

INTENTO/IDEACIÓN SUICIDA: CONSULTAS, RESOLUCIÓN Y REINCIDENCIA EN LA GUARDIA DE SALUD MENTAL

SUICIDAL ATTEMPT/IDEATION: CONSULTATIONS, RESOLUTION AND RECIDIVISM IN THE MENTAL HEALTH GUARD

Sotelo, M. Inés; Rojas, M. Alejandra; Fazio, Vanesa Patricia ¹

RESUMEN

En el siguiente artículo se exponen algunos de los resultados obtenidos en la investigación "Los dispositivos para alojar la urgencia desde la mirada de los profesionales psicólogos que intervienen en ellos", UBACyT 2023-2026. En esta oportunidad, se seleccionan aquellos relevados en la variable "motivo de consulta en adultos", focalizando en el valor "intento de suicidio/ideación suicida". Asimismo, se analizan los resultados obtenidos respecto de las variables "resolución de la consulta por guardia" y "reincidencia". Luego de desarrollar la lectura de estos datos desde la perspectiva de la salud y desde el psicoanálisis, se arriba a una discusión en la cual se destaca la relevancia de la intervención del psicoanalista en la guardia de Salud Mental y la imperiosa necesidad de un trabajo intra e interinstitucional para dar curso a los tratamientos.

Palabras clave:

Intento, Ideación, Suicidio, Urgencia, Psicoanálisis.

ABSTRACT

The following article presents some of the results obtained in the research "Devices to accommodate urgency from the perspective of the psychological professionals who intervene in them", UBACyT 2023-2026. On this occasion, those surveyed in the variable "reason for consultation in adults" are selected, focusing on the value "suicide attempt/suicidal ideation." Likewise, the results obtained with respect to the variables "resolution of the consultation by guard" and "recidivism" are analyzed.

After developing the reading of these data from the perspective of health and from psychoanalysis, we arrive at a discussion in which the relevance of the intervention of the psychoanalyst in the Mental Health guard and the imperative need for intra and inter-institutional work to give progress to the treatments are highlighted.

Keywords:

Attempt, Ideation, Suicide, Urgency, Psychoanalysis.

¹Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email inessotelo@gmail.com

Introducción

En el siguiente artículo se exponen algunos de los resultados obtenidos en la investigación “Los dispositivos para alojar la urgencia desde la mirada de los profesionales psicólogos que intervienen en ellos”, UBACyT 2023-2026¹. El objetivo principal de esta investigación es aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios de la República Argentina que reciben urgencias, desde la mirada de los psicólogos que intervienen en ellos, establecer los diversos modelos de dispositivos existentes y aportar datos sobre sus fortalezas y debilidades.

Este objetivo responde al propósito general de trazar, en un futuro, estrategias para el armado de dispositivos en guardia que permitan un rápido y eficaz tratamiento de las consultas de urgencia en Salud Mental.

El procedimiento empleado para la recolección de datos fue la administración de una entrevista semi-dirigida, mediante un formulario online, a 50 psicólogos que trabajan en dispositivos de atención de urgencia en hospitales públicos de 17 provincias de todo el país.

Esta muestra es de tipo intencional, es decir, dirigida a este subconjunto específico de la población, para recoger datos cualitativos que permitan identificar y generar conocimientos sobre aspectos concretos del contexto de atención a urgencias en hospitales públicos de Argentina.

Los profesionales participantes firmaron un Consentimiento Informado que autoriza el empleo de los datos recabados para fines relacionados con la investigación y publicaciones realizadas por el equipo. Estos datos son resguardados, garantizando el anonimato de los participantes y el respeto por sus derechos, atento a lo especificado en la Ley de Protección de los Datos Personales N° 25.326/2000.

En esta oportunidad, se seleccionaron los resultados relevados en la variable “motivo de consulta en adultos”, focalizando en el valor “intento de suicidio/ideación suicida”, debido a que, de acuerdo a los profesionales participantes en esta investigación, es el motivo de consulta que se presenta con mayor frecuencia. Asimismo, se analizan los resultados obtenidos respecto de las variables “resolución de la consulta por guardia” y “reincidencia”.

Que el intento de suicidio/ideación suicida sea uno de los motivos de consulta más frecuente, no sólo no sorprende, sino que confirma que esta problemática representa uno de los desafíos que enfrenta la Salud Pública en general y, en particular, el campo de la Salud Mental.

Tal y como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

En la Región de las Américas se notificó un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, siendo la tasa de suicidio en América del Norte y el Caribe no hispano superior a la tasa regional. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más. (s.f., párrs. 3 y 5)

En este marco, es necesario explicitar que el suicidio consumado es el acto autoinfligido por la persona que resulta en su propia muerte (Bella, Fernández y Willington, 2010). En cambio, el intento de suicidio corresponde a “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018, p. 31). En la legislación vigente en nuestro país se lo define como “toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal” (Ley N° 27.130, Art. 2, a). Respecto a la “ideación suicida”, ésta se refiere a “los pensamientos y verbalizaciones recurrentes de autolesionarse o provocarse la muerte” (Bella, Fernández y Willington, 2010, pp. 124-125).

Sobre la variable “resolución de la consulta por guardia”, en el protocolo de nuestra investigación indagamos en cuántas entrevistas se suelen resolver las consultas.

La “resolución de la consulta por guardia”, implica evaluar la consulta y reducir el episodio agudo. En los casos de intentos de suicidio, así como en los de ideación suicida, deberá intervenir el equipo interdisciplinario de Salud Mental, con la finalidad de realizar una evaluación del riesgo cierto e inminente, para decidir la estrategia terapéutica a implementar.

En este contexto, hay que considerar que un caso puede presentar indicadores de riesgo, sin que éste sea necesariamente inminente, situación que llevará al profesional a evaluar otras variables. En ambos casos, la resolución de la consulta por guardia por este motivo consiste en que el riesgo de vida haya sido resuelto y la intención o ideación suicida hayan desaparecido.

En cuanto a la variable “reincidencia”, se consideran aquellos casos en los que el paciente consulta más de una vez a la guardia por la misma problemática.

Dado que el marco teórico en el que se referencia nuestro estudio es el del psicoanálisis lacaniano, es relevante destacar que, desde esta perspectiva, las conductas suicidas pueden leerse como formas resolutivas de la angustia. El intento de suicidio puede entenderse, según el caso, como acting out y/o pasaje al acto, mientras que la ideación suicida puede presentarse como acting out, síntoma o certeza. En cuanto a la resolución de la consulta, la misma implica, además de la evaluación del riesgo y su tratamiento, incluir la dimensión subjetiva, es decir, introducir un tiempo que posibilite la subjetivación de la urgencia.

¹Directora: María Inés Sotelo

Grupo de Investigación: María Alejandra Rojas, Lucas Leserre, Vanesa Patricia Fazio, Larisa Santamaría, Valeria Laura Mazzia, Daniel Martín Melamedoff, Benjamin Branca, Emilia Paturlane, Gabriela Claudia Triveño Gutierrez, Graciela María Tustanoski, Leandro Martín Vizzolini, Lucía Moavro, Daiana Regojo, Gustavo Saraceno, Carolina Barrionuevo, Gisela Cid, Gisela Contino, Karina De Dominicis, Mónica Mufarrege, Agostina De Luca, Sol Acosta Córdoba, Paula Mariana Suarez López, Victoria Lonardi, Ignacio Sires, Sofía Vitale, Natasha Irina Wosniak.

Resultados

Como mencionamos, el objetivo general de la investigación que enmarca este trabajo es aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios de la República Argentina que reciben urgencias, desde la mirada de los psicólogos que intervienen en ellos.

Los objetivos específicos planteados son los siguientes:

- Localizar los aspectos que favorecen y obstaculizan la resolución de la urgencia en Salud Mental.
- Establecer el tipo de uso que se le da al dispositivo de guardia.
- Establecer la relación y articulación de la asistencia en guardia con la asistencia de los demás servicios de Salud Mental del Hospital.
- Establecer el objetivo que se plantean los hospitales y los profesionales acerca de la urgencia en Salud Mental.
- Establecer el tipo de tratamiento más frecuente de las urgencias.

Las variables propuestas para la indagación son:

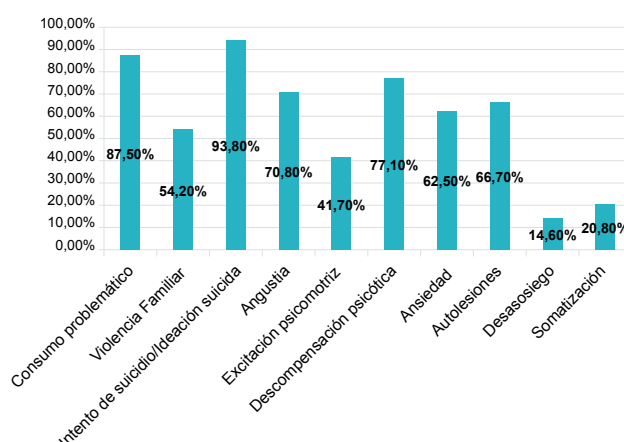
1. Características de la Institución/Hospital.
2. Características de la guardia de Salud Mental.
3. Motivo de consulta.
4. Consultas de adolescentes durante el ASPO.
5. Consultas por violencia familiar y/o de género.
6. Objetivo institucional/objetivo del profesional para la asistencia de guardia.
7. Consideración de los vínculos familiares en la atención de guardia.
8. Resolución de la consulta por guardia.
9. Reincidencia.
10. Articulación con Consultorios Externos y otros Servicios de la Institución/Hospital.
11. Fortalezas y debilidades del dispositivo de guardia.
12. Aplicación de *DATUS (Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas)* en la guardia.
13. Otros comentarios.

A continuación, presentaremos los resultados obtenidos en las variables “Motivo de consulta”, “Resolución de la consulta por guardia” y “Reincidencia”.

Motivo de consulta

Para indagar esta variable, la entrevista semi-dirigida incluyó un ítem de casillas de verificación, en el que los profesionales podían seleccionar más de una opción. Tal y como se puede observar en el Gráfico N° 1, el 93,8% de los profesionales señaló al intento de suicidio/ideación suicida como uno de los motivos de consulta que se presentan con mayor frecuencia en las guardias de Salud Mental de los hospitales participantes. Asimismo, el 87,5% de los profesionales ubicó en esta variable al consumo problemático, el 77,1% a la descompensación psicótica, el 70,8% a la angustia, el 66,7% a las autolesiones, el 62,5% a la ansiedad, el 54,2% a la violencia familiar, el 41,7% a la excitación psicomotriz, el 20,8% a la somatización y el 14,6% al desasosiego.

Gráfico N° 1



Con el objetivo de obtener mayor información relacionada con esta variable, la entrevista incluyó también una pregunta en la que los profesionales podían agregar comentarios acerca de la misma.

Algunas de las respuestas ofrecidas por los profesionales en este caso fueron las siguientes:

“Una de las tareas de los profesionales de la guardia es poder despejar el ‘motivo de consulta’, por lo general, el sujeto se muestra sintomático, por ejemplo, presenta autolesiones y, luego, surge un gran monto de angustia por situaciones de violencia o abuso”.

“Los casos de intento de suicidio o ideación suicida, llegan a la atención por guardia, generalmente, cuando intervino un tercero, como testigo de la situación. En casos específicos de ideaciones, muchas consultas fueron promovidas o generadas por los agentes sanitarios, que, al tener un rol más íntimo en las realidades familiares y las de sus integrantes, suelen ser consultados directamente”.

“Se percibe un aumento de motivos de consulta que no son de urgencia debido a la dificultad para conseguir turno con psiquiatría en Consultorios Externos. Por ejemplo, insomnio de larga data, síntomas de déficit cognitivo en tercera edad, derivaciones que son para orientar a tratamiento (alguien que consulta por vómitos y además está un poco angustiado), ya que están en lista de espera sin respuesta, etc.”.

“Las demandas espontáneas por guardia parecieran estar mayormente relacionadas con ideación suicida, episodios autolesivos, descompensaciones psicóticas o crisis de ansiedad”.

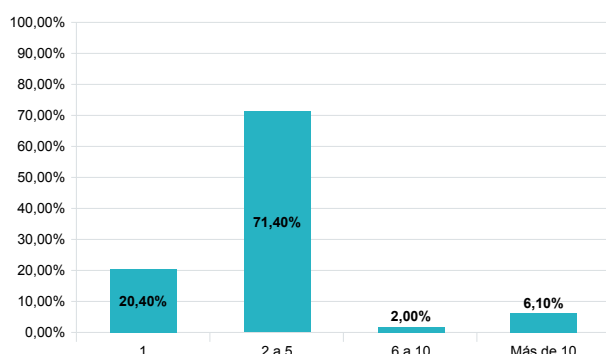
“Muchas veces las consultas se relacionan con falta de redes sociales de apoyo y recursos en Salud Mental próximas a sus lugares de residencia (interior de la provincia o zonas rurales)”.

“Desde el mes de diciembre de 2023, asistimos a un incremento significativo de descompensaciones psicóticas por falta de acceso a la medicación, la cual dejó de ser entregada a pacientes sin obra social, en algunos casos y, en otros, por dificultades económicas para adquirirla”.

Resolución de la consulta por guardia

Para indagar acerca de la cantidad de entrevistas en las que se suelen resolver las consultas por guardia, se incluyó en la entrevista un ítem de opción múltiple. Como se observa en el Gráfico N° 2, el 71,4% de los profesionales señaló que las consultas suelen resolverse en 2 a 5 entrevistas, el 20,4% indicó que suelen resolverse en 1 entrevista, el 2% indicó que suelen resolverse en 6 a 10 entrevistas y el 6,1% de los profesionales indicó que suelen resolverse en más de 10 entrevistas.

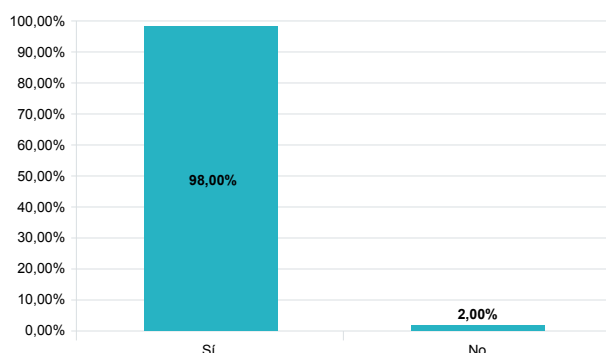
Gráfico N° 2



Reincidencia

Esta variable se indagó mediante un ítem dicotómico de opción, que sólo admitía valores de sí o no, como respuesta a la pregunta “¿Ha registrado reincidencia de pacientes en la consulta por guardia?”. El 98% de los profesionales respondió que sí ha registrado reincidencia de las consultas por guardia (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3



Con el objetivo de obtener mayor información relacionada con esta variable, la entrevista incluyó también una pregunta en la que los profesionales podían agregar comentarios acerca de la misma: “¿Desea agregar otros comentarios relacionados con la reincidencia?”.

Algunas de las respuestas ofrecidas por los profesionales en este caso fueron las siguientes:

“Hay consultas que se resuelven, pero como el paciente no encuentra otro espacio para continuar su tratamiento o donde sentirse alojado, permanece concurriendo por

guardia, a veces meses o incluso años”.

“Muchas veces, la reincidencia está en relación a la falta de dispositivos fuera del hospital, por lo que, luego de la internación, retornan tras una espera eterna de un turno por Consultorios Externos o para el ingreso a otro espacio”.

“Me parece que se debe a la falta de interés por parte de las instituciones, falta de dispositivos en Salud Mental, etc. Y, en relación al paciente, a la no adherencia al tratamiento, la falta de vínculos familiares, pacientes que se encuentran en situación de calle, etc.”.

“La reincidencia estaría dada por las características de personalidad del paciente que llega a la consulta por guardia; la escasa adherencia y/o abandono del tratamiento del mismo.

Otro factor es la poca disponibilidad de turnos en la Institución, debido a la creciente demanda”.

“El reduccionismo en el abordaje de la urgencia y la falta de posibilidad de tratamiento ambulatorio en Consultorios Externos hace que muchas veces el único recurso con el que cuenta el sujeto para dar tratamiento a su padecimiento sean las consultas por guardia”.

“En general [las reincidencias] son por abandonos de tratamientos, ya sea por falta de adherencia o por no poder conseguir turnos y/o medicación”.

“Las reincidencias se asocian a aquellos casos donde persiste la ligazón gozosa: consumo problemático, autolesiones y somatización”.

“Las reincidencias pueden estar asociadas a la intención de resolver inmediatamente la urgencia. [Las intervenciones se encuentran] muy ajustadas a los tiempos institucionales. El abordaje [se realiza] sin una orientación definida de la intervención en la urgencia. La escucha sólo se limita a asesorar e informar. También pueden asociarse a la falta de formación en urgencia y lo que implica el proceso de subjetivación de la misma”.

“Hay pacientes que ingresan con enorme regularidad. Algunos, por falta de dispositivo en Ambulatorio, medio camino, etc. Otras veces, porque es la única forma que disponen de andar por la vida”.

“La reincidencia muchas veces sucede en casos que no han iniciado tratamiento ambulatorio.

Otra de las mayores causas de reincidencia es el abandono de tratamiento”.

“Se debe, muchas veces, a la dificultad para conseguir turnos por Salud Mental en Consultorios Externos y otros dispositivos”.

“Muchas veces, está asociada a la falta de turnos y a continuar recibiendo medicación psiquiátrica, que el hospital brinda de forma gratuita”.

Conductas suicidas desde la perspectiva de la salud

Tal como se consignó en la introducción, el tema del suicidio ha devenido un problema de la Salud Pública a nivel mundial; sobre la prevención del mismo se trabaja en numerosos países y ocupa un lugar de relevancia en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS. Estudios realizados en poblaciones generales revelan que

un alto porcentaje de las personas dicen haber presentado ideación suicida en algún momento de su vida, que un tercio de ellas planificará un intento de suicidio y que el 10% logrará consumarlo (Bella, Fernández y Willington, 2010). Cabe aclarar que no todas las personas que realizan un intento de suicidio quieren quitarse la vida (en ocasiones, lo hacen para dejar de sufrir), de hecho son más las tentativas de suicidio que lo suicidios consumados (Echeburúa, 2015).

Bella, Fernández y Willington (2010) plantean que en las últimas décadas, se registra un incremento de las conductas suicidas infanto juveniles. La ideación suicida es la más frecuente en niños y adolescentes de ambos géneros, sin que necesariamente se asocie con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos, a diferencia de los intentos de suicidio, que se presentan con menos frecuencia, pero que se asocian con mayor prevalencia a trastornos psicopatológicos.

Diversas investigaciones concluyen que un antecedente de intento de suicidio es el principal factor de riesgo a considerar para prevenir uno nuevo (Bella, Fernández y Willington, 2010).

Para evaluar el riesgo, algunos autores consideran importante tener en cuenta aquello que llaman

Factores predisponentes, como haber sufrido sucesos traumáticos en la infancia, tener una historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento adecuados. Esta predisposición puede interactuar con factores precipitantes, como la fase aguda de un trastorno mental, los pensamientos suicidas, el fácil acceso a métodos letales, el acoso o algún acontecimiento vital adverso reciente, sobre todo si genera humillación profunda. La vulnerabilidad psicológica se acentúa si se suman ciertas circunstancias psicosociales. (Echeburúa, 2015, p. 123)

En este marco, se observa que gran parte de las personas que se suicidaron dieron algún tipo de aviso a familiares y/o conocidos; sin embargo, a veces, estos avisos pasan desapercibidos o son desestimados (Bella, Fernández y Willington, 2010). En este sentido, datos actuales confirman que el suicidio, en muchos casos, es prevenible (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina [MS], s.f.). Como se puede apreciar, abordar esta problemática “nos conduce a pensar en términos de complejidad y multicausalidad”, ya que se trata de un fenómeno que “afecta al tejido social, con alto impacto para el entorno familiar y social de la persona y su comunidad de pertenencia, con efectos de amplio alcance” (MS, s.f., párr. 1).

Por ello, para que las estrategias a implementar sean eficaces, el diseño de políticas públicas debe considerar “un abordaje integral y un enfoque intersectorial” (MS, s.f., párr. 2).

Conductas suicidas desde la perspectiva del psicoanálisis

Desde la perspectiva del psicoanálisis, las conductas suicidas pueden leerse como formas resolutivas de la angustia. El intento de suicidio o el suicidio consumado pueden entenderse, según el caso, como acting out y/o pasaje al acto, mientras que la ideación suicida puede presentarse como acting out, síntoma o certeza.

Recordamos que los términos de acting out y pasaje al acto fueron utilizados por Freud y los posfreudianos, pero es Lacan quien los reconceptualiza, otorgándoles un valor diferencial, que resulta de relevancia clínica, ya que precisarlos orienta al analista en el manejo de la transferencia (Schussler, 2009).

El pasaje al acto implica una acción que introduce un corte en lo real. Allí donde hay rechazo del Otro, el sujeto sale eyectado de la escena, no se trata de un mensaje dirigido al Otro. Lacan lo ubica como identificación al objeto “a”, como resto, quedando el sujeto despojado de cualquier sentido que lo sostenga (Lacan, 1962-63/2007). De esta manera, el suicidio es entendido como el único acto logrado, debido a que el sujeto, en el acto, al librarse del significante, dirime la indeterminación subjetiva (Fridman, 2004).

Melamedoff, Branca y Fuentes (2022) plantean que, frente a la irrupción de lo traumático, el pasaje al acto se sitúa como última defensa ante la presencia no mediatizada del goce. La angustia, al no deslizarse entre los significantes, encuentra en el pasaje al acto la única salida posible. Podemos decir que esta modalidad de resolución de la angustia implica un tratamiento de lo real por la vía de lo real.

A diferencia del pasaje al acto, el acting out es algo en la conducta del sujeto que se muestra y que sí está orientado hacia el Otro (Lacan, 1962-63/2007).

De acuerdo con Trobas (2003), en los Seminarios III y IV, Lacan plantea que el acting out se trata de una acción que se impone en la realidad del sujeto, a la manera de un guión a enseñar, que tiene una dimensión exhibicionista. Luego, en su Seminario sobre la angustia, lo sintetiza con el término “mostración”. Esto indica que el acento está puesto aquí en el elemento visual, escópico.

En este sentido, Lacan insiste en “la puesta en escena de un objeto cumpliendo un papel prevalente en el guión, un objeto que capta justamente la mirada y que está más presente que el sujeto mismo” (Trobas, 2003, párr. 30).

Aquí, se trata de una transferencia salvaje, sin análisis, o sea, a diferencia del síntoma, es el esbozo de la transferencia (Lacan, 1962-63/2007, p. 139).

Por ello, “si el acting out llama a la interpretación hay que evitar este nivel que vale como un señuelo” (Trobas, 2003, párr. 110). El analista esperará el momento oportuno en el cual aparezcan los significantes en juego en el acting out, ofreciendo al sujeto “la posibilidad de establecer, retroactivamente, un lazo asociativo con los significantes iniciales” (Trobas, 2003, párr. 113), un lazo que le permita abandonar su posición de espectador y hacerse agente de su propia palabra (Trobas, 2003, párr. 112).

Entonces, si anteriormente ubicamos que el pasaje al acto implica un tratamiento de lo real por la vía de lo real, pode-

mos decir que en el acting out se produce un tratamiento de lo real por la vía de lo imaginario.

Atendiendo a la singularidad de cada sujeto y a la particularidad de cada tipo clínico, así como a las vicisitudes de la transferencia, la propuesta del psicoanálisis es que el sujeto realice un tratamiento de lo real por la vía de lo simbólico. En este sentido, Miller (1993) propone diferenciar, en la medida de lo posible, de qué tipo de acto se trata, si es un pasaje al acto o un acting out, para “saber con qué tenemos que vérnosla” a la hora de intervenir y destaca que, aun así, en algunos casos, el suicidio puede resultar inevitable. Podemos concluir que, tanto en el caso del intento de suicidio como de la ideación suicida, el analista apuesta a introducir una pausa, un tiempo en el que, a partir de tomar la palabra, el sujeto pueda realizar un trabajo de subjetivación, mediante el cual ese padecer sea puesto en cuestión.

La urgencia y su resolución desde la perspectiva del psicoanálisis

El modo en que se concibe la urgencia determina modos diversos de abordarla.

Según la OMS, la urgencia se define como la aparición imprevista, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia (De La Garza, 2017). La urgencia entonces es, desde este punto de vista, una problemática que debe resolverse sin demoras.

Belaga (2004) plantea a la urgencia como nueva categoría clínica, como hecho clínico e institucional relacionado con la época. Ubica que la misma ha cambiado de estatuto respecto del uso tradicional del término y sostiene que, en lo cotidiano, lo que se atiende en las instituciones es la urgencia, quedando en lista de espera el resto de las consultas. Desde Freud, podemos entender a la urgencia como un momento de quiebre: se produce la ruptura del relativo equilibrio homeostático con que la vida transcurría, causada por una irrupción pulsional. Supone, de este modo, “la abolición momentánea del principio de placer” (Freud, 1920/1992, p. 29), una perturbación económica. Desde Lacan, la urgencia designa la emergencia de un real, entendido como aquello “que se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (Lacan, 1974/2007, p. 84).

Esta forma de entenderla nos lleva a ubicar en ella dos dimensiones: la presencia de un padecimiento sin velo, que puede presentarse clínicamente como sufrimiento insoportable en distintas modalidades y la vivencia temporal, bajo la forma del apremio y de la prisa (Sotelo, Rojas y Miari, 2011).

Lacan señala que “su misión, la del analista, es hacerle la contra” (1974/2007, p. 87) a lo real. En términos de Freud, la perturbación económica conduce a que la tarea del analista sea “dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación” (Freud, 1920/1992, p. 29). Es decir que, en la urgencia, el primer movimiento del analista apunta a que algo de ese real se

tramite a través de la palabra, que se vuelva relato en el que el sujeto pueda representarse, construir un sentido desde el sin-sentido propio de la urgencia (Sotelo, Rojas y Miari, 2011).

Dado que el psicoanálisis opera a partir de poder situar un sujeto, la urgencia es pensada como urgencia subjetiva (Rojas, 2005). Específicamente, llamamos urgencia subjetiva a la que aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne.

A través del despliegue de un relato y la localización de los acontecimientos que condujeron a la consulta, se ofrece al sujeto la posibilidad de establecer una hipótesis que de un sentido a lo sucedido. Como dijimos, se trata de un sentido que concierna al sujeto, mediante el cual pueda responsabilizarse por el tratamiento que esté dispuesto a dar a su malestar. “Cuando el paciente ha podido armar un relato, localizar los acontecimientos y formular una hipótesis acerca de la causa, podrá pensarse qué tratamiento darle a la urgencia, ahora subjetiva, llegando al momento de concluir con el proceso de la urgencia” (Sotelo, 2015, p. 176). Poner en palabras el padecimiento se constituye, de este modo, en un paso preliminar para la iniciación de un tratamiento. Atendiendo a lo singular de cada consulta, la resolución de la urgencia, entendida desde esta perspectiva, requiere, en los casos de intento de suicidio o ideación suicida, además de la constatación del cese del riesgo cierto e inminente, la introducción de un movimiento de subjetivación.

Discusión

A partir de los resultados de las variables consideradas, arribamos a las siguientes reflexiones:

1. El motivo de consulta que se presenta con mayor frecuencia por guardia es el intento/ideación suicida, valor que se corresponde con estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional.

A nivel mundial, existen diversos programas y normativas diseñados para la prevención del suicidio (OMS/OPS). En nuestro país, además de contar con guías, capacitaciones para profesionales y distintos recursos con el fin de prevenir este flagelo, contamos con la Ley N° 27.130/2015, que respalda las acciones de prevención. Sin embargo, los datos de los estudios evidencian que aún falta mucho por trabajar.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, entendemos este tipo de conductas en correspondencia con la época, una época marcada por la caída de los grandes ideales, por la decadencia de las instituciones que organizaban la vida de las personas, una época signada por el individualismo extremo, lo descartable y la promoción de la imagen, generando como consecuencia la dificultad para establecer lazos.

Sobre este telón de fondo, cada caso presentará su propia marca, no todos los suicidios, intentos o ideaciones suicidas son iguales, no todos se consuman, se intentan o fantasean de la misma manera y ese es un detalle del cual puede valerse el analista a la hora de tratarlos.

Este argumento nos conduce a plantear que, a la par del desarrollo de programas de prevención y asistencia que apunten a un “para todos”, resulta fundamental ofrecer un abordaje en el cual pueda indagarse por la causa, ubicando la singularidad de cada caso.

2. Al relevar los datos sobre la variable “resolución de la consulta por guardia”, encontramos que la misma se produce, generalmente, entre 2 a 5 encuentros. Esta información expone que el tratamiento de la urgencia requiere de un tiempo, tanto cronológico como subjetivo. Por un lado, en la guardia la consulta se considera finalizada cuando se resuelve el episodio agudo. Por otro lado, desde la perspectiva del psicoanálisis, planteamos que allí donde el sujeto quedó arrasado, es necesario introducir un tiempo en el cual pueda desplegarse la palabra, situar a un sujeto para que pueda apropiarse de su urgencia, subjetivarla: ¿Qué pasó? ¿Qué me llevó a esto? ¿Por qué? ¿Hace cuánto pienso esto? ¿Cuándo me pasa? Preguntas que irán trazando el mapa subjetivo, en pos de construir hipótesis sobre lo acontecido.
3. A pesar de los datos mencionados en el punto 2, los resultados indican que existe una alta reincidencia de la consulta por guardia. Esto nos conduce a pensar que, en estos casos, ni la resolución del episodio agudo ni la subjetivación de la urgencia alcanzaron para resolver la causa que precipitó la consulta. Efectivamente, se hace necesario articular la intervención por guardia con un tratamiento ambulatorio.

Es importante destacar que, aunque los profesionales entrevistados suelen asociar los elevados niveles de reincidencia con aspectos relacionados con la propia subjetividad de quien consulta (como la falta de adherencia al tratamiento o la persistencia de la ligazón gozosa), también ubican, en mayor medida, la ausencia de redes institucionales de contención y atención como una de sus posibles causas. Podemos situar, entonces, que la ausencia de redes representa un límite a la posibilidad de una intervención eficaz en la urgencia. A esto se suma la gran cantidad de demanda, la escasez de recursos y la falta de profesionales.

Estas observaciones muestran la grave crisis que atraviesa el Sistema de Salud, convirtiendo a la guardia, en muchas ocasiones, en el único recurso disponible.

Finalmente y para concluir, luego de estas reflexiones, podemos afirmar que, si bien el psicoanalista en la guardia puede contribuir a la subjetivación de la urgencia y, con ello, propiciar la iniciación de un tratamiento, resulta indispensable contar con una política institucional que promueva la articulación entre servicios, así como el establecimiento de redes en Salud Mental que posibiliten derivaciones a otros centros de salud, cuando fuese necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Belaga, G. (2004). *La urgencia generalizada*. Grama.
- Bella, M., Fernández, R. y Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200006#:~:text=Intento%20de%20suicidio%3A%20todo%20acto,tener%20como%20resultado%20la%20muerte
- De La Garza, C. (2017, diciembre). Urgencia. *Laboreal*, 13(2). <https://doi.org/10.4000/laboreal.358>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Freud, S. (1992). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (ed.) y J. L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas* (Vol. 18, pp. 1-62). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1920).
- Fridman, P. (2004). La determinación suicida en la psicosis. *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, (2). Escuela de Orientación Lacaniana (EOL).
- Lacan, J. (2007). El Seminario 10: La angustia, 1962-1963. En J. Granica, (ed.) y E. Berenguer (trad.), *El seminario de Jacques Lacan*. Paidós.
- Lacan, J. (2007). La tercera, 1974. En J. Sucre, J. L. Delmont y D. Rabinovich (trad.), *Intervenciones y textos* (vol. 2, pp. 73-108). Manantial.
- Ley 25.326, 4 de octubre de 2000, Habeas data. Protección de los datos personales. *Boletín oficial*. Argentina, 4 de octubre de 2000, Nro. 29517.
- Ley N° 27.130, 11 de marzo de 2015, Prevención del suicidio. *Boletín oficial*. Argentina, 8 de abril de 2015, Nro. 33103.
- Melamedoff, D., Branca, B. y Fuentes, I. (2022). El consentimiento al acto analítico como posible salida de la repetición de la urgencia. En A. Trimboli, E. Grande, S. Raggi, J. C. Fantin, P. Fridman y G. Bertran (ed.) *Amor y deseo. Clínica y política de la diversidad en salud mental* (pp. 106-107). Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina (s.f.). *Abordaje integral de la problemática del suicidio*. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental. <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/suicidio>
- Miller, J-A. (1993). Jacques Lacan: observaciones sobre su concepto de pasaje al acto. En G. Lombardi (comp.) *Infortunios del acto analítico* (pp. 39-55). Atuel.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2018). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49120/9789275320082_spa.pdf?sequence=1
- Rojas, M.A. (2005). Un trabajo en la urgencia. En I. Sotelo (comp.) *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 133-137). JCE.
- Schussler, E. (2009). Acting out y pasaje al acto en la urgencia. En I. Sotelo (comp.) *Perspectivas de la clínica de la Urgencia* (pp. 63-72). Grama.

- Sotelo, M.I., Rojas, M.A. y Miari, A.S. (2011). Hospital, dispositivos, urgencias. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 11.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS. Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Grama.
- Trobas, G. (2003, abril-mayo). Dialéctica del acting-out. *Virtualia. Revista digital de la EOL*, (7), 2-9. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/682/destacados/dialectica-del-acting-out>

Fecha de recepción 9 6 2025

Fecha de aceptación 4 7 2025