

## **Urgencias subjetivas que ingresan como intentos de suicidio al Sistema de Emergencias 911 de Salta, República Argentina<sup>1</sup>**

Carolina María Rojo<sup>2</sup>, Javier Mondada<sup>3</sup>, Eduardo Diedrich<sup>4</sup>, Diego Adán<sup>5</sup>,  
Silvina Wayar<sup>5</sup>, Luciana Francesia<sup>5</sup>, Matías Calderón<sup>5</sup>, Cecilia González de Cruz<sup>6</sup>

---

### **Resumen**

El objetivo de esta investigación fue describir las características de las personas que son atendidas por el Sistema de Emergencias 911 de Salta (SE 911) por intento de suicidio, y explorar las intervenciones posibles desde un encuadre psicoanalítico en un ámbito pre-hospitalario. La población de esta investigación abarcó a todas aquellas personas atendidas por intento de suicidio por el SE 911, entre diciembre 2012 y noviembre del 2013. La técnica empleada fue la entrevista individual y los descriptores investigados fueron: sociológicos, subjetivos, del contexto de transferencia, y de resolución de la urgencia. La investigación nos permite concluir, entre otras cosas, que las autolesiones no siempre buscan como salida la muerte, por lo que resulta erróneo tratar a estos pacientes con la premisa de que no quieren vivir. En todos los casos la angustia está presente, como lo que no se puede tramitar por la palabra y encuentra un modo de salida y alivio en el pasaje al acto. El factor desencadenante de la angustia en casi todos los casos es la ruptura del lazo amoroso, que deja a los sujetos sin un lugar en el Otro y por fuera del discurso. Asimismo el mayor número de casos atendidos es de adolescentes, no siendo ellos quienes piden asistencia sino un tercero.

**Palabras clave:** intento de suicidio - pasaje al acto - *acting out* - angustia - sujeto

---

Citar: Rojo, Carolina M. et al. «Urgencias subjetivas que ingresan como intentos de suicidio al Sistema de Emergencias 911 de Salta, República Argentina». *Cuadernos Universitarios* [Salta, Argentina], núm. 9, 2016: 101-119.

---

<sup>1</sup> El presente artículo es resultado del proyecto de investigación «Análisis de las urgencias subjetivas que ingresan como intentos de suicidio al Sistema de Emergencias 911 de Salta» (Consejo de Investigación, Universidad Católica de Salta (UCASAL), Resolución N° 524/10). Además de los autores del artículo, integraron el equipo de investigación: Marta Clotilde Pagano de Verde, Cristina Diez, María Pía Puló, Paula Cristo y Florencia Raya Lavín.

<sup>2</sup> Unidad Provincial de Gestión de RRHH, Calidad e Informática.

<sup>3</sup> Unidad de Psicología Laboral, Poder Judicial de la Provincia de Salta.

<sup>4</sup> Departamento de Sistemas, UCASAL.

<sup>5</sup> Servicio de Psicología, Sistema de Emergencias 911, Ministerio de Seguridad de la Provincia de Salta.

<sup>6</sup> Dirección de Vinculación Académica del Sistema de Educación a Distancia, UCASAL.

## Abstract

The aim of this research is to describe the characteristics of the people who try to commit suicide and are aided by the 911 Emergency System in Salta (SE 911) as well as to explore possible interventions from a psychoanalytic frame in a pre-hospital setting. The research population included all the people who attempted suicide that were assisted by SE 911 between December 2012 and November 2013. The technique used was the individual interview and the investigated descriptors were: sociological, subjective, context transfer and emergency handling. The investigation allows us to conclude, among other things, that self-harm does not always seek out death; thus, it is wrong to treat these patients on the premise that they do not want to live. In all the cases, anxiety is present as something that cannot be put into words and finds its way out or relief through action. The trigger for anguish in almost all the cases is the breaking of the bonds of love, which leaves patients without a place in the Other and out of speech. Moreover, the largest caseload is constituted by teenagers and assistance is not asked for by themselves but by a third party.

**Keywords:** attempted suicide - passage to the act - acting out - anguish - subject

---

## Introducción

Se vive en una época marcada por la urgencia y la inmediatez, en la que han desaparecido los intervalos, y la espera resulta insoportable. La velocidad de las imágenes, de las redes de comunicación, los objetos de la ciencia que se ofrecen en el mercado uno tras otro, son ejemplos de respuestas del orden de lo instantáneo, efectos de un capitalismo descarnado que deja a los sujetos cada vez más en posición de objetos, inmersos en una lógica de consumidores consumidos.

Hay una declinación del orden simbólico, de la palabra, que pone en evidencia que hoy hay cada vez más sujetos para los que, frente al encuentro con un acontecimiento traumático, el pasaje al acto/*acting out* resulta inminente, como una solución y alivio al sufrimiento que les resulta insoportable. Esto implica importantes consecuencias para la clínica.

El Sistema de Emergencias 911 de Salta (SE 911) también responde a la lógica de la época,

propone respuestas cada vez más veloces, gestiona, de forma ágil y efectiva, la atención de las llamadas de urgencias que signifiquen un atentado contra la salud, los bienes, los servicios y el ambiente. Para ello planifica y coordina las acciones de respuesta con las diferentes agencias y miembros del sistema, colaborando en la elaboración de estrategias de prevención con tecnología de punta, personal altamente calificado y comprometido éticamente.

Se trata de un sistema integrado principalmente por tres Agencias de primer nivel de respuesta: Policía, Sistema de Atención Médica para Emergencias y Catástrofes (SAMEC) y Servicio de Psicología; junto a ellos trabaja el área de Demanda Ciudadana, compuesta por operadores telefónicos que son quienes reciben las llamadas y derivan los incidentes a la o las agencias correspondientes.

Estas áreas trabajan físicamente en un mismo edificio. Policía y SAMEC funcionan como áreas de despacho ya que los recursos que se trasladan al lugar del incidente, tanto

las ambulancias como los móviles de la policía, se encuentran distribuidos por la ciudad, y son asignados a cada incidente por su proximidad, a fin de asegurar la mayor celeridad en el abordaje y la atención.

Todas las llamadas ingresantes al SE 911 son consideradas «incidentes» y son atendidas por un operador telefónico, que trabaja en el sector de «Demanda Ciudadana», desde donde se tipifican y derivan los incidentes a las áreas mencionadas. La tipificación es la herramienta del operador telefónico para clasificar las diversas llamadas que ingresan al SE 911 y derivar ese incidente al área correspondiente, de acuerdo con los procedimientos establecidos.

Para el Servicio de Psicología, trabajar en la atención de las urgencias dentro el SE 911, desde una perspectiva psicoanalítica, significó desde un principio articular las acciones con las otras agencias del SE 911, de acuerdo con los protocolos de la institución, pero sin descuidar que frente a la inmediatez que impone la urgencia, la orientación es que se instale una pausa que aloje al sujeto de la urgencia, se pospone la respuesta rápida y se propone un espacio en el que circula la palabra. Frente a la urgencia, allí donde el momento de comprender ha quedado suprimido, la orientación de la clínica psicoanalítica es entonces apelar a la reconstrucción de la cadena simbólica mediante la localización de algún significante que represente al sujeto.

Los practicantes de psicoanálisis reciben la llamada y deciden el tipo de intervención que conviene según el caso. Pueden realizar solo la atención telefónica o bien trasladarse al lugar del incidente, siempre en compañía de personal policial. Luego de esta primera intervención, en la que se evalúa el riesgo, y en algunos casos se obtiene un diagnóstico diferencial aproximado, el practicante funciona como lazo entre el sujeto y un Otro que aloje a la persona en riesgo; este Otro puede ser: la familia, una

institución del ámbito de la salud mental, o bien el mismo Servicio de Psicología.

En estos últimos casos el practicante continúa atendiendo al sujeto hasta tanto haya salido de la urgencia subjetiva. El tiempo de resolución de la urgencia es un tiempo específico para cada caso.

Las llamadas que ingresan al SE 911 de urgencias subjetivas se producen habitualmente como irrupción sintomática, un exceso de sufrimiento que resulta insoportable para el sujeto. Pueden presentarse con riesgo para sí o para terceros, y la demanda puede ser del propio sujeto, un familiar, el juez, un profesional de otra área de salud u otros.

En el caso de los intentos de suicidio, a través de una red operativa informática, el practicante del Servicio de Psicología del SE 911 recibe la información del incidente. Aquellos incidentes en los que la persona ya tiene un daño en el cuerpo, son urgencias médicas, urgencias objetivas, que son atendidas por SAMEC en primera instancia.

Como estos casos no son derivados ni atendidos por el Servicio de Psicología, surge la pregunta de qué sucede con estas personas después que son atendidas por SAMEC.

En una primera investigación sobre «Urgencias ciudadanas y la subjetividad de la época» (Rojo, 2009) se advirtió que aproximadamente el 50% de los casos ingresaba a la guardia de un hospital general, y el otro 50% quedaba en el domicilio, sin precisar más información respecto de qué había pasado con ese sujeto, y si había recibido un tratamiento psicológico, o sobre su malestar, más allá de lo estrictamente médico. Esta primera información llevó a formular las preguntas que impulsaron el presente trabajo de investigación.

El equipo de practicantes evaluó la posibilidad de realizar una re-llamada a estas personas, analizando y discutiendo acerca de las consecuencias que podría tener una acción de

esta naturaleza, y a fin de evitar que resultara invasivo, se consideró que una re-llamada ya era una primera intervención, que implicaba un tratamiento al caso, en la medida en que ya había un Otro que sancionara que allí hubo un llamado a descifrar.

Se entiende entonces que, a partir de que una persona llama al SE 911, hay una primera transferencia a la Institución para realizar una re-llamada con la finalidad, en primer término, de saber cómo se encontraba el paciente, y a partir de aquí construir una propuesta orientada a hacer surgir una demanda de otro orden, que hiciera posible al sujeto trabajar sobre su padecimiento y lo alejara de una posible repetición.

Surge entonces el interés por estudiar lo que sucede con los casos que son tipificados como «intentos de suicidio», para así obtener mejores y más pertinentes formas de atender y resolver las denominadas urgencias subjetivas.

De esta manera, se diseña una herramienta, un cuestionario, que es volcado en un protocolo a través del cual ubicar datos que resulten significativos para pensar las características de aquellos individuos que han tenido un intento de suicidio.

## Metodología

### Problema

¿Cuáles son las características de las personas que son atendidas por el SE 911 por intento de suicidio? ¿Cuáles son las intervenciones posibles desde un encuadre psicoanalítico en un ámbito prehospitalario?

### Objetivo

Describir las características de las personas que son atendidas por el SE 911 por intento de suicidio. Explorar las intervenciones posibles desde un encuadre psicoanalítico en un ámbito prehospitalario.

### Tipo de investigación

La presente investigación se ubica en una modalidad cualitativa, desde un paradigma interpretativo-comprensivo a través de un diseño de «estudio de caso», centrado esencialmente en el aspecto descriptivo.

La meta es describir la realidad de la situación que se investiga; se tiende más a la comprensión que a la generalización. Con esta metodología se consigue un acercamiento a las personas objeto de esta investigación, y se alcanza a observar la problemática desde una perspectiva más directa, lo que constituye el principal atractivo.

Esta metodología nos permite penetrar con un carácter riguroso y sistemático en los fenómenos del objeto a investigar, explorarlo, describirlo, y reflexionar sobre él para mostrar su complejidad.

Se recurre también a una modalidad cuantitativa, para facilitar el conocimiento de otros datos atinentes al tema que nos ocupa. Se trabaja entonces complementando los métodos, combinando ambos para enriquecer la interpretación, de forma que se pueda aprovechar lo mejor de cada enfoque, a fin de obtener una visión más global y aproximada a la realidad.

El estudio de casos es un análisis en profundidad de un sujeto valorado individualmente. En esta investigación se admite como un caso a un grupo reducido de sujetos considerado globalmente. El propósito consiste en indagar y describir los fenómenos que constituyen la unidad de observación, en vistas a establecer aproximaciones al conocimiento acerca de la población/muestra a la cual pertenece.

La muestra se constituyó como un muestreo intencionado; los investigadores decidieron criterios para integrarla. Los casos que se eligieron son aquellos que respondieron a la re-llamada y pudieron completar la información de los descriptores definidos en el cuestionario.

## Población

La población de la cual se extrajo la muestra estuvo comprendida por todos aquellos casos que fueron atendidos por SAMEC por intento de suicidio en el período de investigación, diciembre 2012 y noviembre del 2013 (N = 1164).

La muestra total sobre la que se trabajaron los descriptores es de 211 casos. Corresponde a todos aquellos en los que se logró completar el cuestionario, que fue el instrumento diseñado para la investigación, a través del cual se obtuvieron los datos.

## Técnica

La técnica ha sido la de la encuesta, con la aplicación de un cuestionario que reúne las características de una observación sistematizada; además se realizaron entrevistas estructuradas y abiertas.

## Procedimiento

Los casos de intento de suicidio se distribuyen diariamente entre los practicantes del Servicio de Psicología y se realizan las siguientes tareas para completar los descriptores de cada cuestionario y explorar las intervenciones posibles:

1. distribución entre los practicantes de los casos de intento de suicidio atendidos por SAMEC;
2. cada practicante realiza una lectura de cada caso asignado antes de hacer la re-llamada para tener un primer conocimiento;
3. realización de la re-llamada al alertante o a la persona en riesgo según figure en el reporte de SAMEC, con la finalidad de encontrar a la persona en riesgo y entrevistarla;
4. previamente se completa la planilla auxiliar para registrar los datos demográficos básicos;
5. si los datos obtenidos en la entrevista lo permiten, se completa el cuestionario; en caso contrario, queda un registro de lo ocurrido en

la planilla auxiliar. La condición para completar un cuestionario fue: tomar contacto con la persona en riesgo y que pudiera responder a todas las preguntas.

6. la persona entrevistada es derivada a otra institución para tratamiento, o continúa siendo atendida en el Servicio de Psicología cuando la persona en riesgo ha comenzado a construir algún lazo transferencial con el practicante con el que tuvo las entrevistas.

## Sobre el valor de la entrevista en esta investigación

La primera entrevista con el paciente fue telefónica, para luego citarlo a una entrevista personal, o más, en el servicio. Las posteriores a la instancia telefónica son tantas como el caso lo requiera. El protocolo se completa después de realizadas las entrevistas.

Tomar contacto con la persona que fue atendida por intento de suicidio tiene una doble finalidad: por un lado, la obtención de información acerca de los descriptores a explorar, y por otro una finalidad clínica, ya que otro propósito fue conocer cómo se encontraba la persona luego de la atención médica, y vincularla con una institución si no había iniciado tratamiento psicológico.

Este lazo a un espacio terapéutico solo es posible mediante estas entrevistas orientadas a la instalación de un tiempo lógico en el que la persona pueda comprender algo sobre su padecimiento y comenzar a perfilar una demanda de análisis. Asimismo este lazo cumple con una función preventiva, que lo aleje de una posible repetición.

La entrevista en el Servicio de Psicología significa un primer movimiento subjetivo por parte del paciente en el acto mismo de poner el cuerpo y llegar hasta el lugar de la entrevista. El tiempo entre la urgencia y la re-llamada no es mayor a una semana. Este tiempo entre ambos momentos resultó ser una pausa que operaba

positivamente, debido a que se ubicaba por fuera de la línea de la urgencia misma del acontecimiento, y a la vez devolvía a la persona que estuvo en riesgo, una respuesta a su acto y ofrecía alojar algo del sufrimiento que había producido su desencadenamiento.

## **Descriptor explorado**

### **Temporal**

Explora las franjas horarias y la distribución semanal del ingreso de incidentes de intento de suicidio al SE 911.

### **Transferencial**

Explora las diferentes modalidades de llegada que tiene la llamada de un alertante al SE 911, si solicita policía, psicólogo, ambulancia o únicamente pide asistencia.

### **Sociológicos**

Explora los datos personales de la persona que es atendida por intento de suicidio: edad, sexo, domicilio y zona de residencia, nivel educacional alcanzado y situación laboral.

### **Subjetivos**

Explora lo relativo a las circunstancias del intento, al modo de autolesión, si estuvo relacionado con el consumo de alguna sustancia y si hubo tentativas anteriores.

### **Finalización**

Explora el modo de resolución de la urgencia, dónde queda el paciente luego de la primera atención médica.

## **Resultados**

Del estudio estadístico pormenorizado de las características y del análisis de contenido del material textual que expresa cada sujeto en las entrevistas, se arriba a los siguientes resultados.

## **De los Descriptores:**

### **Contexto frecuencia temporal del incidente**

#### *Distribución horaria*

Se observa, en base al registro de los cuestionarios aplicados, que hay llamadas para informar incidentes vinculados a intento de suicidio presentes las 24 hs, de lunes a domingo. Estas se suceden con mayor frecuencia los fines de semana y en los horarios nocturnos. Se observa que no existe vinculación entre la franja horaria y la ocurrencia de los intentos de suicidio que ingresan al SE 911, más que la tendencia a que aumente el número de incidentes en los horarios y días mencionados.

### **Contexto transferencial**

En este descriptor se consideran las diferentes modalidades de llegada que tiene la llamada de un alertante al SE 911, ya que en el modo de demanda inicial se puede advertir el lugar que este le otorga al Servicio de Psicología.

Los incidentes tipificados como intento de suicidio son aquellos en los que un alertante, que es la persona que llama al SE 911, informa, por vía telefónica, autolesión de sí mismo o de un tercero, con intención de quitarse la vida.

Estos implican un daño en el cuerpo, o un riesgo (por ej., a la hora de ingesta de medicamentos cuyos efectos se desconocen), que requieren de una intervención y/o atención médica en el momento. Un 37% de la muestra solicitó ambulancia al momento de la llamada. Tal como lo enuncia la siguiente cita y con la intención de articular lo empírico con la teoría: «Frente al arrasamiento del Otro, la institución pública funciona como ordenador que regula y atempera», lo dice Marta Coronel (en Sotelo, 2009: 82). Este grupo de alertantes solicita la intervención del Otro de la medicina, en tanto aquel a quien ubican en el lugar de ver-



dad y de quien suponen un saber sobre su propia falta de referencia, para lograr el restablecimiento de la homeostasis del organismo, de la salud de cuerpo. El sujeto localiza la urgencia en el cuerpo, prioriza la vida y no solicita inicialmente intervenciones de otro tipo.

El 26% del total de las personas solicitó asistencia policial. En este caso el pedido estaría orientado también hacia la intervención del Otro, en tanto Otro de la ley, cuyo pedido puede entenderse como el restablecimiento de un orden, de un equilibrio que se ha perdido, o se encuentra en peligro de perderse. Aquí la urgencia está localizada en el plano de la conducta, en tanto se requiere presencia de un agente que limite la conducta, que organice y ordene la escena.

Por otra parte hubo un 31% que solicita ayuda sin especificar si quienes llaman necesitan la intervención de algunas de las áreas específicas; en tal caso, el operador telefónico, de acuerdo a la situación, activa las áreas de intervención correspondientes (policía, SAMEC, psicología). Si bien aquí la consulta es inespecífica respecto de las áreas o servicios del SE 911, aparece nuevamente el pedido de ayuda a un tercero,

en tanto que funciona como Otro ordenador de la situación de urgencia.

Solo el 6% realiza un pedido de ayuda dirigido a un profesional psicólogo. Se trata de aquellas personas que localizan ya una urgencia en el plano de la subjetividad, suponiendo que algo del orden de lo psicológico está en juego.

En los casos en los que intervino un servicio médico o personal policial, no hay un registro de lo que pueda haber sucedido sobre el desencadenamiento que lo llevó al intento de suicidio. Se busca la solución al incidente, no la apertura hacia la pregunta sobre la motivación de lo sucedido.

Es necesario detenerse aquí y entender lo que precipita un intento de suicidio para pensar su abordaje. Para ello apelamos a la teoría que nos orienta. Freud ya señalaba que existe una aparente falta de proporción entre un efecto y su causa: a saber, entre el intento de suicidio, y la última mortificación vivida que sirve de efecto precipitador:

No es la última mortificación, mínima en sí, lo que produce el ataque de llanto, el estallido de desesperación, el intento de

suicidio, con desprecio por el principio de proporcionalidad entre el efecto y la causa, sino que esta pequeña mortificación actual ha despertado y otorgado vigencia a los recuerdos de muchas otras mortificaciones, más tempranas e intensas, tras los cuales se esconde todavía el recuerdo de una mortificación grave, que se recibió en la niñez (Freud, 1896/1993: 215).

Hay algo que se pone en juego: los recuerdos de la historia del sujeto puestos en vigencia, resignificados, y que cobran nuevo valor. De tal manera, las mortificaciones recibidas en la temprana niñez, que no han sido resueltas, o bien, han hecho mella en el inconsciente del sujeto, y es aquel episodio vivido como mortificación actual lo que ha despertado y otorgado «vigencia» al trauma pretérito.

Se establece entonces que reacciones tales como el intento de suicidio, entre otras, responden a fenómenos proporcionales en intensidad, con recuerdos inconscientes de edades más tempranas, de carácter sexual.

También se destaca de esto que, frente a todo acto que podría nombrarse como suicida, responde una motivación profunda y anterior, que no tiene que ver únicamente con la última situación o acontecimiento desencadenante.

El rasgo singular del practicante del SE 911 es instalarse como un Otro, que busca darle un marco diferente a la urgencia. De esta manera, la urgencia es interpretada por el practicante como un mensaje, por parte del alertante, puesto a descifrar. A partir de ello se abre la necesidad de instalar un tiempo lógico, por fuera de la urgencia objetiva, en el que se ponga en juego un espacio discursivo, en el que los hechos que constituyen la urgencia tomen una nueva dimensión, vinculada a lo que Freud propone como la causa de los intentos de suicidio.

Se impone entonces la posibilidad de sugerir una pausa al sujeto y escuchar su histo-

ria, lo que él mismo puede armar y construir de ella. Por ello, desde el SE 911 se interviene en un momento posterior a la urgencia médica, proponiendo entrevistas a través del re-llamado que se realiza en los días posteriores al intento de suicidio. Estas entrevistas se encuadran en un procedimiento que se dio en llamar «seguimiento de intentos de suicidio» y cobran una función capital dentro del circuito del SE 911.

## Contexto sociológico

### *Edad*

La franja etaria que tiene mayor cantidad de registros de incidentes tipificados como intentos de suicidio es la que va de los 11 a 20 años, con el 40% del total de las encuestas; continua en el orden la franja inmediata superior, de 21 a 30 años, con el 25% del total. Sigue el rango etario que va de los 31 a 40 años, con el 13% del total; por último, la franja de 41 a 50 años, con el 11% del total. El restante 11% corresponde a otras edades no especificadas.

En el marco teórico que sustenta esta investigación, se entiende al intento de suicidio como modo de respuesta, enmarcado en una época en que la inexistencia del Otro y la caída de los semblantes dejan a los sujetos por fuera de los anclajes simbólicos, tal como refiere Miller en su libro *El Otro que no existe* (2005).

Se ubica aquí a la pubertad como un momento lógico en el que el pasaje al acto y el *acting out* son modos de respuesta frente al encuentro con lo real que emerge sin aviso. El texto *Despertar de la primavera*, escrito en 1891 por Benjamin Franklin Wedekind, pone en el tapete que hay algo de invariante en el surgimiento de este goce irreductible que se hace presente en este momento de la subjetividad; es decir, que hay un más allá de la época que da cuenta sobre este resto que emerge y pone en urgencia al sujeto. De este modo, lo



que varía es el tratamiento que recibe el goce de cada uno.

Por esto, en la actualidad, época en la que están pulverizados los semblantes que hacen posible mediatizar este goce, se encuentran formas clínicas que dan respuesta por fuera de lo simbólico, sin hacer uso de la palabra y de la posibilidad de construir un síntoma. Estos son los casos que se encuentran en el Servicio de Psicología del SE 911, con un marcado predominio en adolescentes y jóvenes.

### *Sexo*

De la muestra total, el 57% de los intentos corresponden a mujeres. En los grupos etarios donde la diferencia se acentúa son: de 31 a 40 años, donde el 81% son mujeres y el resto hombres; el otro grupo es de 51 a 60 años, donde el 76% son mujeres. Esto último indica que los intentos de suicidio son protagonizados en mayor medida por mujeres, y que a medida que sube el rango etario la diferencia por sexo se enfatiza. Se observa entonces que los recursos simbólicos de la mujer para hacer frente a los desafíos que se le presentan se vuelven insuficientes con el pasar del tiempo y esta se ve

más orientada a resolverlos por vía del acto. Los hombres de entre 31 y 40 años solo representan el 2% de la muestra, lo cual indica una disminución significativa de intentos de suicidio en hombres de esa edad. La única categoría en que los hombres se reportan en mayor cantidad es en la de 21 a 30 años, con un porcentaje de 5% de diferencia.

### *Ubicación geográfica, trabajo y estudios*

Para analizar este descriptor se han trazado como categorías las reconocidas por el gobierno de la Provincia de Salta: zona macrocentro, zonas residenciales, sectores medios (estos cuentan con todos los servicios, agua, luz, gas, etc.) por un lado, y por otro las zonas conocidas como villas de emergencia o asentamientos (sin los servicios arriba mencionados). Se ha observado que de los sectores medios proviene la mayor cantidad de intentos de suicidio, con el 56% del total. Otro dato significativo es que el 60% de los casos registrados son personas que no poseen trabajo; de ese porcentaje, el 90% se encuentran desocupados desde hace más de un año. De los que tie-



nen trabajo, solo el 50% posee una situación laboral que considera estable.

Se pudo observar también que solo el 40% de la población sobre la que se administró el cuestionario posee estudios académicos.

Este es un dato a considerar para posteriores investigaciones, debido a que es notable el elevado número de personas que han atravesado por situaciones de intento de suicidio, que se encuentran desocupadas o con inestabilidad laboral; y por otro lado, hay un índice significativo en relación a la finalización de los estudios académicos.

En cuanto a esta categoría, Freud señala en «Sobre las causas ocasionales de la Neurosis» (1912) que el concepto de salud se encuentra vinculado a la capacidad del sujeto de trabajar y amar. En este sentido ponía el acento en la capacidad de libidinizar actividades productivas como el trabajo. Y si bien no se puede deducir que el alto índice de falta de trabajo y educación en la muestra sean causas o efectos de un problema de salud, llama la atención.

A su vez, el mayor registro de incidentes está ubicado en la zona sudoeste de la ciudad,

donde se advierte la mayor concentración y crecimiento demográfico de la población salteña. Este sector se ha vuelto un conglomerado poblacional elevado, en el que muchas de las personas han quedado sin trabajo y sin escolaridad, lo que puede ubicarlos en un lugar de marginación y segregación respecto a las demás zonas geográficas y sectores sociales de la ciudad.

## Contexto Subjetivo

### *Relativo a las circunstancias del intento*

En este descriptor se identifica cuál es la situación de la persona en riesgo al momento de un intento de suicidio. Por un lado esta información sirve para localizar si el punto de urgencia puede estar relacionado con algún aspecto del lazo familiar o de pareja, y además orientar sobre la función de un tercero frente al acto.

Un porcentaje que corresponde al 74% del total de los encuestados responde que la persona en riesgo se encontraba en compañía de un tercero al momento del intento. Este dato



muestra que esta salida, la del intento de suicidio, ya sea pasaje al acto o *acting out*, es suscitada en compañía de un familiar, lo que obliga a dar relevancia a la presencia del Otro dentro de esta lógica y confirmar así que un intento de suicidio puede ser entonces un *acting out*, donde hay un montaje escénico, un Otro y un mensaje.

En el enfoque teórico de esta investigación, se enmarca a los intentos de suicidio como pasajes al acto y como *acting out*. Como nos enseña Muñoz, en su libro *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la Psiquiatría al psicoanálisis* (2009), en el pasaje al acto se produce una ruptura del par fantasmático que deja a la persona en una posición solamente de objeto, sin inconsciente, sin determinación simbólica. Lo que sucede es que el sujeto, cuando pasa al acto, se desengancha del Otro, se deja caer, pero este dejarse caer es del lado del sujeto (en relación al fantasma), donde hay un no querer decir. Allí donde no se dice se pasa al acto y allí donde se rechaza el saber se ubica una caída del Otro (en su doble lectura, dejarse caer del Otro y caída del campo del Otro).

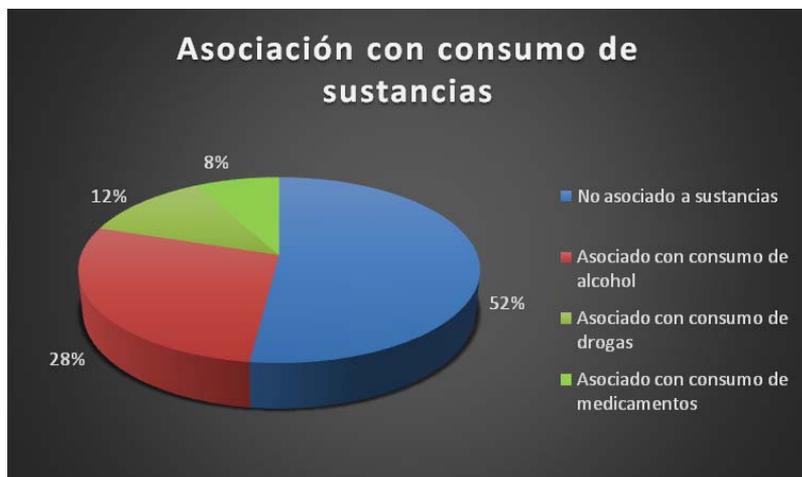
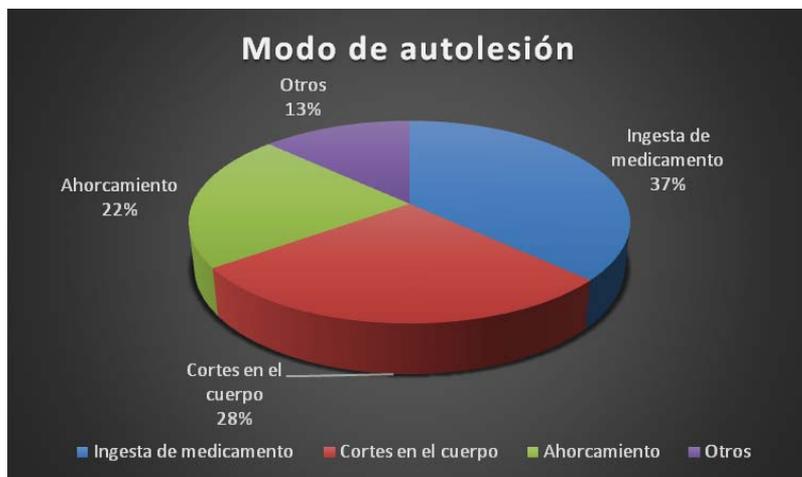
Respecto del *acting out*, es considerado, de acuerdo con el recorrido que realiza Muñoz de la lectura lacaniana, como un llamado al Otro, un modo de «llamar» la atención del Otro.

La angustia aparece relacionada con los

factores de abandono de la familia y separación de la pareja, por lo que la ruptura del lazo amoroso podría considerarse como uno de los desencadenantes. Se puede afirmar entonces, que tanto en el caso de pasaje al acto como del *acting out*, está la angustia, fórmula que no puede revertirse (no siempre que hay angustia hay pasaje al acto o *acting out*). Entonces lo que angustia es lo real, lo real del «objeto a», sin que los recursos simbólicos e imaginarios sean suficientes para contener aquello pulsional. Ahora bien, volviendo a la ruptura del lazo amoroso, podemos considerar la hipótesis de Pablo Muñoz (2009), cuando afirma que en la posición de desecho en la cual se ubica el sujeto antes del pasaje al acto hay también una demanda, pero una demanda radical, una demanda de amor y de reconocimiento, precaria en su lógica, pero una demanda al fin.

#### *Relativo al modo de autolesión*

El modo más frecuente de autolesión en un intento de suicidio, de acuerdo a las encuestas realizadas, es la ingesta de medicamentos, con el 37%. El psicofármaco en nuestro país es una droga legal accesible a los ciudadanos. Aparece como un objeto más de consumo dentro de la época, como un objeto que tapa al sujeto, que no lo implica en su posibilidad de hacer frente a los avatares de su propia



división. En consonancia con la época, el psicofármaco aparece como pseudosolución, inmediata y efectiva, por lo que se vincula de forma directa el concepto de «consumo generalizado» que propone Iriarte (2013), en el cual lo que prima es el objeto y la prisa. El mismo objeto, el medicamento, puede ser aquello que «cura» o aquello que «mata», paradoja del *Pharmakon* (Le Poulichet, 1991).

El segundo modo de autolesión son los cortes en el cuerpo, con el 28%. La función de corte de la superficie del cuerpo para un sujeto puede tener distintas significaciones (pertenecer a un grupo marcado por una comunidad de goce, llamar al Otro, liberar angustia, etc.). Se está en presencia de un déficit simbólico que empuja al sujeto a marcas reales, sobre todo en sujetos adolescentes. El corte puede



ser una «solución» para regular el goce insoportable: es un mecanismo para liberarse de la angustia que lo invade.

En tercer lugar aparece como modalidad el ahorcamiento, con el 22%, un modo de intento de suicidio con su lógica particular. Sea un *acting out* o un pasaje al acto, la angustia intolerable no puede ser tramitada por otra vía que no sea la muerte. A diferencia de un corte o el (ab)uso de un fármaco, el cuerpo, o por lo menos la conciencia de este, debe desaparecer.

#### *Relativo a la asociación con consumo de sustancias*

El 48% de los intentos de suicidio están asociados al consumo de alguna sustancia psicoactiva, ya sea esta legal o ilegal. De este porcentaje, el 28% del total se encontraban bajo los efectos del alcohol, el 12% bajo el efecto de drogas (sin especificar cuáles, separándolas del alcohol y los medicamentos); mientras que el 16% restante se encontraría bajo el efecto de medicamentos. Se observa entonces que el consumo de alguna sustancia psicoactiva aparece como pseudosolución, inmediata y efectiva, donde lo que prima es el objeto y la prisa. Sin

embargo, estas pseudosoluciones fracasan y aparecen entonces otras patologías del acto, que se materializan a través del intento de suicidio.

#### *Relativo a los intentos de suicidio anteriores*

Un 58% de los intentos que ingresan al sistema son reincidencias; es decir que son sujetos que tuvieron tentativas anteriores. La angustia es dirigida por caminos (soluciones) diversos con el fin de eliminarla, pero la causa de la angustia no ha sido tratada, por lo que vuelve a manifestarse. La reiteración de intentos de suicidio en una persona refiere entonces a la repetición de pseudosoluciones con el fin de tratar algo del goce por vía de lo real, no de lo simbólico. Se considera a estos casos como de riesgo, y son abordados por el Servicio de Psicología con la intención de provocar alguna pregunta que mueva a estos sujetos a salir de la repetición.

De aquí la necesidad de intervenir en un momento posterior a la urgencia, generando un espacio para instalar una pregunta y permitir el despliegue simbólico del sujeto, que corte con la repetición y favorezca la construcción de



nuevas estrategias para enfrentar la angustia.

### Contexto de finalización

En el contexto de finalización se expone el modo en que se resolvió cada urgencia. Se encuentran en este apartado tres posibles modos de finalización: traslado al Hospital San Bernardo (Hospital General de la Provincia de Salta, Argentina), internación psiquiátrica, o permanencia en domicilio.

El 41% del total de los casos es trasladado al Hospital San Bernardo. Fue internado en una institución psiquiátrica tan solo el 6% de los sujetos, mientras que el 53% restante que es atendido por los agentes de las diversas áreas intervinientes (SAMEC y policía), quedan en domicilio una vez terminada la primera intervención.

En una primera investigación llevada a cabo anteriormente en el SE 911, «Urgencias ciudadanas y la subjetividad de la época» (Rojo, 2009), como ya fue mencionado, también se extrajo que las personas que eran llevadas al hospital no contaban con un procedimiento que contemplara la atención y el tratamiento sobre

la urgencia subjetiva, sobre la causa que precipitaba el intento de suicidio.

La falta de accesibilidad a un tratamiento adecuado puede aumentar la recurrencia de los intentos de suicidio. Surge así la necesidad de construir un nexo entre la persona en riesgo y las instituciones que pueden sostener un dispositivo orientado a trabajar sobre las causas que lo provocan. Es necesario abrir una pausa entre la irrupción de la urgencia y brindar otro espacio diferente, donde el cuerpo y la palabra toman una dimensión nueva, un tratamiento en el que se tenga en cuenta la particularidad de cada caso, y no se realicen intervenciones preestablecidas y estándares, que borran las diferencias entre las personas.

### Intervenciones posibles

La intervención del Servicio de Psicología, en todos los casos fue posible luego de que la persona había sido atendida por SAMEC, y que la urgencia médica hubiera cedido. A esta primera conclusión se llega luego de acompañar en la ambulancia al equipo de SAMEC durante un mes para evaluar qué intervención era posible en este primer momento de la urgencia.

Período	Total	No encontrados	No tratamiento	En tratamiento	Derivados	Tratamiento en el SE911	Internados	Fallecidos
Diciembre 2012 - Enero 2013	157	88	7	10	22	19	6	5
Febrero- Marzo- Abril 2013	241	126	17	30	29	16	11	12
Mayo- Junio 2013	180	107	14	27	11	14	1	6
Julio- Agosto 2013	164	82	14	26	13	8	1	20
Septiembre- Octubre 2013	278	169	22	32	11	28	1	15
nov-13	144	77	22	21	6	14	0	4
TOTAL	1164	649	96	146	92	99	20	62

En esta etapa inicial exploratoria se determinó que era necesario un tiempo cronológico entre la urgencia médica y el momento en el que la urgencia podía comenzar a transformarse en subjetiva. Este es un tiempo nuevo de enganche con la palabra, con lo discursivo. Al tiempo material que separa ambos acontecimientos, el momento del intento de suicidio y el momento de comprender algo sobre lo ocurrido, se lo denomina «pausa operativa» (investigadores).

A partir de esto, las posibilidades de tratamiento desde el Servicio de Psicología fueron definidas por derivación y enlace a otra institución, o bien alojar al paciente hasta tanto estuviera fuera del tiempo de la urgencia. Este tiempo es particular y no responde a un tiempo cronológico. Cada paciente con su propio tiempo subjetivo pudo encontrar algunas coordenadas que le permitieron salir de la urgencia. Algunos lograron formular interrogantes que los llevaron a solicitar tratamientos en ámbitos privados o públicos.

### **Análisis cuantitativo de la planilla de seguimiento**

La planilla de seguimiento tuvo como finalidad contar con una visión global del tratamiento de los casos. Permitía por un lado tener un número real de casos, y por otro conocer cómo quedaron distribuidos según si eran encontrados o no, y qué sucedía con cada uno de ellos.

**No encontrados:** son aquellos pacientes que fueron atendidos por SAMEC, a quienes se realizaron las re-llamadas pero no se los pudo localizar.

**No tratamiento:** a este grupo pertenecen aquellas personas que sí fueron encontradas pero que no quisieron tener una entrevista posterior en el Servicio de Psicología. Tampoco brindaron información para completar los cuestionarios.

**En tratamiento:** son los pacientes que se encontraban en tratamiento, particular o en otras Instituciones. Estos pacientes solo se entrevistaron telefónicamente y no aportaron información para los cuestionarios. La orientación fue la pregunta por el tratamiento actual y la transferencia hacia dicho tratamiento.

**Derivados:** son aquellos pacientes que no

estaban en tratamiento y fueron derivados a Salud Mental u otra Institución, según el caso. Estas personas sí aportaron datos para los cuestionarios. Fueron entrevistados telefónicamente y luego en el Servicio de Psicología.

Tratamiento en el SE 911: en este grupo están incluidas las personas que no estaban en tratamiento, fueron citadas a entrevista en el Sistema, y por considerar que estaban construyendo un lazo transferencial con el practicante que los contactó en el período de entrevistas, se decidió que continuaran en el sistema hasta que salieran de la urgencia subjetiva. Estas personas sí aportaron datos para los cuestionarios. Fueron entrevistados telefónicamente y luego en el Servicio de Psicología.

Internados: pacientes que en el abordaje de SAMEC fueron internados en hospitales generales y que no recibieron atención psicológica. Estas personas sí aportaron datos para los cuestionarios. Fueron entrevistados telefónicamente y luego en el Servicio de Psicología para posteriormente derivarlos a una Institución de Salud Mental o a otra, según el caso.

Fallecidos: aquellas personas que al momento de realizar la re-llamada ya habían fallecido.

## Conclusión

En psicoanálisis concluir es poder decir algo en relación a algo previo. Miller dice en *Un sueño de Lacan* (2013), que a un efecto de conclusión le precede el estatuto de la demostración. No se trata, entonces, en este momento del trabajo de cerrar sino de citar algo referido a un recorrido previo.

Se considera que el objetivo que fue formulado para orientar la investigación se respondió a lo largo del análisis e interpretación de los datos estadísticos.

Es por ello que ahora solo se recortarán aquellos puntos que se advierte están constan-

tes en el tiempo de esta investigación.

Se parte de que la ruptura del lazo amoroso es lo que está presente como desencadenante del pasaje al acto, es lo que los sujetos pueden situar como aquello previo a la urgencia. Los grupos que aparecen con mayor representatividad en la muestra trabajada son los de adolescencia y mujeres.

Estos dos grupos, a su vez, a partir de la teoría revisada, se puede ver que tienen sus particularidades en relación a la ruptura del lazo amoroso. En la adolescencia, es el tiempo en el que se está armando el lazo social con el Otro, por fuera de la familia, y en la mujer el amor es lo que la liga al Otro, a diferencia del hombre, cuya relación es vía el falo. La mujer suple vía el amor la carencia fálica. Como dice Luis Salamone:

Ya que el *sinthome* implica la no equivalencia, un hombre puede ser una aflicción peor que un síntoma, dice Lacan, incluso un estrago. (...) en lugar de falicizarla, hacerla deseable, puede llevarla a esa seducción primera, al estrago, una relación no mediada por el significante (...) la mujer estará más expuesta a la relación con un Otro estragante (Salamone, 2014: 61).

Esto nos invita a pensar en la posición de estragada en la que se ubica la mujer ante la ruptura del lazo amoroso, diferente a lo que sucede en el hombre, pues «se trata de un goce no frenado por el falo, un goce que se localiza no como un goce fálico, no tiene esa medida y al no estar cautivado por el falo deviene estragante» (Salamone, 2014: 62).

Otro tema a destacar es que no llaman las personas en riesgo, sino que llama un tercero, porque ellos ya están por fuera del discurso, por fuera de la posibilidad de realizar una llamada, están más del lado del grito que del llamado.

Por otro lado, se entiende que hablar de intento de suicidio es de alguna manera errónea, ya que no todos los actos de autolesión en relación al cuerpo buscan como salida la muerte. Se pudo ver que en muchos casos es un modo de solución y de escritura por fuera de lo simbólico.

Hablar de intento de suicidio es el modo convencional que designa las autolesiones que ponen en riesgo la vida de una persona, pero orientar la cura solo desde esta perspectiva significaría dejar de lado al sujeto y su particularidad en relación al caso. Es solo a partir de que aparece el sujeto de la urgencia, que es posible localizar la posición del sujeto en relación al acto y orientar la cura.

¿Qué estrategias de intervención construyen entonces los practicantes del SE 911 a partir de esto? Se propone un nuevo lugar del Otro, un lugar que posibilite restaurar el lazo con el Otro vía la transferencia, esta como una nueva forma de amor. Es por eso que desde el Servicio de Psicología se instala la posibilidad de las entrevistas como un lugar en donde se pueda construir algo de la transferencia.

Para poder restablecer el lazo amoroso es necesario que el practicante no solo realice la re-llamada sino que convoque a una entrevista, porque la posibilidad de transformar el grito en llamado no es sin la presencia del cuerpo.

El discurso de la época, el discurso del capitalismo, es otro modo de empuje a la ruptura del lazo y a la promoción del goce autista. En relación a esto, se observa también que respecto a las zonas geográficas, los datos estadísticos muestran que es en el sector medio donde ocurren la mayor cantidad de estas urgencias. Este sector no es una zona marginal, sin embargo, no está exento de los efectos del discurso capitalista. Por este motivo se piensa que existen mayores probabilidades de que los sujetos pertenecientes a estas áreas resuelvan sus angustias por esta vía, ya que están de en-

trada en posición de objeto.

Una de las consecuencias de esta investigación es que quedó instalada como práctica en el Servicio de Psicología la re-llamada a las personas que fueron atendidas con intento de suicidio. Uno de los datos que justifica esta decisión fue que el 58% de los casos de la muestra fueron reincidencias. De aquí la necesidad de intervenir en un momento posterior generando un espacio para instalar una pregunta y provocar el despliegue simbólico del sujeto, que corte con la repetición y favorezca la construcción de nuevas estrategias para enfrentar la angustia. Se confirma además que es necesario el acercamiento a las personas que quedaban en domicilio, un 53%, quienes constituyen una real población de riesgo.

Esta investigación da cuenta de un modo de trabajo que se fue construyendo con la intención de estar a la altura de la época. Este dispositivo es una forma de abordar las patologías actuales, pero también se entiende que es necesario pensar en nuevos abordajes, inventar otros modos de trabajo. Se supone que tal vez una manera sea usando las redes sociales que es como se plantea un tipo de encuentro que caracteriza a la época. Dejamos abierta esta posibilidad.

La práctica de la re-llamada desde el Servicio de Psicología, para aquellos casos donde el sujeto encuentra salidas, soluciones, por fuera del marco simbólico; fue la posibilidad de un espacio de escucha para volver a conducir por vía de lo simbólico aquello imposible de decir para el sujeto y que nunca deja de insistir.

Que estos hallazgos sirvan para continuar reflexionando, e inventando, nuevos abordajes a las urgencias y malestares subjetivos con que nos confronta la época.

## Referencias bibliográficas

- Belaga, Guillermo. *La urgencia generalizada* 2. Buenos Aires: Grama, 2006.
- Cruz, Cecilia. *Curso de metodología de la investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Virtudes, 2008.
- Cruz, Cecilia. *Metodología de la investigación científica*. Salta: ed. UCASAL, 2010.
- Esperanza, Graciela. *Pubertad y adolescencia en la época*. Ponencia presentada en el curso de Post-grado de la Universidad Nacional de Salta «Psicoanálisis y Educación: dos campos en tensión productiva. Adolescencias e instituciones de la cultura en la sociedad de mercado». Salta, Argentina, 2014.
- Freud, Sigmund. «Estudios sobre la histeria». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, Sigmund. «Etiología de la Histeria. Primeras publicaciones psicoanalíticas». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas de S. Freud* (Vol.III). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, Sigmund. «Psicopatología de la vida cotidiana». En: L. López Ballesteros y de Torres (trad.), *Obras Completas de S. Freud* (Vol. I). Buenos Aires: El Ateneo, 1923.
- Freud, Sigmund. «Análisis de la fobia de un niño de cinco años y otras obras / a propósito de un caso de neurosis obsesiva / del historial clínico». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. X). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, Sigmund. «La dinámica de la transferencia». En: J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas de S. Freud* (Vol.XII). Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- Freud, Sigmund. «Recordar, repetir, reelaborar». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas de S. Freud* (Vol.XII). Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- Freud, Sigmund. «Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III. Doctrina general de la neurosis. 26° conferencia. Teoría de la libido y el narcisismo». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, Sigmund. «Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico y otras obras. Trabajos sobre metapsicología. Duelo y melancolía». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, Sigmund. «Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, Sigmund. «El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras. Dostoievsky y el parricidio». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. XXI). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, Sigmund. «Psicología de las masas y análisis del yo». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, Sigmund. «Introducción del narcisismo». En: L. López Ballesteros y de Torres (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. LXXXVII). Buenos Aires: El Ateneo, 1980.
- Freud, Sigmund. «El yo y el ello. Los vasallajes del yo». En: J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas de S. Freud* (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Iriarte, L. «El consumo generalizado y los conceptos fundamentales del psicoanálisis». *Revista Pharmakon* [Buenos Aires: Paidós] Núm. 15, 2013.
- Kohan, W. O. *Sócrates: el enigma de enseñar*. Buenos Aires: Biblos, 2009.
- Lacan, J. «El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica».

- En: T. Segovia (trad.), *Jacques Lacan. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2013.
- Lacan, J. «La Agresividad en Psicoanálisis». En: T. Segovia (trad.), *Jacques Lacan. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2013.
- Lacan, J. «Intervención sobre la transferencia». En: T. Segovia (trad.), *Jacques Lacan. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2013.
- Lacan, J. «Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis». En: T. Segovia (trad.), *Jacques Lacan. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2013.
- Lacan, J. «La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud». En: T. Segovia (trad.), *Jacques Lacan. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2013.
- Lacan, J. «La dirección de la cura y sus principios de su poder». En: T. Segovia (trad.), *Jacques Lacan. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2013.
- Lacan, J. «Las formaciones del inconsciente». En: Enric Berenguer (Trad.). *El Seminario de Jacques Lacan* (Libro 5). Buenos Aires: Paidós, 2013.
- Lacan, J. «La Transferencia». En: Enric Berenguer (Trad.). *El Seminario de Jacques Lacan* (Libro 8). Buenos Aires: Paidós, 2003.
- Lacan, J. «La Angustia». En: Enric Berenguer (Trad.). *El Seminario de Jacques Lacan* (Libro 10). Buenos Aires: Paidós, 2003.
- Lacan, J. «Aún». En: Enric Berenguer (Trad.). *El Seminario de Jacques Lacan* (Libro 20). Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Le Poulichet, S. «Toxicomanías y psicoanálisis». En: *Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Masotta, O. *Lecturas de psicoanálisis. Freud, Lacan*. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Miller, J. A. «Un sueño de Lacan». *Revista Lacaniana de Psicoanálisis* [Buenos Aires] Núm. 8, 2013.
- Miller, J. A. *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Miller, J. A. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Miller, J. A. *Biología Lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires: Colección Diva, 2002.
- Muñoz, P. D. *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la Psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial, 2009.
- Rojo, C. «Urgencias ciudadanas y la subjetividad de la época». *Cuadernos Universitarios. Año 4. Núm. 4*. Salta: EUCASA, 2011.
- Salamone, L. *El silencio de las drogas*. Buenos Aires: Grama, 2014.
- Seldes, R. «La urgencia subjetiva». En Sotelo (Comp.) *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, 2009.
- Sotelo, I. *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JVE Editores, 2007.
- Sotelo, I. (Comp.) *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, 2009.
- Wedekind, F. *El despertar de la primavera*. P. Peusner (Trad.) Buenos Aires: Letra Viva, 2012.

*Recibido: noviembre de 2015*

*Aceptado: mayo de 2016*