica en hospitales, en la medida en que propone que pensemos la clínica de la urgencia subjetiva como un correlato clínico, e incluso como una respuesta al fenómeno de la generalización del trauma. Para Belaga, lo que está en juego aquí es algo del orden de un cambio del estatuto de la urgencia, que pudiera incluso ser pensado en el ámbito de una nueva categoría clínica.

En 2007, un nuevo dispositivo de atención a la urgencia tuvo su implementación en la Unidad de Urgencias del Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais en Belo Horizonte (PS- HC/UFMG). Esta nueva puerta de entrada se abrió en medio de las urgencias médicas. En el contexto de la medicina, se pretende extirpar, de inmediato, lo que provocó la urgencia, para restablecer el estado que precedió al momento de ruptura de la homeostasis del organismo. Como señaló muy bien Georges Canguilhem (1996), a partir del momento en que la *salud* se dice “del hombre”, y por integrar éste una comunidad social y profesional, su sentido existencial queda ocultado por exigencias de contabilidad. Es necesario, por tanto, desde el principio, marcar una diferencia con relación al discurso médico, y abrir otra forma posible de considerar el tiempo, que en la admisión, se encuentra muy comprometido y atravesado por los procedimientos médicos para los cuales hay un llamado a la intervención eficaz, y para una rápida conclusión de lo que se inició.

La urgencia psíquica se produce cuando un sujeto ha llegado al límite y requiere resolver algo en el aquí y ahora. A la demanda de una solución

inmediata, el analista practicante responde, como señala Ricardo Seldes (2008), introduciendo en la urgencia una pausa y abriendo otra puerta, la puerta de la subjetividad. La apertura de ésta podrá dar lugar a la transición de la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva, lo que no se produce sin un analista. Habría que añadir que en el momento de ruptura y de crisis, la urgencia no es subjetiva, sino generalizada. Para que se la designe como urgencia subjetiva, hace falta, tal como propone Inês Sotelo (2009), localizar al sujeto de la urgencia y apostar en la palabra como gesto mínimo, elemental: he aquí el primer nivel de tratamiento de la urgencia.

Tal como demuestra Laurent (2004a), la urgencia se constituye como un fenómeno que toca lo real, como modalidad temporal que responde, en la forma del trauma, a la emergencia de lo que hace agujero. Cuando está dirigida a un practicante del psicoanálisis, podrá ser tratada como una oportunidad para un cambio de posición ética, de un sujeto tomado por su angustia (designada por Lacan (2005) como una señal que no engaña), algo del orden de la irreductibilidad de lo real.

Se trabaja para que el tratamiento inaugure un tiempo que no sea el de la prisa, sino un tiempo de cuestionamientos mediante el uso de la palabra. Sobre este punto, Seldes (2008) propone transformar la urgencia subjetiva en una “aventura psicoanalítica”, lo que sería una forma de asegurar la particularidad de cada caso y refrendar el valor de la contingencia en la vida de las personas. Este momento de crisis y ruptura podría, en ese contexto, abrir una nueva perspectiva, un nuevo lazo, que incluya en su resolución lo que la causó.

O incluso, como sugiere Barros (2008), cuando evoca la noción de *presentismo* acuñada por François Hartog, para quien, una sociedad que no produce historia produce sujetos y engranajes que no pueden esperar. Si el tiempo se ha transformado, si él se dobló dulcemente a las contingencias, le tocaría al psicoanálisis la obligación de decir algo sobre las condiciones de una nueva narrativa.

En cuanto a la cuestión de la transferencia en la clínica de la urgencia: lo que urge es la cuestión del sujeto. Lo que se presenta, cuando hay un encuentro casual con el goce del Otro, y/o con el Otro goce, es una imposibilidad en cuanto a la simbolización y a la Subjetivación. A través del recurso a la palabra, algo del tejido simbólico que se había roto, podrá retomarse a partir de lo que dice el paciente, a través de su ubicación en el plan de la enunciación. El objetivo en el primer momento es constituir

algo como una sutura, o enmienda en lo que de este tejido ha sido roto por la crisis.

Aunque no haya una disposición para el querer decir, que es algo del orden de una intención, la urgencia subjetiva nos muestra que, incluso frente a pasajes al acto, hay un sujeto que clama. Aunque las actuaciones tengan el estatuto de una respuesta, frente a ellas se encuentran preguntas que no se han hecho. En esa perspectiva, se propone que el analista en la urgencia subjetiva pueda trabajar como un *provider* que permita una conexión a lo inconsciente. Aún en relación a la transferencia, tal como propone Lucíola Macêdo (2008), se ha observado que, sin prescindir del horizonte de la suposición de saber, esta se presenta bajo diferentes matices, y parece anclarse inicialmente no tanto en la figura del analista, como en el propio dispositivo institucional. Aunque no podamos observar, en la mayoría de los casos, el establecimiento del algoritmo de la transferencia, se notan efectos de la misma ya desde la primera entrevista.

¿En qué implicaría entonces la oferta de un dispositivo de admisión a la urgencia subjetiva? Concordando con lo que dice Belaga (2006), si no es seguro que el paciente de la urgencia sea un paciente del psicoanálisis, y que ésta se resolverá bajo transferencia, sí es segura la posibilidad de producir un sujeto dividido, que pueda interrogarse sobre sus dichos, y sobre la matriz singular que lo constituye. Un dispositivo que tenga en cuenta el sujeto en su singularidad, al revés de una solución normativa y burocrática – que de por sí se constituye como una objeción a la norma ciega, a la homogeneización de los encaminamientos y de las medidas terapéuticas.

## La investigación

Desde su creación en 1996 hasta el año 2006, la atención en el servicio de urgencias en la Unidad de Urgencias Clínicas del HC-UFMG (Pronto Socorro), se realizaba a través de pedidos de interconsulta, dirigidos al psicólogo de referencia de la Unidad. Incluso ante la imposibilidad de asistir en el mismo momento del pedido, recurría al equipo de guardia de psicología y/o psiquiatría, en función del caso. De esta manera, no se puede decir que, durante sus primeros diez años, haya habido en la Unidad de Urgencias Clínicas (Pronto Socorro), la estructuración de un programa de atención a la urgencia.

En septiembre de 2007, se inició una colaboración entre el Servicio de Psicología del HC/UFMG, el Centro de Psicoanálisis y Medicina del

Instituto de Psicoanálisis y Salud Mental de Minas Gerais, lo que hizo posible la construcción e implementación del *Proyecto Clínica de la Urgencia* dirigido por Lucíola Macêdo, Coordinadora Clínica del Servicio de Psicología - HC/UFMG. Este proyecto, desde su aprobación, está transitando hacia algunos objetivos principales: investigar, construir y establecer un marco teórico y clínico que considere y aborde, en sus especificidades, la demanda de atención a la urgencia subjetiva en el contexto de la Unidad de Urgencias Clínicas del Hospital das Clínicas de la UFMG, a partir de los presupuestos del psicoanálisis de orientación lacaniana.

En junio de 2008 se implementó una nueva colaboración, entre el HC/UFMG y la Universidad de Buenos Aires, a través de los Proyectos de Investigación Científica o de Innovación Tecnológica - Programación Científica 2008-2010, destinada a la ejecución de la investigación *Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental*<sup>1</sup>, dirigida por la profesora Inés Sotelo y codirigida por el Guillermo Belaga. De esta manera, se ha ido construyendo, a partir del proyecto *Clínica de la urgencia*, y de sus colaboraciones, parámetros para la atención a la urgencia subjetiva en el ámbito de la práctica del psicoanálisis en el hospital.

Las Unidades de Urgencias de los hospitales públicos reciben, en la actualidad, muchos pacientes en crisis, asociadas a las más diversas patologías. Este panorama no es diferente en la Unidad de Urgencias Clínicas del HC-UFMG, donde se atendió en 2008 a un promedio de 2.595 pacientes por mes. La precariedad, el dolor, el sufrimiento, la ruptura del tenue equilibrio en el que se sostenía la vida, el cuerpo, las relaciones con los demás, el trabajo, los vínculos familiares, son situaciones clínicas que rompen la previsibilidad protocolaria, y amenazan a los ideales de la programación científica y de productividad.

De estos datos surgió la necesidad de caracterizar 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

---

<sup>1</sup> El presente trabajo se desprende de la investigación UBACyT, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires: *Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental*. Hospital Central de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), Hospital San Bernardo de la Provincia de Salta (Argentina), Hospital Maciel de Montevideo (Uruguay) y el Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). Los integrantes del Equipo son: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga (Codirector), Lucas Leserre, Raul Solari, Marta Coronel, Miguel Marini, Jimena Jorge, Alejandra Rojas, Mariela Vigil, Valeria Mazzia, Julieta Emanuelli, Veronica Capurro, Ignacio Penecino, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, María Fernanda Gamallo, Graciela Tutanowski y Vanesa Fazio (Investigadores de apoyo). Conexión del Proyecto con otros grupos de investigación del país y del extranjero: Salta, Argentina: Maximiliano Alesanco, Marta Pagano de Verde, Julio Cesar Amado, Mariana Torres Jiménez, Andrea de Santis y Alicia Araoz. Montevideo, Uruguay: Ana Araujo; Micaela Bazzano; Yamila Birriel; Mercedes Couso; Adrian Curbelo; Laura Curbelo; Emiliana Epilogo; Pablo Fidacaro; Valeria Freitas; Julio Lindner; Ariel Montalbán; Eva Palleiro; Florencia Pardiñas; Rosanna Salvia; Paula Rodríguez; Vanessa Hodel. Brasil, Universidade Federal de Minas Gerais y Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Lucíola Freitas de Macêdo, Jorge Antônio Pimenta Filho, Carolina Leal Ferreira Simões, Iara Biondi, Rodrigo Ferreira, Larissa Figueredo Gomes, Raquel Nogueira Duarte.

de urgencia en el Hospital de Clínicas de la UFMG a los fines de obtener datos que permitan elaborar un perfil de la población consultante.

Este plan de investigación se sustenta en las siguientes **premisas**:

- Las intervenciones en la guardia 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 una mejor respuesta asistencial adecuada a la demanda real.
- Esta investigación permitirá 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 Unidad de Urgencia (Pronto Socorro) del hospital de Clínicas de la UFMG en cuanto a su perfil socio- económico-cultural y a las circunstancias que lo llevaron consultar?

Debido a que este estudio no sería de comprobación de hipótesis causales, se formularon las siguientes a modo de ideas directrices:

- Se trata de una población heterogénea socio-cultural y económicamente, la que concurre a la Unidad de Urgencia del Hospital de Clínicas de la UFMG.
- En las representaciones sociales, el Hospital de Clínicas de la UFMG es actualmente considerado referencia de salud en la ciudad de Belo Horizonte y en todo el estado de Minas Gerais.
- Un dispositivo apropiado para alojar las urgencias creará las condiciones para la resolución de las mismas y para la instalación de un tratamiento.

### **Objetivos planteados:**

El objetivo general fue: caracterizar a la población que concurre a la Unidad de Urgencias del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais.

Siendo los objetivos específicos:

- Caracterizar a los pacientes que asisten a la unidad de urgencias desde los aspectos sociológicos en juego (edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, lugar de residencia).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la unidad de urgencias desde los aspectos familiares (familia de origen, familia constituida, convivencia).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la unidad de urgencias 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 unidad de urgencias desde los aspectos que hacen a la elección del hospital (si lo trajeron, si es por geografía, si es por confianza en algún profesional, si es por confianza en la institución, *si es por confianza en la universidad*).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la unidad de urgencias desde los aspectos que hacen a las variables del diagnóstico presuntivo (psicoanálisis y del CIE-10).
- Caracterizar a los pacientes que asisten a la unidad de urgencias desde los aspectos que hacen a la conclusión de la urgencia (derivación a *consultorios ambulatorios* del hospital, internación, fuga, traslado, fallecimiento o alta).

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

Que la población sería de pacientes adultos, de ambos sexos, mayores de 18 años que consulten entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2008 en la unidad de urgencias clínicas del HC/UFGM.

### **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 el que llega a la consulta, posibilidad de hacer un relato, posibilidad de localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia, posibilidad de formular hipótesis, modo de elección del hospital.



El análisis de estos resultados permitirá localizar la subjetivación o no de la urgencia, más allá de los fenómenos sintomáticos observables.

### **Construcción del instrumento**

La construcción del instrumento tomó las siguientes formas: se diseñó un protocolo que sería completado por el profesional a cargo de la admisión. El profesional a cargo de la consulta de urgencia de cada hospital realiza la entrevista de admisión habitual en la urgencia, según la normativa del hospital y luego completa la ficha de admisión que forma parte de este protocolo, reuniendo los datos cuantitativos epidemiológicos que se hayan obtenido.

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

### **Desarrollo del plan de trabajo**

Se han reunido los datos previstos de los 134 pacientes que consultaron en el servicio de urgencias del Pronto Socorro del Hospital de Clínicas de la UFMG, entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2008.

### **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**

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 70% de mujeres y un 30 % de hombres, situación que era esperable dada la prevalencia de consultas de mujeres en los Servicios de Salud Mental.

Las consultas en urgencias se distribuyen de manera similar en los distintos rangos de edad, habiendo una mayor frecuencia de consultas en pacientes de 76 años o más (23%). El 62% de las consultas fueron de

pacientes de entre 15 y 55 años de edad. El menor porcentaje se da entre los 56 y los 75 años (15%) .

En cuanto al nivel ocupacional surgen datos interesantes, ya que del total de la muestra el 48% no trabaja. Del total de la muestra sólo el 37% tiene trabajo estable, y un 15% no trabaja desde hace más de un año.

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

### **Perfil Familiar**

El 87 % de quienes consultan están en convivencia y el 10% vive solo. Del total de la muestra, el 44% está casado, el 31% son solteros, un 9% está separado y el 6% de los sujetos ha enviudado.

El 65% de los pacientes tiene hijos, mientras que el 33% no. Del total de quienes consultan, el 49% tienen entre 1 y 3 hijos, mientras que el 18% tienen más de 4 hijos.

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

### **Perfil Subjetivo**

En relación al perfil subjetivo surgen datos significativos: existe un 95% 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 (29% y 76% respectivamente). Es decir, sólo el 80% de los que pueden relatar lo que les ocurre logran localizar la aparición de la urgencia, asimismo, sólo el 30.5% de los que arman dicho relato pueden realizar una hipótesis sobre la causa. Por lo tanto, podríamos inferir que la intervención analítica tendría que apuntar a que el paciente pueda, 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**

La gran mayoría de los pacientes (53%) concurrió al Hospital por confianza en la institución y/o en los profesionales (49% y 4%

respectivamente). Un 13 % fue traído al hospital y sólo el 1% consulto por cercanía geográfica. Un 23% de los pacientes llegó por derivación.

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

### **Diagnóstico presuntivo**

El diagnóstico desde la perspectiva del psicoanálisis nos indica un 82% de pacientes presumiblemente neuróticos y un 15 % 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 de la décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE - 10)<sup>2</sup> los trastornos de mayor frecuencia son: 22% reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación, 20% episodio depresivo, 16% trastorno mixto ansioso-depresivo y 13% trastorno de ansiedad generalizado, presentándose sólo un 3% de trastornos de ideas delirantes persistentes. El resto de las modalidades clínicas que se han presentado son menores al 5%.

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 CIE-10. 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 CIE- 10 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 de dicho manual, es decir, que una misma persona puede tener varios diagnósticos a la vez, no así en la perspectiva del psicoanálisis.

El 6º objetivo se cumplió, caracterizándose el modo en que la urgencia concluye entendida como la decisión de salida del dispositivo.

### **Conclusión de la Urgencia**

El 38 % se va por alta. El 19 % permanece internado en la institución y un 4% es derivado para internación en otra institución. El 10 %de los

---

<sup>2</sup> La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

pacientes es derivado a Consultorios externos del hospital mientras que el 13% es derivado a otras instituciones de salud para tratamiento.

## Conclusiones

Concluimos entonces que el perfil de la población que concurre al servicio de urgencias del Hospital de clínicas de Minas Gerais tiene las siguientes características:

El 70% son mujeres; comprendidos en un rango de edad de 76 años o más en un 31%. Un 87% está en convivencia.

El 75% de los pacientes llega a la consulta acompañado.

El 95% de los consultantes puede relatar lo que le ocurre, en tanto el 76% logra localizar la aparición de la urgencia, y el 29% 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 puede localizar la aparición de la urgencia, solamente el 38.1% pueden realizar hipótesis, ya sea con dificultad o sin ella. Entonces, la mayoría de los pacientes que pueden localizar un acontecimiento ligado a la aparición de la urgencia no puede formular una hipótesis al respecto. Inferimos que tal dificultad está relacionada con la imposibilidad estructural del Servicio en favorecer la continuación del tratamiento, más allá de la entrevista de admisión a la urgencia.

La gran mayoría de los pacientes (53%) concurrió al servicio de urgencias “por confianza” al Hospital. Esto nos permitiría decir que lo hacen con una “transferencia imaginaria”<sup>3</sup>.

El diagnóstico presuntivo realizado bajo el marco teórico psicoanalítico muestra que no existen consultas de urgencia con estructura perversa. Un 15% de quienes consultan recibieron como diagnóstico presuntivo el de psicosis.

---

<sup>3</sup> Entendemos por “transferencia imaginaria” a la depositación de saber que realiza el paciente en la institución o en un profesional

En relación al diagnóstico presuntivo realizado con el CIE- 10 observamos una fuerte prevalencia de consultas referidas al par ansiedad-depresión (en total un 55,75%).

Ahora bien, si comparamos los dos cuadros referidos al diagnóstico presuntivo (desde psicoanálisis y CIE- 10) resalta que el diagnóstico de psicosis desde el punto de vista psicoanalítico (15%) no se ve reflejado en el cuadro de CIE- 10, ya que si sumamos, los diagnósticos de: esquizofrenias, trastorno de ideas delirantes persistentes, trastorno psicótico agudo y trastorno bipolar da un 5,75%, 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 “episodio depresivo”, “trastorno de ansiedad generalizado” y “trastorno mixto ansioso- depresivo” desde el CIE- 10 tienen una estructura psicótica.

El dispositivo clásico de guardia, contempla la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas.

La Unidad de Urgencias Clínicas del HC/UFGM llegó a recibir, en agosto, septiembre y octubre de 2008, 3.000 pacientes por mes. La demanda parece infinita, e incluso avasalladora<sup>4</sup>. En este contexto, el trauma como acontecimiento tiende a aplacar el trauma como proceso. El impacto de las metas estadísticas tiende a obstaculizar la dirección del tratamiento, que visa el pasaje de la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva.

Es sobre la modalidad de una demanda convulsiva que el discurso del amo contemporáneo produce una llamada a la urgencia, que es suturada por la presencia de la oferta insidiosa y agotadora de “a todo cuidar y en todo intervenir”. El discurso del cuidado implementado por la democracia hace valer un Sistema Único de Salud, centrándose en el individuo, en el ciudadano, pero sin tocar el sujeto. Este principio democrático de igualdad (*tous pareils*), no distingue la singularidad, sino que prefiere enfatizar el traumatismo generalizado y sus medidas normativas y protocolarias, a través de la implementación de programas homogéneos de cuidados y prevención.

---

<sup>4</sup> En cuanto a este punto, la noción de “demanda convulsiva”, a la que se refiere Miller en la lección 11 del curso *El Otro que no existe y sus comités de ética* (1996-97), gana todo su alcance.

Además se observa que llegan a la Unidad de Urgencias sujetos en quienes son notorios los efectos forclusivos, lo que nos sugiere algo de performativo, ya que no toman distancia en lo que concierne a sus dichos. Se toman en el lenguaje en una vertiente más cercana a la psicosis. Lo que sugiere ese matiz performativo es que con relación a esos enunciados, dichos sujetos describen determinada acción, pero no se localizan en cuanto al acto. ¿Cómo escuchar estos enunciados? Se observa una ruptura de sentido, y un agujero en el saber. ¿Cómo operar en rodamientos, encajes, desencajes y re-encajes (MILLER, 2003) teniendo en cuenta el horizonte de pocas entrevistas y, a menudo, de un único encuentro con el paciente?

El dispositivo que se ofrece a través del concepto de “Urgencias Subjetivas” en el Hospital de Clínicas de Minas Gerais, 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 necesarias para que se produzca algún movimiento de subjetivación de la urgencia, es decir hasta alcanzar el momento de concluir. 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.

Nota sobre la dispersión y el dispositivo: mediante la participación en la investigación, la traducción y la aplicación de un protocolo, y la consolidación de un dispositivo de admisión a la urgencia, se descubrió la posibilidad de subvertir la función usual del protocolo y de los dispositivos. Operarlos no al servicio de la cifra y de la normalización, de la homogeneización o la adaptación, sino al servicio de lo que hace deconsistir el propio protocolo, siguiendo el camino de lo que hay de singular en lo que irrumpe y excede, en lo que se hurta a la programación.

Se puede decir que el uso del protocolo ha funcionado, él mismo, como un dispositivo ordenador en un lugar que es “tierra de nadie”<sup>5</sup>, si se entiende por dispositivo:

una red de relaciones que pueden establecerse entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, lo dicho y lo no dicho... el dispositivo en sí mismo es el vínculo que se establece entre estos elementos heterogéneos... se trata de una formación que, en un momento dado, tiene la función de responder a una urgencia... de esta manera tiene una naturaleza esencialmente

---

<sup>5</sup> “Tierra de nadie” es la designación usualmente dada a la Unidad de Urgencias, por profesionales de otros sectores del hospital. Se puede inferir que esa designación apunte hacia el lugar que la Unidad de Urgencias ocupa en el imaginario de los trabajadores del Hospital de Clínicas.

estratégica” (FOUCAULT, 1977, p. X)

... no sin hacer de lo que hay de “ingobernable” en la estructura misma del dispositivo (AGAMBEN, 2007), su causa.

La subversión de la función usual de los protocolos<sup>6</sup> camina, por tanto, hacia la crítica hecha por Canguilhem al momento en que, dictadas las normas de verdad por el discurso científico, la categoría de verdad es invalidada en beneficio de las rutinas científicas, que a su vez, pasan a determinar el sentido de lo ‘normal’ (LE BLANC, 2004).

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 Urgencias del Hospital de Clínicas de Minas Gerais propone que la institución adapte sus reglas para alojar la urgencia que en la singularidad de cada caso, tal como señala Sotelo (2010), se presenta como sufrimiento incomprensible e insoportable para quien lo padece, y al que no puede encontrarle sentido alguno. 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.

La dificultad inicial de continuar el tratamiento de la urgencia en el contexto del Pronto-Socorro, ha dado lugar a la creación de un nuevo dispositivo de atención. En este nuevo dispositivo el profesional continúa dando seguimiento a los pacientes admitidos por él en el Pronto Socorro, después de su traslado a otras unidades del hospital, donde también continuará el tratamiento de la enfermedad orgánica.

Por lo tanto, la participación en la investigación, además de la ganancia epistémica enorme, tuvo importantes consecuencias para la organización misma del trabajo de admisión y tratamiento de las urgencias subjetivas en el Pronto Socorro del HC-UFG.

---

<sup>6</sup> Es posible leer, en esta perspectiva, el comentario de Miller en su seminario “La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica”, en la p.13: “Hay un equívoco relativo al término *protocolo*, que es a la vez la formulación de una etiqueta ceremonial, pero también el conjunto de reglas que determinan la excusión de una experiencia de la que se puede esperar el acceso a un real; sería pasar del protocolo ceremonial al protocolo de experiencia.

## Referências

AGAMBEN, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. (p. 50). Paris: Payot & Rivages.

BARROS, R. (2008). A urgência subjetiva. *In: R. BARROS. Urgência sem emergência?* (pp. 49-69). Rio de Janeiro: Subversos.

BELAGA, G. (2004). Presentación. *In: G. BELAGA. La urgencia generalizada: la práctica en el hospital.* (pp. 11-19). Buenos Aires: Grama.

BELAGA, G. (2006). Urgências subjetivas: teoria y clinica. *In: G. BELAGA. Logos 4.* (pp. 69-138). Buenos Aires: Grama.

CANGUILHEM, G. (1966). *Le normal et le pathologique.* (p. 59). Paris: PUF.

FOUCAULT, M. (1977). Le jeu de Michel Foucault. *Ornicar? Bulletin périodique du champ freudien*, (10), 62-93.

LAURENT, E. (2004a). Hijos del trauma. *In: E. LAURENT. La urgencia generalizada: la práctica en el hospital.* (p. 28). Buenos Aires: Gramma.

LAURENT, E. (2004b). O trauma ao avesso. *Papéis de Psicanálise*, 1 (1), 21-28.

LACAN, J. (2005). *O seminário, livro 10: A angústia.* (p. 178). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1962/1963).

LE BLANC, G. (2004). *Canguilhem y las normas.* Buenos Aires: Nueva Visión.

MACÊDO, L. (2008). Da suposição à invenção: o sujeito suposto saber na clínica das urgências subjetivas. *Curinga*, (27).

MILLER, J.-A. et al. (2003). *La psicosis ordinaria.* Buenos Aires: Paidós.

SELDES, R. (2008). Pausa: uma porta para a subjetividade hoje. *In: R. SELDES. Urgência sem emergência?* (pp. 100-103). Rio de Janeiro: Subversos.

SOTELO, I. (2009). Que hace un psicoanalista en la urgencia? *In: I. SOTELO. Perspectivas de la clínica de la urgencia.* (pp. 23-30). Buenos Aires: Grama.

SOTELO, I. (2010). *Psicopatología y Psicoanálisis, Una apuesta a la singularidad.* JCE Ediciones. Buenos Aires, Argentina.