

## Urgencias ciudadanas y la subjetividad de la época

Carolina Rojo<sup>1,2</sup>, Walter Caravotta<sup>1</sup>, María Pía Puló<sup>2</sup>, Eduardo Diedrich<sup>1</sup>

### Resumen

Este trabajo es la presentación del análisis de las variables investigadas en el Proyecto de investigación «Análisis de las urgencias que ingresan al Servicio de Psicología del Sistema de Emergencias 911 de Salta» de manera conjunta entre psicólogos docentes de la Universidad Católica de Salta y del Servicio de Psicología del Sistema de Emergencias 911 de Salta. Partimos de la idea de identificar de manera sistematizada y ordenada la información que es atendida en el Servicio, principalmente en lo referido al tipo de demanda, a la modalidad de atención y a la población con sus características, entre otros aspectos.

Palabras clave: Sistema de Emergencias 911 - Servicio de Psicología - emergencias en Psicología

---

La Universidad Católica de Salta, a través de la cátedra «Psicología Clínica I» de la carrera de Psicología, perteneciente a la Facultad de Artes y Ciencias, y el Servicio de Psicología del Sistema de Emergencias 911 de la Provincia de Salta perteneciente a la Secretaría de Seguridad del Ministerio de Gobierno, abordaron la presente investigación de manera conjunta.

Directora: Lic. Carolina Rojo. Co Director: Lic. Walter Caravotta. Equipo de trabajo: Lic. María Pía Puló, Lic. Luciana Francesia, Lic. María Cristina Diez Arias. Colaboradores: Lic. Rocío Coto, Lic. Eduardo Diedrich. Período: abril 2010 - agosto 2011.

### Nombre del proyecto

«Análisis de las urgencias que ingresan al Servicio de Psicología del Sistema de Emergencias 911 de Salta».

### El problema

¿Cuáles son las características de la población que llama al Servicio de Psicología del SE911, en cuanto a su perfil socio-económico y cultural, y cuál es el tipo de situaciones que llevaron a llamar a dicho servicio?

¿Cuáles son las diferentes formas clínicas y los abordajes posibles?

¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre la población que llama al 911 y el que concurre al Hospital San Bernardo a las consultas de urgencia?

---

<sup>1</sup> Universidad Católica de Salta.

<sup>2</sup> Sistema de Emergencias 911 - Salta.

VARIABLES A INVESTIGAR FUERON:

- Variables sociológicas
- Variables Familiares
- Variables subjetivas
- Variables del contexto transferencial
- Variables de diagnóstico
- Llamadas de urgencia

## Introducción

Esta investigación parte de preguntarnos qué incidencia tiene en la ciudad de Salta la oferta de un dispositivo de atención de urgencias atendido por psicólogos, cuáles son los tipos de demandas que eso genera, las expectativas de respuesta que crea en la población, y a partir de allí orientar la práctica.

Denominamos urgencia subjetiva al momento particular en la vida de una persona en la que no dispone de los recursos simbólicos suficientes para hacer frente al momento traumático. Se trata de un momento de quiebre en el que la homeostasis que le permitía sostenerse en sus lazos sociales se rompe. Es un momento en el que la referencia 911 se instala en la ciudad como un lugar al que se puede recurrir con una llamada telefónica, se trata de una oferta de una escucha distinta, orientada a ubicar la particularidad de la urgencia, en la que algo nuevo se produzca para de algún modo salir de la lógica de la repetición.

Quien llama por una emergencia es atendido por un operador que le resuelve el problema concreto, la urgencia objetiva, mandando un móvil policial por una situación puntual o derivando a hospitales, etc. Pero ¿qué sucede cuando quién llama presenta una urgencia subjetiva, donde no se solicita solución práctica sino alguien que escuche y pueda orientar, o dar una palabra que sirva hasta encontrar otro espacio?

Es evidente que la época en la que vivimos es una época de vértigo, de tiempos acelera-

dos, de prisa para encontrar soluciones, lo cual se convierte en la mayoría de las veces en una complicación mayor ya que implica el no poder parar, detenerse a pensar. Los sistemas de emergencia son una forma de respuesta a las exigencias de inmediatez de la época, una de las características particulares de un sistema de emergencias es la oferta de una respuesta inmediata.

El servicio de psicología que funciona en este SE 911 entra en la lógica de la inmediatez en cuanto a la oferta, «rápidamente el psicólogo recibirá a quien pide ayuda», pero el tratamiento de la urgencia será a partir de otra lógica, que intentará alojar la urgencia e introducir una pausa.

Las personas no se relacionan con la sociedad en su conjunto, por eso preferimos usar un concepto como el de lazo social, que nos permita comprender los vínculos que una persona tiene, con los que se relaciona, con los que cuenta, los lugares afectivos y sociales desde donde se sostiene, y advertir dónde esos lazos se rompen o dejan de funcionar. Nos preguntamos entonces qué pasó en esos lazos sociales para que alguien necesite llamar al servicio 911 y encontrar una escucha, una referencia para continuar en su mundo simbólico.

Esta investigación no agota todas las preguntas que nos hemos formulado y seguramente surgirán otras, pero intenta orientarnos en cuanto al trabajo que se está realizando y las posibilidades de ir modificando y mejorando la asistencia.

A continuación haremos referencia sólo a las principales conclusiones obtenidas de las variables estudiadas, las cuales surgen de los datos estadísticos y de los diversos cuadros que grafican la situación a estudiar, y también haremos referencia a uno de los capítulos que señala el modo de trabajo que tiene el servicio de Psicología y su orientación en el abordaje de las urgencias subjetivas.

## **Marco teórico**

En el marco teórico se desarrollaron diversos temas en relación a la urgencia subjetiva, ya en la presentación del proyecto como en el análisis de los datos. Los capítulos que se desprenden de las inquietudes de los datos obtenidos son:

1. Un dispositivo particular de urgencia
2. ¿Cómo pensar la urgencia en relación a los dos tiempos de análisis que propone Jacques Lacan?
3. La psicosis en la urgencia
4. El trauma en la teoría psicoanalítica

De estos cuatro temas se hará referencia sólo al primero porque es el que orienta respecto al dispositivo y al modo de trabajo que lleva adelante el servicio de Psicología del 911 en Salta.

## **Un dispositivo particular de urgencia**

El Servicio de Psicología del SE 911 funciona desde el año 2008 como un espacio de escucha y atención de la urgencia subjetiva. Partimos del supuesto freudiano de que se sufre de lo que no se puede decir o de aquello que es dicho a través de vías ajenas al significante y que habrá que descifrar, por lo que intervenimos en todos los casos, dando la palabra al sujeto y facilitando el despliegue de lo subjetivo.

La manera de resolver la urgencia va a depender tanto de la particular lectura que se haga de ella, como de las particularidades del dispositivo que enmarca la práctica.

Si bien nuestro trabajo forma parte de un dispositivo institucional, por lo cual se requiere del cumplimiento de ciertos protocolos que organizan el trabajo, desde su inicio el Servicio de Psicología del SE 911 fue modificando y

adaptando la manera de intervenir en la urgencia, dada la falta de antecedentes en el ámbito, mediante la capacitación de los profesionales y las supervisiones de los casos, para poder lograr así la atención de cada caso, aunque sin perder de vista las exigencias propias del establecimiento.

Por ello su diseño posee dos orientaciones: una operativa y una clínica. La primera incluye todos los procesos que permiten trabajar de manera coordinada con tres agencias: con Demanda Ciudadana (área formada por los operadores que atienden las llamadas), con personal policial y con SAMEC. Es decir que el aspecto operativo define los niveles de intervención; se refiere a lo que cada área debería hacer, como así también a los niveles de responsabilidad. Este espacio operativo incluye tanto las normas y los procedimientos de registro y carga de datos al sistema, como la organización interna del Servicio, en cuanto a la distribución de guardias, niveles de suplencia cuando se presentan dos urgencias de manera simultánea, etc., para garantizar la atención las 24 horas, todos los días del año.

Dado que se realiza un trabajo conjunto con otras áreas, se clasificaron las urgencias en distintas categorías de incidentes, para poder así dar intervención a la agencia correspondiente. El Servicio de Psicología toma intervención en los incidentes clasificados como: urgencia psicológica, idea de suicidio e intento de suicidio, definición realizada en base a niveles de asistencia, operativos.

Las urgencias psicológicas incluyen crisis de llanto o estados profundos de angustia, patologías psiquiátricas, consultas por violencia, adicción, etc.

En la idea de suicidio el sujeto no realizó aun un pasaje al acto, aunque sí implica la idea de hacerlo. Aquí se supone que la persona puede poner en palabras su sufrimiento, ésta es nuestra apuesta, por lo que es un espacio de

intervención para el Servicio de Psicología.

La diferencia entre urgencia psicológica e idea de suicidio es que en el último incidente se activa personal policial, porque son casos de mayor riesgo en general para el paciente.

Todas las llamadas ingresan al sistema, donde la atención se realiza por teléfono, brindando la escucha y ofreciendo un espacio al sujeto, aunque en muchos casos se realiza la atención en el lugar del incidente, como un modo de poner el cuerpo allí donde se precisa de un soporte. El traslado del profesional de psicología al lugar es siempre en compañía de personal policial. En ocasiones, cuando la persona con idea de suicidio posee un arma, se hace presente en el lugar otro grupo de policías que asegura la zona. Los psicólogos sólo toman contacto con el paciente cuando ya está desarmado, ésta es una de las normas de seguridad que deben cumplirse.

Por último, el intento de suicidio supone que ya hubo un daño en el cuerpo, por ejemplo cortes, ingesta de pastillas, intento de ahorcamiento, por lo que SAMEC, como atención de la urgencia objetiva, es quien tiene que asistir al paciente en primera instancia. Estos pacientes son trasladados a un hospital o centro de salud o bien quedan en el domicilio a cargo de un familiar. Por esta distinción los intentos de suicidio no son derivados al Servicio de Psicología en primer término, y las intervenciones se realizan en un segundo momento cuando en algunos casos personal de SAMEC pide la participación del psicólogo, ya que la persona queda en el domicilio y lo consideran oportuno.

El dispositivo con el que trabajamos comprende la atención de la urgencia y la derivación de los casos, según su particularidad, aunque entendemos que dicha particularidad abarca también las variables de los tiempos de cada sujeto. Es decir, se precisará de un tiempo para que el sujeto pueda implicarse subjetivamente en aquello que se presenta como ajeno. Enton-

ces se realizan las entrevistas necesarias, previas a la derivación, hasta tanto pueda el sujeto ser incluido en un dispositivo de análisis.

La distinción entre espacio clínico y operativo es necesaria a la vez para explicar que las categorías de intento de suicidio, ideas de suicidio y urgencias psicológicas no son extensivas al ámbito clínico, ya que estas tres formas clínicas son consideradas urgencias subjetivas, en la medida que el paciente, luego de las intervenciones del analista, tome algún significado que lo represente, que le sea propio y que le permita comprender algo de su padecimiento. Por esta vía se trata caso por caso, legitimando el sufrimiento de quien padece la urgencia. Esta operación es posible a partir de ofrecerse como un Otro para que el sujeto tenga a quien dirigir su llamado, cuando el paciente está situado por fuera de la cadena significativa.

Tal como señala Daniela Camaly (2009), la urgencia subjetiva: «es el encuentro de un sujeto con un acontecimiento, una circunstancia, que conmueve el equilibrio y los puntos de referencia simbólica en los que el sujeto se sostenía. El sujeto queda «desamarrado», en un sin-sentido que se habrá de anudar a partir del trabajo significativo... La urgencia subjetiva es lo que agujerea el funcionamiento, es el agujero que contacta con lo real».

Es decir, hubo un acontecimiento, una situación, un evento, que produjo un desborde en el equilibrio con el que antes funcionaba.

Las llamadas incluyen un pedido de resolución inmediato, donde el sujeto que se encuentra en urgencia requiere de una prisa por concluir.

El tiempo de la urgencia es un tiempo profundamente ligado al sinsentido. El sujeto no sabe, no entiende, se desconoce en el acto realizado, en la crisis o desborde que lo ha sorprendido. Por eso, restablecer un tiempo, el tiempo del significativo, mediante la introducción del

sentido (libidinal) que se ha perdido, es de lo que trata el trabajo con el sujeto en la urgencia.

Frente al «no hay tiempo» que propone el paciente, el analista instala «hay todo el tiempo», aunque sabiendo que no lo hay. En la urgencia la nuestra es una prisa pero con pausa. Ya en el primer encuentro se trata de inaugurar un tiempo de ver, proponer una pausa de trabajo, lo que dará paso a un tiempo de comprender para quien está en un momento de concluir apresurado.

Poniendo a hablar al sujeto, apuntamos a la construcción de un síntoma. Apuntamos a producir, a aislar un significante que aparece en el decir; algo ilegible que comienza a hacerse legible.

De esta manera, se pone en juego un cambio en la posición del sujeto, un movimiento a través del decir que se desplegará durante las entrevistas hasta alcanzar el momento de concluir de la urgencia que trajo.

Entonces, lo que intenta nuestro trabajo es dar la palabra al paciente para poder abrir un camino a través del decir, en el que se vaya generando un deslizamiento hacia la causa emocional, subjetiva, inconsciente. Que el sujeto pueda instalar la pregunta acerca de su padecimiento, del sentido de éste y de su incumbencia, es un recorrido en el que deben mediar un tiempo y una apuesta: apuesta por la palabra del sujeto.

Devolver un sentido a aquello que reaparece como sorpresivo, abriendo paso a un espacio y a un tiempo diferente a la premura que trae la urgencia, es la oportunidad que brinda la presencia misma del psicoanalista en estos casos.

Cuando el sujeto recupera la posibilidad de hacer uso del significante para tratar lo real, el goce anclado en el cuerpo pasa a ser un goce cifrado en el significante (Camaly, 2009).

## **Metodología**

### **Algunos aspectos metodológicos**

#### **Muestra**

La presente investigación se realizó sobre el total de llamadas ingresadas al servicio de psicología durante el período de julio a octubre del año 2010, las cuales llegaron a una cantidad de 320.

#### **Protocolos**

El trabajo de relevamiento de datos se realizó mediante el protocolo inicialmente definido, que fue mejorado y corregido para captar aquella información que consideramos de interés para esta investigación. Por tal motivo definimos un período de ajuste de protocolo, a fin de identificar con el equipo de investigación todos aquellos factores que era necesario incluir o modificar.

#### **Elaboración del sistema para carga de datos**

El sistema fue pensado en dos módulos, uno de carga de datos y otro de reportes estadísticos.

La carga de datos se vuelca básicamente en tres tablas:

- Aspirante
- Protocolo
- Trastornos del aspirante

las cuales se dedujeron del protocolo de encuesta impreso que se usa en el Sistema de Emergencias 911.

La tabla Aspirante incluye la identificación primaria de la persona que llama.

Una persona puede llamar una o varias veces, cada vez que llama se llenan los datos de un protocolo, estos datos comprenden varios ítems agrupados en diversos contextos, como Contexto Transferencial, Contexto Subjetivo, etc.

A un aspirante le puede corresponder uno o más protocolos y a cada protocolo le puede corresponder ninguno, uno o varios ítems en la

tabla de Trastornos.

Operativamente el sistema de carga de datos permite consultar los protocolos individualmente y cada protocolo sólo es editable por el usuario que lo cargó, otros usuarios lo pueden consultar pero no editar.

En base a los protocolos cargados se procedió a hacer los reportes, divididos según los contextos que se analizan.

Los reportes son tablas y gráficos estadísticos de frecuencias que fueron pedidos a medida que el grupo de trabajo necesitó hacer diversos análisis de datos. Algunos quedaron descartados y según pasó el tiempo se incorporaron otros nuevos.

Para hacer estadísticas más complejas y con modelos más elaborados fue necesario volcar los datos de los protocolos en diversas herramientas, como ser XLSTAT, SPSS y Winmira. Con tales aplicativos se pudieron obtener medidas de similitud y disimilitud entre variables, Análisis Factorial y Análisis de Clases Latentes.

Se optó por usar estos modelos debido al carácter dicotómico de un gran número de variables de los protocolos y porque era evidente, según la bibliografía, que eran usados en las ciencias del comportamiento humano.

## **Análisis de las variables**

### **Relativos a la identificación de protocolo**

Este contexto nos permite realizar un análisis respecto a la organización que hemos diseñado para este dispositivo de urgencia; tanto en lo referido a distribución horaria, cantidad de profesionales por franja horaria, tipos de incidentes en relación a horarios, como también realizar un análisis sobre las llamadas que ingresan durante los días de semana y los fines de semana.

En primer lugar nos interesó revisar si la distribución horaria es efectiva en relación con los incidentes ingresados. En este sentido pudimos observar que si bien existen franjas horarias con un mayor porcentaje de llamadas atendidas, hay una demanda presente las 24 horas de lunes a domingos.

Es interesante ver que la diferencia entre la cantidad de llamadas no se observa en la división día de semana o fin de semana sino entre lo que consideramos horario de noche y de día. El promedio de llamadas en el horario de día es de 3, y de noche 1, un total promedio de 4 llamadas diarias.

Nos referimos al horario de día al rango que va desde las 8:30 a 24:00 hs., y al horario de noche al rango que va desde las 24:00 a 8:30 hs.

La diferencia operativa entre guardia pasiva y guardia activa está dada sólo porque el psicólogo, destinado a la actividad de guardia, tenga presencia física o no en el Sistema de Emergencias. La modalidad de atención es la misma en ambos casos, el operador deriva la llamada al teléfono fijo del Servicio de psicología, si el psicólogo está de guardia activa, o la deriva al celular de guardia si el psicólogo está de guardia pasiva. Luego en ambos casos el procedimiento es el mismo, y es con una orientación de caso por caso.

La franja horaria con mayor cantidad de llamadas es durante el día, de 12 a 16 hs. durante la semana, y de 16 a 20 hs. en el fin de semana, mientras que las llamadas durante la noche ingresan en mayor medida de 0 a 4 hs.

En todas las franjas horarias y en todos los tipos de guardias el incidente que ocurre con mayor frecuencia es el de urgencia psicológica. Este tipo de incidente corresponde a una clasificación operativa. Incluye todos aquellos casos de violencia familiar, crisis de angustia, momentos de perplejidad angustiosa, desencadenamientos psicóticos, casos que solicitan orientación, información sobre adicciones, ya

sea de hijos o de quien realiza la llamada.

La distinción entre cantidad de alertantes y cantidad de llamadas se realiza para cuando analizamos los datos del contexto subjetivo ya que debido a que hay personas que llaman más de una vez por un mismo tipo de urgencia pensamos que aislarlas por alertante, evitaría la duplicidad de información y brindaría un análisis más ajustado a la realidad.

Cuando hablamos de alertante nos referimos a toda persona que llama al sistema por una emergencia. El alertante puede coincidir o no con la persona que necesita ayuda. Por ejemplo puede ocurrir que un transeúnte llama avisando de una idea de suicidio de otra persona que está en la calle, o que una madre llame por su hijo que se encuentra violento. En ambos casos la urgencia inicial es del alertante, es decir de quien llama, y la atención estará orientada a valorar el riesgo y a establecer prioridades de abordaje de acuerdo a la presentación de cada caso.

### Relativo al contexto transferencial

Este contexto analiza las diferentes modalidades de llegada al Servicio de Psicología, ya que en el modo de demanda inicial se puede advertir el lugar que el alertante le otorga al sistema.

No es lo mismo quien dirige su pedido de ayuda a otro del orden, de la seguridad o el control, que quien se dirige buscando una escucha a su padecimiento. En un primer momento podemos pensar en una transferencia inicial imaginaria dirigida a la institución, luego con la intervención del profesional puede darse lugar a otro tipo de transferencia de tipo simbólica donde ya se toca algo de la particularidad de ese sujeto.

Más de la mitad de las llamadas que ingresaron al Sistema de Emergencias fueron de

personas que solicitaron psicólogo desde un primer momento, esto haría suponer que ya está instalada en la sociedad la información de que existe un Servicio de Psicología que asiste urgencias. El resto de la población fue derivada por diagnóstico y procedimiento del operador de Demanda Ciudadana quien está capacitado para identificar los casos de urgencias subjetivas.

La mitad de los alertantes que se comunicaron en el período de relevamiento de datos llamaron por primera vez, mientras que la otra mitad corresponde a personas que ya habían sido atendidas.

Las 152 llamadas reiteradas corresponden a 43 alertantes, entre los que se encuentran los crónicos y crónicos psiquiátricos, y aquellos que llamaron más de una vez.

El 56% de las llamadas de pacientes crónicos corresponde a un diagnóstico presuntivo de psicosis, mientras que el 91% de los alertantes que no son crónicos corresponden a un diagnóstico diferencial presuntivo de neurosis. De este grupo de llamadas reiteradas 132 fueron de pacientes crónicos.

En el caso de los pacientes crónicos, que en su mayoría son psicosis, se debe tener en cuenta que el vínculo transferencial que establecen con un analista puede ser un vínculo que se sostiene en el tiempo y muchas veces de por vida, por lo tanto es de esperar que una vez atendida una urgencia ubiquen en el sistema un lugar para volver a llamar e insistir cada vez que se desestabilicen.

Esta información refleja que la mitad de la tarea que realizó el Servicio de psicología en este período estuvo orientada a atender a ambos grupos de pacientes, lo cual acentúa el interés de supervisar y revisar el modo/efecto de las intervenciones en cada uno de estos alertantes. De la supervisión surge la particularidad de cada alertante ya que no hay un estándar ni un modo único de responder a cada urgencia.

La época actual tiende a dar respuestas estándares y borrar las diferencias entre los sujetos mientras que en la orientación psicoanalítica se prioriza la particularidad de cada caso.

Un analista en la urgencia sostiene una apuesta ética, la de suponer un sujeto en juego que, incluyendo un tiempo de saber, haga posible pasar del acto al acto fallido, ésta es la política del psicoanálisis: la suposición inicial de que allí hay un sujeto con un goce particular.

### Relativo al contexto sociológico

Uno de los aspectos que se averiguó en este contexto es el tipo de urgencia que tiene mayor incidencia como así también la población que recurre con mayor frecuencia al sistema de ayuda que brinda el 911. Partimos de la idea de que en la urgencia psicológica, sea ésta angustia, episodio de violencia, dificultad para poner límites, entre otras formas clínicas, siempre se trata de un momento en que la persona se quedó sin recursos simbólicos para enfrentar o abordar una situación, por lo tanto es presa de un estado de desvalimiento que puede llevar a pasajes al acto o *acting-out* con consecuencias físicas o de riesgo de vida.

En el caso del *acting-out* se trata de un llamado de atención dirigido al Otro, hay una búsqueda de reconocimiento, llevando al sujeto a tener conductas de mostración, mientras que en el pasaje al acto, el sujeto se sustrae de la escena rompiendo su lazo con el Otro. En ambos casos se trata de una suspensión del tiempo lógico de comprender, produciéndose un pasaje directo del instante de ver al tiempo de concluir.

Otros ítems significativos son abandono y separación, que al momento del análisis agrupamos en una categoría que los contenga como ruptura de lazo o de vínculo. En cuanto a los datos concretos se ha observado que la

mayor cantidad de llamadas se concentró en categorías como angustia, episodios de violencia o dificultad para poner límites; cabe destacar que las llamadas del sexo femenino duplican a las de los hombres, lo cual nos pone de entrada con la evidencia de que las mujeres tienen una mayor afinidad con la posibilidad de pedir ayuda, ya sea para sí o para terceros. Por lo que nos preguntamos qué datos obtendríamos de una muestra de intentos de suicidio en cuanto a una distribución por sexo.

La franja etaria que tiene mayor cantidad de registros de llamadas es la que va de los 21 a 30 años, continuándole la inmediata superior de 31 a 40 años. Es decir, son los adultos jóvenes los que concentran la mayor cantidad de llamadas ya sea para sí o para terceros.

En relación a la baja cantidad de llamadas de niños o adolescentes, pensamos que, respecto a los niños, puede suceder que no se haya realizado una difusión, diseñada y dirigida a este grupo etéreo, sobre el servicio que presta el Sistema de Emergencias y cómo utilizarlo, como también puede ocurrir que las llamadas ingresen bajo otros tipos de incidentes y son derivadas a otras agencias.

Respecto al otro grupo, el de adolescentes, sabemos que este momento no se trata sólo del empuje biológico sino que hay también un empuje discursivo, y frente al cual la respuesta del púber es precisamente la adolescencia entendiéndola como el conjunto de síntomas por los cuales el sujeto responde a ese real que encuentra. Se produce también un cambio en el lazo con el otro que a veces se da de manera más o menos salvaje, abrupta, o más tranquila, lo que sí es seguro es que hay algo ahí que siempre se produce. Hay tantas formas de situarse frente a ello como sujetos haya, hay diversos modos de tramitar aquello que irrumpe y en lo que el sujeto se encuentra desorientado.

Ricardo Seldes se refiere a la pubertad como lo más parecido a lo que llamamos urgencia

subjetiva, tanto en una como en otra se produce una disrupción, una situación que hace que lo que funcionaba con cierto equilibrio deje de hacerlo, y son justamente los padres quienes frente a estos cambios en las transformaciones del lazo consultan angustiados, en la búsqueda de situar alguna orientación respecto del malestar que padecen.

En cuanto a las zonas geográficas, empleamos como criterio de clasificación el brindado por la policía del Sistema de Emergencias 911.

Las zonas centro, residencial y el sector medio son zonas reconocidas legalmente por el estado y cuentan con todos los servicios (agua, luz, gas, alumbrado público, limpieza de calles, recolección de residuos, calles asfaltadas, servicio de cloacas), y las zonas conocidas como villas de emergencia o asentamientos están fuera del reconocimiento legal del estado y no cuentan con los servicios básicos. Por lo general estos asentamientos se encuentran alrededor de los barrios del sector medio.

Asimismo, la policía del 911 clasifica las zonas geográficas también en relación con los tipos de delitos o contravenciones. Las zonas centro y residencial se caracterizan por accidentes de tránsito, contravenciones (personas drogadas, alcoholizadas, prostitución), delitos contra la propiedad privada (robo, hurtos) e ilícitos contra la persona. En cuanto a los sectores medios y los asentamientos, se caracterizan, en mayor medida, por situaciones de violencia familiar, agresiones y lesiones físicas, venta y consumo de estupefacientes, enfrentamiento de grupos antagónicos, patotas.

Se ha observado que es de los sectores medios de donde proviene la mayor parte de los llamadas solicitando algún tipo de atención, es decir se trata de personas con ciertos recursos económicos, no necesariamente marginales o indigentes. Entendemos entonces que una urgencia psicológica no está ligada necesariamente a falta de recursos materiales sino

de recursos simbólicos.

Entre otros datos obtenidos se pudo observar que casi la mitad de la población analizada tiene trabajo y posee estudios, la mayoría secundarios y algunos terciarios y universitarios. Estos datos muestran que son alertantes que sostienen un lazo social o han estado incluidos en grupos de pertenencia.

En los casos atendidos, cuando se logra localizar el punto de urgencia, se advierte que en su mayoría el desencadenante principal es la ruptura del vínculo afectivo.

La urgencia se presenta en un llamado, un pedido de ayuda, muchas veces desesperado, en el borde de los andamiajes simbólicos de una persona. En ese contexto, consideramos ese llamado como un grito, grito que se convierte en llamada desde el momento en que alguien capacitado para escuchar le permite al sujeto de la urgencia subjetiva, que estaba al borde de la palabra, comenzar a darle cierta forma tolerable a su sufrimiento.

Muchas de las llamadas al Sistema 911 se resuelven en esa primera y única comunicación, otros son derivados a instituciones donde pueden iniciar un tratamiento psicológico, ya sea individual, de pareja o de grupo familiar. Es decir, que en un contexto de urgencia, el Sistema 911 funciona conteniendo, derivando y muchas veces siguiendo los diferentes casos que piden ayuda. En otros casos el sistema sólo funciona como la puerta de entrada a un tratamiento, no ya para resolver la coyuntura que dio lugar a la urgencia, sino pudiendo preguntarse por la forma o modo de vida que alguien viene soportando.

A veces un episodio de violencia familiar es sólo un episodio y otras veces es la repetición de marcas de la historia de un sujeto.

Una urgencia subjetiva es un momento de quiebre, de rupturas de las amarras simbólicas con las que un sujeto se sostiene en la vida, por ello puede ser un momento de mucha an-

gustia; sin embargo, también puede ser el punto de inflexión, el momento en que alguien empiece a pensar que tiene otros recursos y que puede vivir de otra manera; para ellos ese primer llamado, ese primer contacto con una escucha diferente puede ser vital.

### Contexto familiar

Este contexto busca identificar cuál es la situación familiar de la persona que llama pidiendo ayuda. Por un lado esta información sirve para localizar si la urgencia está relacionada con algún aspecto del lazo familiar, y además orientar sobre si se trata de una persona que puede ser sostenida por otros, y según el caso, quedar a cargo de un familiar.

La mayoría de las personas al momento de llamar están acompañadas. Podríamos pensar que las ideas e intentos son una manera de llamado al Otro, una puesta en escena, para ser mirados, registrados por otro.

En cuanto al estado civil no hay un dato que se destaque por encima de otro, es decir no podría pensarse que la urgencia pudiera aparecer relacionada más a un estado civil que a otro.

### Relativo al contexto subjetivo

Éste es un contexto amplio en cuanto al tipo de información que brinda ya que va desde una cuantificación por tipo de incidente, hasta los diferentes modos de presentación de la urgencia.

En todos los casos el tipo de incidente que aparece con mayor frecuencia es el de urgencia psicológica.

La mayoría de las personas que llaman se comunican para pedir ayuda para sí mismos, 107 personas, con un total de 273 llamadas, 55 alertantes piden ayuda para un hijo, las demás personas, en un número mucho menor, llaman por el cónyuge, padre/madre, hermanos u otros.

De las 26 personas que llamaron por ideas de suicidio, 20 pidieron ayuda para sí mismos. Hubo ocho casos de alto riesgo que fueron atendidas en el domicilio y derivadas a tratamiento.

Al momento de realizar un análisis de idea de suicidio como tipo de incidente y de idea de suicidio como factor en el contexto subjetivo, es necesario aclarar que los datos no coinciden debido a que cuando un alertante llama por un tercero con ideas de suicidio, se tipifica como urgencia psicológica, ya que quien tiene la urgencia es quien llama, pero hay un segundo dato que es el de la persona con ideas de suicidio, es por esto que hay más ideas de suicidio (como motivo de consulta) que tipos de incidentes de ideas de suicidio, muchas personas llaman (con urgencia psicológica) pidiendo ayuda por un tercero (con ideas de suicidio).

La persona que está en una crisis, con una idea de suicidio, en general tiene menos recursos para la palabra y tienen mayor tendencia a resolver la angustia vía pasaje al acto, por lo tanto es coherente que quien llame sea un tercero.

Al momento de analizar el modo de presentación de la urgencia, la angustia es el factor que está presente en la mayoría de los casos, conjuntamente con los episodios de violencia, estos últimos de tipo familiar.

Esto de alguna manera da cuenta de que las formas clínicas de la urgencia se presentan como una dificultad para tramitar lo más real del sujeto. La mitad de las personas entrevistadas (140) manifestaron tener angustia al momento de la consulta. La angustia en la teoría psicoanalítica es pensada como el afecto más ligado a lo real, es el afecto que nunca miente y que orienta al clínico.

La mayoría de las ideas de suicidio están relacionadas con situaciones de violencia o con separaciones de pareja. Algunos casos están acompañados con consumo de alcohol, droga o ambas.

En casi todos los casos de pacientes psiquiátricos el motivo de urgencia, por parte de un familiar, es la violencia.

Una de las orientaciones de la clínica de la urgencia es evaluar el riesgo, tanto del paciente como de las personas que se encuentran con él. En este sentido el analista en la guardia tomará decisiones que resguarden la vida de los que estén implicados, que pueden ir desde una internación hasta quedar en el domicilio a cargo de algún responsable.

Las dificultades que presentan la mayoría de las personas para formular una hipótesis sobre su sufrimiento, localizar algo del motivo de urgencia y poner en palabras su padecimiento, pone de manifiesto que la introducción de una pausa como orientación clínica es lo que permite de alguna manera abrir el espacio lógico de comprender que se presenta aplastado por la emergencia misma de la angustia.

Otro factor alto de consulta es el de adicción. En estos casos piden ayuda para sí mismos o para un hijo. En general son derivados a la Secretaría de Adicciones siempre que la persona que necesita ayuda no haya consumido en ese momento. Si el consumo es en el momento y no existe riesgo para sí o para otros, puede quedar a cargo de un familiar, pero cuando sí existe riesgo es trasladado a un hospital general.

Asimismo, cada caso es diferente de acuerdo con el consumo de alcohol o drogas y la cantidad, ya que hay situaciones en las que debido a la alta ingesta no es posible establecer una entrevista. Hay pacientes crónicos que sólo llaman cuando están alcoholizados; la orientación en estos casos es escucharlos y atenderlos sólo 15 minutos, para así alojar la urgencia, pero limitar algo del goce, del exceso presente en la insistencia de las llamadas, manifiestas en *acting-out*.

La angustia aparece muy relacionada con los factores de abandono de la familia y sepa-

ración de pareja. Asimismo el 60% de estos casos está relacionado con intentos e ideas de suicidio, por lo que la ruptura del lazo amoroso podría considerarse como uno de los empujes al pasaje al acto.

Es interesante observar que hay padres que se comunican con el sistema debido a que sus hijos no les obedecen, acuden solicitando una intervención, un Otro que regule, que instale algo de la ley que no funciona en la familia. Este tipo de llamadas da cuenta de alguna manera de la caída del Nombre del Padre y sus efectos en la subjetividad de la época.

### Alertantes crónicos

El cuadro a continuación intenta reflejar el modo de presentación de los casos crónicos atendidos en el período de investigación

De la muestra tomada tenemos un total de diez pacientes psiquiátricos crónicos.

Las llamadas de los alertantes crónicos representan el 24,5% de las llamadas que ingresaron al Servicio en el período estudiado.

Como pacientes crónicos nos referimos a aquellos alertantes que no lograron realizar un lazo con la institución u organismo a los cuales fueron derivados. La imposibilidad de establecer un lazo estuvo dada tanto por la posición subjetiva del alertante, como por la naturaleza de la institución a la que fueron derivados, ya que en muchos casos no cuentan con una estructura que aloje y dé continuidad a la atención de los casos de urgencia.

Es necesario acentuar que la asistencia brindada por el SE 911 es de naturaleza prehospitalaria, y es por este motivo que los pacientes que tienen posibilidades de realizar un tratamiento son derivados a otras organizaciones.

Como pacientes psiquiátricos entendemos a aquellos pacientes que están o estuvieron con tratamiento psiquiátrico.

Alertante	Cant. de llamadas	Período	¿Para quién se comunica?	Relación al sistema	Última derivación	Diagnóstico diferencial presuntivo
A	18	5-7 al 14-7	para sí mismo	crónico	Aseoría de menores e incapaces	psicosis
B	17	4-8 al 4-10	para sí mismo	crónico	Hospital Ragone - Aseoría de menores e incapaces	psicosis
C	7	20-9 al 21-9	para sí mismo	crónico	Aseoría de menores e incapaces	psicosis
D	6	21-7 al 1-10	para sí mismo	crónico	Tratamiento ambulatorio Hospital Ragone	neurosis
F	5	24-9 al 27-9	para sí mismo	crónico	A cargo de familiar	
G	4	7-7 al 31-10	para sí mismo	crónico	A cargo de familiar y tratamiento	psicosis psicosis
H	3		para un tercero	crónico	Hija derivada a Hospital Ragone - Aseoría de menores e incapaces	
I	3		para sí mismo	crónico	Tratamiento particular	
J	2		para sí mismo	crónico	Hospital Ragone	
K	2		para sí mismo	crónico		

### Información sobre intentos de suicidio

Nos pareció oportuno incluir este apartado para poder citar algunos datos de los que disponemos ya que pensamos que pueden ser de utilidad para formularnos algunas preguntas en relación con el tema de intentos de suicidio.

De los diferentes momentos en los que se realizaron estadísticas sobre intentos de suicidio, ideas de suicidio y urgencias en el Sistema de Emergencias 911, se pudo observar que existe una tendencia que se mantiene en cuanto a los porcentajes de llamadas por cada uno de estos incidentes.

Por ejemplo, entre los meses de enero y junio 2009, los datos relevados en el Sistema de Emergencias 911 reflejan lo siguiente:

Con esta información nos interesa reflejar el alto número de casos de intentos de suicidio que ingresan a diario, un promedio de casi dos por día. Para tener una comprensión más amplia de esta situación, debido a que éste es sólo un dato de lo ocurrido en el SE 911, sería necesario investigar las urgencias que se atienden en otras instituciones, con lo cual se podría suponer que este número sería mayor, como así también que estaríamos frente a un problema más grave.

### Relativo al diagnóstico presuntivo

En este contexto se realiza un análisis tanto en lo referido a los diferentes tipos de estructura que son atendidos por el Servicio de Psicología, como a las cantidades de cada una de ellas.

En cuanto al diagnóstico presuntivo de los alertantes, por tratarse de llamadas de emergencia que en su mayoría se resuelven en una o

dos instancias, no es posible tener un diagnóstico certero, hablamos siempre de diagnósticos presuntivos.

En relación a los datos obtenidos, más de la mitad corresponde a casos de neurosis, muy pocos a psicosis y casos aislados de pacientes con estructuras que podrían suponerse del lado de la perversión.

Los casos de psicosis no siempre se presentan con un delirio armado, hay pacientes que se comunican angustiados, sin presencia de fenómenos elementales que den cuenta de la estructura, y es la insistencia de los llamados, el desborde de la angustia frente a un Otro que lo invade, que nos hace posible empezar a pensar en un caso de psicosis. Como dice Lacan en el Seminario 3, no hay nada más parecido a una sintomatología neurótica que una sintomatología prepsicótica. Por esto, en todos los casos nos orientamos como si estuviéramos frente a una estructura de psicosis.

Si nos guiamos por el tipo de relación que establecen con el Sistema 911, se puede hacer una aproximación y dividirlos entre los alertantes que llaman por una urgencia y se resuelve en una o dos llamadas, por lo general neurosis, y aquellos otros que denominamos crónicos que establecen un vínculo que va más allá de resolver un problema concreto; en general son pacientes psiquiátricos (psicosis, debilidad mental, ciertas perversiones) que buscan ser escuchados para tramitar ciertas satisfacciones particulares.

Las dos grandes categorías diagnósticas que en principio se usan para orientarnos son neurosis y psicosis pero también hay casos aislados de perversiones. Una vez establecida una orientación diagnóstica es importante que el clínico haga surgir los rasgos particulares, es decir, los elementos que, más allá del diagnóstico, den cuenta de la historia particular y de su modo de goce.

Una vez realizada una aproximación

diagnóstica esto nos permite una orientación en cuanto al manejo de las entrevistas y las posibilidades de cada alertante.

Si bien el sistema funciona a modo de lazo entre el sujeto y otra institución que se haga cargo del un tratamiento en caso de ser necesario, se trata de saber a quién le estamos hablando a fin de tener una aproximación a un diagnóstico diferencial que nos oriente en las intervenciones.

Como se trata de un espacio preliminar, la orientación es ubicar la existencia o no de fenómenos elementales, ya que si se trata de una psicosis las intervenciones serán diferentes a las que se realicen con los pacientes neuróticos.

#### Relativo al contexto de finalización

El contexto de finalización evalúa el modo como se resolvió cada urgencia que fue atendida en el período de investigación.

Por un lado están las llamadas que se atendieron y resolvieron telefónicamente, y por otro, aquellos casos en los que fue necesaria una atención en el lugar de la urgencia, ambos son los modos posibles de abordar los casos.

Respecto a las cantidades, tenemos que el 93% fue atendida telefónicamente y las restantes, un porcentaje mucho menor, fueron resueltas en el lugar.

La atención en el lugar se realiza en general cuando no es posible una entrevista por teléfono con la persona que necesita ayuda. Puede suceder que el que se comunica, que es quien tiene la urgencia, pida ayuda para un tercero, que en general son los casos de sujetos ubicados en el orden del acto, fuera de la trama simbólica, y en estado de riesgo. También el traslado al lugar se realiza cuando el caso particular requiera poner el cuerpo del analista.

La atención de la urgencia en el lugar no responde a un único tipo de forma clínica, y

podimos observar que cada caso necesita un modo de abordaje según las coordenadas mismas en las que se presenta la urgencia.

Teniendo en cuenta que el Servicio de Psicología funciona como lazo entre la persona que necesita ayuda y la institución o espacio de derivación, uno de los puntos que analizamos aquí es a qué organismos se realizó la mayor cantidad de derivaciones y qué tipo de urgencias corresponden con mayor frecuencia a cada una de ellas. Esta información es de utilidad porque nos permite analizar los modos de derivación con los que estamos trabajando para así optimizarlos si fuera necesario, al mismo tiempo que tener una lectura sobre la cantidad de casos derivados a cada lugar.

Respecto de las instituciones de derivación, la mayor cantidad de llamadas fue derivada al hospital Ragone y a Atención Analítica, 16% y 14% respectivamente, el resto de las derivaciones está distribuido entre otras instituciones públicas con las cuales trabajamos en menor medida.

El porcentaje alto de derivaciones a Atención Analítica hace suponer que algo pudo haberse producido en las primeras entrevistas con el alertante, que alguna pregunta haya empezado a formularse sobre su padecimiento, que haya abierto la posibilidad de analizar algo de lo que le sucede en otro espacio.

Es necesario mencionar en este punto que al no contar con una red de atención de urgencias, la cual debería contemplar mínimamente, por un lado una prioridad en la atención de los casos derivados, y por otro lado, un espacio que aloje las urgencias las 24 horas, es que definimos desde el Servicio de Psicología una modalidad de derivación con Atención Analítica que nos asegura la atención de aquellos casos que podrían iniciar un tratamiento. De todos modos consideramos que sería muy necesario establecer Políticas desde Salud Mental que contemplen el tratamiento de los casos de ur-

gencias subjetivas, definiendo:

Espacios de derivación por tipos de urgencias: con esto nos referimos a crear dispositivos que atiendan las diferentes modalidades de presentación de las urgencias. Adicciones, intentos de suicidio, violencia, abusos. La mayoría de estos casos recibe un abordaje objetivo de la urgencia, es decir asistencia médica, policial, legal, dejando de lado la atención del aspecto subjetivo que implica al sujeto de la urgencia.

De este modo queda descubierta la prevención de estos casos porque la reincidencia es casi inevitable si no se realiza una intervención desde la perspectiva del sujeto. Es decir, es necesario diseñar dispositivos que de manera interdisciplinaria asistan la urgencia luego de la atención pre hospitalaria o de guardia.

Sistematizar las modalidades de derivación: pensamos que definir canales de derivación, tanto de traslado del paciente, como informáticos, que identifiquen:

- quién es derivado
- cómo es derivado
- quién deriva
- quién recibe

Contribuirían a la

- atención
- seguimiento
- prevención

de las personas que son asistidas en las guardias

Volviendo al análisis de datos, 105 personas no requirieron derivación. Esto puede significar que en este grupo están las llamadas que se resolvieron telefónicamente, pueden estar incluidos casos de crónicos y también pueden estar en este grupo de llamadas algunas consultas.

Respecto a la finalidad o motivo por el cual resultaron derivados, más de la mitad de las personas atendidas fueron derivadas para tratamiento, consultas o asesoramiento.

Diez fueron trasladados a internación psiquiátrica por personal del Servicio de Psicología, y 13 a un hospital general ya que requerían en primer momento atención médica; son los casos de intentos de suicidio en los que ya existe un daño en el cuerpo y riesgo de vida.

El 67% se resolvieron en 1 llamada y el 26%, entre 2 y 5 llamadas. Es necesario señalar que el concepto de resolución de la urgencia está empleado en términos operativos, ya que podemos suponer que el tiempo de urgencia ha concluido cuando comienza a aparecer el síntoma como sufrimiento, es allí cuando comienzan a aparecer las coordenadas de la transferencia. Asimismo no toda urgencia finaliza en una demanda de análisis.

Siguiendo la orientación de instalar un tiempo lógico, por fuera de la urgencia objetiva, en muchos casos citamos a la persona para una entrevista en el Sistema, luego de ser atendido telefónicamente, como un modo de abrir un espacio discursivo en el que a partir de sus dichos encuentre una nueva lógica a su padecimiento. Ésta es una maniobra que nos permite abrir una pausa entre la irrupción de la urgencia y brindarle otro espacio diferente, donde el cuerpo y la palabra toman una dimensión nueva.

De las personas citadas 32 asistieron a entrevistas al Servicio de Psicología y en la mayoría de los casos fueron derivados a tratamiento psicológico.

El 81% de los casos atendidos no requirió medicación, sólo un 9% recibió medicación al momento de la internación, son los casos de internación en el Hospital Ragone.

Del análisis de las variables nos formulamos las siguientes preguntas:

1. ¿Qué datos obtendríamos de una muestra de intentos de suicidio en cuanto a una distribución por sexo, por edad, por zona geográfica?
2. ¿A dónde son derivados los casos de intentos de suicidio?
3. ¿Qué sucede con aquellos casos que quedan en el domicilio?
4. ¿Qué sucede con la franja de adolescentes que no consulta?
5. ¿Con qué tipo de incidentes están relacionadas las llamadas de niños?
6. ¿Qué incidencia tiene la palabra en el caso de aquellos alertantes que llaman bajo el efecto de sustancias?
7. ¿Por qué los pacientes crónicos son en su mayoría los casos de psicosis?

## **Conclusiones**

La presente investigación nos ha permitido arribar a determinadas conclusiones en relación con el problema planteado y también nos ha abierto nuevos interrogantes que nos permitirán continuar avanzando en una nueva etapa de esta investigación.

El análisis cuantitativo y cualitativo realizado en el apartado del contexto relativo a identificación de protocolo, nos hace suponer que la organización actual del dispositivo de guardia, definido para el Servicio de Psicología, responde a las exigencias de las demandas de la comunidad, pudiendo realizar mejoras continuas en pos de ofrecer un mejor servicio.

La investigación demostró entonces, en este punto, que la orientación estaría dada por la presencia del analista en la guardia dispuesto a alojar, en cualquier tiempo, el sin tiempo de la urgencia, el sufrimiento de quien llama, orientado por la ética que supone un sujeto en juego, con una apuesta inicial, la de hacer aparecer al sujeto en su división.

La observación clínica da cuenta de que la urgencia no está asociada necesariamente a

sectores vulnerables o marginales, de hecho los datos concretos muestran que la mayor cantidad de llamados provienen de sectores medios y que se trata en general de una población con un nivel de educación medio y con trabajo, no se trata por lo tanto de personas aisladas del lazo social.

En cuanto a la distribución por sexo y edad los datos han reflejado que son las mujeres quienes con mayor frecuencia solicitan ayuda para sí o para terceros, dentro de la franja de edad que va desde los 21 a 30 años continuando la inmediata superior de 31 a 40 años. En estos datos se advierte la ausencia de los adolescentes, quienes en general son considerados grupo de riesgo; sin embargo debemos aclarar que están incluidos en las llamadas que se realizan para terceros.

Si bien las causas de la urgencia son singulares y en cada caso responden a una historia particular, no podemos dejar de advertir en esta investigación que los motivos se agrupan en una categoría que podemos denominar ruptura de lazo afectivo; entre estos motivos podemos situar abandono y separación, como aquello que empuja y sus modos de respuestas más frecuentes: violencia y consumo.

Los modos de presentación de la urgencia son diversos y en esta investigación los más frecuentes son episodios de angustia, violencia, ideas de suicidio, intentos de suicidio y adicciones.

Es importante mostrar que la angustia es un afecto inherente al ser humano y que estuvo presente en todas las épocas, lo que hoy podemos decir que ha cambiado son los modos de tramitar el goce, ya que los cambios de época tienen que ver con modos discursivos nuevos, con los avances de la ciencia y la tecnología, y la lógica capitalista.

Estos cambios de época tienen sus efectos en la subjetividad en cuanto a identificaciones lábiles, caída de los ideales, aflojamiento de

los lazos, lo que da lugar a una época más afín a los excesos; o como dice Guillermo Belaga, vivimos en una época de urgencia generalizada.

Si bien hemos observado que el desencadenante principal de la urgencia en esta investigación lo ubicamos en la ruptura del lazo afectivo, como el punto de inicio de la mayoría de los casos, es importante mencionar que estructuralmente lo que le resulta insoportable al sujeto es su propia angustia o el exceso de goce imposible de asimilar por sus recursos simbólicos, lo que nos permite entender que los lazos afectivos son una forma de tratar en sí misma lo insoportable de la pulsión, es decir, el lazo como un modo de anudamiento.

La orientación del analista en la guardia exige que por un lado se evalúe el riesgo, al mismo tiempo que se intentará detectar qué tipo de estructura está en juego en la persona que habla; es decir, se trata de hacer una aproximación diagnóstica ya en el primer contacto, pues no será la misma intervención si se trata de un sujeto neurótico o psicótico.

En este trabajo, luego del análisis de datos, hemos podido elaborar ciertas conclusiones que consideramos un aporte a la institución como así también una orientación en el trabajo que se realiza diariamente. Sin embargo han surgido una serie de interrogantes que consideramos podrían funcionar como un soporte para una nueva etapa de esta investigación y así ampliar el conocimiento en relación a lo ya investigado, las cuales fueron mencionadas en el análisis de las variables.

## Referencias bibliográficas

- Belaga, Guillermo (Comp.). *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. Grama: Buenos Aires, 2004.
- García, German. *La actualidad del trauma*. Buenos Aires: Grama, 2005.
- Lacan, Jacques. *El Seminario Libro 10 «La*

*Urgencias ciudadanas y la subjetividad de la época*

- Angustia*». Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Lacan, Jacques. *El Seminario Libro 3 «Las Psicosis»*. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Lacan, Jacques. *Escritos. Tomo 2*. México: Siglo XXI, 1991.
- Miller, Jacques Alain. *La angustia lacaniana*. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Miller, Jacques Alain. *Las psicosis ordinarias*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Miller, Jacques Alain. *Los usos del lapso*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- Sotelo, Inés (Comp.). *Tiempos de urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2005.
- Sotelo, Inés. *Perspectivas de la Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, 200