

# DISPOSITIVOS Y ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN A LA DEMANDA EN URGENCIAS EN SALUD MENTAL: UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

DEVICES AND ADDRESSING THE PROBLEM OF VIOLENCE IN THE CONTEXT OF CARE IN URGENCY DEMAND IN MENTAL HEALTH: A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

*Sotelo, M. Inés<sup>1</sup>; Fazio, Vanesa P.<sup>2</sup>; Miari, Antonella S.<sup>3</sup>*

## RESUMEN

El presente trabajo se desprende de la investigación UBA-CyT 2012-2015: "Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos", dirigida por la Prof. Dra. María Inés Sotelo. En el presente artículo nos proponemos, a partir del análisis de los datos obtenidos, situar aquellas consultas que incluyen episodios de violencia, así como el abordaje que cada dispositivo propone para alojarlos. Nos interesa profundizar en el estudio de esta problemática, que se despliega en un abanico que va desde la violencia contra sí mismo hasta la violencia colectiva. A partir de estos desarrollos, y desde una lectura de orientación psicoanalítica, procuraremos aportar herramientas de intervención para los profesionales que atienden este tipo de problemática en los Servicios de urgencias en Salud Mental.

## Palabras clave:

Violencia - Dispositivo - Urgencia - Psicoanálisis

## ABSTRACT

This paper emerges from research UBACyT 2012-2015: "Boarding devices for Mental Health urgencies from the view of professionals, psychologists and psychiatrists, intervening in them", directed by: Prof. Dra. María Inés Sotelo.

In this article we will take into consideration cases that include episodes of violence and the approach each device proposed to accommodate them. We are interested in further study of this problem, which is deployed in a range that goes from violence against oneself to collective violence. From these developments, we will strive to provide intervention tools for professionals serving this type of problem in emergency departments in Mental Health.

## Key words:

Violence - Device - Urgency - Psychoanalysis

<sup>1</sup>Directora de las Investigaciones UBACYT 2008-2010, 2010-2012 y 2012-2015. Psicoanalista. Coordinadora de la práctica profesional Clínica de la Urgencia. Profesora titular de la materia "Psicoanálisis: orientación lacaniana. Clínica y escritura". Profesora titular regular de Psicopatología, Licenciatura en Musicoterapia, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: misotelo@psi.uba.ar

<sup>2</sup>Investigadora en formación de las Investigaciones UBACYT 2008-2010, 2010-2012 y 2012-2015. Psicoanalista. Docente de la materia Psicoanálisis: Freud. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

<sup>3</sup>Idem 2.

## Introducción

El presente trabajo se desprende de la investigación UBA-CyT 2012-2015: "Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos"<sup>1</sup>, dirigida por: Prof. Dra. María Inés Sotelo y Co-dirigida por: Dr. Guillermo Belaga. El fin de la investigación es trazar estrategias para la atención de la demanda en urgencia en Salud Mental. Como antecedentes esta investigación, contamos con dos investigaciones previas dirigidas por el mismo equipo de investigadores.

La primera, correspondiente a los años 2008-2010, se titula: "Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental. Hospital Central de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires, Hospital San Bernardo de la Provincia de Salta (Argentina) y Hospital Maciel de Montevideo (Uruguay)".

En esa oportunidad, se recogieron datos sobre las características de la demanda en urgencias en Salud Mental en la clínica actual. El estudio se llevó a cabo en cuatro hospitales del Mercosur y se establecieron comparaciones entre ellos. Para ello, se tomaron como muestra los casos de 714 consultas de sujetos de ambos sexos, mayores de 15 años. Como instrumento para la recolección de datos, se diseñó un protocolo para que el profesional a cargo de la admisión lo complete. Dicho protocolo incluyó datos como: diagnóstico presuntivo, posibilidad del sujeto de relatar lo que le ocurría, localización de los acontecimientos ligados con el surgimiento de la urgencia, formulación de hipótesis sobre la causa de la urgencia (variable subjetiva), modo de resolución de la urgencia, transferencia, entre otros. Este relevamiento de datos se realizó por un período de cuatro meses y se procuró consignar, de la manera más fidedigna, las intervenciones de los profesionales, así como el curso de cada caso en particular (Sotelo, I. *et al.* 2008).

La segunda investigación recibió el nombre de "Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público" y corresponde a los años 2010-2012. En esta oportunidad, se propuso como objetivo analizar la eficacia de tratamientos psicoanalíticos, con una duración de 16 entrevistas. Como muestra, se tomaron 50 protocolos de pacientes que recibieron un tratamiento individual en el Hospital Central San Isidro. Con el fin de analizar los efectos de la intervención psicoanalítica, se excluyeron aquellos en los que se requirió atención farmacológica. A partir del procesamiento de datos, se establecieron relaciones significativas entre las intervenciones de los profesionales y las modificaciones en la posición subjetiva de los pacientes.

Finalmente, y en tercer lugar, situamos al proyecto de investigación actual, que parte de una muestra de 50 pro-

fesionales que trabajan en guardias y admisiones en hospitales públicos. Para el relevamiento de datos, se realizó una entrevista semi estructurada, con el fin de conocer la realidad de los dispositivos hospitalarios que atienden urgencias en Salud Mental en hospitales monovalentes y polivalentes de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense. El objetivo de la investigación es analizar las características de la población que asiste, las particularidades de cada dispositivo, sus fortalezas y debilidades, con el propósito de localizar los aspectos que favorecen u obstaculizan la resolución de la urgencia.

En el presente artículo nos proponemos, a partir del análisis de los datos obtenidos, situar aquellas consultas que incluyen episodios de violencia, así como el abordaje que cada dispositivo propone para alojarlos. Nos interesa profundizar en el estudio de esta problemática, que se despliega en un abanico que va desde la violencia contra sí mismo hasta la violencia colectiva. A partir de estos desarrollos, y desde una lectura de orientación psicoanalítica, procuraremos aportar herramientas de intervención para los profesionales que atienden este tipo de problemática en los Servicios de urgencias en Salud Mental.

## Desarrollo

### El problema de la violencia

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud publicó un Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Según este informe: "Se calcula que, en el año 2000, 1,6 millones de personas perdieron la vida en todo el mundo por actos violentos, lo que representa una tasa de casi el 28,8 por 100 000" (O.M.S, 2002, p. 7). De estos fallecimientos, la mitad se debieron a suicidios, una tercera parte a homicidios y una quinta parte a conflictos armados.

Teniendo en cuenta el análisis de los datos obtenidos en la investigación actual y, según los dichos de los profesionales a cargo de la atención a urgencias en Salud Mental, la problemática de la violencia se destaca entre las patologías más frecuentes que caracterizan a la población que se presenta. A continuación extractamos algunas referencias sobre el tema, que surgieron de las entrevistas realizadas: "...otra cosa que se ve mucho ahora es todo lo que tiene que ver con conflictos familiares o de pareja. En una época llegaban, también, muchos casos de abuso infantil". Psiquiatra- Hospital General. C.A.B.A.

"...abuso, maltrato infantil o de violencia familiar también son bastante frecuentes". Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"...también, casos de abuso, violaciones". Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"...También, se ve esquizofrenias, trastornos afectivos. Mucha violencia familiar...". Psiquiatra - Hospital Moyano "Dentro de la salud mental, podrían ser los intentos de suicidio". Jefe de guardia - Hospital General. C.A.B.A.

"La mayoría son intentos de suicidio, te diría que hay cuatro o cinco por día". Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

"Lo más frecuente son las tentativas de suicidio...". Psiquiatra - Hospital General. C.A.B.A.

"Intentos de suicidio, agresiones, depresiones. No hay

<sup>1</sup>Integrantes del Equipo de Investigación: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga (Codirector), Lucas Leserre, Marta Coronel, Miguel Marini, Alejandra Rojas, Valeria Mazzia, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Paola Méndez, Graciela Tustanoski, Vanesa Fazio, Emilia Paturllanne, Antonella Miari, Evangelina Irrazabal, Lucas Rodríguez, Gabriela Triveño, Mariana Fevre, Gabriela Santimaria, (Investigadores en formación) Agradecemos la lectura del artículo a TOMASA SAN MIGUEL Y A GUSTAVO SOBEL

*una que se destaque más que la otra...".* Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

*"También los intentos de suicidio son muy frecuentes y generalmente por intoxicación".* Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

*"...Llegan muchos intentos de suicidio...".* Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

*"excitación psicomotriz, descompensaciones psicóticas con productividad, ideas o intentos de suicidio, conductas hétero-agresivas".* Psicóloga - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

*"La población que consulta, en general, se trata de personas jóvenes (20-45 años). Las patologías más frecuentes son ataques de angustia-pánico y descompensaciones psicóticas, como así también intentos de suicidio".* Psicólogo - Hospital General. Pcia de Bs. As.

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia se define como:

"El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". Se establece una clasificación de los actos violentos que los distingue en tres categorías: violencia hacia uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

Asimismo, es importante diferenciar aquellos casos en los que quien consulta es quien ejecuta la violencia o quien la padece.

En la "Conferencia: Violencia Familiar y Maltrato Infantil", organizada por la Procuración General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y realizada en Julio de 2013, el Procurador General Dr. Julio Conte-Grand manifiesta preocupación por la problemática de la violencia, en términos generales. Sostiene que la reciente sanción de leyes nacionales contra la violencia (como leyes de violencia familiar, contra la mujer, los niños y los adolescentes), atentas a lo establecido en la Convención de los Derechos del Niño, así como las normativas dictadas por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y por las provincias, dan cuenta de que este problema se ha convertido en una de las prioridades estatales actuales.

Asimismo, en la Resolución WHA 49.25, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud (que corresponde al año 1996), "Enterada con gran preocupación del espectacular aumento de la incidencia de los traumatismos causados intencionalmente en todo el mundo a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a las mujeres y los niños" (O.M.S, 2002, p. 2), reconoce a la Organización Mundial de la Salud como organismo responsable de orientar a los Estados Miembros en el desarrollo de programas de salud tendientes a abordar el problema de la violencia, ejercida tanto contra sí mismo como contra terceros. Declara "que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo" (O.M.S, 2002, p. 2) e insta a los Estados Miembros a promover actividades y medidas para dar respuesta a este problema.

### **Violencia y psiquiatría**

Según la Investigación UBACyT 2008-2010: "Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental", en relación con el diagnóstico presuntivo, y desde la perspectiva del DSM IV, sobre un total de 714 casos admitidos en los servicios de urgencias en Salud Mental, el 15,5% de los diagnósticos realizados fue de "Trastorno de la personalidad y del control de los impulsos/del comportamiento adulto" (F60-F69) (ver tabla N° 1). Dentro de este tipo de trastornos se ubican aquellos que implican comportamientos que violan las normas sociales, como el comportamiento criminal, comportamientos impulsivos, acting out, comportamiento auto-abusivo. El criterio diagnóstico tiene en cuenta, entre otras cosas, que el paciente presente actitudes y comportamiento faltos de armonía, que afecten su afectividad, excitabilidad, control de impulsos y estilo de relacionarse con los demás. Asimismo, esta forma de comportamiento "anormal" es "desadaptativa" en lo que se refiere a situaciones sociales. (DSM IV, 1995). De este modo, los episodios de violencia que se presentan en la admisión al servicio de guardia pueden ser incluidos dentro de esta categoría desde la perspectiva de la clasificación psiquiátrica actual.

La categorización abarca una amplia gama de trastornos de la personalidad, entre los que destacamos, a los fines de esta publicación, los siguientes:

1. F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (implica una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo, frecuentes arrebatos de ira, actitudes violentas o manifestaciones explosivas);
2. F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo impulsivo (Se caracteriza por inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos, explosiones de violencia y agresividad, comportamiento amenazante);
3. F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite (se destaca la presencia de crisis emocionales repetidas, con amenazas suicidas o actos auto agresivos).

Como podemos inferir a partir del uso de los términos "normalidad", "desadaptación", "trastorno", los episodios de violencia se encuadran, según esta perspectiva, entre aquellos comportamientos que atentan contra la armonía individual y social y que es preciso eliminar. Así, cuando esta problemática se presenta, las intervenciones en Salud Pública tienden a su prevención. Esto implica la rehabilitación y reintegración a los cánones sociales de los sujetos involucrados en el episodio de violencia (O.M.S, 2002).

### **La violencia desde la perspectiva del psicoanálisis**

A diferencia de la psiquiatría, el psicoanálisis, ya desde sus inicios, además de interrogar acerca del modo de intervenir sobre la violencia «de» y «entre» los seres humanos, propone conceptualizar el origen de la violencia para, desde allí, abordar cómo intervenir sobre ella. Para ello, parte de la concepción de que la agresividad es un factor constitutivo de todo sujeto humano. En efecto, en "Más allá del Principio de Placer" (Freud, S, 1992 [1920]), Freud

conceptualiza la existencia de tendencias agresivas en el ser humano, que corresponden a la pulsión de destrucción. La presencia de estas tendencias determina que la vida anímica no está regida por el principio de placer (según el cual, el sujeto huye del displacer y procura el placer). Para explicar la regulación, por parte de la cultura, de las tendencias destructivas de sus miembros, Freud apela al mito de la "horda primordial", según el cual, la cultura, junto con la ley, la moral y la religión, se edificaron a partir del asesinato del "padre primordial" por parte de sus hijos, que se confabularon luego de ser expulsados de la horda. La expulsión, así como la castración y el asesinato, eran merecidos por los hijos cuando estos pretendían acceder a alguna de las mujeres de la horda. Esto sucedía así, porque el padre primordial era un padre todo gozador, que tenía a su disposición a todas las mujeres, mientras que para los demás éstas estaban vedadas. Tras su asesinato, se conformó la horda fraterna, en la que los miembros del clan se dieron a sí mismos la ley, de acuerdo con la cual, el incesto y el parricidio estaban prohibidos. Asimismo, nació la religión totémica, en la que el animal sagrado se constituyó en un sustituto simbólico del padre. Esta institución social, moral y religiosa constituye el fundamento de la civilización, a partir del límite social impuesto a la pulsión de destrucción, a la que se atribuyen las conductas violentas (Freud, S, 1992 [1929]). La ley del padre, en términos de Lacan, pone un freno al goce y lo regula (Lacan, J, 2008 [1960]).

En 1931, la Comisión permanente para la Literatura y las Artes, de la Liga de las Naciones, encargó al Instituto Internacional de Cooperación Intelectual que organizara un intercambio epistolar entre intelectuales representativos, sobre temas de interés común. Una de las primeras personalidades a las cuales se dirigió el Instituto fue Einstein, y éste sugirió como interlocutor a Freud. Einstein le formula a Freud los siguientes interrogantes: ¿Hay algún camino para evitar a la humanidad los estragos de la guerra?, ¿cómo es posible que un pequeño grupo someta al servicio de sus ambiciones, la voluntad de la mayoría? ¿Cómo se despiertan en los hombres tan salvaje entusiasmo, hasta llevarlos a sacrificar su vida?, ¿Es posible controlar la evolución del hombre como para ponerlo a salvo del odio y destructividad? Freud responde que los conflictos de intereses de los hombres se resuelven, en principio, mediante la violencia y se refiere a la horda primitiva, en la que los conflictos se resolvían mediante el uso de la fuerza física; luego, los conflictos pasaron a resolverse mediante el uso de las armas, y la muerte o el sometimiento del contrincante lo que constituía el triunfo. Freud plantea que se produjo un desplazamiento: de la violencia al derecho, siendo éste poder de la comunidad que establece leyes para legitimar la ejecución de actos de violencia acordes a ellas: "En la admisión de tal comunidad de intereses se establecen entre los miembros de un grupo de hombres unidos, ciertas ligazones de sentimiento, ciertos sentimientos comunitarios en que estriba su genuina fortaleza" (Freud, 1933, p. 189) Se doblaba la violencia porque se transfiere el poder a una unidad mayor, la comunidad, cohesionada por ligazones de sentimiento entre sus miembros. Freud afirma que estas leyes, escritas por los

dominadores, conceden pocos derechos a los sometidos y que la violencia se manifiesta en pequeñas luchas internas o en grandes guerras y se interroga acerca de cómo reconocer la locura de la norma. Sostiene entonces que son dos cosas las que mantienen unida a una comunidad: la compulsión de la violencia y las ligazones de sentimientos, identificaciones, entre sus miembros. Pulsiones eróticas, Eros, y pulsión de agresión o destrucción, Thánatos, presentes en el hombre y en los fenómenos de la vida en la que actúan conectadas. En ocasiones, los mismos ideales operan como pretexto para desplegar la agresión y destructividad. El proceso cultural lleva a un progresivo desplazamiento y limitación de las metas pulsionales. El malestar surge porque en las exigencias contrarias a la pulsión, está presente la satisfacción del Superyo con su exigencia cruel. Eric Laurent en "Las paradojas de la Identificación" (Laurent, 1999) afirma que "...la pulsión misma contribuye a dicha civilización y ayuda poderosamente a constituir el catálogo imperioso, inconsistente y siempre incompleto de las obligaciones legales y morales imposibles de cumplir íntegramente" "... la barbarie, la pulsión de muerte, se aloja en la civilización misma..." "...horror pulsional descubierto en la pulsión de muerte", "...es la pulsión que opera en el corazón mismo de lo que se sueña como fuera de su alcance y totalmente dedicado al ideal de un orden social universal" (Laurent, 1999). En "El Malestar en la Cultura" (Freud, 1929), Freud afirma que hay dificultades inherentes a la esencia de la cultura, "... hoy los seres humanos han llevado tan adelante su dominio sobre las fuerzas de la naturaleza que con su auxilio les resultará fácil exterminarse unos a otros, hasta el último hombre. Ellos lo saben, de ahí buena parte de la inquietud contemporánea, de su infelicidad, de su talante angustiado. Y ahora cabe esperar que el otro de los dos poderes celestiales, el Eros eterno, haga el esfuerzo para afianzarse en la lucha contra su enemigo igualmente inmortal. ¿Pero quién puede prever el desenlace?" (Freud, 1929, p. 140) proponiendo en la carta a Einstein: "acaso no sea una esperanza utópica que el influjo de esos dos factores, el de la actitud cultural y el de la justificada angustia ante los efectos de una guerra futura, haya de poner fin a las guerras en una época no lejana (...). Entretanto tenemos derecho a decirnos: todo lo que promueva el desarrollo de la cultura trabaja también contra la guerra" (Freud 1933, p. 198). Es decir que, con Freud, la violencia es inherente a la cultura en tanto esta se edifica sobre la base de la renuncia a la satisfacción directa de la pulsión de muerte; pero, simultáneamente, y por las características mismas de la pulsión, esta se desplaza luego sobre la cultura misma, que deja de constituir un límite a la violencia para transformarse en un motor renovado de la misma.

Por su parte, Lacan dedica gran parte de su obra a teorizar acerca del tema de la agresividad, y esto desde sus primeros escritos. En este sentido se destacan: "La agresividad en psicoanálisis" (Lacan, 1948), "Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología" (Lacan, 1950) y su artículo crucial "El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica (Lacan, 1949). Allí sitúa a la agresividad en la constitución misma del yo a través de su teo-

rización del estadio del espejo en tanto «drama» que conduce a la precipitación de una imagen anticipada del yo a partir de la identificación con la imagen del semejante, imagen a la que el yo queda alienado y que se encuentra en la base de esa tensión agresiva constitutiva, y por lo tanto, ineliminable. En este primer momento, es el registro simbólico, el Otro con mayúscula, quien tiene para Lacan la función de pacificación respecto de esta tensión agresiva imaginaria. Más adelante, Lacan precisa esta función alrededor del concepto de Nombre del Padre.

Sobre esta agresividad constitutiva del yo, J.A. Miller en su libro "La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica" (Miller, 2003) la articula con el concepto de goce. Sitúa seis momentos en la enseñanza de Lacan en relación con el concepto de goce. Los denomina «paradigmas», de los cuales nos interesa tomar el primero de ellos: la satisfacción imaginaria. Se trata de un goce que no procede del lenguaje, de la palabra, de la comunicación, ni siquiera del sujeto, sino que está unido al yo como instancia imaginaria: el yo a partir del narcisismo, y del narcisismo del estadio del espejo. Se trata del goce imaginario ubicado en el eje imaginario a---a' del Esquema Lambda. En este eje se despliega el drama de la segregación, del odio, del racismo. Constituye un goce que no puede situarse como satisfacción simbólica y que no es dialectizable, sino inerte, estancado: «o yo, o el otro». Este goce particular surge en la experiencia analítica cuando se manifiesta una ruptura de la cadena simbólica. El acting out, en el conocido ejemplo de los "sesos frescos" (Kris 1951), es referido a un elemento de goce imaginario. En este mismo sentido pensamos el Superyo feroz que emerge de tal falla simbólica y da forma al goce imaginario. Cuando la cadena simbólica se quiebra, emergen desde lo imaginario los objetos, los productos, los efectos de goce. El goce imaginario, se manifiesta como barrera a la elaboración simbólica que a través del pacto desvía al sujeto de la agresividad en la que queda atrapado en el espejo, que es el otro.

Respecto de la violencia colectiva actual, nos interesa el planteo de Guillermo Belaga quien se refiere a la sociedad actual como a un "mundo transformado (...) caracterizado por la caída de las tradiciones. Situación ante la cual el psicoanálisis debe repensar su estándar en tanto ahora se relaciona a una sociedad que dejó de vivir bajo el mito del padre edípico, bajo ese modo en que se inscribía la prohibición del goce. Estamos ante un padre moderno que no puede asegurar ni decidir sobre la distribución del mismo de manera conveniente, donde las familias ya no cuentan con el Otro de la Ley de antaño" (Belaga, G, 2009 [2005], p. 33).

Belaga toma los postulados del arquitecto Paul Virilio, quien describe a la megalópolis como «ciudades pánico», que presentan patologías propias, que incluyen catástrofes, accidentes individuales y colectivos, agresión, violencia, terrorismo.

Se trate de «auto infringida», « hacia terceros», «colectiva», «asociada a un trastorno mental», en el marco de la neurosis o de la psicosis, la violencia implica la dimensión de la crisis, en el sentido que le es inherente la carencia de recursos simbólicos (la mediación simbólica que La-

can sitúa con el concepto de Nombre del Padre) y la prevalencia de la dimensión del actuar.

Laurent afirma que la función Nombre-del-Padre en Lacan se distingue del padre de familia. Se trata de una función que puede ser sostenida por otros (no de manera exclusiva por el padre) y que permite poner un freno al goce, pero no sólo en el sentido de la interdicción, sino que permite abrir otra vía para el sujeto por fuera del empuje al goce mortífero (Laurent, E. 2007).

Como operador, el Nombre del Padre es fundamental, ya que le permite al sujeto inscribirse en el orden social. Como función, conjuga la ley y la prohibición, pero da margen al deseo, en tanto regula y da un marco al goce.

### **Abordaje de la violencia en los dispositivos hospitalarios para alojar urgencias en Salud Mental**

Desde el punto de vista de la Salud Mental, la noción de dispositivo se corresponde con la idea de diversos procedimientos de asistencia. Un dispositivo es un artificio que es construido de manera deliberada y que orienta acciones de las que se espera obtener un resultado calculable, con miras a alcanzar un objetivo determinado (Sotelo, I. 2012, p. 125). En cuanto a los hospitales generales públicos en la Argentina, los dispositivos en Salud Mental suelen ser, en el caso de la atención de la urgencia, los de la guardia tradicional, que apuntan a una resolución rápida del motivo de consulta, con un plazo máximo de 24 horas. La urgencia, en estos dispositivos, en general, se resuelve por alta o derivación. En algunos casos, no cuentan con psiquiatra ni psicólogo de guardia, y quien atiende y evalúa la urgencia es el médico clínico. Cuando los dispositivos cuentan con psiquiatra, generalmente, las intervenciones apuntan a la remisión de los síntomas, mediante una indicación farmacológica. En los casos en que cuentan con psicólogo y psiquiatra, esta intervención farmacológica puede ir acompañada de un espacio que permite dar, también, lugar a la palabra de aquel que sufre (Sotelo, I. 2012, p. 112).

Cuando se piensa en la creación de nuevos dispositivos, factores como la resolución o el alivio sintomático se añaden al alojamiento de la urgencia, que es la prioridad. En ellos, el trabajo interdisciplinario de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, pretende que el paciente logre una subjetivación de la urgencia y la eventual iniciación de un tratamiento, si es necesario. Estos nuevos dispositivos *responden a la lógica del dispositivo psicoanalítico*, que considera que los síntomas tienen un sentido, que puede ubicarse en el despliegue del relato del sujeto. Se procura, entonces, en un momento donde la palabra, habitualmente, se encuentra abolida, la emergencia de un sujeto representado por los significantes, sin anteponer el apremio del tiempo (duración y frecuencia de las entrevistas) en la resolución de la urgencia (Sotelo, I, 2012, p. 112 y 113).

Caracterizamos a la consulta en urgencia como aquella que se produce por demanda espontánea, pudiendo sollicitarla: el paciente, la familia, el juez, un profesional de otra área de Salud u otros. Se presenta de forma variada y suele manifestarse como irrupción sintomática, como exceso de sufrimiento insoportable para el paciente y que requiere resolución. La crisis implica la ruptura del relativo

equilibrio homeostático con que la vida del sujeto transcurre. Como es del orden de la ruptura, los profesionales concuerdan en que una primera maniobra en la atención a la demanda en urgencias en Salud Mental corresponde a propiciar, por parte del sujeto, la localización de los acontecimientos relacionados con dicho quiebre. Esto implica la apertura de la dimensión significativa, dimensión que en la urgencia se encuentra arrasada. En el relato de los acontecimientos ligados al quiebre de la homeostasis, el sujeto puede desplegar sus dichos, escucharse y aproximar una hipótesis provisoria sobre la causa de los mismos. Dicha intervención implica que la dimensión del tiempo es crucial en la urgencia, en el sentido que se requiere introducir cierta escansión, una pausa en la prisa por su resolución, a fin de que el sujeto pueda apropiarse de su sufrimiento (Sotelo, I, 2007). 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 lo concierne..." (Sotelo, I. 2012, p. 13).

En este sentido, en la investigación actual, nos encontramos con algunas divergencias entre los objetivos de los profesionales para la atención en la urgencia y los que se plantean en cada institución. Para dar cuenta de esto, mencionamos a continuación algunos fragmentos de las entrevistas realizadas:

#### **Objetivo de la guardia como dispositivo médico:**

*"A nivel institucional, formalmente, el objetivo es atender la mayoría o todas las consultas que llegan a la guardia y darle alguna respuesta favorable a lo que trae el paciente. Pero te diría que en la guardia el objetivo es que saquemos al paciente. Que esté poco tiempo, pero esto es de todos los pacientes de la guardia, y los de salud mental desde ya. Se espera que el paciente esté poco, que se resuelva lo urgente y que el resto se resuelva en otra instancia. La guardia es un lugar de tránsito".* Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

*"El objetivo formal, la generalidad, en la guardia es compensar mínimamente lo que se ha salido de cauce. Después, pasa a la sala y sigue el tratamiento. Es la atención de lo agudo y que hay que volver al cauce. Esto ordena la práctica en la guardia: se atiende lo de aparición brusca, reciente y hay una tarea que tiene que ver con compensar, encarrilar. También, hay que evaluar el riesgo, entendido como la posibilidad de alguien de sostenerse sin necesidad de contención institucional".* Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

*"El objetivo general de la guardia es sacar rápido al paciente".* Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

*"El objetivo del hospital es de resolver lo más rápido y eficaz posible las consultas, aunque, sabemos que en el ámbito de la Salud Mental aparece otra noción de tiempo, distinta a la cronológica".* Psicólogo - Hospital General. Pcia. de Bs. As.

#### **Objetivo de guardia de cada profesional:**

*"La "urgencia" es el inicio del proceso de tratamiento: pacificación del sufrimiento, resolución sintomática, construcción del lazo social particular y colectivo. El Servicio*

*se orienta hacia lo real en la dirección de la cura y en la organización de sus dispositivos, en este sentido el alojamiento, recepción y tratamiento del acontecimiento traumático, la angustia, lo siniestro, la perplejidad, etc. son clave en el quehacer ético de la práctica que nos proponemos".* Psiquiatra- formación psicoanalítica- Hospital General. Pcia. de Bs. As.

*"El objetivo depende de cuál es la consulta. Nunca es el de la curación. En general, en principio si está más del lado de la neurosis, lo que intento es abrir un poco el juego, según la situación lo permita. Por ahí, es la única posibilidad de una entrevista para pensar lo que ocurre y viabilizar una terapia en donde sea necesario. Que no siempre es necesario. Lo que intento es brindar un espacio que pueda ser para pensar alguna otra cosa que no sea de la cosa concreta. Si se trata de una psicosis, lo que intento es acotar un poco eso. Se arma un plan de medicación para que siga, internar si hay lugar. En general se trata de generar un espacio diferente".* Psiquiatra - Hospital General. C.A.B.A.

*"Mi objetivo es tratar de ayudar a ese paciente en lo que está consultando. Tratamos de resolver la consulta que traiga el paciente. No importa el tiempo que lleve. No se trata de hacer rápido. Lo que me orienta es la consulta que el paciente trae, no el tiempo. Depende del paciente, del caso".* Psiquiatra - Hospital General. C.A.B.A.

*"Se trata de ubicar cuál es el sufrimiento de ese que viene, encontrarle una lógica a ese sufrimiento, las causas de ese desencadenamiento del padecimiento actual de alguien. Que el paciente pueda ubicar qué tiene que ver él con eso, con ese padecimiento. Que haya algo de la implicancia subjetiva, algún significado subjetivo para ese malestar".* Psicóloga formación psicoanalítica - Hospital General. C.A.B.A.

*"Depende del paciente, del caso por caso. En general, te diría que lo principal es atender la urgencia de ese que llega. Nosotros trabajamos en conjunto con la psiquiatra, vemos los pacientes al mismo tiempo e intentamos complementarnos. Lo que se busca es tratar de poner una pausa en la prisa de la urgencia. Esto puede acarrear un alivio sintomático, un pedido de tratamiento o, a veces, es necesaria la internación. De lo que se trata es de poner en práctica las estrategias que sean necesarias en cada caso".* Psicóloga formación psicoanalítica - Hospital General. C.A.B.A.

En la mayoría de los casos, los profesionales describen a la guardia como un "lugar de tránsito", donde el objetivo institucional es que el paciente supere la crisis en el menor tiempo posible. En cambio, el objetivo de los profesionales, en general, responde a la singularidad de cada caso, apunta a la escucha y a que el sujeto se interrogue respecto de su responsabilidad sobre lo sucedido. De este modo, se procura favorecer la continuidad del tratamiento, de manera tal que se pueda abrir una nueva perspectiva para elaborar los acontecimientos penosos de la existencia.

Hemos podido establecer relaciones entre la mencionada divergencia que existe entre el objetivo del profesional y el de la institución involucrada y los elevados índices de reincidencia que se registraron en las entrevistas recaba-

das. Estos son algunos de los testimonios sobre el tema: *“Los pacientes que más reinciden en la urgencia son aquellos que en mayor medida no han subjetivado, consentido a la causa de la urgencia en términos psíquicos. Por lo tanto, por ejemplo, no han seguido el tratamiento indicado en el momento del alta misma”*. Psiquiatra - Hospital General. Pcia. de Bs. As.

*“Hay pacientes que vienen periódicamente a la guardia”*. Psiquiatra - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

*“Si, hay mucha recidiva. En general por reagudizaciones”*. Psicóloga - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

*“Recidivan mucho, por varios motivos. Las patologías en su gran mayoría son crónicas y hay descompensaciones o recaídas”*. Psiquiatra - Hospital Monovalente. C.A.B.A.

*“Sí, hay reincidencia. Hay mucha gente que viene porque llama al SAME por cualquier pavada y los traen acá por su domicilio. También gente en situación de calle en la zona, si algún vecino llama al SAME, los traen acá”*. Psicóloga - Hospital General. C.A.B.A.

Retomando nuestras consideraciones sobre la subjetivación de la urgencia, que apela a la responsabilidad subjetiva como norte de la intervención del analista, citamos al psicoanalista Mario Goldenberg, quien subraya que “... para Lacan el sujeto siempre es responsable. La experiencia analítica es un modo de asunción subjetiva de esa responsabilidad” (Goldenberg, M. y Arenas, G, 2013).

La intervención psicoanalítica en la clínica de la urgencia y, en particular, en relación con los casos que implican situaciones de violencia, no se orienta, entonces, al control de los impulsos o de la angustia, sino que busca el efecto de ampliación del discurso, que permita al sujeto dar trámite simbólico a la agresividad constitutiva (Sobel, G, 2009 [2005], p. 196).

Si en el acto violento, la palabra (y con ella, la dimensión subjetiva) queda arrasada, el discurso analítico propone revalorar este recurso como vehículo de un tratamiento distinto del malestar.

*“Para olvidar, para que el sujeto se libere de sus penas más hondas - en lo que la experiencia humana no perfectamente se lo permite - debe primero encontrar (mínimamente) sus razones, los vínculos con su vida, su historia, con sus determinaciones familiares, con su propia manera de abordar las cosas. Desde allí cada quien podrá construir una nueva forma de hacerse cargo, de ahora en más, de su renovada existencia”* (Álvarez de la Roche, A, 2006).

### Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos subrayado que, desde diferentes discursos vinculados con el ámbito de la Salud Pública, se verifica actualmente que la problemática de la violencia se ha incrementado en los últimos años. Esto implica la presencia de un mayor número de consultas vinculadas con la violencia en los dispositivos diseñados tradicionalmente para alojar urgencias en Salud Mental. Desde estos diferentes discursos se proponen distintos modos de tratamiento de esta violencia, según cómo se la conciba: desde la intervención farmacológica hasta la promulgación de leyes que regulen los actos violentos. Con sus diferencias, estos diversos discursos tienen en común (la psiquiatría, la política, la Salud Pública, la me-

dicina) que ponen el acento en la prevención, control y supresión de la violencia como puntos de partida. Es decir que, desde el psicoanálisis, podemos considerar que estos discursos responden, a la lógica de lo que Lacan denomina «el discurso del amo» cuyo fin “es que las cosas anden al paso de todo el mundo” (Lacan, 1975, p. 81). La violencia es, en este sentido, algo que irrumpe, que perturba que las cosas anden en el sentido de «la norma», violencia que con Lacan situamos del lado de lo real en el sentido de “lo que anda mal, lo que se pone en cruz ante la carreta (...) lo que no deja nunca de repetirse para estorbar ese andar” (Lacan, 1975, p. 81). Es decir, que lo real es lo que “se pone en cruz para impedir que las cosas marchen” (Lacan, 1975, p.84) en el sentido de que circulen de manera satisfactoria para el amo. Lo que constituye un fracaso para el amo, es, desde otra lógica, el punto de partida del psicoanálisis: la razón misma de su existencia. De este modo, la propuesta de Lacan no es suprimir la violencia sino partir de la concepción de que se trata de una agresividad constitutiva de la subjetividad y se pregunta cómo hacerla entrar en el dispositivo analítico para su tratamiento. La propuesta lacaniana es, con Freud, la de que la cura viene por «añadidura», y que, a la agresividad que hemos situado como goce en lo imaginario, se le anteponga la mediación simbólica cuya ruptura desemboca en el acto violento (acting out, pasaje al acto u otro). Sobre todo, porque la violencia implica la dimensión del acto, por fuera del orden simbólico regulador y, por lo tanto, requiere de la presencia de un analista que sostenido en las reglas y principios del psicoanálisis, propicie el despliegue del relato como punto de partida para localizar el goce desregulado.

## Anexo

Tabla N°1

%	Diagnósticos
F10-F19 trastornos mentales debidos al consumo de sustancias	6.9%
F20- F20.9 esquizofrenias	7.7%
F30-F39 trastorno del humor (afectivos)	20.8%
F40-F49 trastornos neuróticos, 2° a situaciones estresantes (ansiedad)	35.9%
F60-F69 trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto.	15.5%
Otros	11.8%
n/s	1.3%

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez de la Roche, A.; "Lineamientos generales para una intervención en temas de abuso, maltrato, acoso y violencia"; extraído de <https://sites.google.com/site/linksocial/articulomaltrato>; Buenos Aires; 2006.
- American Psychiatric Association; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV; Barcelona; Ed. Masson S.A; 1995.
- Belaga, G. (2005); "La urgencia generalizada. Las respuestas del psicoanálisis en las instituciones"; en "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2009.
- Freud, S. (1920); "Más allá del Principio de placer"; "Obras Completas"; vol. XVIII; Ed. Amorrortu; Buenos Aires; 1992.
- Freud, S. (1924); "El problema económico del masoquismo"; "Obras Completas"; vol. XIX; Ed. Amorrortu; Buenos Aires; 2011.
- Freud, S. (1929); "El malestar en la cultura"; en "Obras Completas"; Ed. Amorrortu; vol. XXI; Bs. As; 1992.
- Freud, S. (1933); "¿Por qué la guerra?"; "Obras Completas"; vol. XXII; Ed. Amorrortu; Buenos Aires; 1979.
- Garmendia, J.; "Urgencia psiquiátrica. Una perspectiva psicoanalítica"; en "La urgencia generalizada"; Ed. Grama; Buenos Aires; 2004.
- Goldemberg, M. y Arenas, G.; "Dos psicoanalistas frente a la violencia en la escuela pública"; extraído de <http://www.telam.com.ar/notas/201310/34858-dos-psicoanalistas-frente-a-la-violencia-en-la-escuela-publica.html> ; Buenos Aires; 2013.
- Lacan, J. (1948); "La agresividad en psicoanálisis"; en Escritos 1; Ed. Siglo Veintiuno; Buenos Aires; 2007.
- Lacan, J. (1949); "El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica"; en Escritos 1; Ed. Siglo Veintiuno; Buenos Aires; 2007.
- Lacan, J. (1950); "Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología"; en Escritos 1; Ed. Siglo Veintiuno; Buenos Aires; 2007.
- Lacan, J. (1960); "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis"; en Escritos 2; Ed. Siglo Veintiuno; Buenos Aires; 2008.
- Lacan, J. (1975); "La tercera". En *Intervenciones y textos 2*. Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1988.
- Laurent, E. "Las paradojas de la identificación" Editorial Paidós, Buenos Aires. 1999
- Laurent, E.; "Las nuevas inscripciones del sufrimiento del niño"; extraído de <http://blogalmadia.blogspot.com.ar/2008/09/las-nuevas-inscripciones-del.html>; Ed. Grama; Buenos Aires; 2007.
- Miller, J.-A. (1998-1999) La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica: Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Allain Miller. Buenos Aires. Paidós. 2003.
- Organización Mundial de la Salud; "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud"; extraído de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf) ; Washington D.C; 2002.
- Sobel, G. (2005); "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2009.
- Sotelo, I.; "Clínica de la urgencia"; Ed. JCE; Buenos Aires; 2007.
- Sotelo, I.; "Aportes del psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas"; Tesis de Doctorado; Facultad de Psicología; U.B.A; Buenos Aires; Junio, 2012.

Fecha de presentación: 15 de abril de 2014

Fecha de aceptación: 7 de julio de 2014