

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental.

Sotelo, María Inés.

Cita:

Sotelo, María Inés (2011). *Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/873>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/9AO>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LA URGENCIA EN SALUD MENTAL

Sotelo, María Inés

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Este trabajo se enmarca en el Proyecto UBACyT 2010-2012: "Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el Hospital Público". Los dispositivos para tratar urgencias han variado a lo largo del tiempo. Su diseño, en tanto espacios privilegiados para alojarlas, guarda estrecha relación con el paradigma que los sostiene. En este trabajo se realizará un recorrido a lo largo de la historia de la salud pública en nuestro país, localizando los diferentes modelos de alojamiento, abordaje y tratamiento de la urgencia. Se observará que los mismos guardan relación con la época así como con el concepto de salud, enfermedad, subjetividad, tratamiento y cura en la urgencia. Se describirán los modelos de asistencia vigentes en el hospital público: el de la guardia tradicional, inspirados en el paradigma médico, y los nuevos dispositivos, fundamentados en la teoría psicoanalítica en los que la resolución de la misma se produce a lo largo de un proceso que culmina cuando el sujeto se responsabiliza de su síntoma y del tratamiento que estará dispuesto a darle. Finalmente se propone entonces, para las investigaciones futuras y en curso, determinar la eficacia de los dispositivos actuales según las presentaciones clínicas con las que el Siglo XXI nos desafía.

Palabras clave

Urgencia Dispositivos Psicoanálisis Hospital

ABSTRACT

MENTAL HEALTH URGENCIES CARE DEVICES

This paper derives from the UBACyT 2010-2012 investigation "Psychoanalytic therapy projects in public hospitals" The devices to treat urgencies have changed throughout time. Their design, as a privilege place to board them, has a close relation with the paradigm that sustains them. This work goes through the history of public health in our country, locating the different models of boarding and treating urgencies. It will be observed that these are related to the time, and also with the conceptualization of health, disease, subjectivity, treatment and cure in the urgency. The current models of assistance in public hospitals will be described: the traditional ER, inspired in the medical paradigm, and new devices base on the psychoanalytic theory, in which the resolution of the urgency occurs along a process that ends when the subject takes responsibility for its symptoms and of the treatment that is disposed to give to it. Finally, the objective, for actual and future investigations, is to determine the effectiveness of current devices with the clinical presentations with which the XXI century defied us.

Key words

Urgency Devices Psychoanalysis Hospital

La consulta de urgencia

Definimos como consulta de urgencia a aquella que se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimiento requiere atención inmediata, imprimiéndole desde el psicoanálisis el estatuto de subjetiva en tanto compromete al sujeto, quien tendría una percepción íntima de que ese sufrimiento le concierne, más allá de la opinión del profesional acerca de la gravedad del caso.

Para la medicina la urgencia se define como la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia, por lo cual es necesaria la intervención y el diagnóstico médicos.

La emergencia, en cambio, es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Una emergencia médica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición, si no se toman medidas inmediatas.

Para la psiquiatría en particular, la urgencia se define como "la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata" (Sánchez, E. 2001) Estos trastornos, manifestaciones de una alteración psicológica aguda, pueden implicar riesgo para sí o para terceros y suelen evidenciar un comportamiento profundamente desorganizado, tal como ocurre en algunas psicosis. (Sánchez, E. 2001)

Según el Tratado de psiquiatría de Henry Ey, la urgencia psiquiátrica suele presentarse como crisis aguda emergente. "Las urgencias psiquiátricas vienen representadas sobre todo por crisis agudas emergentes de situaciones psicóticas o neuróticas muy diversas." (Ey, H., et al. 1978 [1965])

En la actualidad la psiquiatría hablará de trastorno mental, entendido como la acción o el efecto de trastornar, invirtiéndose el orden regular de algo o perturbándose el sentido o la conducta de alguien. Esto implica que existiría una conducta, un afecto y un pensamiento normales, a los que se contrapondría uno trastornado, que deberá ser tratado con el objetivo que se normalice. Por lo tanto el trastorno es una manifestación, una apreciación fenomenológica de aquello de lo que el individuo padece. Aunque desde esta perspectiva, al tomarse en cuenta los aspectos conductuales, es en muchos casos el otro (familia, sociedad) quien padece la conducta sin que sea considerada, necesariamente, la implicación por parte del paciente.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, por su parte, en

el Hospital de Ste. Anne, el Dr. Jacques Lacan afirmará que la urgencia es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte. (Leguil, F. 1987). Por su parte Sigmund Freud hablará de quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría (Sotelo, I. C. 2005) cuando se ha roto el equilibrio que sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares. Ruptura que guía al sujeto por diversos caminos: desde la inhibición, mutismo o aislamiento a la impulsividad, que pueden conducirlos a actos desesperados que podrían poner en riesgo su vida o la de otros.

La urgencia se manifiesta en una variada presentación sintomática: angustias, miedos, fobias, insomnio, pesadillas, oscilaciones bruscas del estado de ánimo, irritabilidad, ausencias, amnesia, pérdida de referencias y en casos más graves desencadenamiento o desestabilización psicótica. (Sotelo, I. C. 2005)

La urgencia en la época

Los diversos momentos de la historia de la humanidad están marcados por acontecimientos cruciales que marcan sus inicios y finales. Si, la época actual, el Siglo XXI encuentra a la sociedad atravesada por el vértigo, la prisa, la inseguridad, el miedo, la dificultad en los lazos sociales, como signo de los tiempos y éste es también signo de esa marca en la subjetividad singular, será necesario establecer de qué modo influye esta realidad social en el campo de la Salud Mental.

La urgencia tiene distintas dimensiones tal como los acontecimientos trágicos lo indican: las ligadas a la gravedad del caso: salir vivo del lugar, curarse las heridas, recuperar el equilibrio en el cuerpo; las urgencias de orden social y jurídico: “¿qué derechos se tienen?” “¿Quién se hará responsable de lo acontecido según la ley?”; y la dimensión psíquica de la urgencia: aquella que no necesariamente aparece en forma inmediata y que está vinculada con la forma particular en que el espanto alcanzó a cada persona, una por una.

Como contrapartida se encuentra la aspiración de la ciencia que “en tanto que descripción programada de cada objeto de estudio -desde la programación genética hasta la programación del entorno, pasando por el cálculo cada vez más preciso de los riesgos posibles-, hace existir una causalidad programada. A medida en que esta causalidad es recibida, surge el escándalo del trauma que, él, escapa a toda programación”. “Todo lo que no es programable deviene trauma” (Laurent, E. 2009) El estatuto de lo traumático no está dado por la dimensión fenoménica de un hecho que decide acerca de una vivencia, sino por la cualidad que puede tener de impactar sorpresivamente de manera singular en la subjetividad.

Así, se arriba a definiciones que propician la consideración de una nueva clínica producto de la ampliación del fenómeno traumático. La “urgencia generalizada” (Belaga, G. 2005), habla de un traumatismo, tanto en nivel de lo colectivo como en el de lo singular, donde se encuentra una impotencia del discurso a la hora de leer el

acontecimiento.

Es entonces que el psicoanalista, además de acompañar y conducir muchas veces hacia estas intervenciones de emergencia, frente a la prisa por concluir con el sufrimiento, introduce un tiempo para comprender; propone una pausa que le permita al paciente hacer suyo este sufrimiento. (Sotelo, I. C. 2005)

Estos acontecimientos exteriores así como la irrupción sintomática que aparecen como extraños comienzan a subjetivarse; aparecen las preguntas propias en relación a lo acontecido: el ahogo, típico de la sintomatología de la angustia, comienza a ligarse con otras experiencias de ahogo en la vida. La culpa aparece en cada uno con su particularidad: haber participado, no haber hecho lo suficiente, haber salvado la propia vida... la lista es interminable y en cada sujeto surgirán sus propios interrogantes, sus propias angustias, sus propias asociaciones en las que se enlazan las dos dimensiones de lo traumático.

Las urgencias que irrumpen en la vida de un sujeto, podrán entonces ser alojadas en tanto haya quien acuse recibo mediante un dispositivo adecuado para darle un tratamiento eficaz.

Antecedentes de los dispositivos para alojar las urgencias. Un poco de historia.

El diseño de los dispositivos de guardia, espacios privilegiados para alojar las urgencias, guarda estrecha relación con el paradigma que los sostiene.

En este trabajo se realizará un recorrido a lo largo de la historia de la salud pública en nuestro país, localizando los diferentes modelos de alojamiento, abordaje y tratamiento de la urgencia. Se observará que los mismos guardan relación con la época, y con el concepto de salud, enfermedad, subjetividad, tratamiento y cura en la urgencia.

En América del Sur, desde antes de la llegada de los españoles se realizaban prácticas sanadoras a los enfermos mentales. Eran conocidas por los nativos que poblaban lo que más tarde sería Argentina, varias afecciones mentales y distintas prácticas curativas. “En cuanto a la locura y su tratamiento, a la analogía entre quichuas, guaraníes y araucanos, fue muy acentuada; en los tres grupos era atribuida a causas sobrenaturales y curada mediante prácticas de hechicería” “El vocabulario quichua posee numerosos términos que denominan las diversas formas de locura, distinguiendo perfectamente la susceptible de la expansiva, la melancólica de la furiosa, la espantadiza de la impulsiva, la embriaguez alcohólica, el desmayo, el delirio, la disparetería” las curaciones eran llevadas a cabo por hechiceros, brujos y curanderos. Estos últimos eran herbolarios y no usaban artes sobrenaturales que estaban reservadas para los primeros. (Ingenieros, J. 1957 [1919])

Con la colonización, estas prácticas se mezclaron, en especial con la religión católica. “El contacto con los españoles no suprimió la brujería entre los indígenas. En vano lucharon contra ella los obispos y gobernadores, muchas veces con severidad sobrada; lo único que ocu-

rió fue la desfiguración de las supersticiones indígenas por la nomenclatura del santoral católico, llegando con frecuencia a contagiarse de ella no pocos españoles” (Ingenieros, J. 1957 [1919])

En esta época la curación estaba en manos de la iglesia y la atención era dada en la vivienda del enfermo. Si bien desde la fundación de Buenos Aires había hospitales, eran tan precarios que nadie se atendía allí.

El primer hospital fundado en Buenos Aires fue el Hospital de San Martín en 1605, pero su construcción no se llevó a cabo hasta 1611. Allí no había médico, ni botica, ni enfermeros y debido a esto, tampoco había pacientes. En esta casa vivía un mayordomo que se encargaba tanto de la atención de algún posible enfermo como del mantenimiento del lugar y de la capilla.

Con respecto a la atención de afecciones mentales, estas no se llevaban a cabo en las viviendas por la imposibilidad de tenerlos allí. “En la primera época la asistencia de los alienados blancos se efectuaba en las celdas de los conventos; los indios y negros que se enloquecían eran secuestrados en las celdas de los cabildos, si antes no los ejecutaba la inquisición. Solo en época posterior se formaron *loqueros* en los hospitales, siendo muy raro que en ellos se recluyeran españoles. La relativa escasez de población de los núcleos urbanos hacía innecesaria la fundación de Casas de Orates; durante la época de la colonia no sabemos que hubiera ninguna en toda América” (Ingenieros, J. 1957 [1919])

Para 1779 sin embargo, los “convalecientes, incurables, locos y contagiosos” ocupaban dos ranchos apartados del edificio de este primer hospital. Los más tranquilos eran utilizados como sirvientes y enfermeros dentro del hospital. Los otros no recibían ningún tratamiento especial, mientras que los furiosos eran encerrados en una habitación con cepo y cadenas.

El 2 de Mayo de 1778 el Virrey creó el Protomedicato del Río de la Plata, aunque no entró en funciones hasta el 17 de agosto de 1780. El Protomedicato era una institución corporativa creada en España mucho antes del descubrimiento de América. “actuaba a través de tres funciones: a) dirigía la enseñanza en cuestiones de medicina, cirugía y farmacia; b) administraba justicia constituyendo un tribunal especial para castigar las faltas y excesos cometidos por los facultativos así como persecución de curanderos; c) fijaba aranceles para exámenes y visitas de boticas.” (Tobar, F. 2001) El protomedicato funcionó hasta 1822 cuando se creó la ley de arreglo de la medicina.

“Fue Rivadavia quien operó una paulatina estatización de los hospitales. (...) estableció el 11 de septiembre de 1815 un reglamento de hospitales expropiando los hospitales religiosos y comunitarios y estableciendo juntas hospitalarias. El segundo paso lo estableció con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822. En la misma se establecen criterios para nombramiento de los médicos. Aparece entonces la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas.” (Tobar, F. 2001) José Ingenieros relata que se planificó en ese entonces la creación

de una Casa de Orates y un asilo de crónicos e incurables, lo que no se pudo llevar a cabo hasta 1852, con la caída de Rosas. En 1954 se inaugura el primer hospicio de mujeres conocido en ese entonces como *La Convalecencia*. En esa época la asistencia de las alienadas estaba en manos de las religiosas: “los médicos pasaban visita y el resto del día quedaban las religiosas a cargo de la casa, siendo ellas las que resolvían sobre las medidas de coacción a aplicarse en los casos de urgencia” (Ingenieros, J. 1957 [1919]) En 1880 la convalecencia se nacionaliza y cambia su nombre por “Hospital de Alienadas”. En la actualidad es el hospital “Dr. Braulio Moyano”.

En 1859 se demarcaron dentro del terreno de *La Convalecencia* aquellos que serían destinados para el hospicio de hombres, que no se inauguró hasta 1863 con el nombre de *Hospital de San Buenaventura*. En este hospital “el médico asistía todos los días al hospital y así se retiraba, para no volver hasta el día siguiente, la mayor parte de los empleados hacían otro tanto. Por las noches cerraban con llave las puertas de las habitaciones, dejando dentro a los alienados y se retiraban a sus casas, procurando llegar al Hospicio antes de la venida del médico. Es duro decir que la asistencia médica no era posible. En tal situación las prescripciones del médico estaban demás, puesto que no quedaba ningún empleado o enfermero para llenarlas.” (Meléndez, L.; Coni, E. R. 1880) En 1873 el hospital pasó a llamarse Hospicio de las Mercedes, y en la actualidad se lo conoce como “Hospital neuropsiquiátrico J. T. Borda”. En 1882 se llevaron adelante obras para el ensanche del establecimiento, entre las cuales se incluía una pieza para un guardia: “Los dormitorios están dispuestos alrededor de los patios agrupados de modo que una misma guardia puede hacer la vigilancia de dos o tres dormitorios a la vez, teniendo estos sus entradas al lado de la pieza del guardián” (Ingenieros, J. 1957 [1919]) El Hospicio de las Mercedes fue nacionalizado en 1905.

Pero el problema del hacinamiento de los asilados no se solucionaba con los ensanches del edificio, y por esto en 1879 el Dr. Meléndez, director del hospicio, presentó un proyecto para la creación de una colonia de alienados en las afueras de la ciudad. Esto mismo también se pidió desde el *Hospital de Alienadas*. “Así como el manicomio de mujeres buscaría su desahogo en la Quinta de Lomas, el de hombres lo encontró en la Colonia de Lujan” (Ingenieros, J. 1957 [1919]) Esta se inauguró en 1901 con un sistema de puertas abiertas y organizada para el trabajo agrícola de los enfermos. Actualmente se la conoce como “Open Door”.

El Asilo- Quinta de Lomas abrió sus puertas en 1908, pero unos años más tarde sus pacientes fueron trasladadas al asilo mixto de Oliva inaugurado en 1914.

Entre fines del siglo XIX y principio del XX se inauguraron varios asilos o colonias psiquiátricas, entre las que se destacan la Colonia Melchor Romero en 1884, el Hospital de Alienados de Córdoba en 1888, el Asilo-Colonia Mixta de Retardados en 1918 (hoy conocido como Colonia Montes de Oca).

Desde la segunda mitad del siglo XIX, cambian las antiguas concepciones de la locura. La locura se transforma primero en una enfermedad y el enfermo mental pasa a ser un objeto de la medicina. Luego, hacia fines de siglo XIX aparece la criminología con una nueva cualidad de la locura: la peligrosidad. Se pasa así de la intervención exclusivamente dentro de los asilos al espacio social urbano, particularmente a la marginalidad. Mas tarde prevalecen las concepciones de la higiene mental. "La locura es ya un desajuste mínimo en el campo de la conducta cotidiana. Nuevo desplazamiento entonces, de la marginalidad a la familia, el trabajo, la escuela, la vida comunitaria." (Vezzetti, H. 1985)

Con respecto a la creación del dispositivo de guardia, desde la fundación de la Convalecencia y el hospicio Buenaventura los médicos hacían visitas a los pacientes durante el día. Por las noches quedaban a cargo religiosas en el hospital de mujeres, y no había nadie más que los enfermos en el de hombres. En 1880, cuando se amplió el Hospicio, se incorporaron guardias que vigilaban por la noche las habitaciones de los pacientes allí internados. "Por esa época comienza cierta tradición entre los directores: vivir en el establecimiento; a la vez un celo excesivo y un ritual contra la huida." (Vezzetti, H. 1985) Podría pensarse esta como una guardia incipiente, aunque aun dirigida hacia el interior del hospital.

Las guardias externas, orientadas a la atención de pacientes que llegan al hospital, fueron apareciendo progresivamente, primero de médicos y luego se incluyeron también psiquiatras.

En 1967 se sanciona la ley 17.132 del ejercicio de la medicina, la odontología y prácticas auxiliares, quedando la psicología englobada dentro de estas últimas.

El psicólogo se incluye a la guardia externa a partir de 1983 en algunos hospitales de Buenos Aires. Pero no es sino hasta el año 2008, con la ley 448, que es obligatorio la inclusión del psicólogo en la guardia de hospitales generales de la ciudad.

En la actualidad: dispositivos de guardia en salud mental en Servicios Públicos

Se han encontrado dos modelos de dispositivos de guardia de salud mental en hospitales generales públicos, en Argentina:

1- El de la guardia tradicional de resolución de la urgencia en 24

Este diseño está inspirado en el paradigma médico que entiende que el objetivo de la guardia será alcanzar la desaparición de los síntomas o su reducción máxima, ponderando fundamentalmente el riesgo y la peligrosidad para sí o para terceros.

Este modelo presenta algunas variantes:

a- Hospital sin psiquiatra ni psicólogo de guardia. La urgencia es atendida por el clínico de guardia, se evalúa patología orgánica y en caso de detectarse patología psíquica se lo deriva a hospital psiquiátrico o a consultorios externos en Salud mental. La urgencia la resuelve el profesional en un plazo máximo de 24 hs por alta o derivación.

b- Hospital con psiquiatra de guardia: La urgencia con la presentación de síntomas psíquicos es atendida por el psiquiatra con intervenciones que apuntan a la remisión inmediata de síntomas, que de no ocurrir se decidirá la derivación a hospital psiquiátrico o a consultorios externos en Salud mental. La urgencia la resuelve el profesional en un plazo máximo de 24 hs por alta o derivación.

c- Hospital con psicólogo y psiquiatra de guardia: La urgencia con la presentación de síntomas psíquicos es atendida por el psiquiatra en forma conjunta con el psicólogo. La intervención prioritariamente farmacológica deja un espacio para la palabra. La urgencia la resuelve el profesional en un plazo máximo de 24 hs por alta o derivación a hospital psiquiátrico o a consultorios externos en Salud mental.

2- Nuevos dispositivos de resolución de la urgencia en un proceso

Este dispositivo está sostenido desde el paradigma psicoanalítico que entiende que el diagnóstico y tratamiento de la urgencia abarca en primer lugar la peligrosidad y riesgo, a la vez que la subjetivación de la urgencia, esto es el compromiso del sujeto con su padecer y con el tratamiento que estará dispuesto a darle.

Será un dispositivo de urgencias integrado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales. Se reciben las urgencias, se localizan las diversas dimensiones de la misma: social, familiar, judicial, del paciente. Se evalúa la peligrosidad para sí o para terceros, en tanto que de presentarse se decide la internación. Se toman la cantidad de entrevistas necesarias hasta que se verifica que en el paciente se ha producido alguna subjetivación de la urgencia, esto es: que el paciente pueda localizar algún sentido propio a lo que le ocurre y consentir a un tratamiento en caso de que fuera necesario.

Este proceso puede incluir varias entrevistas en el día o en la semana extendiéndose este tratamiento de la urgencia hasta 15 días

Conclusiones

Si las presentaciones clínicas toman nuevas formas acordes a la época, será necesario evaluar los dispositivos asistenciales actuales reformulando aquellos que no responden a las demandas actuales.

El recorrido por la historia y transformación de los dispositivos de guardia ha permitido localizar que ha sido necesario incorporar a lo largo del siglo XX, primero guardias en los hospitales, incluyendo psiquiatras y más adelante psicólogos, según las exigencias de la época.

En la actualidad se encuentran los modelos de guardia de 24 horas que se sostienen en el paradigma médico el cual entiende que la urgencia concluye con el alivio de los síntomas, garantizando la eficacia con la desaparición o alivio de los síntomas.

Los nuevos modelos, inspirados en el paradigma psicoanalítico, se ofrecen como un lugar de alojamiento de la urgencia para que la misma se despliegue. Ante el

sinsentido que arrasa con el sujeto, se ofrece un espacio y un tiempo para que comience a producirse algún sentido, que aunque destinado a perderse, posibilite subjetivar el sufrimiento y el tratamiento que estará dispuesto a darle.

Este trabajo sostiene la necesidad de interrogar acerca de la eficacia de los distintos dispositivos para alojar la urgencia en salud mental.

Desde la perspectiva del psicoanálisis la eficacia se vincula con los cambios de posición subjetiva que se verifican en la clínica y que tienen como consecuencia por añadidura, el alivio sintomático.

Es necesario establecer la eficacia de los dispositivos actuales de alojamiento de la urgencia, ya que como sostiene Laurent, "Es verdad que el psicoanálisis es una práctica eficaz y puede sostener esta posición en el siglo XXI - porque es verdad que en el siglo XXI si no se es eficaz no se tiene ningún lugar.

En las investigaciones en curso y futuras se podrá determinar la eficacia de los dispositivos actuales según las presentaciones clínicas con las que el Siglo XXI nos desafía.

BIBLIOGRAFÍA

Belaga, G. "La urgencia generalizada - las respuestas del psicoanálisis en las instituciones", en *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires. JCE Ediciones. 2005.

Ey, H., et al. (1965) "Septima Parte: Las urgencias psiquiátricas", en *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona. Editorial Masson. 1978.

Ingenieros, J. *La Locura en la Argentina*. 12. Buenos Aires. Elmer Editor. 1957.

Laurent, E. "El revés del trauma", en *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires. Editorial Grama. 2009.

Laurent, E. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. Tres Haches. 2000.

Leguil, F. "Reflexiones sobre la urgencia", en *La Urgencia. El psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Buenos Aires. Editorial Vergara. 1987.

Meléndez, L.; Coni, E. R. *Consideraciones sobre la estadística de la enajenación mental en la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires. Ed. Coni. 1880.

Sánchez, E. (2001) *Urgencias Psiquiátricas*. Medynet.com. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/urgencia%20psiquiatrica.htm>

Sotelo, I. C. *Tiempos de Urgencia. Estrategias del Sujeto, Estrategias del Analista*. Buenos Aires. JCE Ediciones. 2005.

Tobar, F. (2001) *Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina*. isalud. http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf

Vezzetti, H. *La Locura en la Argentina*. Buenos Aires. Paidós. 1985.