

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Dispositivo de guardia del Hospital Escuela de Salud Mental: las urgencias subjetivas y la problemática de violencias.

Autora: Josefina Suárez

Dirección: Juliana Revelles

Paraná, 4 de julio de 2024



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

TRABAJO INTEGRADOR FINAL.

“DISPOSITIVO DE GUARDIA DEL HOSPITAL ESCUELA DE SALUD MENTAL: LAS URGENCIAS SUBJETIVAS Y LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIAS.”

Modalidad del TIF: Sistematización de experiencias.

Carrera: Licenciatura en Psicología.

Facultad: Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.

Universidad: Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Autora: Suárez, Josefina. DNI: 42.127.361

Directora: Revelles, Juliana DNI: 37.713.674

Casilla de Correo: josefinasuarez3325@gmail.com

TEL: 342 5 242 654

Fecha de entrega: 04/07/2024

Lugar: Paraná, Entre Ríos.

OBRA DE KAI-SAMUEL DAVIS

A mi familia, por ser mi soporte constante.

A mis amigas, por ser mi apoyo inquebrantable.

A los de la facu, por ser compañeros/as increíbles.

A mi novio, por alentarme persistentemente.

A la Universidad por enseñarme.

Al Hospital Escuela de Salud Mental y sus trabajadores, especialmente a María Eugenia Firpo, por brindarme las posibilidades.

A la directora de este TIF por ayudarme.

Por todos ellos esto ha podido ser elaborado.

Muchísimas Gracias.

Índice de contenido.

1. Introducción y situación problemática:	
1.1 Introducción a la problemática	4
1.2 Justificación de la temática planteada.	5
1.3 Objetivos.	7
1.4 Estado del Debate.	7
1.5 Supuestos o Hipótesis.	11
1.6 Diseño Metodológico.	11
2. Perspectiva teórica:	
2.1 Psicoanálisis y Salud Mental.	12
2.2 Urgencias Subjetivas.	14
Sujeto.	16
Angustia.	24
Lo real	26
2.3 Problemática de Violencias.	27
El género: paradigma de la violencia simbólica	34
2.4 Dispositivo de Guardia.	37
3. Desarrollo del informe:	
3.1 Intentos autolíticos y autolesiones.	40
Historias subjetivas y repeticiones.	42
Violencia de género y abuso sexual en la infancia.	48
La encerrona trágica.	53
Pasaje al acto y acting out.	56
La guardia como posibilidad.	58
3.2 Los gritos del cuerpo: Crisis de angustia - Ataques de pánico.	61
Las neurosis de angustia: la psiquiatría y el psicoanálisis.	63
El des-encuentro con el otro.	67
El encuentro con un otro que aloja.	72
3.3 Entre lo social y lo singular. Sobre las llamadas “adicciones”.	74
Consumo problemático...¿Dónde está la violencia?	75
La operación paradójica del Farmakon:	
¿autoconservación o autodestrucción?	78
¿Cuál es el lugar del psicoanálisis?	81
4. Conclusiones.	82
5. Bibliografía.	85
6. Anexos: Más casos clínicos.	91

Resumen.

El presente trabajo integrador final intentará responder, desde el campo del **psicoanálisis**, cuál es la relación entre las **urgencias subjetivas** y la problemática de **violencias**. Dicha pregunta intentará responderse a partir de las experiencias narradas de seis pacientes que acceden al **dispositivo de guardia** del Hospital Escuela de Salud Mental ubicado en la ciudad argentina de Paraná, Entre Ríos. Dichos relatos son abordados, y retomados, a partir de la modalidad “sistematización de experiencias” siendo agrupados según el tipo de manifestación clínica: intentos autolíticos, crisis de angustia y consumos problemáticos.

El mismo explica cómo las violencias, ejecutadas desde el campo del otro, actúan sobreestimulando el aparato psíquico. Esto culmina en un “agotamiento” de los recursos simbólicos impidiendo poder “hacer” algo con ellas. Dichas experiencias son vividas como amenaza de muerte porque ponen en peligro la existencia, no solo física sino también psíquica, debido a que atentan contra el lugar del sujeto.

Asimismo, se ahondará en el contexto socio-histórico, político y económico que incide en las modalidades de lazo social provocando que los vínculos se vuelvan violentos por el imperio de una estructura de género y de objeto que destituye al sujeto de su lugar de cuidado. Esto provoca una encerrona trágica, por el desencuentro con el otro, que convierte las manifestaciones clínicas en un acto desesperanzado de encontrar a un otro.

Palabras claves: Urgencias subjetivas, Problemática de violencias, Dispositivo de guardia, Psicoanálisis.

Capítulo 1: Las violencias y las urgencias subjetivas, ¿un entramado posible?.

1.1 Introducción a la problemática.

Los medios de comunicación titulan cada vez más cotidianamente noticias con la palabra *violencia*. Los noticieros muestran, alarmados -o fascinados-, imágenes audiovisuales de episodios donde la ira, los golpes y los insultos protagonizan la escena. La Organización Mundial de la Salud arroja datos estremecedores sobre la misma, siendo la violencia la principal fuente de defunción en nuestros días.

En un mundo agazapado por las consecuencias de una pandemia que no hizo más que agudizar problemáticas estructurales, encontramos un incremento de situaciones de crueldad que vivencia gran parte de la población. Es posible ubicar una creciente masiva de situaciones caracterizadas por violencias de género, palizas, trabajo sexual forzado, secuestros, entre grandes otros. En consonancia, se registra un aumento de la tasa de suicidios, de consumo de sustancias que se torna problemático, crisis conocidas como “ataques de pánico” cada vez más usuales, provocando un incremento masivo de demandas en los efectores de salud quienes, saturados, intentan abordarlos con los recursos existentes.

El presente trabajo se abocará a la sistematización de experiencias ocurridas durante los años 2022 y 2023 en el dispositivo de Guardia situado en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, el que no se ha encontrado exento de las problemáticas nombradas. Dicho encuadre se desempeña en pos de las prácticas profesionales académicas pertenecientes al plan de estudios de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Podemos indicar que la inserción en el dispositivo de guardia me ha conducido a formarme sobre el concepto principal desde el cual se posicionan: las urgencias subjetivas. No obstante, las historias que atañen a las singularidades de cada caso clínico, que presencié en mi rol de observador participante, me han sorprendido por los innumerables episodios relatados que podríamos denominar como violentos. He aquí desde donde se construye la pregunta del presente trabajo.

Las urgencias, así en plural, designan gran cantidad de malestares, padecimientos, dolencias, a niveles subjetivos. Pero en definitiva, aquello que define a la urgencia como tal, es la irrupción; aparición violenta y repentina de algo, algo que podríamos definir como *rompiente*. Este último término, que no tiene que ver específicamente con el psicoanálisis como tal, nos permite ilustrar con su definición lo que atañe a las urgencias subjetivas. Dicha rompiente es el lugar donde choca y se deshace la espuma del mar o del río. La urgencia subjetiva implica un lugar donde se choca, lugar donde se desarma la cadena significativa, donde existe pura desarticulación. Y luego de reparar en los anexos recolectados no ceso de encontrarme tipos de interacción entre individuos que favorecen a que las urgencias se desaten. Muy pocas veces, durante los ocho meses que concurrí, las violencias han estado fuera del discurso de quienes

asisten a la institución, ¿tendrá esto que ver con el desencadenamiento/armado de tales manifestaciones clínicas?

A partir de la recuperación de viñetas clínicas construidas desde la escucha en el dispositivo de guardia del HESM, realizaremos una búsqueda para conocer si existe una conexión entre la problemática de violencias, intrínsecas al motivo de consulta narrado, y este momento de límite-quiebre que implica la urgencia. Además buscaré describir el contexto actual especificando el fenómeno de las violencias como se presentifica hoy en día, explorando, como indiqué anteriormente, cuáles son los efectos que las mismas ejercen en las subjetividades. Me detendré en los decires de los pacientes y los significantes que se despliegan, los cuales serán articulados con concepciones correspondientes a las perspectivas psicoanalíticas, abarcando desde Freud y Lacan hasta autores contemporáneos a nuestros días, tal como Sotelo, Belaga, Butler, Fridmann, Rodriguez Costa, Segato, entre otros.

La pregunta problema de esta investigación consiste en: **¿Cuál es la relación entre las urgencias subjetivas abordadas en el dispositivo del guardia del Hospital Escuela de Salud Mental y la problemática de violencias?**

Los recortes se despliegan según la presentación de ciertos cuadros que nos permitirán tensionar el dolor psíquico en un intento de responder cuál es, en definitiva, el hilo conector entre los dos grandes campos de interés. No obstante nos inclinaremos, también, por describir el contexto actual en un intento de explorar acerca de los efectos de la violencia en las subjetividades, si las hay, e indagando, desde el campo de la salud mental, modos de abordaje clínico frente a la irrupción de tal problemática en las urgencias subjetivas.

1.2 Descripción y justificación de la problemática en el contexto de la experiencia

Durante el año 2022, debido a mi inserción en el dispositivo de guardia del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, se me ha despertado cierto interés en las temáticas de urgencias, llamando enormemente mi atención la frecuencia con la que sucesos violentos eran relatados.

Asimismo, a lo largo de mi período como estudiante, me han intrigado las temáticas vinculadas a lo social y comunitario. Me he encontrado reflexionando sobre la implicación social que tenemos como sujetos, provocándome mucha curiosidad cómo éstos pueden impactar en las distintas subjetividades. Considero que el despliegue de estas perspectivas y su contextualización en la época actual, podrían enriquecer, como futura profesional, las consideraciones acerca de los motivos desencadenantes de urgencias y vislumbrar las implicaciones de dichas circunstancias.

Si bien la clínica de lo que llamamos “caso por caso”, o de la singularidad, es sumamente necesaria, sí estimo inevitable identificar los efectos que se desprenden de la vida social y desde allí observar si estos

contextos estarían dejando consecuencias comunes en algunos sujetos. De este modo, se podría pensar en una noción de sujeto abordando las perspectivas inherentes a la época, permitiéndonos una lectura más compleja y completa de lo que sucede en nuestros días.

Por último, y en pos de una visión ambiciosa, este despliegue, además de aportar al ámbito académico universitario, nos podría conducir hacia posibles proyectos de implementación de diversos dispositivos, por ejemplo, dentro del Hospital Escuela de Salud Mental, para albergar dichos emblemas, proponiendo lugares de escucha y puesta en diálogo de los mismos. Así podría complejizarse el abordaje de las violencias y la mirada clínica sobre su impacto en el aparato psíquico.

La experiencia que se sistematiza es parte de la práctica profesional supervisada, con orientación clínica psicoanalítica, de la carrera Licenciatura en Psicología. La misma consistió en 8 (ocho) meses de asistencia al dispositivo guardia del HESM ubicado en la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Dicho dispositivo se encuentra conformado por un equipo interdisciplinario liderado por una médica psiquiatra y una rotación de psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

En un intento de contextualizar dicho hospital, indicamos que el mismo consiste en una institución pública con libertad de acceso a cualquier ciudadano mayor de 18 años y hasta los 65 años. En sus comienzos -1952-, se denominaba “*Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Roballos*”. Convirtiéndose emblemático este nombre, por la lógica biologicista manicomial implicada y la lucha que involucró -e involucra- la ley de salud mental N° 26.657, en 2010 cambia su denominación. No obstante, no fue solo su nombre el cual se vio afectado en las modificaciones institucionales, sino también cierto cambio de paradigmas, desde uno médico hegemónico hacia uno alternativo, cuyo objetivo supone preservar e impulsar al pleno goce de derechos de los usuarios y el alcance de ellos a la salud.

El efector público pertenece al segundo nivel de atención en salud ya que si bien es un hospital “especializado” en problemáticas en Salud Mental y que no recepciona patologías de índole orgánica, contiene otras disciplinas como kinesiología, área de comunicación social, neurocognitiva, comité de docencia y educación, dispositivos socio comunitarios, entre otros. No obstante, y en consonancia con la Ley de Salud Mental, se encuentra en vías hacia la polevalentización.

La guardia se estructura como una de las puertas de entrada al Hospital Escuela de Salud Mental, destinado a las urgencias en salud mental. Estas últimas, abordadas desde la interdisciplina, implican toda situación de crisis que supondría cierto malestar o el impedimento del desenvolvimiento del usuario en actividades cotidianas y/o mantenimiento de lazos afectivos. Tales urgencias requieren de un abordaje inmediato y, debido a esto, la institución mantiene sus puertas abiertas los 365 días del año, las 24 horas del día.

Dicha institución, y a su vez la presente sistematización, trabaja en consonancia a la ley de salud mental N° 26.657, siendo que la misma parte de la presunción de capacidad, reconociendo al usuario sus derechos y despojándolo de los estigmas de los que por años fue receptor. Es de este modo como se propone la modalidad de abordaje interdisciplinaria, ampliando las modalidades de atención-cuidado en un intento de enriquecerlas. A su vez, se basa en los principios de la atención primaria en salud, orientándose al reforzamiento y promoción de lazos afectivos. En línea con estas ideas, se busca generar un abordaje del padecimiento mental en su complejidad y múltiples atravesamientos (sociales, políticos, culturales, económicos, etc), es decir, no excluirlas o separarlos del resto de las patologías como se venía realizando, sino gestar posibles intervenciones y efectores que incluyan al padecer mental como parte indisociable de la salud en general. Este es el inicio de la lucha, que sigue y seguirá, pero que implica el comienzo, no solo de una re-organización institucional, sino también del cambio de miradas.

En interés a responder a la temática planteada por el presente trabajo, serán abordados usuarios con intentos de autolisis, crisis de angustia, toxicomanías y entre otros lineamientos relacionados con las temáticas de violencias que han aparecido en los discursos de aquellos entrevistados dentro del consultorio de guardia. El eje de la sistematización consiste en desplegar antecedentes de dicha índole para poder observar su relación con las urgencias subjetivas, observando su implicación en los modos de relacionarse y comportarse a partir de ser miembro de una sociedad y comunidad determinada.

1.3 Objetivos.

Objetivo General:

- Conocer cuál es la relación entre las urgencias subjetivas de aquellos quienes acceden al efector público “Hospital Escuela de Salud Mental”, ubicado en la ciudad de Paraná, y la problemática de las violencias.

Objetivos Específicos:

- Describir el contexto actual y la problemática de las violencias.
- Especificar los distintos tipos de urgencias que se presentan en el dispositivo de guardia.
- Explorar los efectos de la violencia en las subjetividades.
- Indagar respecto a los modos de abordaje clínico frente a la irrupción de la violencia en las urgencias subjetivas.

1.4 Estado del debate.

Inés Sotelo (2018) ubica, a partir de sus investigaciones y desarrollos teóricos, que estamos en “tiempos de urgencia subjetiva”. (p. 1) El texto “*Urgencias subjetivas, un modo de análisis aplicado*” desarrolla que, durante este período de tiempo, existen gran proliferación de síntomas denominados contemporáneos. Los mismos emergen a partir de cambios, rupturas, crisis, riesgos que enfrentan al

sujeto al malestar y a la angustia. Hoy en día, siguiendo la investigación de estos autores, prima la relación con los objetos, provocando que el lazo social se debilite, emergiendo una “degradación de lo simbólico”. (Correa Cano y Bainer Sanchez, 2017, p. 5)

Otros autores agregan:

En los modos actuales, el sufrimiento subjetivo se encuentra en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica. Si los modos actuales de presentaciones clínicas en las instituciones asistenciales están caracterizados en su mayoría como urgencia coincidimos con la caracterización de la “Civilización del trauma”, tiempos de “la urgencia generalizada” o tiempos “del Otro que no existe” (...) Tiempos que muestran las consecuencias de la caída de los grandes relatos, de los ideales y de las tradiciones que antes daban cobijo a los sujetos; época de los sujetos desorientados, sin brújula. Esto se manifiesta en una clínica muy precisa -hecha del trauma y de su correlato, la angustia- que bien podríamos llamar una “clínica del desamparo”. Se establece así un nudo fundamental entre la urgencia subjetiva y el psicoanálisis. (Sotelo y Belga, 2008, p. 4)

Entre 2008 y 2010 se llevó a cabo un proyecto de investigación denominado: “Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en Salud Mental” en cuatro hospitales del MERCOSUR. Los mismos refieren a: Hospital central de San Isidro, Hospital San Bernardo de Salta, Hospital Maciel de Montevideo y Hospital Das Clínicas de Minas Gerais - Belo Horizonte. El mismo fue llevado a cabo por la lic. Inés Sotelo, María Inés Rojas y Larisa Santimaria.

El protocolo administrado se diseñó especialmente para analizar datos de 714 adultos mayores a 15 años que hayan asistido al servicio de urgencias de salud mental de estos cuatro hospitales antes mencionados.

Con respecto a los motivos de consulta se arrojan los siguientes resultados: El 43% de quienes consultan han tenido algún intento de suicidio y el 30% ha vivido episodios de violencia.

Teniendo en cuenta la resolución de la urgencia, las autoras refieren que:

(...) del total de los pacientes el 95,2% puede armar un relato sobre lo que le sucede, el 87% puede localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia y el 69,3% formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas. Del análisis de datos cuantitativos se desprende que en la urgencia hay una capacidad decreciente desde la posibilidad para armar un relato (95,2%) a

localizar los acontecimientos ligados a la misma (87%) a formular hipótesis (69,3%) que implica un grado mayor de implicación. (Sotelo, Rojas, et al. 2013, p. 636)

Otras investigaciones, también lideradas por la Lic. Inés Sotelo, en labor conjunta con Vanesa Fazio y Antonella S. Miari, llevada a cabo durante el año 2014, llegan a la conclusión de que los episodios de violencia están presentes en el 37,15% de las consultas en la guardia. No obstante, los mismos no residen principalmente en el motivo de consulta, sino que está presente solamente en el 17% de las consultas. Un 27,8% refiere que el motivo es la angustia, y un 14,6% descompensación psicótica.

Otro de los datos obtenidos de la investigación es sobre el tipo específico de violencia. El 75,79% de los casos refiere que es familiar; el 14,74% social e institucional apenas 2,1%.

Estos números reflejan que las violencias sufridas por la mayoría de los consultantes es de tipo familiar, quiere decir que es un modo de expresión de hacer lazo con el otro, de establecer vínculos amorosos familiares. (Sotelo, Fazio, et al, 2014, p. 764)

El 63,9% de los consultantes llegaron al hospital acompañados. El 81% de la consulta no asiste por violencia, y solo un 17% sí.

Las autoras llegan a estas conclusiones:

La violencia se ha convertido en un significativo amo de la época actual, lo cual produce que muchas consultas al servicio de Urgencias estén atravesadas por esta problemática. Hemos comprobado que la mayoría de los casos no ubica la violencia como motivo de consulta, esto quiere decir que desde el discurso de la época, existe violencia pero el sujeto no la subjetiva como tal. (Sotelo, Fazio, et al. 2018, p. 764)

Con respecto a las intervenciones en la urgencia como tal, Luciana Nessier (2020) escribe como tesina de grado, de la Universidad Autónoma de Entre Ríos, *“Efectos terapéuticos que se producen, tras el paso por una guardia de salud mental, ante una urgencia subjetiva.”*. Allí desarrolla la importancia de armar y reformular dispositivos dispuestos a alojar la urgencia subjetiva, respondiendo a las demandas actuales. Así, sus efectos terapéuticos, estarían intrínsecamente ligados a la posición ética de quienes se ocupan del caso. El dispositivo de guardia implicaría una “desaceleración del goce” dice la autora de esta tesina siguiendo a Sotelo en 2004. Así se buscaría abreaccionar el malestar psíquico.

En relación a la época, desarrolla:

Empero el desafío en la época del Otro que no existe es que el hospital funcione como garante, produciendo en quien consulta, alivio del sufrimiento, muchas veces, además de efectos terapéuticos que apacigüen la urgencia y su vorágine, la institución misma y sus profesionales pueden generar efectos adversos, hasta iatrogénicos. (Neisser, 2020, p. 115)

Otro trabajo de investigación correspondiente a la Universidad Autónoma de Entre Ríos se denomina *“Intervenciones de los profesionales frente a situaciones de Urgencia Subjetiva”* cuya autoría pertenece a Sofía Rodríguez Allende (2021). La misma consiste en una investigación de campo realizada en el año 2021 en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, provincia de Entre Ríos, cuyas conclusiones arrojaron resultados identificando la pregunta como principal herramienta de intervención, además de la implementación de gestos como modo de restablecer el lazo social.

Por lo tanto, la intervención buscaría generar cierta pausa que permitan al sujeto encontrarse con el acontecer subjetivo desbordante. Así, la interdisciplina actúa como el modo de abordaje más favorecedor para el acontecer de la cura. Además, resalta la importancia del conocimiento que tiene el equipo sobre sí mismo, teniendo en cuenta los diferentes saberes para realizar intervenciones acordes a la problemática.

Además, destaco como de suma importancia que dicha investigación haya sido realizada durante la situación pandémica de COVID-19. Identificando modificaciones no solo a nivel institucional, sino también a nivel de las intervenciones. De este modo, se desarrollan resultados que indicarían una re-centralización de la atención en los hospitales, secundarizando a los centros de salud cuyas áreas problemáticas involucraban a aquellos quienes esperaban ser llamados por la guardia del Hospital Escuela de salud mental. Otro dato de importancia sobre esta temática indicaría la vuelta en escena del paradigma biologicista, donde el cuidado del cuerpo se considera de central importancia. El otro se considera como alguien posible de contagiar, y por ello se procura que se “vaya rápido”. Así la práctica medicamentosa se vuelve la intervención de preferencia, haciendo explícitamente visible la cultura del consumo de la que somos esclavos en nuestros días.

“Narrativas de los profesionales que conforman el Servicio de Guardia acerca de las intervenciones en urgencias de Salud Mental en el “Hospital Escuela de Salud Mental” de Paraná, Entre Ríos” es un trabajo integrador final narrado por Maricel Natalia Severo en 2021. El mismo se realiza en pos de la titulación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos. A lo largo de la misma se arrojan los siguientes resultados:

La manera más acertada de intervenir ante los casos de urgencia en salud mental es desde la interdisciplina. Las intervenciones realizadas por los profesionales están atravesadas por la

historia, la política, la cultura y la economía. Las intervenciones de los profesionales son construidas para cada persona puntual y no de manera general. (p. 72)

1.5 Supuestos o hipótesis.

Hipótesis Principal: La violencia, vivida como amenaza de muerte, provocaría la ruptura de la cadena significativa, produciendo distintos tipos de urgencias.

En el intento de bosquejar respuestas a los tiempos de urgencia, no podemos desconocer el marco contextual en el que nos encontramos insertos. Conjeturo que, aquello conocido como lo “general”, parte de la cultura y la vida en sociedad, inscribiéndose como una de las fuentes constitutivas de nuestras subjetividades, por lo tanto lo social tendría incidencia sobre lo particular.

De este modo, se hipotetiza que la época está enmarcada en modalidades de lazo que se definirían como “violentos”. Es así como los principales motivos desencadenantes de urgencias subjetivas estarían intrínsecamente ligados a la violencia propia de la época.

1.6 Diseño Metodológico

Este trabajo parte de una experiencia en la que he sido parte, dentro del dispositivo guardia del Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná - Entre Ríos. Para la sistematización de la misma cuento con registros (diarios de campo) que documentan las entrevistas llevadas a cabo. En este sentido Juana Robledo Martín (2009) plantea que la vitalidad analítica de la observación participante va a depender del registro de las observaciones realizadas.

Se intentará reconstruir la historia de la experiencia tal como propone Jara (2018) en su libro “*Sistematización de experiencias: prácticas y teorías para otros mundos*”. Se organizará una matriz de ordenamiento y construcción a partir de líneas y columnas que darán cuenta de la actividad y los hechos más importantes que sucedieron a partir de ella. Se elaborarán narraciones en forma de historias o testimonios para recrear las situaciones vividas convirtiéndolas en disparadores para elaborarlas conceptualmente en pos de responder la pregunta problemática.

En este momento no solo reconstruimos la historia, sino que recreamos conscientemente la memoria de la historia que vivimos, basándonos en situaciones que ocurrieron objetivamente, pero rescatando todo el valor que tiene nuestra subjetividad. Generamos así un diálogo intersubjetivo que nos permite ahora, tomando distancia, mirar nuestra experiencia desde otro

lugar e, incluso, ampliar o cambiar la mirada (Torres, 1989). (Torres, 1989, tal como se citó en Jara, 2018, p. 151)

Buscaré producir un efecto de distanciamiento a partir de este momento descriptivo y reconstructivo para arribar a una reflexión crítica. “Lo más importante es que nos dé una visión general de la experiencia como proceso, como un trayecto realizado y vivido.” (Jara, 2018, p. 152)

Se producirán reflexiones de fondo para construir interpretaciones críticas. Proporcionaré un análisis de los sucesos y una síntesis de los mismos. Trabajando cada elemento por separado para lograr alcanzar una reflexión íntegra que intente explicar la pregunta problemática. Se realizarán procesos de abstracción y conceptualización.

Consiste en realizar un proceso riguroso de abstracción que nos lleve a descubrir la razón de ser, el sentido de lo que ha ocurrido en el trayecto de la experiencia. Por eso, la pregunta clave de esta etapa es: ¿Por qué pasó lo que pasó (y no pasaron otras cosas)? (...) (Jara, 2018, p. 155)

En esta línea teórica, la abreacción nos permitirá conocer aquello que nos interesa, en este caso, cuál es la relación entre las urgencias subjetivas que se despliegan en el marco de las prácticas realizadas durante 2022 y 2023 en el Hospital Escuela de Salud Mental y la problemática de violencias. Esta pregunta iniciará un despliegue conceptual que nos acercará a un intento de respuesta. De este modo, se abordarán conceptualizaciones en relación a: urgencias subjetivas, problemática de violencias y qué se intenta desplegar cuando nos referimos a “dispositivo de guardia”.

Capítulo 2: Perspectiva Teórica.

2.1 PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL.

Resulta necesario aclarar que, como lo venimos haciendo, durante este recorrido pensaremos los conceptos y situaciones clínicas a partir de elementos del campo de la salud mental y también del psicoanálisis, en tanto nos permitirá una aproximación acorde a la complejidad de la temática.

La salud mental es un campo vasto en saberes, que busca romper con el paradigma biologicista psiquiátrico totalizante a partir de la integración de diversos saberes y disciplinas las cuales se proponen como otras perspectivas para abordar el padecimiento subjetivo. De este modo, se considera a la salud mental como una parte indivisible de la salud integral. La misma se define por la Organización Mundial de la Salud (2021) como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (p. 1) .

En adhesión, recorro al reconocimiento de la salud mental que hace la Ley 26.657 (2010), reglamentada y promulgada en nuestro país, diciendo la misma:

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (p.2)

Por su parte el psicoanálisis se incorpora a la salud mental en un intento de aportar a los problemas de salud mental. Galende (1990) explica que el psicoanálisis brinda otra lectura acerca de los fenómenos sociales y culturales que inciden en la subjetividad, además, se propone como una herramienta crítica fundamental para el análisis de los dispositivos tanto teóricos como prácticos implementados por la psiquiatría y las políticas en salud mental. Las prácticas del psicoanálisis, sin suplir a los demás saberes, enriquecen las respuestas (o las preguntas) que se brindan al padecimiento subjetivo y vislumbra un nuevo tipo de lazo social (p. 18-19).

Lo primero nos llevó a replantearnos las tesis freudianas sobre la cultura y la forma social, para probar su vigencia en las nuevas configuraciones sociales. Visualizamos al respecto que los análisis freudianos sobre las cuestiones de la verdad, su relación con la historia y la concepción del poder, se constituyen en una herramienta teórica fundamental para analizar las demandas actuales que trata la Salud Mental. (p. 21)

En correspondencia, el psicoanálisis intentaría fundar una práctica que, dentro del territorio social, posibilite la apertura de interrogantes sobre el contexto mismo donde se inserta (p. 66). “A los analistas nos interesan las instituciones que, productoras de normas, constituyen espacios privilegiados de subjetivación, contribuyendo a conformar la identidad del sujeto” (Galende, 1990, p. 68). En materia de esta rama de la salud mental, se considera pertinente el despliegue de lo contextual y social ya que es parte fundamental constituyente del malestar subjetivo. El abrazar estas nociones, permitiría abordar a un sujeto de manera significativa.

A su vez, la práctica promovida por el psicoanálisis implica la puesta en escena de un saber no sabido. El sujeto, problematizado por lo que le sucede, llega sin saber su por qué, y se dirige hacia el analista en búsqueda de un sentido.

Por esta vertiente terapéutica se encuentra que el dar sentido, el ubicar algo del inconciente, produce un efecto curativo. También (...) el dar sentido permite reintegrar al sujeto en los lazos grupales (...) de los que ha sido apartado. (...) Preservar la particularidad de este encuentro, preservar el reconocimiento del que está sufriendo, introduce un alivio por el sentido, pero para eso no es necesario ni ser autoritario, ni implementar la sugestión, ni dar consejos imperativos (...) (Belaga, 2016 , p. 17)

A lo que se apela es que el propio sujeto se encuentra con su propio saber, propulsando a una modificación de su posición, un saber hacer, con respeto a él.

2.2 URGENCIAS SUBJETIVAS.

Por lo tanto, imposible olvidarlo, imposible recordarlo. Asimismo, cuando se habla de él, imposible hablar de él. Y finalmente, como no hay más que decir sobre este acontecimiento incomprensible, él habla sola debe llevarlo sin decirlo. (Blanchot, Horovitz. 2016, p. 77)

Comenzaremos con la palabra urgencia. La misma, según la Real Academia Española (s.f) ,deviene del latín “*urgentia*”, la cual refiere a la cualidad de urgente. Esto quiere decir que urge, apremia o requiere de pronta atención. Una urgencia es algo que debe resolverse de forma inmediata.

El ministerio de Salud de la Nación Argentina (2013) define a la urgencia en salud mental como:

Toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital.(p.8)

Se la referencia como un momento de crisis, cuyo estado emergente es el malestar. El mismo es considerado parte del proceso de salud-enfermedad-cuidado. La persona deberá ser asistida de manera integral, es decir, un abordaje bio-psico-social en el ámbito socio-sanitario y con seguimiento. Esta

circunstancia involucra una ruptura en las capacidades de elaboración de respuestas subjetivas, lo que implica una necesidad de atención inmediata.

En contraposición, la emergencia médica se manifiesta en el cuerpo biológico. La alteración del soma provoca una imposibilidad de espera radicada en la necesidad imperiosa de que se vuelva a su funcionamiento normal. En cambio, la urgencia en salud mental implicaría proveer una pausa en aquello que urge.

Asimismo, se distingue de la emergencia médica porque aquí no opera un saber “regulado por protocolo” (Ochoa et al, 2018, p. 553) Se trata, por el contrario, de un armado de saber que aplique al sujeto en su singularidad.

Baldini (2005), en un compilado por Inés Sotelo, ubica a la urgencia como aquello que se entrama con el trauma, es decir, un acontecimiento que lo sume en un estado de perplejidad (p.32). Su efecto produce que el sujeto se quede del lado del cataplasma es decir, del lado de la queja. Belaga (2005) desarrolla que el trauma es lo que escapa a toda programación (p.35). Es lo que enfrenta al sujeto a lo indecible, fruto del quiebre de toda referencia simbólica que él mismo sostenía. La urgencia se presenta en un momento que conmueve el equilibrio del sujeto, lo soportable deviene insoportable. Hay algo que se convierte en imposible de abordar. Es un punto cadente de no saber, articula Diana Campolongo (2005).

Siguiendo la misma línea teórica, Tomasa San Miguel (2011) puntualiza a la urgencia subjetiva como un “fuera de discurso”. Se describe como ruptura, como quiebre, irrupción de lo **real**, ruptura de lazo que se presenta en una determinada encrucijada biográfica del sujeto. (p. 238)

Belaga (2006) lo despliega como un momento en donde el sujeto se ve enfrentado a su precariedad más íntima. A partir de él se podría desplegar una demanda de efectos terapéuticos que le den sentido a ese “agujero”. La palabra, entonces, tendría el poder de producir un espacio y una temporalidad en el sujeto (p.4). Para este autor, el término “urgencia” cambia de estatuto (2004, p.11), definiéndolo como un modo de pensar el sufrimiento subjetivo. Refiere a un síntoma emparejado con el “malvivir”, desdoblado a la urgencia como acontecimiento por un lado, y por el otro, como proceso. El acontecimiento implicaría la situación vivida como traumática, lo contingente, y el proceso implicaría su reconocimiento y producción subjetiva. “El reconocimiento de un trauma particular, propio de cada uno, es un medio de producir un reconocimiento y entonces, un sentido” (Laurent, 2002, p. 5). Implica la historia subjetiva de cada sujeto y la ruptura del entramado simbólico en un momento particular.

En otras palabras indicamos como las urgencias subjetivas presentan dos tiempos, una implicada a lo indecible como venimos articulando y otra en relación a la elaboración de una pregunta; una pregunta

que apela al fantasma. Esto nos permite realizar un pasaje desde lo contingente, el acontecimiento, hacia lo singular, aquello que implica lo general en la subjetividad.

Se constituye una pregunta respecto de esta relación al tiempo que se constituye el sujeto, atravesado por una verdad que se desconoce. Emergencia del sujeto que da por concluída la urgencia. (San Miguel, 2011, p. 239)

El paciente de la urgencia debe pasar por el Otro para “saber hacer” con su sufrimiento dado que, si bien el sujeto es singular, padece de lo universal, reflexiona Guillermo Belaga (2004). En este sentido, el recorrido de la cura implica pasar por el Otro y construir una demanda. Se puede instaurar una demanda, una demanda de análisis a partir de cierta pregunta que no es sin dirección. Esta pregunta le concierne, hay una suposición que funda esta demanda, y la suposición no va más allá de lo que el sujeto mismo construye como el lugar que ocupa frente al deseo del otro.

En consonancia, Inés Sotelo (2009) ubica a la urgencia subjetiva como aquello que se va transformando, día a día, en un imperativo de la época (p.7). Es un concepto que comienza a gestarse a partir de una interrogación por la clínica actual (p. 9). Consiste en un “grito en tanto acción lógica por fuera de la palabra, se transformará en llamado en tanto el analista constituido como Otro que acusa recibo sancione con su poder discrecional, aquello que escucha”. (Sotelo, 2014, p. 27).

La urgencia del sujeto que, apremiado por ese afecto que no le permite equívocos, pide solución. Por otro lado, cuando emerge la angustia es un modo privilegiado para pensar la urgencia subjetiva, justamente allí donde el sujeto ha quedado eclipsado por la presentificación de un real que lo deja sin referencias. (Sotelo, 2009, p. 55)

Ubicamos de este modo la importancia del segundo momento en el que el sujeto se reconoce en su propia urgencia, es decir, que reconoce su lugar en el desorden. Ahora bien, ¿de qué sujeto hablamos?, ¿de qué sujeto se desprende lo “subjetivo” de la urgencia? Para responder estas preguntas convocaremos referencias del psicoanálisis en pos de una articulación con el campo de la salud mental.

Sujeto.

Comenzaremos realizando un recorrido por las nociones de sujeto construidas desde la filosofía, pilar principal desde donde se basa el comienzo de las teorías freudianas sobre sujeto. Creemos pertinente realizar esta vorágine conceptual en pos de comprender, precisamente, cómo se construye este término. Asimismo, indicamos como diferente aquello que refiere al sujeto y lo que refiere al hombre, siendo que ambas concepciones son contrapuestas.

Iniciaremos indicando la etimología de la palabra “SUJETO”. Vamos a observar que la misma deviene del latín *subjectus* que significa “*sometido*”, “*poner debajo*”. En adhesión, según la Real Academia Española (s.f), la palabra sujeto pertenece a la familia de echar, cuyo significado reside en lo que “*hace que alguna cosa vaya a parar a alguna parte*”. Esta noción, a su vez, tiene origen en la palabra griega *hypokeímenon* cuyo significado es similar al del *subjectus*, es decir, lo subyacente, lo que está debajo como sostén o como base.

Indagando en lo pertinente a la filosofía, Aristóteles (1994) utiliza la palabra “*Ousía*” cuyo significado consiste en: “*lo que es primero*”, es la esencia, es el *ser*, el modo más propio de hablar del ser. Esta sustancia primera, permite tener sustancias segundas. Por lo tanto, para Aristóteles, todo lo que no es la *ousía*, es en un sujeto, es el *hypokeimenon*. Es un soporte que garantiza entidades contrarias, es aquello que media entre los contrarios. El sujeto es lo que está por debajo y a partir del cual se construyen distintos predicados, es decir, aquello que se dice acerca de un sujeto, lo que da cuenta de sus características. Siendo siempre el sujeto lo que se escapa, lo que cae debajo, lo que va más allá de la ley, pero que no obstante, nace de aquella.

Platón (1988), comenzó a concebir al hombre como una entidad dual separada entre cuerpo y alma. El primero, es concebido como “la prisión del alma” a contraposición del segundo, pensado como aquello inmaterial que no perecía. El alma estaba plagada de ciertas pasiones. Estas últimas eran aquellas cuyo desequilibrio provocaba la patología. Las mismas arrastran y apresan el alma. Esto, retomado por Freud en sus primeros escritos, se vuelve interesante en tanto comienza a pensar, siguiendo las ideas platónicas, al psicoanálisis como el “tratamiento del alma”. Consideramos que aquí se edifica una noción de sujeto que nos atañe. No obstante, creemos necesario dilucidar otras acepciones antes de llegar a este punto.

En consonancia, Descartes (2010) divide entre el sujeto del conocimiento y el sujeto material, el primero refiere a la capacidad del hombre de conocer las diversas cosas que le rodean, y el sujeto material comprende aquello que hace del hombre un individuo diferente de otro. La razón guía el comportamiento del hombre en el día a día y le adjudica cierto sentido, transformándolo. La sabiduría radica en aquello que le brinda su libertad, ir más allá de lo que se es. La voluntad del individuo, entonces, se expresa vívidamente entre lo intelectual y lo reflexivo para este autor. En síntesis, el hombre quedará definido como una “*máquina que piensa*”(p. 478). No obstante, ya observaremos cómo los comienzos del psicoanálisis ponen en tensión estos enunciados.

Sin embargo, el desarrollo desde los presocráticos nos invita a hablar de alma, y vemos como ese “alma” se va transformando en algo que algunos autores denominan *ser*. En Descartes (2010) comienza a plantearse al sujeto como algo que existe en sí mismo y que no necesita de otro para existir. Las cosas sólo existirán en tanto que el ser del ente las piense. El pensamiento modifica los objetos captados por

nuestros sentidos sensoriales. A medida que el sujeto piensa, él existe, dogma fundamental de este pensador.

Para Nietzsche (1886), la naturaleza es el Uno primario, el todo. Para él, la razón pura es una idea ficticia. Sigue la filosofía Kantiana y retoma sus dichos sobre que el mundo es nouménico, es decir, ideado por el sujeto. Es decir, el objeto es pensado por la razón, el sujeto lo significa, lo adapta a sus capacidades cognoscibles, por lo tanto, se opone a lo fenomenológico, es decir, aquello que se capta en bruto. Nietzsche argumenta que nuestra relación con la naturaleza es una creación subjetiva, ideada y moldeada por la mente humana. La cultura, por lo tanto, sería un intento de respuesta del ser humano frente a los estímulos externos.

De este modo arribamos a los comienzos del psicoanálisis. Sigmund Freud (1890) nos esclarece, entonces, cómo se concebiría desde sus estudios, aquél entramado conceptual cuyo comienzo se sitúa en los presocráticos. “*Tratamiento psíquico, tratamiento del alma*” incluye las perspectivas del alma enunciadas con anterioridad. “«Psiqué» es una palabra griega que en alemán se traduce «Seelé» (Alma) (...) «tratamiento psíquico» es lo mismo que «tratamiento del alma». (...) quiere decir tratamiento desde el alma - ya sea de perturbaciones anímicas o corporales - con recursos (...) que influyen sobre lo anímico del hombre.” (p. 115) Asimismo, podríamos pensar que durante este tiempo de la enseñanza freudiana, el hombre se caracteriza como aquél perturbado por el alma. En efecto, denuncia a la ciencia médica por descuidar “la relación recíproca entre cuerpo y alma” (p. 118) postulando al mismo como uno de los hitos más importantes a tener en cuenta para el análisis de ciertas patologías.

A lo largo de este texto, el autor nos invita a estudiar, como instancia primera, lo patológico, infiriendo que será sólo a partir de aquella vía que se podría comprender lo que se considera como “normal”, el “hombre saludable”. Años más tarde, en conjunto a Breuer (1893), demuestra cómo la contracción de enfermedad estaría ligada a una “double conscience” (p. 37), que en español se traduciría como doble conciencia.

El recuerdo del trauma psíquico eficiente no se halla en la memoria normal del enfermo (...) aquella escisión de la consciencia, tan llamativa como *double conscience* en los casos clásicos consabidos, existe de manera rudimentaria en toda bisutería. (p. 37)

Durante 1898, en “*Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria*” supone que este proceso de segunda conciencia es equiparable a la salud psíquica. Allí nombra que la represión es comprobable no sólo en los neuróticos sino también en todo ser humano. Es por este motivo que comienza a caracterizarse al hombre como aquél poseedor de una segunda conciencia. Lo denomina como un factor psíquico particular que es capaz de producir placer o displacer.

Durante 1900 en *“La interpretación de los sueños”*, equipararía la naturaleza humana con aquello que aparece en los sueños. Reconoce un genuino fenómeno psíquico en representaciones involuntarias que son sofocadas.

En mi trabajo psicoanalítico he observado que la complejidad psíquica del hombre que reflexiona difiere por completo de la del que hace observación de sí mismo. (...) El que reflexiona ejercita además una crítica a consecuencia de la cual desestima una parte de las ocurrencias que le vienen, después que las percibió; a otras las interrumpe enseguida, de modo que no sigue las vías de pensamiento que ellas abrirían, y aún con relación a otros pensamientos sabe arreglárselas para que ni siquiera devengan concientes, y entonces los sofoca antes de percibirlos. En cambio, el que se observa a sí mismo no tiene más trabajo que el de sofocar la crítica; conseguido esto, se agolpan en su conciencia una multitud de ocurrencias que de otro modo habrían permanecido inaprehensibles. (p. 123)

Se plasma la inversión del sujeto cartesiano, como hemos indicado recientemente. A lo largo del escrito se desarrolla la predominancia inconsciente en el trabajo de ensoñación. “El sueño sólo devuelve {refleja} una desfiguración {dislocación} del deseo onírico del inconsciente” (p. 314). A su vez, lo inconsciente permite no solo el soñar, sino que tiene lugar en el decir y direcciona el deseo. Allí donde más se “cree” saber sobre uno mismo, más pensamientos sofocados se encuentran. La realidad se convierte en una construcción puramente psíquica. Y el sujeto sería aquél entramado entre inconsciente y conciencia. Es de este modo como en 1917 en *“Una dificultad para el psicoanálisis”* arroja la tesis: “el yo no es dueño y señor en su propia casa.” (p. 16)

Si bien Freud no utiliza la palabra “sujeto” como tal, este despliegue teórico nos va introduciendo la manera que tenemos de “ver” a lo que denominamos sujeto desde el psicoanálisis y aquél que reconoceremos en los casos clínicos. Entonces, entendemos cómo las ideas psicoanalíticas sobre el sujeto rodean al *inconsciente*. Esto es lo que retoma Lacan posteriormente. Allí en los deseos inconscientes, en las pulsiones que buscan su satisfacción, es donde el sujeto reside.

Para Freud, sujeto no es un concepto construido explícitamente, más algo que surge en las entrelíneas, se presenta como el nombre del deseo. Se muestra extraño y ajeno al yo porque inconsciente, oriundo de los imperativos de la pulsión. El es el que insiste, la repetición que se

impone. Luego, el sujeto no existe por sí, más puede surgir a partir del inconsciente. (Freitas Barroso, 2011, p. 121).

En resumidas cuentas, podríamos pensar lo subjetivo, desde esta conceptualización, como aquél entramado que se constituye en consonancia con la historia libidinal singular. Involucra a un hombre con una segunda conciencia, el hombre del inconsciente. Es decir, aquél quién no conoce todo sobre sí, y necesita adjudicarle un sentido a aquello que le sucede. Cobra, por este motivo, pertinencia la subjetivación de la urgencia, como un segundo momento, en donde se entrama el significado de cierta vivencia para ese sujeto en particular.

Ahora bien, ¿cómo se compone este sujeto que nombramos? Freud (1905) indica que el ser humano estaría dotado de diversas pulsiones que en un primer momento se distinguirán entre sexuales y de autoconservación, posteriormente se bifurcan en eróticas o destructivas. Las mismas constituyen un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo somático, como aquello que deviene del interior del cuerpo y pugna por ponerse en la conciencia. Es más que un estímulo porque opera con fuerza constante que nunca se agota. Lo que buscaría la pulsión es la ganancia de placer. No obstante, en el aparato psíquico prima el denominado “principio de constancia” o “principio de nirvana”, que busca contrarrestar las excitaciones en el mismo, permitiendo que aquél se encuentre dentro de umbrales que mantengan el equilibrio psíquico. “Ahora bien, en todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empuqueñecer esa suma de excitación” (Freud, 1893, p. 37)

Su segunda tópica es edificada en la vorágine de poder referir a la composición del aparato psíquico. Los mecanismos ello, yo y superyó, son enunciados como componentes de la psiqué. El yo, dice este autor, es la parte alterada del ello por influencia directa con el mundo exterior (1923, p. 27)

Así, con relación al ello, se parece al jinete que debe enfrenar la fuerza superior del caballo, con la diferencia de que el jinete lo intenta con sus propias fuerzas, mientras que el yo lo hace con fuerzas prestadas. (...) Así como al jinete, si quiere permanecer sobre el caballo, a menudo no le queda otro remedio que conducirlo adonde este quiere ir, también el yo suele trasponer en acción la voluntad del ello como si fuera la suya propia. (p. 27)

Hemos articulado que las urgencias subjetivas se entraman en la historia libidinal del sujeto, ¿qué quiere decir esto? Para responder tal pregunta conceptualizaremos cómo se constituye el psiquismo. Podemos resumir desde las ideas psicoanalíticas freudianas que, en un primer momento, el niño es un todo con la madre, momento de total plenitud para el mismo, pero en una segunda instancia, el padre amenaza con la castración de su miembro y provoca una angustia en el niño quien deberá elegir entre una vida en

sociedad o permanecer en simbiosis con quien ocupa este lugar. El principio de realidad se impone sobre el principio del placer

En la temprana edad, se desarrolla una investidura de objeto hacia la madre a lo que luego se le añade la identificación al padre. La represión del complejo de edipo traería aparejada una conciencia de culpa por el imperioso deseo de eliminar al padre en la relación con la madre. Ella implicaría la constitución del superyó conjunto a la herencia de la ley. El superyó se forja como la conciencia moral del sujeto. Simultáneamente se trama el ideal del yo como entidad en búsqueda constante de aquél niño ideal que alguna vez se fue. El superyó opera como abogado del mundo interior. “El ideal del yo es, por lo tanto, la herencia del complejo de Edipo y, así, expresión de las más potentes mociones y los más importantes destinos libidinales del ello.” (p. 37)

Por lo tanto, el hombre en sociedad es un hombre cuyo malestar reside en la cultura misma por la imposibilidad de la satisfacción plena que vivió en su infancia. El complejo de edipo permite que la libido se redirija y se dirija hacia la sociedad; hacia el amor y la fraternidad. Aquél se dirigirá hacia donde crea encontrar la satisfacción perdida, se guiará por el ideal del yo en donde buscará, fallidamente, volver a ser aquél niño perfecto y majestuoso que fue ante los ojos de la función materna. Es la búsqueda del paraíso perdido nunca vuelto a encontrar.

Si bien, como indicamos anteriormente, no encontramos explícitamente una definición de sujeto desde Freud, podemos comprender que el mismo, desde el psicoanálisis, refiere a un sujeto en conflicto “Nuestra intelección de las constelaciones estructurales de la vida anímica nos obliga a sustituir esa oposición por otra: la oposición entre el yo coherente y el reprimido escindido de él” (p. 19). El yo se convierte en la sede de lucha entre pulsiones de vida o eróticas y las pulsiones tanáticas o destructivas, es un sujeto en busca de una satisfacción nunca alcanzada y repetición constante de sucesos traumáticos que presionan desde el inconsciente.

En efecto, el psicoanálisis nos enseña, también por medio de otros ejemplos, que lo insustituible eficaz dentro de lo inconsciente a menudo se enuncia mediante el relevo sucesivo en una serie interminable, y tal, justamente porque en cada subrogado se echa de menos la satisfacción ansiada. (Freud, 1986, p. 163)

Las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte, nombradas recientemente, se distinguen en tanto una de ellas comprende la pulsión sexual no inhibida, las sublimaciones, y se implica en la autoconservación, tendiendo hacia la síntesis para su conservación. Por otro lado, la pulsión de muerte se define como la “encargada de reconducir al ser vivo orgánico al estado inerte” (Freud, 1923, p. 41)

A partir de las nociones freudianas Lacan edifica su teoría. ¿Qué sucede aquí con el sujeto?. Lacan lo va a distinguir del sujeto mítico de la necesidad. Lo que atañe a la historia libidinal se refiere a la constitución psíquica, constitución subjetiva. En este sentido, el *infans* percibe a su cuerpo como fragmentado y no es a partir del encuentro con el otro que se va a reconocer como alguien “completo”. Es el encuentro con un otro como semejante que lo libidiniza pero que a su vez lo nombra, lo significa. Pero no solo eso, sino también el encuentro con el Otro con mayúsculas, el Otro como tesoro de los significantes.

El acceso al lenguaje castra, es decir, somete al sujeto a la imposibilidad de significar todo, lo enfrenta con la falta. ¿Qué significa la castración? La imposibilidad del alcance de satisfacción total, lo insoportable de no poder completar a la madre como objeto de deseo, la pérdida de la omnipotencia, lo imposible de significar, la sexualidad y la muerte, el reconocimiento de que somos finitos, que en algún momento pereceremos.

Lacan retoma el sujeto dividido freudiano y sigue los lineamientos teóricos del inconsciente que él propone. Además realizará una crítica al *res cogitans* de Descartes, al famoso “*pienso, luego soy*”. Aquí él dice: “No se trata de saber si hablo de mí mismo de manera conforme con lo que soy, sino si cuando hablo de mí, soy el mismo de aquel del que hablo” (Lacan, 2002, p.484). Lacan realiza una división entre el *moi* y el *je*. El *moi* corresponde a la esfera yoica del ser, donde se cree que se es. Pero aquí hay una pequeña trampa porque la función por excelencia del yo es la del desconocimiento. No obstante, *je*, pertenece a la instancia simbólica, aquella que incluye la castración y la caída de la omnipotencia. Corresponde al yo de la enunciación. Entonces, si seguimos por las líneas del yo de la enunciación, es decir, del *je*, podemos ver como se cuele el inconsciente en el decir.

Así afirma Lacan, 2002, “Pienso donde no soy, luego soy donde no pienso (...) no soy allí donde soy juguete de mi pensamiento; pienso en lo que soy, allí donde no pienso pensar” (p.484).

Del modo que Lacan reconoce al sujeto, es del modo que nosotros lo entendemos. El mismo pertenece al sujeto del inconsciente, al momento en donde no pienso lo que digo, en donde *ex-sisto*, en palabras de Heidegger; en donde lo inconsciente tiñe el discurso. En efecto, el sujeto, es aquél producto del discurso. El sujeto está, justamente, “sujeto” a un discurso que no solo lo produce, sino que lo habita con sus múltiples significaciones.

El ingreso del sujeto a la fraternidad y la caída del complejo de edipo es de total importancia para comenzar a pensar el contexto. Siguiendo los lineamientos psicoanalíticos, podría establecer que la cultura, entonces, tendría que ver con el advenimiento de la metáfora paterna como punto de capitón de los tres registros, actúa como límite de ley. Por lo tanto, la metáfora nos permitiría significar y responder a sucesos cotidianos, asumir distintas posiciones, limitar el goce, entre otras cosas.

En breves palabras, la declinación del complejo de edipo y la adquisición de la metáfora paterna permitiría al sujeto ser un ente en sociedad, relacionarse con un otro como semejante y algunos Otros con mayúsculas sin “desestabilizarse”, sin que el encuentro con ciertos significantes desestructure la cadena signifiante como en la psicosis, por ejemplo. La metáfora atempera el goce, pone un límite, implica la conformación de la instancia superyoica, la adquisición de la ley. La horda primitiva queda en un segundo plano, ya no se puede satisfacerse con la madre, y con el padre se alcanza la fraternidad y la prohibición de la endogamia. La exogamia estimula la libidinización del otro como semejante, impulsa al amor, amar es dar aquello que no se tiene a quien no es (p. 17) tal como dice Lacan (1961) en el seminario 8. El sujeto castrado, siempre insatisfecho, pierde el objeto y lo busca constantemente, en los otros y en las cosas, pero sin éxito. Las identificaciones, las satisfacciones, la libido, ahora, comienza a dirigirse hacia ámbitos exogámicos. Este es el sujeto al que nos referimos en este escrito.

Habiendo comprendido estas dilucidaciones, creemos aproximarnos a lo que entendemos por “subjetivo” dentro de las urgencias. Estos postulados psicoanalíticos constituyen el motor de análisis dentro de este trabajo. Consisten en una forma de construir al sujeto que miro y miramos desde la práctica psicoanalítica para poder complejizar los cuadros, los enunciados que se ofrecen, las miradas y lecturas clínicas. De este modo, no solamente se podría vislumbrar cómo se considera a quien se tiene presente, sino también algunas instancias de constitución del aparato psíquico. Ricardo Seldes (2005) esclarece este punto en tanto explica cómo el padecer se entrama con el padecimiento subjetivo y que se entrama con una historia libidinal que es la singular. A esto es a lo que hay que apelar en el tratamiento psicoanalítico.

Freud pensaba al trauma como un hecho sin sentido para el sujeto, al que luego él mismo podría atribuirle uno, pasando previamente por un decir que le permitiera unir, construir alguna significación propia a lo sucedido (...) la reacción a una catástrofe depende de la estructura de cada uno. (...) Cuando hablamos de urgencia subjetiva es el carácter singular el que se debe encontrar en la demanda de quien nos consulta y el goce que se capta a partir de ella. (p. 86) .

Las urgencias subjetivas se entraman en la relación con un Otro, por ello consideramos pertinente desarrollar lo que atañe a la constitución subjetiva y el pasaje por los lugares de la otredad. En consonancia, Lacan (2012) puntualiza cómo el vínculo social implica al discurso:

Lo designo con el término discurso porque no hay otro modo de designarlo desde el momento en que uno se percató de que el vínculo social no se instaura sino anclándose en la forma cómo el lenguaje se sitúa y se imprime, se sitúa en lo que bulle, a saber, en el ser que habla. (p. 68).

Habiendonos detenido en estas acepciones, creemos haber explicitado cómo la urgencia subjetiva es aquél momento de dirección hacia un Otro que le brinde una “salida” de su malestar. Asimismo pensamos ¿cómo se “desencadena” una urgencia subjetiva? Carolina Alcuaz (2009) en “*De la urgencia al lazo social*” ilustra cómo la irrupción de un fenómeno cuyo correlato es la angustia conmueve al sujeto en su discurso. En efecto, la urgencia implicaría un “fuera de discurso”, fuera del lazo social que consigna al sujeto como mudo, aterrado (p. 193). Reinstalar al sujeto en el discurso permitiría reestablecer la homeostasis perdida. Por ello, a lo que se apela es la representación del sujeto por los significantes. Se trataría de rastrear cierta lógica del caos interno que desató tal acontecimiento (p. 189) para poder anudar un sentido subjetivo y sofrenar el afecto angustiado.

Por lo tanto, si las urgencias subjetivas son un correlato de la angustia, ¿qué entendemos cuando hablamos de ella?

Angustia.

Tal como indicamos, la urgencia subjetiva trae aparejado un afecto: la angustia. Las urgencias subjetivas se convierten en un modo de hacerle frente a ella.

Para conceptualizarlo, nos dirigiremos nuevamente a Freud (1895) quien modificará esta noción a lo largo de su vida teórica. Al comienzo, pensaba en la angustia como aquella excitación somática que no lograba descargarse por las vías correspondientes. Esta excitación no adquiere ninguna derivación psíquica por lo que se muda directamente en angustia.

En el texto “*Inhibición, Síntoma y Angustia*” esta última adquirirá otra modalidad. Freud (1925-26) plantea que no es posible no suponerle a la angustia ningún mecanismo psíquico y descarta completamente la trasmutación directa de libido en angustia. Lo que se produce, en realidad, es que la angustia causa la represión. Y frente a la angustia, lo que se produce es el síntoma, en aras de que el yo del sujeto se proteja de aquella.

La angustia, establece Freud, es siempre angustia de castración. Esta angustia de castración es sentida como la imposibilidad del sujeto de poder reencontrarse con la madre. Al comienzo, esta angustia se daba por el peligro del desvalimiento del yo, propio de la inmadurez infantil, luego, a partir del fortalecimiento yoico, la angustia reside en el peligro por la pérdida del objeto, sucesivamente refiere al peligro de castración y luego angustia frente al superyó.

En el año 1920 Freud publica el texto “*Más allá del Principio del Placer*”. En el mismo sugiere definir a las “neurosis traumáticas”, concepto que encontramos similar al de las urgencias subjetivas, de la siguiente manera: “Descripción de un estado que sobreviene tras (...) accidentes que aparejaron riesgo

de muerte” (p.5). Además, a lo largo de esta misma página agrega que en dicha neurosis, el centro de la causación, se centra en derredor al factor sorpresa que supone cierto terror y/o daño físico o herida. Consecuentemente, Freud prosigue con la siguiente tesis: “No creo que la angustia pueda producir una neurosis traumática; en la angustia hay algo que protege contra el terror y por tanto también contra la neurosis de terror” (p.6).

Lo que expresa aquí es que el neurótico se encontraría fijado psíquicamente al trauma, refiriendo el trauma a ciertas excitaciones externas que poseen la fuerza suficiente como para realizar una perforación a la barrera anti estímulo. El sujeto se sostiene-está, por así decir, fijado psíquicamente al trauma.

Un suceso como el trauma externo provocará, sin ninguna duda, una perturbación enorme en la economía {Betrieb} energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa. Pero en un primer momento el principio de placer quedará abolido. Ya no podrá impedirse que el aparato anímico resulte anegado por grandes volúmenes de estímulo; entonces, la tarea planteada es más bien esta otra: dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos, después, a su tramitación. (...) Se produce una enorme «contrainvestidura» en favor de la cual se empobrecen todos los otros sistemas psíquicos, de suerte que el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica. (p. 17-19).

Hay una falta de apronte angustiado por el factor sorpresa del suceso que perturba a nivel económico la libido. Se reproduce cierto estado anterior que debió resignarse por fuerzas de perturbación externa.

Hemos discernido como una de las más tempranas e importantes funciones del aparato anímico la de «ligar» las mociones pulsionales que le llegan, sustituir el proceso primario que gobierna en ellas por el proceso secundario, trasmudar su energía de investidura libremente móvil en investidura predominantemente quiescente (tónica). El principio de placer es entonces una tendencia que está al servicio de una función: la de hacer que el aparato anímico quede exento de excitación, o la de mantener en él constante, o en el nivel mínimo posible, el monto de la excitación. Todavía no podemos decidirnos con certeza por ninguna de estas versiones, pero notamos que la función así definida participaría de la aspiración más universal de todo lo vivo a volver atrás, hasta el reposo del mundo inorgánico (...) Ahora bien, la ligazón de la moción

pulsional sería una función preparatoria destinada a acomodar la excitación para luego tramitarla definitivamente en el placer de descarga. (p. 40-42)

Vislumbamos entonces cómo es de la misma forma como se construye el término de urgencia subjetiva en tanto implica un acontecimiento que sucumbe al sujeto en un desorden. La angustia-señal no permite tramitar las excitaciones, no se produce una ligazón de la moción pulsional, por lo que podríamos pensar a la angustia como ese afecto que lo invade todo frente a la contingencia. El sujeto de la urgencia se queda atrapado en la angustia, en la imposibilidad de hacer. Por este motivo los tiempos de la urgencia adquieren importancia. La pausa, implicaría un recorrido desde el enigma del acontecimiento, del no saber hacer, hacia un entramado de sentido subjetivo. El primer tiempo, de incertidumbre, falta de sostén, dejan al sujeto en un estado de desvalimiento (Coronel, 2005, p. 118). Consecuentemente, el sujeto dirigido hacia un Otro podrá construir un espacio por medio de la palabra, como ya hemos puntualizado, y, si es alojado en la escucha, podrá descentrarse de su urgencia. En este segundo momento “se inaugura un tiempo nuevo, en el que pueda ir encontrándose en los laberintos de su decir” (p. 123).

Por otro lado, ¿cómo concibe Lacan (1962 - 1963) la angustia? Como una falta irreductible al significante que no carece de objeto, que no es sin objeto como propone Freud, pero tampoco supone decir de cuál es el objeto del que se trata. La angustia introduce la función de la falta; “no faltar a la falta”. Ella está en relación con el registro de lo real. ¿Qué es esto real?

Lo real.

La introducción conceptual de lo real nos permitirá comprender cómo concibe Lacan a la angustia. Retomaré la definición que Lacan (1993) indica en el Seminario IX en la clase del 20 de Mayo de 1962.

Lo real es lo que vuelve siempre al mismo lugar, a ese lugar donde el sujeto en tanto cogita no lo encuentra. Lo real es ese retorno como indiferente a toda posición subjetiva. Lo real no es de este mundo. No hay la menor esperanza de alcanzar lo real por medio de la representación. Lo real no es universal, en el sentido de que sus elementos no pueden decirse todos. (p. 9)

Empero, no es que haya falta en lo real, sino que la falta reside en lo simbólico. La misma designa un lugar, presentificando lo que no está ahí. Toda hiancia que designe dicha falta se pretende colmar con el discurso, lo que vemos que no puede ocurrir en los momentos de urgencias subjetivas.

Originariamente, la falta es radical para la constitución subjetiva y es necesario que haya algo perdido. Es en la relación con el Otro y los significantes donde surge el punto de falta del significante. Por lo tanto, la angustia es también una señal de que se está en relación al Otro. Hay angustia ante lo real. Es

la defensa principal. Defensa no contra la angustia sino contra la real de ella. Así pues, no es defensa contra la angustia misma sino frente a la falta.

La tyche es definida por él como el encuentro con lo real, que tiene que ver con cierto azar, con lo imprevisible, con el automatón. La repetición es precisamente este encuentro fallido con lo real. En la escena que expresan los usuarios del Hospital Escuela de Salud Mental, se repite el encuentro de bruce con la muerte, que no tiene modo significativo de abordarse. Es un puro real.

El azar se refiere esencialmente a la concepción de lo real en tanto que imposible, dije. ¿Imposible de qué?, —completaría hoy—, imposible de interrogar. Imposible de interrogar porque responde al azar. (...) ¿Qué quiere decir esta forma de lo real?. Podemos considerar, aunque más no fuera por un instante y para situar el sentido de lo que articulamos como el muro, el límite, el punto (...). (Lacan, 2016, p.63)

En concordancia con estas ideas, pensamos en las urgencias subjetivas como un momento de límite producido por el encuentro con un real. Ese real es siniestro y horroriza, provocando que los sujetos se queden perplejos e imposibilitados de elaboración significativa.

La angustia, principal efecto del desborde por estar aparejado con lo real, tiene tres posibles salidas: el síntoma, el acting out y el pasaje al acto. Estos son modos de expresar la angustia mortífera. Los ciclos de repetición son constantes y ellos demostrarían ser un intento de articulación de lo que paraliza. Esto sucede porque, como expresé anteriormente, el primer encuentro con lo real provoca que el tiempo quede detenido. El sujeto queda enmudecido ante la experiencia traumática.

Siguiendo a Lacan llamamos urgencia a lo que empuja a un sujeto a dirigirse a un analista, a hacer una demanda. Hay “urgencia” cuando las significaciones habituales de un sujeto han sido desgarradas por la emergencia de un real traumático. (Araceli y Fuentes. 2020, p. 1)

2.3 PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIAS

Se dice de problemática un conjunto de problemas que atañen a una persona o cosa, algo que causa problemas, que plantea ciertas dudas o incertidumbres. En este caso se abordará la problemática como aquello que envuelve a los sujetos presentes en el dispositivo de guardia. Desarrollaré cómo las violencias se vuelven en sí mismas problemáticas.

¿Cómo definir a las violencias? Las violencias en tanto problemática, no tiene origen en la actualidad, sino que su génesis se remonta hacia la historia misma de la humanidad. La historia nos cuenta que

nuestros antepasados han promovido la guerra y la violencia como valores dominantes, como “conquistas” que empoderaban a las civilizaciones. Estas violencias eran salvajes, brutales, despiadadas y crueles para las sociedades posmodernas. Pero, las primitivas, lo consideraban como la sede del honor. Consistían en “códigos de sangre” (Lipovetsky, 2021, p.208) que enaltecían la estima pública además de ser utilizadas como herramienta de venganza frente a las cuentas pendientes entre hombres. Permitía ganarse el respeto y la admiración de los ciudadanos, como también la seguridad del pueblo. La guerra y la violencia se asumían en favor de la adquisición de prestigio. Consistía en una obligación para los hombres, siendo la cobardía la debilidad por excelencia.

Hoy en día, la violencia se desnormaliza. Ya no implica gloria, sino por el contrario intolerancia, sede de comportamientos defectuosos. Se limita la venganza porque el Estado comienza a tener una participación a partir de la justicia pública, se dictan leyes en pos de regular los excesos violentos. “El uso de la fuerza desprestigia al que lo hace, en que la crueldad y las brutalidades suscitan indignación y horror, en que el placer y la violencia se separan.” (Lipovetsky, 2021, p. 226). Se renuncia al uso de la violencia como defensa y acreditación de prestigio. En consecuencia, la misma adquiere otro significado. Por eso es pertinente pensar a la violencia como un término que varía según tiempo y espacio donde se piense o aplique.

En sí, no existe una definición unívoca a todas las culturas y todos los seres humanos. Hay una gran variedad de “códigos éticos” (Fernandez, 2023, p.1) que provocan que el término “violencia” o “violencias” adquieran diferentes significados según el contexto. No obstante, podemos encontrar algunas definiciones que intentan ser universales, como las que ofrece la Organización Mundial de la Salud, la Real Academia Española, la Organización Panamericana de la Salud, entre otras. La noción de **violencia** de esta última consiste en:

Uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo. (OPS, 2002).

En concordancia, La Organización de las Naciones Unidas (ONU) Mujeres, es decir, la organización dependiente de la reconocida ONU destinada a la concientización de la igualdad de género y el empoderamiento femenino, describe distintos tipos de violencia: sexual, física, emocional, económica y psicológica. No obstante, define a la violencia como aquello que no permite el pleno goce de derechos, participar de manera igualitaria en la sociedad, entre otros. Además desarrolla otros tipos de violencia como: violencia de género, violencia contra mujeres y niñas, violencia sexual (incluye acoso, violación, violación correctiva, cultura de la violación), trata de personas, mutilación genital, matrimonio infantil,

violencia en línea o digital (ciberacoso, sexteo o sexting sin consentimiento, doxing), feminicidio (incluye asesinatos por honor).

Por otro lado, María Fernandez (2023) describe a la violencia como una de las principales causas de defunción actual. “Con datos del informe del año 2010 realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), unos 5,8 millones de personas mueren cada año como resultado de traumatismos, lo que significa un 10 % de todas las defunciones registradas en el mundo.” (p.1) .

El psicoanálisis considera a la violencia como algo inherente al ser humano, como constitutivo, pero para poder desplegar estas ideas deberé diferenciar agresividad, agresión y violencia. Consecuente a lo explicado, las teorías Freudianas (1895-1915) parten de los supuestos de que el sujeto nace con cierta agresividad que luego, con la incorporación de la castración y la función paterna, es decir de la ley, atempera a partir de la sublimación de dichas metas.

(...)Para el psicoanálisis, la violencia (...) se considera un componente ineludible de la condición humana. Sin embargo, esto no implica que se trate siempre de una realidad ante la que simplemente hemos de reaccionar. Aunque prevenirla no es posible, en tanto no se puede huir de la pulsión, fuente de la agresividad, sí se puede intervenir sobre ella y en este punto el psicoanálisis, así como la Salud Pública, es también convocado por la época a responder a través de estrategias de intervención eficaces (Fazio, Sotelo. 2018, p. 3)

Por lo tanto, la agresividad es constitutiva a la estructuración subjetiva. Es aquello que incita y habilita el devenir psíquico, en tanto tiene que ver con aquello que se proyecta al otro. Un afecto que se anuda al semejante, a aquél quien singulariza al “cachorro humano”. Nos acercamos de este modo a la noción de registro imaginario desarrollado por Lacan (1999): “La vida instintiva se caracteriza por el desvalimiento, la fragmentación; en el plano imaginario habría un objeto ocupando un lugar que brinda una ilusión de unidad total con el otro” (p. 256). El otro libidiniza el cuerpo del niño, lo que le permite asumir un cuerpo propio y vencer la fragmentación.

El estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad, y a la armadura por fin asumida de una identidad

enajenante, que va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental. (Lacan, 1949, p. 102)

Posteriormente, el otro en el espejo deja de suscitar júbilo en el mismo y precipita sentimientos hostiles. Para asumir un lugar propio, el sujeto debe correrse de este lugar de identificación total con el otro, lo cual podemos pensar desde la noción de agresividad.

Silvia Patricia Dottori (2010), siguiendo los postulados freudianos, puntualiza dos viables destinos de la agresividad psíquica, estos implicarían, por un lado, la vía del ordenamiento, es decir como recurso productivo sublimante de la pulsión agresiva en modalidades aceptadas culturalmente, y por otro lado, la vía de las pasiones, es decir lo que provoca desborde, en este caso lo podemos pensar como lo que origina la urgencia subjetiva, o aquello que se dirige a la autodestrucción del propio cuerpo o del semejante.

Aulagnier (2007) distingue entre violencia primaria y violencia secundaria. La primaria implica el momento primero de encuentro con el Otro primordial. Aquél quien significa las experiencias del infans ejercería una “violación del espacio” (p. 34) que se considera como necesaria. El Otro del Otro ejerce un lugar primordial en razón de organizar a la actividad psíquica para un mundo que funciona a expensas del placer. Este momento se considera indispensable para la vida psíquica y el ser en sociedad. Implica la violenta separación de la simbiosis con la madre. Esto le permitirá al sujeto alcanzar cierto umbral de autonomía (p. 35).

Designamos como violencia primaria a la acción mediante la cual se le impone a la psique de otro una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario (...) Al ligar el registro del deseo del uno al de la necesidad del otro, el propósito de la violencia se asegura de su victoria: al instrumentar el deseo sobre el objeto de una necesidad, la violencia primaria alcanza su objetivo, que es convertir a la realización del deseo del que la ejerce en el objeto demandado por el que la sufre. Aparece la imbricación que ella determina entre estos tres registros fundamentales que son lo necesario, el deseo y la demanda. (p. 36)

Por otro lado, la violencia secundaria es aquella que no se considera necesaria para el yo. La violencia se ejerce contra el yo. El problema del poder toma consistencia en esta segunda violencia. La meta de esta violencia es oponerse a los cambios de lo ya instituido (p. 34). Es general que este tipo de violencia sea persuasiva y llegue al punto de desconocimiento de sus propias víctimas (p. 35).

En resumen entonces, la agresividad parte del mundo psíquico interno. En oposición, la agresión viene del lado de la acción. Implica una acción violenta. Esta acción puede admitir diversas escenificaciones tanto a nivel físico (corporal) como a nivel verbal. Sin embargo, no todo accionar agresivo implicaría un acto violento en sí mismo.

A raíz de esta hostilidad primaria y recíproca de los seres humanos, la sociedad culta se encuentra bajo una permanente amenaza de disolución. El interés de la comunidad de trabajo no la mantendría cohesionada; en efecto, las pasiones que vienen de lo pulsional son más fuertes que unos intereses racionales. La cultura tiene que movilizarlo todo para poner límites a las pulsiones agresivas de los seres humanos, para sofrenar mediante formaciones psíquicas reactivas sus exteriorizaciones. De ahí el recurso a métodos destinados a impulsarlos hacia identificaciones y vínculos amorosos de meta inhibida; de ahí la limitación de la vida sexual y, de ahí, también, el mandamiento ideal de amar al prójimo como a sí mismo, que en la realidad efectiva sólo se justifica por el hecho de que nada contraría más a la naturaleza humana originaria. Pero con todos sus empeños, este afán cultural no ha conseguido gran cosa hasta ahora. (Freud, 1920, p.109)

La violencia entra en escena cuando no media lo simbólico, cuando algo de la palabra no puede tramitarse en ese afecto que lo invade todo. Es una manifestación de la agresividad. Es el escenario que figura la agresividad primitiva del sujeto y busca el dominio de uno por sobre otro. A partir de este dominio se anula al otro, se lo deja a merced de su deseo. Tiene que ver con un juego de poderes, cuando uno se asume sobre el otro, provoca que los sujetos se dirijan hacia ciertos accionares violentos hacia los objetos.

La violencia, ya sea física o psíquica, es destructora de límites y diferencias; llega hasta invadir el cuerpo del otro, la mente, los derechos, los espacios, los vínculos; intenta derribar las puertas que el otro tiene cerradas, ocupando la mayor parte del espacio psíquico disponible. (Dottori, 2010, p. 211)

Alberto Ubaldi (2018) aborda la cuestión de la violencia como una fenomenología cuyas manifestaciones se explicitan en las relaciones cotidianas. La violencia se figura, entonces, como una transformación del lazo social. Cuando hablamos de lazo social hacemos referencia a que el sujeto se

constituye en el campo del Otro, es decir en el discurso. De este modo, continúa el autor, lo que se modifica es la posición del Otro social, impactando en las subjetividades. Las escenificaciones contemporáneas de violencia corresponden a actos que tienden a dañar tanto al otro como al sí mismo. La violencia está ligada a la agresión como efecto de fallas en la limitación de lo agresivo contemporáneo. Es una ruptura que se hace evidente en las relaciones cotidianas del sujeto.

La violencia es lo que aparece cuando lo simbólico no opera, cuando queda excluido lo simbólico -la palabra- como partícipe en la escena. La consecuencia es que no hay registro que pueda servirle de límite porque irrumpe de una manera abrupta y tiñe todos los espacios. Por lo tanto, pensamos a la violencia como el quiebre de la mediación simbólica, propulsor principal del accionar violento, donde un ser domina a otro.

Sea en un extremo o en el otro de este amplio abanico clínico, la violencia tiene siempre, sin embargo, un mismo rasgo señalado muy pronto por Lacan: “¿No sabemos acaso que en los confines donde la palabra dimite empieza el dominio de la violencia, y que reina ya allí, incluso sin que se la provoque?” (Lacan. 1971) El dominio de la violencia empieza allí donde se rompe el pacto simbólico de la palabra, allí donde la pulsión deja de tener su amarre en el significante para aparecer como lo que es siempre en su límite, pura pulsión de muerte. (Lacan, 1971, como se cita en Bassols, 2018, p. 1)

Algunas nociones contemporáneas interpretan a la violencia como síntoma epocal. Siguiendo la perspectiva de Tomasa San Miguel (2020), lo que sucede en la actualidad tiene que ver con la desigualdad, la cual retorna en violencia. Para esta autora la indiferencia, la soledad, el desconocimiento del otro, implica una “cultura de mortificación” (p.11) que consiente cierto derecho a la violencia. La pérdida de goce no forma parte de las lógicas sociales porque se garantiza lo diferente y singular modificando la posición del sujeto frente al otro. No hay falta; el sujeto actual, con las lógicas mercantiles, busca colmar constantemente el vacío.

El oponente no es un enemigo, la agresividad es constitutiva, la violencia no. ¿Qué haremos con el odio tan publicitado? Una cosa es el malestar en la cultura, otra la cultura de la mortificación: una cultura que se arroga el derecho a la violencia y desmiente todos los demás. (...) Para que el lazo enlace y no petrifique (...) debe preservarse la dimensión del agujero. (p. 11 - 13)

Lipovetsky expresa que la violencia contemporánea tiene que ver con las tendencias a la autodestrucción, al crimen que se realiza a la luz del día sin miramiento de consecuencias. “Una violencia sin proyectos, sin voluntad firmada, una subida a los extremos en la instantaneidad” (p.255)

La violencia pasa a asumirse como violencia simbólica tal como lo define Bourdieu y Passeron (1970). Perpetuación de comportamientos, asunciones de posiciones y valores por el simple hecho de “heredarlos” culturalmente. Reproducción de las relaciones de poder tradicionales y legitimación de creencias que motivan ciertas producciones subjetivas. Las representaciones sociales, muchas veces, subyacen al quehacer consciente, reproduciendo sin miramientos ciertas prácticas.

Rita Segato (2010), en “*estructuras elementales de la violencia*”, muestra al abuso sexual como un tipo de violencia prototípica y refiere a un hecho que se entrama en dinámicas psíquicas, sociales y culturales el cual no sería el resultado de una patología individual sino que está emparentada con un acto mandatario de dominación masculina, como parte del código de sangre del que hacemos referencia. Se define a la violación como el uso y abuso del cuerpo del otro, sin que éste participe con intención o voluntad comparables (p. 22). La violencia sería un acto de reproducción de la economía simbólica del poder del género (p.11). Asimismo indica que “la moral y la costumbre son indisociables de la dimensión violenta del régimen jerárquico” (p.17).

Segato opta por llamar “violencia moral” a la violencia simbólica. La misma:

Denomina el conjunto de mecanismos legitimados por la costumbre para garantizar el mantenimiento de los estatus relativos entre los términos de género. Estos mecanismos de preservación de sistemas de estatus operan también en el control de la permanencia de jerarquías en otros órdenes, como el racial, el étnico, el de clase, el regional y el nacional. (p. 105).

Existe cierta ley instauradora que opera en las culturas y suscitan votos de obediencia, conjunto a conductas que la renuevan diariamente. La reconoce como “violencia instauradora” (p.105). Mientras más velada, más escondida se encuentre la misma, más eficacia y perduración tendrá entre las masas. La existencia de la sociedad dentro de sistemas de status produce una mayor vulnerabilidad a la violencia moral (p. 108). Se entiende a la violencia como una “estrategia de reproducción del sistema” (p. 111).

La violencia moral se infiltra y cubre con su sombra las relaciones de las familias más normales, construyendo el sistema de estatus como organización natural de la vida social.

La violencia moral es el más eficiente de los mecanismos de control social y de reproducción de las desigualdades (...) la violencia psicológica es la forma de violencia más

maquinal, rutinaria e irreflexiva y, sin embargo, constituye el método más eficiente de subordinación e intimidación. (...)

En materia de definiciones, la violencia moral es todo aquello que envuelve la agresión emocional, aunque no sea ni consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral. (p. 113).

Velazquez (2016) especifica a la violencia como una de las estrategias fundamentales para ejercer autoridad. Para esta autora, la violencia es inseparable del concepto de género, las violencias se originan, se apoyan y se ejercen en y por la diferencia social y subjetiva establecida entre los sexos (p. 45).

Diferenciar los comportamientos típicos de los que no lo son supone transitar una historia: un proceso mediante el cual niñas y niños van adquiriendo de forma diferencial los atributos esperables de su sexo. Se trata de una construcción social llevada a cabo en la familia y en las instituciones, que se realiza mediante el permanente ajuste de los estereotipos que determinan lo socialmente esperable para uno y otro sexo. (...) Este proceso, entonces, está generizado (p. 44)

En consecuencia, la violencia siempre está en acecho, siempre se encuentra presente. El contexto social gesta, reproduce y sostiene la violencia, siendo esta última considerada como un hecho social que transgrede los derechos, la integridad personal y la salud.

Judith Butler (2020) en *“La fuerza de la no violencia”* identifica a la violencia como una instancia que sugiere interpretación. Ello no quiere decir que sea meramente una interpretación sino que más bien debemos subjetivarlo según el marco donde se presentifique pues siempre recibirá un aspecto diferente dependiendo de la manera en que se elabore. Además explica cómo la violencia supone ser una herramienta que presupone un mundo propicio para su uso. Se identifica a la violencia como un medio. Así construiría su propio fin, producir y reproducirse en más violencia. Ella no se agota, jamás, en sí misma.

El género: paradigma de la violencia simbólica

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) la define a la violencia de género como:

El término “violencia contra la mujer” significa cualquier acto de violencia basada en el género que resulte en, o que pueda resultar en, daño físico, sexual o psicológico, o sufrimiento de mujeres, incluyendo amenazas de este tipo de actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, sean en la vida pública como en la privada. (1993)

La misma organización (2022) estima que alrededor de una de cada tres mujeres ha experimentado alguna vez en su vida violencia física o sexual. Asimismo, quince millones de niñas adolescentes, de entre quince y diecinueve años, han experimentado relaciones sexuales forzadas, como violaciones u otro tipo de actos sexuales forzados, en todo el mundo.

El mismo estudio indica que, durante el año 2020, ha aumentado la violencia de género a nivel global. Durante la pandemia, el 58% de los homicidios tuvieron como víctima una mujer o una niña, siendo los mismos cometidos por parejas o familiares cercanos de aquellas. Según esta fuente, menos del 40% de las mujeres que padecen este tipo de violencia busca ayuda.

Centralizando en la República Argentina, el INDEC (2018) ha conformado el registro único de casos de violencia contra mujeres. Se registra que 242.872 mujeres de 14 años y más han informado haber sido víctimas de violencia de género durante el período 2013-2018.

Los datos públicos de la línea 144 Argentina informan que en el transcurso de enero de 2021 a diciembre del mismo año se recibieron 25.301 comunicaciones que fueron derivados a distintos canales de asistencia para su posterior intervención. Durante 2022 se efectuaron 249 femicidios según el Observatorio de Violencia de Género (2022), ocurriendo 1 femicidio cada 32 horas en nuestro país. Específicamente en Entre Ríos se cifraron siete casos de femicidio.

En consonancia a todos estos informes es que decimos que la problemática adquiere relevancia social. Se considera uno de los tipos de violencia más importantes a nivel mundial, y por sobre todo, en nuestro país. Simultáneamente, gran cantidad de los casos recopilados en este escrito, manifiestan estas problemáticas, convirtiendo esta temática en completamente significativa para la elaboración de este trabajo.

Resulta imprescindible, para abordar la problemática, retomar a Rita Segato (2010). La misma separa al género del sexo biológico, definiendo al primero como “esa identidad que se va imprimiendo en el sujeto como parte del proceso por el cual emerge como un ser social a partir de las identificaciones en que se involucra” (p. 66). En adhesión, el género es aquello que depende de una estructura o un orden estable que se inscribe en los sujetos sociales conformando el “mapa cognitivo” (p.67) con que los mismos se movilizan culturalmente. Las relaciones de género se organizan en base a las relaciones de poder, nos informa esta autora.

(...) La construcción variable, cultural e histórica, del conjunto de comportamientos y predisposiciones ideológicamente asociados con la dualidad de géneros por las representaciones dominantes (...) se agrega a un conjunto de significados distribuidos en la matriz binaria masculino-femenino, que configura la dualidad de los géneros en la cultura y la historia. (...) La matriz heterosexual es, ante todo, la matriz primogenia del poder, el primer registro o inscripción de la relación poder/sujeción en la experiencia social y en la vida del sujeto.

El género entonces organiza el mundo y con él la realidad social y natural de sus seres. El género se traspone en varios estratos del sujeto. Lo que podemos denominar como violencia de esta índole corresponde al abuso de las estructuras jerárquicas en orden de demostrar un poderío por sobre otro. En otras palabras, consiste en la reproducción violenta de un poder. Los procesos de violencia son pensados como “estrategias de reproducción del sistema” (p.111), son considerados como estructurales. Asimismo, la violencia de género puede tomar diversas caras como por ejemplo ejercerse por medio de violencia moral como “coacción de orden psicológico que constituye en el horizonte constantes escenas cotidianas de sociabilidad y es la principal forma de control y opresión social” (p.112). Más aún, la violencia psicológica consiste en una faceta “maquinal” (p.113) de esta violencia, es la parte irreflexiva, que naturaliza comportamientos, que se esconde bajo valores morales religiosos y familiares, entre otros. Por otro lado, la violencia física es aquella que muestra sus consecuencias explícitamente, en contraposición con las recién nombradas que actúan veladas.

Retomando lo anteriormente nombrado, el paradigma de la violencia simbólica es el género, dice Velazquez (2016), “violencia simbólica es la reproducción de los estereotipos de género que ejercen las instituciones sociales mediante prácticas discriminatorias concretas” (p.138).

Judith Butler (2007), lo elabora como una violencia normativa que ejerce tipos ideales de género. La violencia es contra el cuerpo, que lo normaliza, lo estructura en comportamientos esperados y no esperados. El poder es aquello que subordina, coloca por debajo al sujeto, lo relega a un orden inferior pero también lo forma (Butler, , p.12). Los seres sociales devenimos sujetos por este poder. La violencia implica la desigualdad social y su reproducción constante, opera como “intensificación de la desigualdad social” (Butler, 2020, p.169).

Las formas estructurales de violencia se cobran su precio en el cuerpo desgastándolo, deconstruyendo su experiencia corporal (...) la violencia es aquello que está perpetuamente sujeto a una oscilación de marcos que pivotan en torno a las cuestiones de la justificación y la legitimidad. (p. 149-154)

Irene Fridman (2019) enfatiza respecto a los condicionamientos sociales que promueven la violencia de género. Retoma a Michel Foucault identificando al cuerpo como entidad marcada y atravesada por la cultura. Se problematiza el cuerpo femenino como aquél atravesado por el significado de ser objeto de deseo, y no sujeto. Define a la violencia sexual como “forma de control social y de fragilización subjetiva” (p.25). La masculinidad implicaría un mandato habilitante para poseer con mayor o menor grado de violencia el cuerpo de las mujeres. La violencia se identifica como un medio para “asegurar” la masculinidad, un rasgo de pertenencia, “sin dominio no hay masculinidad” (p. 34). Para poder leer a la violencia, y específicamente a la violencia denominada de género, hay que tener en cuenta las vertientes del poder y su concatenación subjetiva. La estructura patriarcal delinea la masculinidad y la femineidad, siendo el sustento del despliegue de la violencia de género (p.18- 44).

2.4 DISPOSITIVO DE GUARDIA

La palabra dispositivo, etimológicamente, implica *estar dispuesto*. Se forja, anticipadamente, para obtener un resultado determinado. Es una pieza o un conjunto de ellas que preparan para realizar una función determinada. Generalmente, estos elementos forman parte de un conjunto más complejo.

Para Foucault (1975-1976) dicho concepto se despliega como una formación que ejerce una función estratégica dominante. Supone relaciones de fuerzas ejercidas en tal o cual dirección ya sea para bloquearlas, estabilizarlas, utilizarlas. El dispositivo se encuentra inscripto en un juego de poder ligado a un límite del saber que le dan nacimiento pero a la vez lo condicionan. El dispositivo, específicamente, refiere entonces a estrategias de relaciones de fuerza que sostienen tipos de saber y que, además, es sostenido por ellos.

Inés Sotelo (2012) reflexiona sobre esta palabra ofreciéndonos señalamientos que me permitirán abordar de una manera más clara este término. Es un entramado complejo, compuesto por factores intra y extra institucionales. Los dispositivos adquieren una función compleja en un momento determinado e incluyen un conjunto heterogéneo de discursos, saberes, prácticas, leyes, medidas, decisiones institucionales, medidas científicas, entre otras, que lo complejizan. “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. 2012, p. 125).

Esta autora, explica dos sentidos posibles de la palabra dispositivo en el campo “psi”, por un lado designan los procedimientos del accionar terapéutico hospitalario: internación, consultorio externo, o en nuestro caso, **guardia**. Por otro lado, haría referencia al dispositivo creado por Freud, “*dispositivo analítico*”, que sostiene la cura y cuyo soporte se esgrime en la asociación libre, la transferencia y la interpretación. Intentaremos interrogar estas perspectivas en el desarrollo de este trabajo.

Cada tipo de dispositivo tiene una especificidad particular y un marco normativo que seguir. Estas últimas disponen y sostienen cierto modo de relación entre las partes. Específicamente, el dispositivo de guardia en el que me he insertado, aquél perteneciente al Hospital Escuela de Salud Mental, corresponde al área que alberga las situaciones referidas como urgentes según los pacientes que acceden. Desde estas aristas, podríamos establecer que es muy difícil encuadrar el dispositivo analítico clásico que nos propone Freud con las situaciones de urgencia. No porque alguien le hable al sujeto habrá una respuesta que podríamos denominar como analítica, todavía el síntoma no incluye al analista como tal, la demanda no se instaura de forma inmediata y a la transferencia todavía le queda hacer su trabajo.

Empero, los usuarios dirigen cierta suposición de saber hacia quien se encuentra detrás del escritorio, el equipo interdisciplinario, quien asume un lugar de poder por sobre el usuario, quien espera la resolución de su caso. Debido a la orientación psicoanalítica de la institución, sus trabajadores intentan correrse de estas lógicas de poder adjudicadas, impulsando la “cura” a través del saber del paciente. Se impulsa a que el decir tome su curso y construir el caso conjunto al padeciente. “El dispositivo de inspiración en los principios del psicoanálisis se propone alojar al sujeto en urgencia, uno por uno, localizando el acontecimiento traumático o las coordenadas en las que la irrupción sintomática aparece.” (p. 1)

Para explicar esto de una manera más exhaustiva podemos remitirnos a los cuatro discursos propuestos por Lacan. Sotelo (2012) explica cómo los dispositivos hospitalarios muchas veces se encuentran estructurados a partir del discurso del amo. Este discurso implica que la cosa marche; eliminar los síntomas de modo que el usuario pueda seguir su curso. Esto es lo que exige el amo. Pero si vemos el discurso del analista, aquél que nos interpela, ¿cómo podemos pensar las intervenciones desde el psicoanálisis? La urgencia implica el quiebre de la trama discursiva, de este modo, explica la autora, para que este último discurso pueda obtener su lugar en el dispositivo, primero hay que reintroducir la trama rota. Esto se realiza a partir de la puesta en palabras de la verdad del paciente quien, con su decir, entreteje lo real que la urgencia pone en evidencia. El analista apuntaría a volver a ese real texto apacible de ser descifrado.

(...) el analista en la urgencia también se ubica en relación con el discurso del amo en la medida en que es también el discurso del inconsciente. La diferencia esencial radica en que para el psicoanálisis la intervención no se agota allí. Será necesario contener la irrupción de goce que aparece en la urgencia, pero también hay que abrir una dimensión que permita interrogarla: que quien consulta pueda hacerse una pregunta por su padecer. (p.10)

El afecto disruptivo en la psique es guiado hacia su abreacción, o eso se intenta. Se busca guiar el afecto impulsando al re-establecimiento de la homeostasis en el aparato psíquico. Se toman decisiones sobre el quehacer terapéutico, se escucha, se acoge el padecer y se recetan psicofármacos dependiendo la

necesidad de cada caso y respetando sus singularidades. Se fomenta el desuso de la medicina como acción terapéutica primaria y preponderante. Y se fomenta a que la urgencia se transforme en subjetiva, a que la verdad del paciente se postule sobre la cualidad de aquello que urge.

¿Qué buscaría entonces la guardia, o en este caso un tratamiento psicoanalítico? Operar con lo imaginario, operar con lo simbólico. De este modo, los sujetos podrían ubicarse en las escenas de otra manera, ubicarse en un lugar, que despojados de la repetición y, como dice Tomasa San Miguel (2005) les habilite cierto lugar en el mundo.

En una primera instancia, los profesionales indagan sobre el por qué del malestar, si existe algo con lo que pueda identificarlo. Y allí se abren miles de caminos. Muchos de ellos guían al síntoma, capaz puramente físico, como el despliegue de una cadena de episodios traumáticos. Pero lo pertinente al dispositivo, hacia el lugar de poder-saber que se adjudica, es la necesidad del decir del otro, se aguarda en la sala de espera para ver qué se le dice, qué se le devuelve al usuario sobre su propio padecer. Se mira al equipo, se llora frente a ellos, se habla, se calla, se busca ayuda, se espera. “Y en tanto el lenguaje del inconsciente se ordena en discurso por el discurso analítico, es evidente que el primer efecto que se necesita es el de poner en juego una direccionalidad: que el que sufre, en su urgencia, tenga a quien dirigirla” (Seldes, 2004, p.35).

Se piensa como un intento de poner a aquellos en el lugar del espejo, con necesidad de libidinización de ese cuerpo fragmentado, cuerpo doliente, pero también, y no menos importante, se los posiciona en el lugar de tesoro de significantes, buscando la respuesta a lo que les pasa. Se intenta que el objeto acoja el dolor, que evacúe el sufrimiento. Se busca un sostén. No obstante, el psicoanálisis intenta no responder ante la demanda, y en un intento de ello, la guardia hace hincapié en la necesidad de terapia psicológica y psiquiátrica cotidiana.

Lacan (1957-1958) en el seminario V, establece que la demanda se produce a partir de una identificación con un objeto de sentimiento. Pero no hay nada que pueda establecerse si el Otro, con mayúsculas, no se cuela. “Es propio de la naturaleza de la palabra que sea la palabra del otro” (p. 139).

El deseo necesita que sea mediado por la palabra, que haya una articulación significativa allí donde la hiancia aparece. Hay un deseo más allá de la demanda, que es siempre insatisfecho, pero que motoriza al sujeto. Quienes acceden a la guardia o usuarios internados que piden hablar con los profesionales, buscan alguien (o algunos) quien(es) responda(n) su pregunta, apela a un Otro con mayúsculas, a que el tesoro de los significantes intervenga. Y esto se da debido a que, desde el psicoanálisis, pensamos que el deseo es siempre deseo del otro.

Los dispositivos asistenciales se inscriben dentro de lógicas que buscarían la cura. Independientemente de quienes lo conformen y su inclinación disciplinar, hablamos de ellos como dispositivos de atención o asistenciales. Los equipos conformados en la guardia son interdisciplinarios. La interdisciplina refiere a un momento donde, retomando a Alicia Stolkiner (1987) el paradigma positivista de las ciencias se fisura. Las demandas presentan una gran complejidad a la que una sola práctica no podría dar una respuesta efectiva por sí misma. Es por esto que se requiere de otros campos que aporten a desmenuzar las dificultades y construir en conjunto. Implica el desafío de la disciplina misma desde la que se para y la apertura a abarcar otras cuyo intrincado proveería modalidades de abordaje más complejas y completas.

Capítulo 3: Desarrollo del informe.

“Una invitación a pensar de manera más compleja los fenómenos de un mundo que es el nuestro”. (Sebastien Charles, 2006, p. 15)

3.1 - Intentos autolíticos y autolesiones.

“El pasaje al acto (...) es efecto del encuentro del acting out con la indiferencia del semejante significativo que lo deja sin el último recurso.” (Rodriguez Costa, 2021, p.282)

CASO A:

Mujer de 32 años accede al dispositivo de guardia a través de la ambulancia sin acompañantes. Motivo de consulta (enunciado por mesa de entrada de HESM): Intento de suicidio con veneno de ratas. Previa desintoxicación en el Hospital General, se la deriva al Hospital Escuela de Salud Mental para evaluación. Es la primera vez que consulta en un efector de salud mental.

Comenta: “Vengo porque me quise suicidar. No puedo vivir sin ellos. La gente cercana a mí dice que yo estuve sometida con él ocho años, yo no sé eso... Tuve toda mi vida, una vida de mierda... golpes, dolores, sufrimiento.”

Describe una historia de abuso desde sus nueve años. Quien la abusó en ese momento y hasta sus quince años fue su tío. Su tía “siempre lo apoyó a él”. A esa edad “se fue a la calle”, donde conoció a un chico con quien tuvo dos hijos, quien luego “la cagó a palo”.

A sus dieciocho años, días después del suceso narrado, aparece una “persona” a decirle que podía quedarse en su casa. “Yo fui ingenua y ahí empezó el calvario”. Hace una pausa. “Fuí víctima de trata por ocho meses”. Hizo la denuncia pero manifiesta que no le creían y que la “querían meter presa”. Desarrolla: “Al nene le ponían la pistola en la cabeza para que yo haga todo”. Narra haberles pedido que aparten a sus hijos de aquél lugar debido a estos sucesos y que, por eso, “los perdió”.

Relata que su tío, aquel que abusó de ella, la buscó y la sacó “de las manos” de estas personas. “Él no me creía que me obligaban. Me decía que iba a cambiar”. Recuerda que su tía intentó hacerle daño porque pensaba que “le quería sacar al marido”.

Posteriormente, mantuvo relación con otro hombre que, luego de un tiempo, “mostró su verdadera personalidad”. Lo explica de esta manera: “Dudaba de si era fiel por mi pasado. No me tomaban en serio”. Tuvo otro hijo con esta persona.

Hace dos meses se separó de este último hombre. Su hija se quedó con él. Describe reiteradas situaciones de violencia, que nombra como “peleas”. “ La nena piensa que yo la abandoné.... ellos tenían cuatro y seis cuando los perdí (haciendo referencia a sus primeros dos niños), y ellos ahora tienen cuatro y seis. Me va a pasar lo mismo”. “Todos me dicen que tengo que ser fuerte, pero si escuchan mi historia, que me dejó mi mamá... todas las malas me pasaron, todas.... Nadie me entiende. A mi nadie me va a asegurar que yo voy a poder estar bien, yo voy a seguir sufriendo, toda mi vida fue así, no puedo pensar en salir.”

El equipo de guardia realiza una serie de preguntas en torno a las situaciones de violencia vivenciadas a lo largo de su vida, lo que le permite historizar al respecto.

Hace tres días que no come ni toma agua, tampoco se higieniza. Es la primera vez que intenta suicidarse. Se indica internación involuntaria.

CASO B:

Mujer de 45 años asiste a la guardia derivada del Hospital San Martín por autolesiones. De allí es derivada al Hospital Escuela de Salud Mental. No es la primera vez que consulta por este tipo de episodios. Concorre con su pareja.

“Me corté los brazos. No aguanto más no ver a mi hija. Hace cinco meses que no la veo. y el fiscal no me responde qué va a suceder. En la calle veo nenas y me pongo peor. Lastimarme me tranquiliza un poco.” Ya es paciente del Hospital, pero explica que no pudo venir al turno pactado porque ese día su ex-pareja la amenazó por facebook. “Yo no puedo salir de mi casa porque mi ex pareja me anda buscando en auto y aparece siempre con un arma. Me persigue todo el tiempo desde hace años. Me dijo que si lo sigo denunciando voy a terminar en una bolsa negra.

Historiza que hace dos semanas concurrió a la guardia muy golpeada por esta persona, quien “le había pateado la cabeza” según refiere. Estuvo internada porque no podían hacer “otra cosa” que garantice su integridad. Realizó la denuncia pero “no sirvió de nada”, él sigue contactándola por facebook y haciendo apariciones en público. Asocia el episodio actual a “ya no saber que hacer”. Niega deseos de morir.

La trabajadora social del equipo interdisciplinario, explica cómo son los procesos judiciales y se asesora en cuanto a qué posibilidades de acción tiene la paciente. Se re-coordina turno con psicólogo tratante y se insiste en que se dirija a la guardia ante cualquier circunstancia.

La paciente se retira tranquila, habiendo acotado la angustia.

Historias subjetivas y repeticiones.

Inauguramos el desarrollo de este informe con estos dos casos cuya similitud reside en el motivo de consulta y el relato secundario de situaciones de violencia. Uno de ellos corresponde a un intento autolítico en boca del Hospital San Martín, quien la deriva hacia el Hospital Escuela de Salud Mental y el otro corresponde a un cuadro por autolesiones, con el mismo circuito institucional. Se apelará a la descripción del cuadro, de un modo que nos permita comprender qué sucede con las violencias y por qué el sujeto actúa sobre su cuerpo. La anudación de estos distintos malestares subjetivos en un mismo temario implica que, dentro de sus singularidades, entretejen ciertas coordenadas en común que el psicoanálisis nos permitirá desplegar.

Tanto en A como en B se ubican una serie de episodios de violencia (género, física, estatal, etc) cuya relación, hipotetizamos, está íntimamente vinculada con la modalidad que adquiere el motivo de consulta. La violencia aparece en ambas viñetas como un momento que atraviesa las escenas. Leemos como siempre se vuelve a “lo mismo”; en A un sin cesar de forjamiento de lazos con parejas violentas, subsmisión a situaciones de riesgo, por ejemplo, y en B una imposibilidad de saber, de respuestas, y conjunto a él, la dificultad en “hacer algo” que impida la impotencia en la que es subsumida como consecuencia del accionar de su ex- pareja.

Ambos relatos escenifican la correspondencia que se escudriña entre el contexto de un sujeto y el impacto que ejerce en su subjetividad. La problemática de la violencia se imbrica en lo **social**, está entramada en la cotidianeidad de las mujeres que acceden a la guardia, pero lo interesante aquí es poder desplegar la manera en que las pacientes singularizan aquello que vivencian/sufren, es decir el modo en el que cada una padece de “lo social”.

De acuerdo con Freud (1915), la realidad, el mundo exterior, es uno de los polos estructurantes del aparato psíquico. Esta realidad -mundo exterior- está también constituida por el entorno socio-cultural: no podemos sustraernos de las exigencias del medio en el cual vivimos y estas exigencias imprimen una cualidad particular al trabajo psíquico y a las representaciones mentales. (Martino y Wainstein, 2006, p. 1).

La paciente que nombramos A relata su historia y novela familiar, abarcando el período de la niñez y la adolescencia. Tener conocimiento de estos momentos nos permitirán hacer una lectura que, tal vez, nos facilite el armado del padecer subjetivo porque nos podrían indicar sobre la crónica libidinal que se ha ido surtiendo a lo largo de la vida. Nos permitirá pesquisar si las violencias que nombramos han tenido impactos en la constitución subjetiva.

Ahora bien, la historia subjetiva que se narra llega hasta un punto que podríamos pensar como de ruptura, o incluso, paradójicamente, de capitón. *“Todos me dicen que tengo que ser fuerte, pero si escuchan mi historia, que me dejó mi mamá... todas las malas me pasaron, todas.”*. ¿Por qué se vuelve importante este enunciado? Para responder esto nos abocaremos a las nociones de sujeto dilucidadas en el marco teórico. El sujeto es el sujeto producto del discurso. S1 y S2 se cuelan de tal forma que, siendo significado por otro significante, se llega a un punto en donde ella conecta su historia con que la “*deja*” su madre. Teniendo en cuenta que no solamente el abandono se presentifica con respecto a su madre, sino que se repite y reitera con sus hijos, ¿Podríamos pensar, entonces, que su representación como sujeto circula en las nociones de abandono? Su historia se colma, entonces, en la representación que implica el “ser dejada”. ¿Podemos conjeturar que esta señora podría sentirse arrasada por este momento de “*abandono*”? ¿Podemos pensarlo como violencia, y en ese caso, qué implica para la psiqué?

Si seguimos los postulados freudianos, comprendemos rápidamente cómo los vínculos libidinales de la primera infancia se convierten en determinantes para el desarrollo psíquico por lo que si ellos se ven afectados, probablemente surtan consecuencias. El narcisismo comienza a gestarse en la primerísima infancia cuando los destinatarios de la libido son aquellos quienes asumen las figuras parentales, en especial, la figura materna. En este primer momento, el niño asume el lugar de ser “su majestad el bebe”, ser todo para el otro, completarlo. De esta manera el sujeto puede elaborar un yo ideal que culminará en un ideal del yo al que siempre se busca retornar. Así nos indica Freud (1914): “las perturbaciones a las que está expuesto el narcisismo primitivo del niño, las reacciones con las cuales se defiende de ellas el infantil sujeto y los caminos por los que de este modo es impulsado, constituyen un tema importantísimo” (p. 20).

Siguiendo el mismo orden de ideas podemos especificar que el complejo de edipo conlleva una doble carga: primero, un progreso narcisista que permite la culminación de la estructura yoica, y segundo, una determinación afectiva de la realidad. Esta última tiene que ver con la “*comunidad social*” en cuanto a la cultura que, además, determina el ideal del yo. “Lo que determina la forma del síntoma con su contenido es la incidencia del trauma en el progreso narcisista (...) así todas las integraciones del deseo humano se realizan en formas derivadas del narcisismo primordial.” (Lacan, 2020, p. 126-135) El complejo de Edipo, según Lacan, en el texto “La familia” de 1987, implicaría la maduración de la sexualidad y su presunta represión, la posibilidad de la constitución de la realidad y también su sublimación.

En las neurosis los complejos cumplen una función causal: incidencias y constelaciones familiares que determinan los síntomas y las estructuras, de acuerdo con los cuales, las neurosis dividen, introvierten o invierten la personalidad. (p. 97)

La acción del Otro primordial tiene un lugar fundamental en el narcisismo. El campo invocante, el campo de la mirada de un otro hacia ese cuerpo fragmentado del niño permitirá la conformación de la corporalidad. El narcisismo primordial implica ser un hijo ideal, objeto de deseo, aquél con quien se colma la falta. Vemos, en A, los efectos -no azarosos- , desde mi lectura, de la imposibilidad de libidinización con un otro. Porque en este relato, no sólo su madre “*la deja*”, sino que las demás figuras también dudan de ella y en cierto sentido la “*dejan*”.

El abandono podría ser considerado, a partir de la escucha del lugar que ocupa este significante en la historia de A, como un hito violento en la vida de la sujeto. La indiferencia, la desigualdad, la soledad que provocó tal hecho, según lo enuncia la paciente, tiene como resultado una herida que se resignifica en otras escenas. La perturbación en la narcisización se constituye como un punto de profundo dolor en relación al momento de constitución subjetiva y que podríamos marcar como el comienzo de lo que viene después. Este hecho que mortifica a la usuaria corrobora la tesis de Judith Butler (2020) la cual explica cómo la violencia provoca más violencia. El no haber sido todo para un otro en ese primer tiempo imprimiría ciertas particularidades a la constitución yoica, la conformación de un ideal del yo, lo que repercutirá en una dificultad para posicionarse como sede del deseo del otro. Conjeturo que esto podría explicar, aunque no por sí solo, por qué se recae constantemente en la consolidación de lazos marcados por la violencia.

Si nada conduce a una transformación psíquica del sufrimiento, el sujeto se ve confrontado a vivencias emocionales abrumadoras que, con el tiempo, llevan a una terrible escalada de tensión y violencia. (...) crean una atmósfera de confusión, hostilidad y frustración porque se siente que el sufrimiento lo ha invadido todo. (Horovitz, 2016, p. 83)

Podríamos considerar, entonces, este hecho como traumático. El **trauma** deja una huella que, por más que haya sido reprimida, es imborrable. La marca psíquica que arrastra difícilmente se puede elaborar o representar. La angustia es tal que desborda al sujeto y provoca que el mismo intente “rellenar” esa marca con diversas representaciones, siendo el mismo un modo de elaboración posible. Considero que la secuencia de hechos en A representa esta marca desubjetivante. Hay una sucesión de significantes que le permiten elaborar lo traumático de este modo, recayendo una y otra vez en escenas donde la reducción del sujeto a objeto impera, es decir donde la violencia, se torna protagonista.

El psicoanálisis nos brinda herramientas para comprender que la historia subjetiva no se entrama sola, sino que se entreteje en todos estos puntos de fijación que propulsan a un acontecer conductual particular. Hay un sentido regrediente que produce una tendencia a una generación inconsciente de vivenciar, siempre, las mismas escenas.

Volviendo a los textos freudianos y en un intento de responder qué es lo que se repite y por qué, traigo a colación la “compulsión de destino” definida por Freud (1920) en el texto “*Mas allá del Principio del Placer*”. Observamos cómo la misma refiere a una impresión del sujeto de cierto destino que parece perseguirlo y del cual no puede escapar. Sin embargo, lo que intenta explicar aquí este autor es que este destino, denominado por él como falta, es, a fin de cuentas, determinado por vicisitudes de la primera infancia. Podría haber sido interesante, en B, conocer el entramado libidinal subjetivo de su infancia, para observar si hay ahí una posición predisponente, serie de determinaciones en términos freudianos, a asumir el lugar de no saber.

Así, podríamos relacionarlo con las **neurosis de carácter** desplegadas por Freud (1905).

El carácter de un hombre, está construido en buena parte con el material de las excitaciones sexuales, y se compone de pulsiones fijadas desde la infancia, de otras adquiridas por sublimación y de construcciones destinadas a sofrenar unas mociones perversas, reconocidas como inaplicables (p. 218).

Roberto Harari (1988) describe al carácter como “la historia libidinal del sujeto”. Veamos cuánto nos sirve esto para poder desplegar el por qué de, no solamente el sometimiento hacia episodios violentos de cualquier índole, sino también la violencia para con uno mismo y aquella que se dirige también hacia otros. Estas dilucidaciones nos ayudan a responder los interrogantes formulados anteriormente, todo el desenlace de la historia de A se corresponde con los momentos de la infancia en donde no asume ningún lugar de deseo, sino, por el contrario, lugar de desinterés e indiferencia provocando un callejón sin salida en sus relaciones con la realidad, como lo definen Farje y Delgado (2005). Este “callejón sin salida” es especificado en la frase: “*Nadie me entiende. A mi nadie me va a asegurar que yo voy a poder estar bien, yo voy a seguir sufriendo, toda mi vida fue así, no puedo pensar en salir.*”

La tendencia a la repetición, en consonancia con la trama libidinal de A, tiene que ver con poner, nuevamente, en el mundo actual, situaciones complejas que comparten estrecha relación a situaciones de la niñez, en específico la niñez vivida como violenta por los sucesos narrados. La esperanza inconsciente que se forja es que, finalmente, pueda resolverse esa problemática y liberar la angustia allí anudada. Entonces, en la repetición, lo que se intentaría es liberarse de aquello que le aqueja, “abreaccionar”, si recordamos los primeros textos de Freud. Tal vez lo que aquí se apela es a poder hacer algo con la puesta en juego incesante de su lugar de objeto libidinal como sede de violencia. La repetición es lo que genera que una vivencia se convierta en siniestra, ineludible; pero aún más, se convierte en una compulsión a repetir.

Hipotetizamos que, en A, el sufrimiento arrastrado en su niñez, a raíz de que su madre “*la deja*”, su tía aparece avalando una situación de incesto, es decir sus Otros desamparan, se figura y proyecta de otros modos en su juventud, “En este sentido, el trato que recibe un niño es, sin duda, condicionante de su personalidad durante su vida adulta.” (Rosanski, 2003, p. 25) Llega un momento en donde la violencia desarraiga tanto al sujeto de su lugar, o del lugar que intenta ocupar, que no queda otro remedio que “*desbordar*” y recurrir hacia un otro. Pero en realidad, ¿Por qué se “*desborda*” la mujer del caso? Podemos hipotetizar que tiene que ver con que ya no quería repetir lo que le había pasado hacía unos años, que le quiten, nuevamente, a sus hijos. Teniendo, estos últimos, la misma edad que tenían los primeros dos al momento de “*quitárselos*”. El cuerpo se convierte en el rehén del momento en donde se vivenció la amenaza de muerte que busca constante, frente a la repetición, castigar ese cuerpo exterritoriado. Violencia que produce más violencia y cuyo desenlace, en este caso, culmina en el intento autolítico fallido o, por otro lado, en la autolisis. La violencia hacia el propio cuerpo en tanto el Otro la continua arrasando.

A y B describen sus vidas como plagadas de sufrimientos, de dolor. Le Bretón (1999) en “*Antropología del Dolor*” describe al dolor como un hecho situacional. Algo que no deja de ser íntimo pero que tiene una gran imbricación con lo cultural, social, vincular. “Todo dolor comporta un padecimiento moral, un cuestionamiento de las relaciones entre el hombre y el mundo.” (p. 12) El dolor tiene que ver con cierta pregunta que se hace el sujeto con su relación con el mundo. Si lo pensamos psicoanalíticamente, esto se referiría precisamente a la dialéctica fantasmática. Así, sigue este autor desarrollando cómo el dolor “ensancha la mirada del hombre, le recuerda el precio de la existencia” (p. 19) El dolor se postula entonces como una “violencia humana” que desgarrar, lo postra en cierto abismo interno. En pos de una articulación; ¿por medio de la acción en el cuerpo, no estarían A y B intentando romper, de algún modo, su relación con el mundo? Todos estos episodios que se relatan han provocado un dolor tal que resquebraja su unidad vital. Se recuerda su historia subjetiva y las mismas, para ella, representan un “sin salida”, escenificando el abismo interno. Las situaciones violentas y sus efectos precipitan al sujeto en su relación con los otros, y convierten la vida misma en intolerable. El sufrimiento pesa sobre la propia existencia, amenazando el sentimiento yoico.

Las consideraciones acerca del dolor se vuelven pertinentes en tanto nos permiten, como hemos ido elaborando, puntuar qué tan importante se vuelve el mundo circundante para los pacientes. En B, identificamos que la dramática en torno a sus hijas podría componer uno de los hechos traumáticos. Ella precisa que no aguanta no verlas, y además, que no tolera ver a otros niños en la calle. El hecho se vuelve intrusivo porque tiñe todos los aspectos de su vida. Pero esto no lo es todo porque el trauma en B también se relaciona con lo social. Irene Fridman (2019) define a una situación como traumática cuando se produce “una sobreestimulación que se hace imposible de procesar y es del orden de lo desagradable o angustiante, a esto hay que sumarle la falta de respuesta del entorno” (p.104). Entonces, a la

problemática con las hijas, que lo pensamos como rebosante del aparato psíquico, se le añade la imposibilidad de obtener respuestas necesarias provocando una desarticulación de la cadena.

En otras palabras, identificamos que, si bien la situación con sus hijos podría producir un desborde del aparato, lo que complica las cosas es que el otro no responda; se le suman ciertos “traumas” generados como efectos de la violencia social, en este caso, violencia institucional y estatal. La mujer se somete - o es sometida- a una incertidumbre que parece devorarla y le impide anticiparse a los sucesos.

Puget (2002) desarrolla que la imposibilidad de saber implica un sufrimiento en sí mismo. En adhesión, “se experimenta como un estado de la mente caracterizado por desconcierto, vacilación, desorientación y angustia” (p. 136). Esto desorganiza las capacidades yoicas y provoca modificaciones en relación al sentimiento de pertinencia social. Muchas veces las situaciones violentas recalcan el sentimiento de incertidumbre provocando perplejidad (p.140). Se hace latente, entonces, cómo es que opera la violencia en este caso. Identificamos en A y en B el dolor en tanto desgarramiento de un lugar en la otredad.

Si continuamos ahondando en el caso B, podemos identificar que, frente al desconocimiento de la situación y la precariedad en las respuestas, el sujeto no puede anticiparse, por lo que queda inerte en una espera constante. El poder de la persona se anula y queda a merced de un otro que determine qué es lo que sucederá. La angustia se desarrolla frente al vacío significativo que le suceden a los hechos debido a que la misma no puede actuar como señal. Se vuelve ominoso el cuadro porque desfamiliariza al sujeto con su entorno. Todo se convierte en desorden. Es un afecto que lo colma todo por la imposibilidad de que algo de ello pueda ser articulado. “El afecto penoso cobra nítidamente la coloración de lo ominoso” (p. 131). Lo ominoso o lo siniestro coincide con lo angustiante, un lugar donde uno se encuentra “desconcertado, perdido” (Freud, 1919, p.2). El sentimiento de lo siniestro es inherente a la figura de la violencia. Ella coincide con el encuentro con la falta, anulación de su lugar como objeto de deseo, imposibilidad de encuentro con un otro libidinizante. Es el encuentro repetido con la sexualidad y la muerte, con lo real. La violencia es un lugar a lo que se retorna, como explicamos anteriormente. “Otras situaciones que tienen en común con la precedente el retorno involuntario a un mismo lugar, aunque difieran radicalmente en otros elementos, producen, sin embargo, la misma impresión de inermidad y de lo siniestro” (p.8). Siguiendo lo que nos encontramos desarrollando recientemente, ¿no sucede, en A, algo similar?

“*Nadie me dice nada*” expresa la mujer. La falta de respuesta en el otro genera odio, agresividad destructiva y una posible reacción violenta, tal es el caso que el motivo de consulta circula en la actitud de cortarse los brazos. La soledad opera en el sujeto de la viñeta clínica dejándola a merced de la pulsión violenta, abandonándola sin recursos frente a aquello que le invade. Situación de agresiones varias con su ex-pareja, la falta de respuesta de los escenarios públicos frecuentados, la falta de lugar en las instituciones de salud, la expropiación de sus hijos, son todas situaciones que ponen en juego la

reducción del lugar de sujeto en objeto a merced de otro. “Nada tenemos que decir de la soledad, del silencio y de la oscuridad, salvo que éstos son realmente los factores con los cuales se vincula la angustia infantil, jamás extinguida totalmente en la mayoría de los seres.” (Freud, 1919, p.14). Y volvemos a la pregunta ¿No pasa lo mismo en A?

Entonces, si en A y en B pensamos que la violencia actúa impidiendo la elaboración simbólica, ¿no podría ser considerada en sí misma como traumática? Al operar por fuera de lo simbólico, se queda a merced del campo de lo real, que insiste y convierte toda la trama en este “callejón sin salida” que recientemente explicamos. Entonces, sabiendo que la repetición como aquello que vuelve desde lo real, ¿podemos decir que A se ha convertido en un adulto que es arrojado y se arroja a las similares situaciones vividas en la infancia, que incluso ella nombra como idénticas? ¿Las situaciones vividas, implican este retorno de lo mismo? Pero a su vez, ¿No hay en B, también, una repetición de estar en un lugar al que el otro anula, sede de indiferencia?

Esta explicación no intenta culpabilizar al sujeto, por el contrario, los mecanismos que producen -o reproducen- estos lugares son inconscientes, y a su vez, también es el contexto quien las somete a estas mujeres en estos lugares, no obstante, de esto me ocuparé más adelante. Pero en un intento de hacer una lectura frente a la repetición y los aportes que el psicoanálisis nos hace sobre esto, ¿podríamos pensar que A y B se movilizan en situaciones que las exponen a una vulnerabilidad total frente a un otro que arrasa y despoja de todo deseo?. La urgencia se presenta en un momento en donde la cadena ya comienza a hacer desborde. “La incertidumbre constante y la angustia ligada a ella tienen una fuerza particular de desorganización” (Fepal, 2006, p.11). Podríamos hipotetizar, entonces, que la violencia hacia la propia persona, el consumo de veneno para ratas, el corte en el brazo ¿no intentaría poner en juego un subsanar aquello no sanado, o más bien, un intento de sentir como propio aquél cuerpo profanado? O también, el corte/veneno, ¿no actúa como un modo -fallido- de limitar a ese otro que impresiona sin límites, ausente por momentos y avasallante por otros?

Violencia de género y abuso sexual en la infancia.

La violencia de género se hace presente en la viñeta. Golpes, abuso sexual, amenazas constantes, prostitución forzada, entre otras, son algunas de las presentaciones posibles de la violencia de género. A su vez, también observamos problemáticas como revictimizaciones constantes y desamparo frente a las instituciones.

Comenzaremos con el caso A, en donde se narran una serie de acontecimientos que tienen que ver con el abuso sexual. El gobierno nacional Argentino define la violencia sexual como cualquier situación que impida la libre elección de la sexualidad, es una situación de abuso de poder impuesta a través de amenazas, insultos, presiones, coersión verbal, uso de fuerza, entre otras. Puede incluir violación con o

sin penetración, explotación sexual o prostitución forzada, acoso sexual, entre otras situaciones. Esto es algo que se puede leer en el relato. Pero ¿podría aportarnos algo más sobre los efectos de la violencia en la psiqué?

Particularmente, el abuso sexual hacia las infancias, conforma una experiencia disruptiva debido a que no encontraría soporte en la red significativa para ser elaborada, identifica Landers (2022). La misma, inelaborable, sorpresiva, actúa como traumática. Este hecho podría consistir en uno al que se vuelve constantemente. “La violación no es un hecho genital, es un hecho de poder. Puede realizarse de forma genital y de muchas otras formas” (Toporossi, 2015, p.31). Se convierte en un hecho de poderío sobre el cuerpo ajeno, quedando el sujeto bajo el dominio abusivo de quien ejerce este tipo de actos. Esta situación es ciertamente violenta, expresa Rozanski (2003).

Se les ha arrancado una parte importante de su integridad, alterándose de manera irreversible el ciclo normal del despertar sexual. Las perturbaciones en un principio abarcarán sus actividades escolares y familiares, así como sus relaciones con adultos y niños, incidiendo posteriormente en sus relaciones sexuales y sociales como adulto. (p. 60)

Las consecuencias del abuso sexual en la infancia se vuelven latentes. Es una violencia que actúa, como las otras, generando gran cantidad de efectos. Algunos de ellos podrían ser culpa, vergüenza, entre tantas otras, explica este autor. Tal vez, coordinando más encuentros con la paciente, se podría recabar más información en cuanto a cómo se construye subjetivamente esa escena. Y cómo afecta, en este caso, a la urgencia subjetiva como es enunciada.

Tesone (2020) en *“El dolor psíquico en los desbordes del sujeto”* desarrolla el tópico abuso sexual. El autor desglosa esta temática a partir de una lectura sobre el incesto, lo cual nos permite volver a nuestra viñeta, en tanto el abuso se produce en el seno familiar.

(...) Aparece lo traumático, en filigrana, a través del relato de la excitación que había sido generada en el cuerpo de la niña por la efracción de una estimulación física venida del exterior, sin acuerdo ni deseo. Dicho cuerpo, que responde de manera incontrolada a la excitación externa, se convierte él mismo en cuerpo externo, en un desdoblamiento del yo. Ese cuerpo que le hizo sentir cosas es y no es su cuerpo. Es un cuerpo que no reconoce como propio. La excitación producida no la hace sin embargo deseante, dado que es una excitación desubjetivante. Es una violencia agregada a la violencia de la penetración. No interviene el deseo, es una excitación robada, es una estafa, dado que no dispara la excitación pulsional sin

el consentimiento del sujeto. (...) El cuerpo adquiere así un carácter de extraterritorialidad, con un fuero propio, que requiere ser castigado. (...) El enemigo deviene no solo el abusador, sino también el propio cuerpo vivido con vergüenza y hasta desprecio. El cuerpo abusado que “merece” castigo por haber hecho sentir excitación a pesar de sí mismo, en un siniestro desdoblamiento del yo. (Tesone, 2020, p. 96)

Entonces a partir de la recopilación de esas nociones, y sabiendo que la pubertad y adolescencia de A se encontraría marcada por el encuentro sexual no consensuado con un tío ¿Podríamos pensar que el proceso puberal se ha anticipado? El mismo se encuentra marcado por el trabajo de tramitación de los cambios corporales. Se caracteriza por el encuentro con un cuerpo diferente al infantil, físicamente se es otro, pero psíquicamente todavía no. El espejo devuelve algo que no se siente, todavía, como propio. Este desfase desfamiliariza, en el caso, el cuerpo precozmente. De este modo, la violencia y el abuso infantil incestuoso pudieron ir estructurando el psiquismo, construyendo la historia significativa.

Teniendo en cuenta a Rita Segato (2010), la violación participaría en el “horizonte de lo simbólico” (p.40). La violación es leída como metáfora porque no consiste en un acto consumado, sino que se escenifica en pos de una consumación.

La violación responde (...) a la interpelación de personajes que pueblan el imaginario del perpetrador, figuras genéricas que lo apremian y exigen restaurar un orden dañado. (...) Está en juego la virilidad y el prestigio personal que la violación confiere como valor. Se trata de una violencia instrumental orientada hacia un valor, esto es, la reparación o adquisición de un prestigio (...) el ataque no es propiamente del orden de lo sexual. (p. 43)

Ponemos en tensión como la violación tiene como fin el “consumir” el cuerpo ajeno. Este acto de consumición es definido por la RAE (2022) como el acto de destruir un producto, extinguirlo, utilizarlo para satisfacer necesidades, deseos, etc. Se utiliza el cuerpo del otro como producto, se lo destruye para alcanzar un fin: virilidad, prestigio, poder. En razón de estas delimitaciones, puntualizamos nuevamente cómo se subvierte la posición del sujeto a la cualidad de objeto, teniendo la mismas consecuencias atroces en la subjetividad. Observamos aquí cómo se juega, también, la dialéctica mercantil, en donde hasta el cuerpo mismo llega a ser comercializado.

Ambos casos vislumbran cómo la violencia de género surte sus efectos imposibilitando la autonomía. Si nos detenemos en el caso B podemos conocer cómo su ex-pareja intentaba guiar su vida. Hay una imposibilidad de acceso al sistema de salud por amenazas de muerte constante de este hombre, quién

“no la deja salir”. La busca en auto cada vez que sale de su casa, la hostiga por redes sociales y ejerce violencia física sobre su cuerpo. Asimismo, este acto cuyo resultado no es el alivio esperado en el victimario, provocaría una compulsión a repetirlo, es por ello que las amenazas no cesan. ¿No es esto un intento, repetitivo, de demostrar un poder viril?, pero este intento, no es sin consecuencias psíquicas -y físicas- en quién ocupa el lugar de objeto de consumición.

“(…) Una de las razones de la violencia contra la mujer tiene que ver con anular su subjetividad, porque esta amenaza la autonomía del varón. Por lo tanto, la dominación de la mujer y, si fuera necesario, su aniquilamiento, reforzarían la representación de soberanía a ultranza del hombre que la ejerce” (Fridman, 2019, p. 77)

La violencia de género sufrida obstaculiza y controla la sociabilidad de la mujer. También su movilidad, reduciendo la libertad de circulación conjunto a la imposibilidad de acceso a la institución de salud en este caso. La estructura de género reaparece como estructura de poder y con ella el abuso del cuerpo de unos por sobre otros. Hay un constante menosprecio y descalificación sobre su persona. Retomamos aquí como las estrategias de sometimiento favorecen que las diversas situaciones sean vividas como traumáticas. En A y en B podemos leer que ser el objeto de consumición afecta el sentimiento de existencia, hay un otro al acecho que devora su posición, someterla bajo su poderío. A ambos casos se le suma la imposibilidad de apelar a la ayuda; de encontrar un otro que sostenga, lo que implica una reincidencia en una situación catastrófica para el yo.

Masud Khan (2005), como es citado en Fridman (2019) , despliega cómo la repetición de episodios traumáticos desencadenan un gran daño significativo. Las escenas repetidas de violencia, que relatan las mujeres de la viñeta, ejercen efectos devastadores en el psiquismo. El yo queda inerme, no puede defenderse, no puede salir de la situación en la que se encuentra atrapada, se atenta contra el juego deseante.

Si nos adentramos en otros personajes nombrados en A, observamos cómo ciertas coordenadas externas, constituídas en este caso por el par tía-tío, madre, pareja, entre otros, protagonizan la gran cantidad de los episodios relatados. Abusada sexualmente en la primera infancia y obligada a intercambiar su cuerpo por dinero ¿Cuál es el lugar social que asume esta mujer? Este no podría, siguiendo el relato, ser otro que aquél que se le es adjudicado. El Otro social se engendra como cierto lugar de saber. Este lugar es en el que será alojado el sujeto debido a que este Otro es pensado como el lugar de referencias para la constitución de subjetividades. A esta usuaria se la espera allí donde el “ser mujer” viene de la mano de significantes ligados a la sumisión y la vulnerabilidad.

Lo que fortalece la condición traumática y/o catastrófica para el psiquismo está agravado por lo que ocurre con las víctimas cuando el lazo social que tendría que asistir y sostenerla no acude en su auxilio(...) hay una pérdida de noción de ser un sujeto de cuidado para la cultura a la que pertenece. (Fridman, 2019, p. 106)

Observamos esta problemática en ambos casos, en A hay una secuencia de hechos que explícitamente desarraigan al sujeto del lugar de deseo, en el caso de B podemos pensar que la indiferencia y la soledad son indicadores de la posición que la otredad le adjudica. Pero para poder comprender los lugares sociales que se adjudican a partir de un Otro y, de este modo, la revictimización constante que narran estas mujeres, es necesario indagar sobre la sociedad actual, es decir sobre ese Otro. “(...) es necesario escudriñar a través de las representaciones, las ideologías, los discursos acuñados por las culturas y las prácticas de género para acceder a la economía simbólica que instala el régimen jerárquico y lo reproduce” (Segato, 2010 , p.14)

Podemos identificar que estos dos casos clínicos ilustran de esta forma una violencia institucional de la que se convierten víctimas. Prejuicios sobre su persona, inoperancia en la protección, entre otros acontecimientos que indicarían la presencia de este tipo de violencias. No obstante, la revictimización no es solo con las instituciones, aunque sobre ellas se enuncie mayormente, sino también sobre otras personas, como identificamos en el caso de A: “*El no creía que me obligaban*”, refiriéndose a su tío con respecto a cuando fue víctima de trata. Asimismo, su ex pareja, en sus palabras, dudaba si era fiel por su pasado, “*no la tomaban en serio*”. Los prejuicios, las incredulidades hacia las víctimas acarrear problemáticas subjetivas. En nombre de Irene Fridman (2019), podemos pensar estas situaciones narradas como “microviolencias” (p.47) las cuales provocan el entrever de las condiciones culturales que sostienen la violencia contra lo femenino.

Existen formas que, social y culturalmente, vulneran a ciertos sujetos y los empujan a la sumisión y la violencia. La articulación entre las narraciones y la revictimización nos indican sobre modos de subjetivación que preexisten en la cultura y se arraigan en las dinámicas de sexo-género. La sociedad patriarcal determina las posiciones de los sujetos.

Estas lógicas de género subyacentes a la sociedad inciden en los operarios estatales quienes revictimizan a las víctimas. Hay una estructura jerárquica que organiza la sociedad y estructura las posiciones de género. Impone al mundo cierto orden y produce que, muchas veces, la mujer sea recargada de ciertos imaginarios. Hay una estructura que organiza las relaciones de la escena y oculta una realidad velada (p. 55). Es una reproducción constante de un poder que contamina todo lo que viven estas dos mujeres. Lo interesante es poder desplegar cómo estas violencias imprimen en el sujeto ciertas identificaciones que se podrían asumir como una identidad.

La revictimización, es decir, la doble puesta en el lugar de víctima de A y de B por la indiferencia y el sistema estructural de género, implican una violencia moral. Esta violencia moral es una forma de violencia maquinal, rutinaria e irreflexiva, sitúa Rita Segato. La misma se expresa en la naturalización de ciertas conductas, el arraigo a ciertos valores, ciertas respuestas automatizadas que concluye en una indefensión de la víctima. La incertidumbre, el no saber que narra B podría actuar nulificando las posibilidades defensivas. La imposibilidad de encuadrar en la ley estos episodios, el reconocimiento no concedido, acarrear un gran daño moral. Instituyen la problemática como un no-acontecimiento que se figura también cuando la sujeto, por la no intervención de un organismo dedicado a la problemática de género, es redimida a permanecer en un Hospital General, intervención que no apela a un intento de solución, de límite, a esta violencia que, sobre todo, se convierte en un riesgo cierto e inminente para su persona. “Al ignorar la queja, también se le niega reconocimiento a la existencia del sujeto discursivo de la queja” (Fridman, 2019,p. 119), es por ello que todo este entramado de violencia de género, indiferencia e indefensión actúan anulando al sujeto, provocando, como explicamos de antemano, la puesta en juego de una escena en donde el cortarse intenta apelar al sentimiento de existencia. O por otro lado, la consumición del veneno para ratas como “solución”.

Se pone de foco como fuente de narcisización la erotización del deseo de otro, y esto instala la consiguiente heteronomía deseante y, por ende, la desubjetivación concomitante: lo que se ha denominado el ser para otros de la posición femenina. (p. 46)

Entonces, reflexionamos sobre la revictimización considerándola como “una respuesta que da un sistema a una víctima” (Save The Children, 2020). Las mujeres no son solamente víctimas de la repetición, o de aquello a lo que fueron sometidas, sino también de la incomprensión misma del sistema. Es más, la repetición no tiene que ver únicamente con el inconsciente y aquello que retorna, sino con el lugar, también, que adquiere la mujer en la sociedad. Esto nos dará pie para elaborar otras nociones que intentarán seguir respondiendo a nuestra pregunta problema, en tanto consideramos que la guardia puede quedar reducida a ser otro Otro que abandona, o producir una reescritura del trauma.

La encerrona trágica.

Ulloa (1955) utiliza el nombre “encerrona trágica” para hacer referencia a situaciones en donde el lugar de tercero se encuentra desocupado. Es decir, no hay a quien apelar, ni quien ocupe el lugar de la ley para amparar y cuidar a quienes podrían sufrir de “las prácticas aniquiladoras que podrían llevar a cabo sujetos con cierto poder” (Fridman, 2019, p.98). La encerrona implica la imposibilidad del sujeto de desprenderse de la vorágine de un otro por la falta de un tercero que sirva de desprendimiento, de límite, de orden. “Se torna un sujeto-objeto que anda errando por el mundo sin ser visto” (Puget, 2002, p. 141)

A y B se encuentran atravesadas por el desamparo, quedando atrapadas en el dominio de un otro, cuyo poder obstaculiza la simbolización y la diferencia. En A lo observamos, a modo de ejemplificación, cuando explica que hizo la denuncia pero que no le creían y querían judicializarla, o en el silencio de su tía respecto del abuso que ella puede enunciar oportunamente. En B hay otras escenas que especifican esta encerrona, como lo que ya hemos desarrollado en relación a la indiferencia, la no credibilidad en su denuncia y la imposibilidad de la intervención de un organismo con especificidad en violencia de género. Vemos que en ambos casos no hay límite que permita pensar las nociones de ser cuidado. Esto tiene consecuencias tangibles, por ejemplo en B, facilitando que su ex pareja la siga hostigando por redes sociales y agrediendo físicamente. El victimario se convierte en quien decide qué es lo que puede o no realizar esta víctima, B no puede salir de su casa, andar por las calles, asistir a turnos médicos, psicológicos, entre otros, porque él siempre la encuentra.

Es de este modo como introducimos el término crueldad. El mismo también es dilucidado por Fernando Ulloa (2000). La crueldad se desprende de la indiferencia del otro social. Hay un sistema social que es indiferente, que no apela ni a la empatía, ni al miramiento (mirar amoroso) ni al buen trato, construyendo una violencia destructiva, inclinada hacia la marginación y la indiferencia. ¿No es identificable, justamente, esto en ambos casos clínicos? Bleichmar (2000) desarrolla cómo el reconocimiento social insatisfactorio tiene por consecuencias sentimientos de vacío y de frustración, llevando a la autodestrucción del sujeto mismo. De este modo, ¿podríamos comprender cómo opera la violencia en el desarrollo de la urgencia?

Nos preguntamos entonces, la encerrona trágica, la crueldad, ¿intensifican los malestares subjetivos? ¿cómo predisponen a un sujeto a “urgentarse”? Si identificamos a estos como la causa de redención al poderío del otro, ¿no podemos pensar que deja al sujeto, sobre todo a las mujeres de la viñeta, en una indefensión que suscitaría un miedo sin límite? El miedo es a aquello que puede suceder siempre hacia algo, como indica Freud (2016). En consonancia con los casos, podríamos ejemplificar el miedo en torno a repetir lo mismo en relación a los hijos en el caso A, o el miedo a que una ex-pareja se interponga a la existencia. Es un miedo a que algo les suceda, pero ese miedo se intensifica por la falta de amparo. Lacan (2007) puntualiza al miedo en relación a lo desconocido (p. 441).

El miedo se produce porque algo amenaza, y ese algo pone en peligro el ser en el mundo. Amenaza la tenencia de los hijos, amenaza la propia existencia. La misma se cobra en el cuerpo imaginario, “poniendo en entredicho al re-conocimiento del cuerpo propio dificultando toda estructuración posterior” (Sauri, 1984, p.13). El peligro deja “suspendido” al sujeto, tal como identificamos, lo restringen, lo limitan, dejándolo a merced del Otro absoluto. Las pacientes se sumergen en un “compás de espera”, que introduce una inseguridad imposibilitando la estructuración de una “eventual esperanza” (p.15).

El miedo paralizante se manifiesta como acción inhibidora, incluso plenamente desorganizante, y hasta puede arrojar al sujeto en el desorden menos adaptado a la respuesta, menos adaptado a la finalidad (...) Cuando se trata del peligro exterior, en otros términos, qué es lo que advierte al sujeto que es un peligro sino el propio miedo, sino la angustia, el sentido que puede tener el término de peligro interior está tan ligado a la función de toda una estructura a conservar. (p. 442)

Entonces, la violencia institucional, también denominada como encerrona trágica, da cuenta de una crueldad que circula lo disciplinar y cuyo fruto es el desamparo frente a situaciones. De este modo se desprende el miedo frente a algo que actúa como peligro exterior y al que no puede ponerse un límite. De este modo, la consecuencia fundamental de esta violencia, es que el sujeto queda enfrentado a una angustia por imposibilidad de límite, de elaboración. Justamente nos preguntamos, ¿No es por la imposibilidad de elaboración que llegan los sujetos a la guardia?

Pero para decir más, nombramos que todo este tejido amenazante, postula un temor. Temor de dependencia, alteridad a la que se repliega. Refiere al temor por la alienación, por quedar absolutizado al poder de un Otro. Es aquello que se opone a la libertad. En A se identifica un temor a que no pueda imponerse frente a la situación con sus hijos, a ocupar un lugar pasivante frente a esta problemática por toda su “historia”. En B la restricción misma de su libertad por la dependencia absoluta que tiene contra su ex pareja quien ocupa el lugar de Otro normativo. Son escenas que vislumbran modos de posesión del Otro sobre el sujeto, de enajenación sobre su cuerpo que lo desarticulan. Se arranca al sujeto de su orden para insertarlo en una esfera ajena y misteriosa que comprende a un Otro. Se trata de “un poder trascendente a la condición actual de quien lo experimenta” (p. 25).

En las viñetas, se relatan situaciones que se viven como terroríficas. El terror se desprende por algo que persigue al sujeto, algo de lo que no puede escapar. Algo a lo que no puede hacerle frente, a lo que no puede responder. Es una conexión entre lo conocido y lo desconocido. El futuro se vuelve imprevisible provocando que todo se vuelva siniestro porque pone en juego la desfamiliarización, la imposibilidad de hacer, la vulnerabilidad frente al Otro. Se repite la vivencia primitiva de alienación al otro, pero ahora, suscita la angustia por su imposibilidad de separación.

Todo este despliegue nos permite postular que estas vivencias violentas son vividas con terror. Las consecuencias, como indica Fridman (2019), radican en la destrucción de las capacidades yoicas, dejando al sujeto en un estado inerte y alterando sus percepciones. Entonces, ¿sería acertado explicar que frente a las situaciones violentas podría haber un desmoronamiento de los sistemas de defensa que culminan en una desubjetivación en la víctima, y en consecuencia, en urgencia subjetiva?

En conclusión, el desinterés, la indiferencia, la no atribución de existencia es uno de los modos de violencia más brutal. La crueldad implica un sistema social indiferente. El des-auxilio del otro implica una crueldad que des-subjetiva al sujeto. La violencia opera como destructiva: las mujeres son tratadas con violencia y responden con violencia hacia su propio cuerpo, provocando una derivación en un vacío significativo que lleva a la consulta con la guardia como, casi el único intento, de encontrar una respuesta.

Pasaje al acto y acting out.

El motivo de consulta de A es el intento autolítico. La Organización Mundial de la Salud considera que 800 mil personas al año se quitan la vida por diferentes factores. Cada 40 segundos, a nivel mundial, una persona muere por esta causa. Bermudez y Torres (2013) explican que no toda tentativa de suicidio busca como resultado el quitarse la vida como tal, así sería necesario apelar a las singularidades del caso, como lo haremos a continuación.

Por el contrario, B se presenta por autolesiones. Las autolesiones son definidas por Triveño et. al (2020) como “el acto de dañar deliberadamente el propio cuerpo, como cortarse o quemarse (...) Este tipo de autolesión sería una forma dañina de enfrentar el dolor emocional, la ira intensa y la frustración” (p. 814).

¿Por qué se consume veneno para ratas? ¿Por qué se lesiona el cuerpo? Estos interrogantes podrían obtener sus respuestas a partir de estos modos de tramitación de la angustia. Pero antes de ello, hacemos énfasis en la idea de que las violencias producen una ruptura en la cadena significativa, llevando a que aquello no pueda ser reprimido ni simbolizado. “La violencia implica la dimensión de la crisis, en el sentido que le es inherente la carencia de recursos simbólicos (...) y la prevalencia de la dimensión del actuar” (p. 817). En consonancia, observamos la reproducción de más violencia, tal es así que se vuelve sobre el propio cuerpo.

Frente al sentimiento de inseguridad que se narra, la violación de la vida privada, del propio cuerpo, la imposibilidad de tomar decisiones, la inexistencia de un tercero, entre otros ejemplos narrados, ¿podrían provocar que la pulsión de muerte se convierta en el único recurso, o el último del sujeto, que impediría el derrumbe psíquico? Los mismos suscitarían un sentimiento de amenaza de muerte, deteniendo la actividad psíquica implicando un vacío subjetivo que el sujeto no puede rellenar con significación. Es tal la desarticulación que provoca la violencia que necesita de un Otro, y por ello se considera como un momento de vulneración frente a él, impotencia creciente frente a la figura de la otredad que lo redime al sometimiento, a la conversión de objeto, de cosa. Entonces, el sujeto que busca constantemente ser la falta del Otro, “retorna a esa exclusión fundamental en la que se siente” (Lacan, 2007 ,p.123).

En síntesis, podemos pensar que los episodios violentos relatados por las mujeres producen una ruptura de la homeostasis psíquica provocando la emergencia de la angustia. La misma, descrita en la introducción como lo real, tiene diversos modos de tramitación (fallidos). Tales como el acting out, pasaje al acto y el síntoma.

Siguiendo a Lacan (2007), el acting out se refiere a un accionar que esconde un mensaje, intenta introducir a un Otro para que signifique lo que sucede, interprete y, sobre todo, reconozca. Es una mostración velada que intenta comunicar algo. El corte en el brazo y la ingesta podrían actuar como una demanda de reconocimiento al Otro. Llamamos a que ese otro aparezca y se pueda hacer algo con esa angustia que se desprende.

Estas conductas, a su vez, serían el resultado de las frustraciones de estos sujetos. Restricción de libertades, de acción, pensamiento y movimiento. Son conductas que podrían implicar la aparición de un tercero que no llega. ¿Podríamos pensar el corte como el intento de convocar la aparición de un tercero? Tal vez opere como un corte a tanto sufrimiento o un veneno que “mate” al mismo. ¿Podríamos leer el corte en el brazo y el consumo como un modo de atestiguar la propia existencia? Con respecto a esto Rodríguez Costa (2021) indica: “El acting out aparece como una forma ficticia de escenificación que intenta hacerse un lugar en el Otro(...) En ese acto se evade de la angustia radical de reconocerse en un no-lugar en el mundo/Otro” (p. 258-268).

Habiendo recorrido todas las instituciones y obtenido pocas respuestas, las mujeres se presentan en la guardia del Hospital San Martín con consecuente derivación al Hospital Escuela de Salud Mental. Tal vez algo de la transferencia opere con los efectores de salud, o más específicamente, con el Hospital General San Martín, de ser así leemos este posible acting out como un intento de hacerse un lugar en la mirada del Otro, en la mirada de las instituciones.

Conjeturo que estas conductas constituyen un mensaje, una mostración hacia un Otro. Se intenta devenir objeto de deseo, objeto de cuidado, o simplemente, objeto a quien se le dirige la mirada y la palabra, para subjetivarse. “Aún guarda la esperanza de que su mensaje sea recibido y modifique algo en el ambiente humano” (Rodríguez Costa, 2021, p. 268). En otras palabras, lo que se busca es ocupar un lugar en el Otro, se demanda reconocimiento, se demanda amor para que de este modo, se evacúe el terror, el miedo y el dolor.

El pasaje al acto es otro de los modos de tramitación de angustia que involucra un “dejar caer” (p. 128). Está relacionado con el sujeto porque el mismo aparece borrado al máximo por la barra. La angustia como tal, genera una hiancia, un agujero cuya falta es necesario colmar. Como el sujeto no lo logra, llama a un Otro. Lo que sucede en este caso es que el Otro, tesoro de significantes a quien se apela, se constituye como un lugar ausente. Lo que se busca es “dejarse caer”. Se trata de una escena que

“concluye” (Vazquez, 2017, p.1), algo que busca ser resolutivo. Pero también, se muestra como fallida. El pasaje al acto y el acting out siempre resultan intentos fallidos para los sujetos. No obstante, nos inclinamos a pensar que todavía no se erige un accionar en modalidad de pasaje al acto, sino que todavía se actúa una escena en pos de mostración al Otro como identificamos anteriormente. De todos modos esto no constituye más que una conjetura pues necesitaríamos de más entrevistas, transferencia mediante, para poder especificar de qué tramitación se trata. Lo que sí podemos decir es aquello que hemos ido identificando, es decir, que la experiencia traumática provoca un aumento tal de las excitaciones psíquicas que derivan en el desborde del aparato. Al no poder inscribirse, por su cualidad de abrupto, sorpresivo, inesperado desconcierto, la descarga debe inclinarse hacia otras vías, ellas podrían ser la formación de síntomas, el acting out o el pasaje al acto. Lo que no tiene traducción psíquica se vuelve un intento desesperado de llamado al otro que observamos en las viñetas, el dispositivo de salud podría constituir este lugar que “es llamado”.

En cohesión con estas ideas, podemos concluir que, desde el psicoanálisis, la violencia se postula como aquello que en lugar de pasar por la palabra, pasa a la acción. La violencia desmembrana la articulación signifiante, enfrentando al sujeto mismo con lo imposible de decir, lo imposible de representar, lo que puede culminar en más violencia. Esto opera como un accidente psíquico que requiere de una invención para posibilitar un anudamiento. Mientras no se ponga en escena la palabra, la violencia se perpetuará y aquí es donde debe trabajar la guardia.

La guardia como posibilidad.

Ciertas investigaciones, como la perteneciente a Triveño et al (2018) desarrollada en un Hospital Público de la ciudad de Buenos Aires, han registrado que “la mayoría de los casos no ubica la violencia como motivo de consulta, esto quiere decir que desde el discurso de la época, existe violencia pero el sujeto no la subjetiva como tal” (p. 765).

La usuaria refiere “*La gente cercana a mí dice que yo estuve sometida con él ocho años, yo no sé eso...*”. A sus treinta y dos años, habiendo atravesado varias situaciones que podríamos ubicar “similares”, es la primera vez que consulta en una entidad pública referente a la salud. Las preguntas respecto a su padecimiento han sido anuladas en su vida, la gente “*le dice*” que fue “*sometida*”. Pero ¿ella puede escucharlo?.

En consonancia con las ideas de Aulagnier (2007), se demuestra cómo la violencia es **persuasiva**, cómo lleva a la víctima misma a desconocerla. Asimismo, Irene Fridman (2019) indica cómo el sometimiento constante a la violencia provoca una forma de destrucción que anula las capacidades yóicas de anticipaciones, provocando la sumisión a una angustia permanente que la convierte en vulnerable y profundiza la vivencia de que “no hay escapatoria” (p.110). Pensamos entonces que el estar sometido a violencias constantemente produciría cierto desgaste de la barrera anti-estímulos, alterando los recursos

yoicos. Tal vez por esto, esta mujer no considera como problemáticas estas vivencias y las ve, únicamente, a través de un otro que las señala, y -en general- moraliza. Pensamos entonces en este punto, qué importante resulta el hecho de que un equipo interdisciplinario se “abstenga” de esto e instale la pregunta en lugar del juicio de valor.

La urgencia se presentaría porque nada de lo que sucede es subjetivado. Es puro desorden, desanudamiento. Abunda el dolor y el sufrimiento. Por ello, la guardia intenta constituirse como posibilidad de diferencia. Sotelo (2012) indica que desde la guardia, el sujeto podría adquirir otra temporalidad, alejándose del lugar pasivo y volviéndose un ser activo en su malestar. Se busca que los sucesos dejen de parecer ajenos, que dejen de pertenecer al “todos me dicen” y que sean subjetivados por el sujeto, propulsando su conversión en algo le concierne, lo compromete.

Se busca aislar los significantes con los que el sujeto se ha identificado a lo largo de su historia. “Abandono”, “prostituta”, “adicta”, entre otros que se nombran deberían ser aislados para ver, en realidad, cuáles son los significantes nombre que sí la singularizan en su subjetividad. “Se trata de salir de las etiquetas de víctima” (Triveño et al, 2018, p.765) para asumir un lugar de pregunta responsabilizante y proveer un cambio que acote el malestar por el que el sujeto concurre/es traído a la guardia.

Identificamos en ambos casos que la oportunidad que podría brindar la guardia se entrama con la pausa, con el tiempo. Implica una oportunidad de hacer algo con la violencia sufrida, de ver cómo se entrama con la subjetividad y, a partir de la palabra, intentar evacuar su malestar. “Entendemos que se trata de propiciar un espacio, libidinal, un nuevo tiempo en el que se pueda incluir los fenómenos en un decir” (Seldes, 2016, p.34)

Pero esta posibilidad no será posible si los equipos no se encuentran atravesados por una perspectiva de género. La destitución de la violencia, la puesta en juego de la “no violencia” en palabras de Butler (2020) implica reconocernos en las lógicas sociales, reflexionar sobre las lógicas de poder, imponerse como un tercero a quién apelar y asumir una responsabilidad en los hechos.

Erradicar la violencia de género es inseparable de la reforma misma de los afectos constitutivos de las relaciones de género tal como las conocemos y en su aspecto percibido como “normal” (...). Es urgente trabajar por una reforma de los afectos y de las sensibilidades (...) (Segato, 2010, p.131)

La urgencia en ambos casos se desata por excesos en la homeostasis psíquica. Los mismos están en estrecha relación con el quiebre de los lazos sociales. Es una irrupción de angustia que toma el cuerpo

por imposibilidad de respuesta frente a los sucesos, vaciamiento de recursos para enfrentar situaciones de complejidad. Hay una conmoción de la realidad de las mujeres, un no saber hacer con lo que les ocurre y además una imposibilidad de apelar al saber. El acceder al dispositivo de guardia puede surgir como forma de defensa frente al arrasamiento del yo por sometimiento a situaciones con imposibilidad de afrontamiento.

La urgencia se entiende como un llamado, un llamado al Otro, cuyo lugar, en las historias subjetivas que nos competen, no ha podido ser asumido. Todo este relato se hinca con la localización subjetiva que, posteriormente, deberá continuar. El punto límite se alcanza, la angustia traumática precede la atención en guardia y provoca, en el sujeto, cierta necesidad de alojamiento, por lo que “responder es necesario” (Shussler, 2009, p.70) Pero este responder no debe ser sin las salvedades que pusimos en tensión recientemente.

Particularmente en el caso B, la guardia interviene explicando cómo funciona el sistema judicial y en específico orienta sobre un quehacer jurídico en la situación que atraviesa. Considero esto como fundamental y como cierta ruptura de la revictimización. Más aún, podría ser de ayuda para comenzar a elaborar algo de aquello que se encuentra desanudado. Es una intervención que hace funcionar la voz y la mirada, siendo la paciente, sede de las mismas. No obstante, es necesario apelar a la subjetividad para no colmar de sentido otras preguntas, aquellas donde el sujeto es el que debe advenir. De este modo, se invoca a la no violencia en palabras de Butler (2020), es decir, a no perpetuar la violencia y, finalmente, producir cierta diferencia.

Inventar un contenido, no se refiere a colmar un vacío sino operar en la *béance*, en la hiancia, allí donde el sujeto ha quedado suspendido (o no ha advenido todavía), para crear una nueva posibilidad a partir de los retazos significantes que se han desamarrado de la cadena. (Vascheto, 2009, p. 138)

De todos modos, se convierte necesario “reflexionar sobre la posición de autoridad y poder que da el saberse y sentirse aquel que sabe y que tiene el correcto diagnóstico de lo que ocurre y los medios para resolverlo (...)” (De la Aldea, 2015 ,p.2) Hay que apelar a la reciprocidad, un intercambio entre paciente y el equipo interdisciplinario, que propulse un pensar en conjunto abriendo camino a que la mujer tome decisiones sobre qué hacer, propulsando a su autonomía. Debemos postularnos como “descubridores y generadores de recursos” (p. 8) habilitando la posibilidad de que las pacientes construyan su propia trama subjetiva, pero no sin ciertas herramientas que le permitan enfrentarse a las instituciones sin caer en una angustia que la desborda.

Construir algo con respecto a toda esta problemática que la reduce en un “no sé qué hacer”; en una incierta desesperación, es una invitación a fabricar una trama. Despliegue de significantes que reconstruyen los acontecimientos y permiten hacer propia la urgencia. A partir de la pregunta inaugural, “¿por qué venís a la guardia hoy?”, se despliega toda una historia. Desde el psicoanálisis lo que se busca es que sea el sujeto quien pueda leer algo sobre su padecer. Incluirse allí donde los hechos parecen “devorarla”. De este modo, podría comprender por qué se desencadena esta violencia autoinflingida y, tal vez, producir cierto cambio en la posición subjetiva.

El hecho de que desde un dispositivo de salud mental se habilite una escucha, instaure de este modo el lugar del “tercero” tan necesario para producir una diferencia en lo que retorna. Este tercero decide, el caso A, una internación involuntaria a partir de escuchar un riesgo cierto e inminente que la misma usuaria no puede subjetivar aún, justamente por encontrarse en esta encerrona. Por el contrario, la intervención en B no implica una internación debido a que algo ya ha podido ser elaborado, algo puede pronunciarse como propio dentro del malestar, hay otra posición del sujeto respecto con el mundo circundante y con aquello que la aqueja. Por el contrario, las intervenciones en el caso A implican una internación involuntaria para que la misma actúe como pausa activa, como tiempo de elaboración, en pos de evacuar el riesgo cierto e inminente para sí.

El camino de la libertad espiritual es la repetición, escribía Kierkegaard. ¿Cómo decirle a aquél niño “No obtendrás reparación, no exactamente la que buscas y quizás ninguna...”? Deshechizar la casa embrujada que somos no es hacer que nada haya ocurrido allí, que no haya habido montones de cadáveres en las cercanías, que ningún secreto haya sido sellado entre cuatro paredes. ¿Podrá el niño dentro de nosotros aceptarlo? Cómo ayudarlo a dar gracias por lo que existe sin resignarse. (...) Enfrentar la posibilidad de la pérdida radical es cambiar de posición subjetiva, lo cual no es lo mismo que un enfrentamiento o una resignación. Tanto la falta como la angustia son hambres espirituales, experimentarlas como tales no nos salva de su negatividad ni de su morbilidad, pero pueden volverse un vector de potencia del que la libertad es el otro nombre. (Dufourmantelle, 2011, p.111-112)

3.2 - Los gritos del cuerpo: Crisis de angustia - Ataques de pánico.

“No hay representación ni saber, cuando fracasan las coberturas que sostienen al sujeto en su relación con el Otro.” (Fernandez Raone et al, 2015, p.260)

CASO C:

Mujer de 24 años accede al dispositivo de guardia sin acompañantes, ingresa a la sala de guardia llorando y con dificultad para respirar. No es la primera vez que accede. Ha estado internada con anterioridad.

Ante la pregunta sobre por qué llega al servicio, responde: “Mi mamá y su pareja me pegan. Mi mamá vende mi medicación”. Repite: “Mi mamá me pega desde que tengo memoria, su pareja me pega de noche, de día, en todo momento.” “Mi vida se volvió un infierno, ya tengo miedo que me pase algo”.

Se pregunta por la dirección o el teléfono de algún otro pariente para tratar de coordinar dónde podría quedarse porque insiste en que no quiere volver a su casa. “Yo no sé el número de nadie, no los entiendo porque no fui a la escuela”. “Por favor, contacten a mi hermana”.

Se intenta encontrar, sin éxito, el número telefónico de su hermana. Para los profesionales no es necesaria la internación, se reflexiona sobre si otro organismo no sería más propicio para una intervención, se le explica que debería realizar una denuncia hacia ellos. No se aplica medicación y, frente a la imposibilidad de localizar a su hermana u otro miembro ajeno a la familia nuclear, se indica que vuelva a su casa. No obstante, se hace referencia a la guardia como lugar de acceso inmediato si algo sucede y se coordina turno con psicología.

CASO D:

Mujer de 29 años cuyo motivo de consulta es un “ataque de pánico” vivido en el área laboral. Concorre con sus padres, es la primera vez que accede al Hospital Escuela de Salud Mental. Ante la pregunta sobre por qué concorre explica: “El viernes pasado discutí con mi pareja y me revoleó un vaso”. Presenta un hematoma en el ojo izquierdo. No obstante, identifica como principal lo siguiente: “El problema es que fui a trabajar y me agarró un ataque de pánico: empecé a llorar, pensé que se me iba a salir el corazón, no podía hablar”. Explica que durante la última semana se la pasó llorando. “Me cuesta dormir o duermo demasiado, no tengo horarios”.

Tiene dos hijas, una de nueve años y la otra de cuatro. Pese al conflicto, sigue viviendo con su pareja. “Ya para el año pasado, para las fiestas, me pasó esto”, haciendo referencia al ataque de pánico. “Siempre es en el trabajo. Tengo como una angustia, siento que se me murió alguien”. No puede ubicar el por qué de estas crisis, solo comenta que se encuentra muy cansada y le duele el cuerpo. “Tengo miedo de no poder volver nunca a trabajar, tengo que mantener a mis hijas, me van a echar. ¿Cómo sigo así?”

En la entrevista que se mantiene con sus padres, divorciados hace largo tiempo, la madre explica el problema de su hija a raíz de la “violencia verbal y física”, en sus palabras, que recibe de parte de su pareja. “Ya han pasado estas situaciones anteriormente, pero siempre vuelven. Todas sus separaciones han sido violentas”. El padre comenta: “ya no hay forma de

calmarla”. Sin embargo, su padre expresa que “se la tiene que bancar”, que “él ya va a cambiar” y que “no es tan malo como parece”.

Los profesionales explican que la situación es de gravedad y que podría implicar un riesgo. No se descarta que podrían suceder otros episodios de la misma índole en un futuro cercano. Además se indica la guardia como lugar abierto las 24 hrs del día por si se desarrolla otro episodio.

Se indica iniciación de terapia psicológica y se coordina turno en institución. A su vez se receta clonazepam para los próximos tres días para situaciones de emergencia donde “se sienta muy alterada” o presente mucha dificultad para conciliar el sueño.

Las neurosis de angustia: la psiquiatría y el psicoanálisis.

La paciente identificada “D” trae un diagnóstico o nombre de antemano asociado a su sintomatología. “Me agarro un ataque de pánico” indica. Si indagamos en el DSM V (2013) encontramos que el ataque de pánico se encuentra englobado en una categoría definida como “trastorno de pánico”. El mismo hace referencia a una aparición súbita de miedo intenso o malestar intenso con diversos síntomas somáticos, tales como palpitaciones, taquicardias, sudoraciones, entre otras. ¿Qué dificultades podría traer aparejado este diagnóstico? ¿Qué implica que la paciente “se nombre” desde el DSM?

La psicopatología psiquiátrica utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) como una herramienta taxonómica. Determinada sintomatología es ubicada dentro de determinado “trastorno”. Cuando ellos se dan en la práctica son tomados como signos, siendo útiles para que, aquél posicionado desde esta lógica, los comprenda y construya un cuadro diagnóstico. Desde el psicoanálisis nos interrogamos, ¿Qué implicancias trae aparejada este tipo de prácticas?

Una problemática posible respecto de esto reside en que el diagnóstico podría silenciar las preguntas, imposibilitando la construcción de un síntoma que implique al sujeto en su malestar. En este caso, puntualizamos cómo se identifica padecer de “ataques de pánico” pero se desconoce más allá de él, no se sabe nada acerca de aquél padecimiento, por qué sucede. De pararnos desde esta perspectiva, el objetivo residiría en medicar a la paciente, de modo de “acallar” estos síntomas. Pero lo que nos interesa, desde el psicoanálisis y el campo de la salud mental, es convocar a los síntomas a hablar, en tanto no tienen una significación unívoca. En este sentido, reflexionamos sobre la cadena sintomática que se constituye de significaciones singulares, pero ellas solo serán a partir del despliegue de la palabra, de la palabra del paciente, y de ver allí qué es lo que se puede ubicar. El objetivo implica la construcción de un saber no sabido por la paciente que motorice la dirección de la cura. Poder decir algo más acerca del “ataque” en tanto tenga que ver con la subjetivación de los hechos, del malestar.

Por el contrario, la paciente nombrada “C”, puede decir algo acerca de su padecer y los motivos que lo constituyen. De este modo nos preguntamos si tener un diagnóstico de base podría obturar la posibilidad

de encontrar cierta “verdad” subjetiva, vérselas con la singularidad y aquello que atañe al propio ser, ¿acaso este tipo de intervenciones, podrían ser consideradas como violentas? Siendo que ellas “aplanan” la verdad subjetiva en tanto lo interesante consiste en poder cuestionar el valor significativo de tales hechos, de tales síntomas. El síntoma se encuentra cargado de sentido, se asocia a diferentes elementos, vivencias e indican una posición del sujeto frente a su realidad. A esto es a lo que hay que apelar, más allá de si se padece tal o cual “trastorno”. “Esta clínica permite al sujeto apropiarse de aquello que pulsa en su cuerpo (...) reincorporando a su existencia de símbolos (...) aquello escindido en el cuerpo sufriente” (Aliani, 2015, p. 71) En resumen, la diferencia con la psiquiatría o la medicina a la hora de pensar estos síntomas radica en el abordaje respecto de los mismos: el psicoanálisis se propone dar lugar a los mismos para registrar las coordenadas subjetivas que decantan en esta formación de compromiso, por otro lado la psiquiatría se propone el cese o la eliminación de dicho síntoma.

Sin embargo, en los comienzos del psicoanálisis, podemos encontrar ciertas definiciones que son equivalentes a lo que el DSM indica como “ataques de pánico”. Freud (1849) denominaba este cuadro sintomatológico que describimos (dificultad respiratoria, apnea, taquicardia, sudoración, temblores) como neurosis de angustia, siendo el mismo derivado de prácticas sexuales frustráneas que se convertían directamente en angustia. Lo interesante radica en que esta construcción teórica comienza a surtir una diferencia en tanto implica que los síntomas se encontrarían en correlato al acontecer psíquico. El síntoma está sobredeterminado, pero sobredeterminado en una historia subjetiva, en un cuerpo construido en el encuentro con el otro.

La psicopatología psiquiátrica estudia el cuerpo biológico. Por el contrario, los estudios freudianos indican que el cuerpo sobre el que se trabaja es un cuerpo erógeno, el cual se construye a partir del organismo en el encuentro con un otro. El mismo se convierte en “escena de otra verdad que articula palabra y el Otro” (Aliani, 2015, p.70). Freud (1925) indica que la angustia se asocia a sensaciones corporales displacenteras que refieren a ciertos órganos, tales como la respiración y el corazón. El síntoma en el cuerpo indica un goce cuya “anatomía no respeta nervios ni fibras” (p. 69), sino que tiene que ver con una verdad subjetiva de la historia libidinal del paciente, algo que le atañe.

Inhibición, Síntoma y Angustia (1925) deja de lado a la angustia concebida como trasmutación directa en libido de modo que se abandona la noción “neurosis de angustia”. Lo esencial del padecer y de los síntomas comienzan a centrarse en el concepto de angustia, siendo la misma una reacción del yo frente a un peligro o trauma. La angustia se divide en angustia-señal y en angustia automática. La primera permite al sujeto “prepararse” para enfrentar las situaciones, la segunda trae aparejado el trauma en tanto habría un “fallo” en esta angustia-señal por la cualidad disruptiva y abrupta con la que se presenta una situación. El yo no pudo prepararse, no pudo elaborar la situación previamente, por lo que lo que invade es la angustia automática.

(...) O bien el desarrollo de angustia, la repetición de la antigua vivencia traumática, se limita a una señal, y entonces la restante reacción puede adaptarse a la nueva situación de peligro, desembocar en la huida o en acciones destinadas a ponerse a salvo, o bien lo antiguo prevalece, toda la reacción se agota en el desarrollo de angustia, y entonces el estado afectivo resultará paralizante y desacorde con el fin para el presente. (Freud,1933 ,p.2)

Pensamos el caso denominado “D” como efecto del emerger de la angustia automática. El acto que involucra el haber arrojado el vaso contra ella podría haber sido un acto inesperado, que actúa como traumático porque implicaría una sobreestimulación del aparato psíquico cuya descarga se produciría por la vía de la angustia y su tramitación somatopsíquica. Para que una situación sea concebida como traumática es necesario que “se conecte la representación de un peligro mortal, una amenaza para la existencia” (Freud, 1893,p.30), la violencia que acarrea dicho acto podría haberse sentido como peligro que atenta con la existencia. Asimismo, vemos el correlato del trauma en el cuerpo, siendo que el trauma puede ser sustituido en el mismo. ¿Acaso esto explica por qué se padece de palpitaciones, taquicardias, entre otras patologías descritas en las viñetas clínicas? La angustia actúa como un afecto que predispone al desborde del aparato psíquico; las vivencias sentidas como catastróficas desmoronan la cadena significativa, provocando inconciabilidad de las representaciones y, a su vez, la emergencia de una angustia automática que parece cubrir todos los ámbitos de la vida. Parece válido, entonces, indicar la hipótesis de que la violencia radica en aquella vivencia que se siente como amenaza y actúa destruyendo el aparato.

En D parece que la angustia lo invade todo. Su preocupación mayor es su padecer orgánico porque de ese modo, no puede trabajar, actividad que a la vez le permite “salir”. Teme que la echen y como consecuencia de ello no poder cubrir las necesidades básicas de sus hijas. La angustia parece cubrir todos los ámbitos de su vida diaria con imposibilidad de enfrentar situaciones y tramitarlas por una vía que no sea la orgánica. ¿Cómo podemos pensar esto? Lo que sucede es que algo urge, se produce “un acontecimiento en el cuerpo” (Rojas, 2009 , p. 53). Aún cuando la paciente quiere que “la cosa marche”, es decir, seguir produciendo, su cuerpo se convierte en agencia de límite.

El cuerpo se encuentra afectado de modo particular en lo que Freud denomina Neurosis Actuales. Hemos desarrollado la importancia del cuerpo en la primera infancia y como aquél se convierte en un modo de vinculación con los otros. Es de este modo como se libidiniza el cuerpo, como se construye la subjetividad y el deseo. Los síntomas en el cuerpo tienen íntima conexión con los malestares psíquicos. El cuerpo, erógeno, es el lugar de conversión del malestar psíquico en somático.

Desencadenamiento monstruoso de angustia (...) el pánico se apodera del cuerpo (...) como si ninguna otra cosa pudiera metaforizarlo: No hay otra cosa que el cuerpo (...) el sujeto con pánico está tapado por todo: el mundo, el otro, él mismo. (Assoun, 2022, pp. 35 - 41)

Retomando nuestra intención inicial de pensar a las violencias como desencadenantes de malestar y crisis, el caso identificado como “C” desarrolla una serie de eventos que involucran violencia física ejercida por su madre y la pareja de ella, lo cual sucede y se reitera desde “*tiene memoria*”. El encuentro, repetido, a esta situación provocaría el emerger de una angustia-señal que la “prepara” ante la situación de peligro debido a su cualidad de “conocido”. De este modo problematizamos ¿Por qué la paciente concurre ahora, si es desde que vive con su madre que estas situaciones se llevan a cabo? ¿No actúa aquí algo de lo siniestro, anteriormente nombrado? Este *unheimlich*, en la lengua de Freud (1919), se especifica como el antónimo de *Heimlich*, que refiere a “lo familiar, lo dócil, lo íntimo” (Freud, 2019,p.2), aquello que implica bienestar. Lo siniestro, entonces, indica la posibilidad de que lo familiar, lo íntimo se vuelve desconocido, propiciando al *displacer* y al malestar.

¿Por qué esta vivencia conocida, de índole familiar, se tornaría en algún punto siniestra, propiciando el emerger de la angustia en tanto señal? Hipotetizamos dos posibles motivos: uno de ellos en tanto el acto introduzca una diferencia, ya sea, por ejemplo que la violencia se ejerció de tal forma que pudo haberse temido ciertamente por la existencia. La vivencia se convierte en siniestra, inquietante, lo que genera cierto terror y provoca la emergencia de la angustia automática al igual que en el caso identificado C. Pero por otro lado, podría también suceder que la angustia-señal podría “agotarse” en tanto no basta para que la paciente encuentre una posible escapatoria a los hechos, no puede desligarse, separarse de ellos quedando a merced de la ruptura de la homeostasis psíquica por la insistencia constante de la misma.

C no encuentra “escapatoria” a su problemática, no sabe ningún número telefónico ni ninguna dirección, parece haber quedado “subsumida” a que la situación de violencia se siga perpetuando, su vida “*se ha convertido en un infierno*”. La violencia física se ejerce hasta tal punto que C tiene miedo sobre su existencia, ¿no es este uno de los pilares fundamentales de Freud para hablar sobre la angustia? De este modo, identificamos que la violencia opera de tal modo que se teme sobre la vida, hay una amenaza de muerte que implica el desencadenamiento de angustia, la operación de la angustia automática. Pero ¿cómo se entrama con la urgencia subjetiva? En este punto reflexionamos que las situaciones de violencia tendrían como consecuencia, en este caso, un “no saber hacer” que deriva en la consulta con el efecto en salud mental. ¿Podríamos indicar, entonces, que la violencia se figuraría como destruyendo el recurso de simbolización?

La agresividad provocada en la relación imaginaria con el otro con minúscula no se puede confundir con el conjunto de la potencia agresiva. Para recordar cosas inmediatamente evidentes, la violencia es ciertamente lo esencial en la agresión, al menos en el plano humano.

No es la palabra, incluso es exactamente lo contrario. Lo que puede producirse en una relación interhumana es o la violencia o la palabra. (Lacan. 2005, p. 121)

A partir de estas dilucidaciones, indicamos que las violencias relatadas por estas pacientes tienen un impacto en la psique, desencadenando angustia y sintomatología compatible con la “ansiedad” o las neurosis actuales, y convirtiéndose, a la vez, en límite respecto a la repetición.

Es necesario distinguir que la problemática reconocida por D se remite a la imposibilidad de seguir su quehacer laboral. La violencia aparece como relato secundario, al igual que en el caso que llamamos A. Por el contrario, C, identifica que el motivo angustiante son los golpes que recibe de su madre y la pareja de esta. Si bien lo que mancomunan los casos que venimos desarrollando se trata de la violencia y sus efectos, la diferencia que nos interesa resaltar entre estos casos se trata del proceso de subjetivación de la violencia, de reconocimiento de la problemática como algo en lo que quien consulta se encuentra implicado. Que aparezca la angustia, la extrañeza respecto de lo vivenciado, puede resultar una oportunidad para comenzar a preguntarse respecto su posición, sus vínculos, su historia.

El des-encuentro con el otro.

La definición de salud mental que nos brinda la Ley 26.657 indica la importancia que adquieren los componentes históricos, sociales, culturales en lo que denominamos un “padecimiento subjetivo”. Por lo tanto, aquello denominado como lo social, el encuentro con el otro, le servirá al síntoma, al padecer, de ciertas significaciones de las que no podrá separarse. La construcción de una urgencia subjetiva tiene estrecha relación con lo que le sucede al sujeto con el mundo circundante en tanto es indisoluble de los vínculos sociales. Estos hacen y construyen al síntoma por lo que se vuelve indispensable observar las dinámicas que los sujetos ejercen en su vida cotidiana con el otro. Ahora bien ¿qué nos pueden contar “C” y “D” sobre sus encuentros -o desencuentros- con el otro?

C, identifica toda una problemática en torno al ámbito familiar. ¿Cómo podemos problematizar estas relaciones? Siguiendo a Lacan (1938) podemos describir a la familia como aquella quien alberga, primeramente, al cachorro humano como lo llamamos en psicoanálisis. Beatriz Janin (2002) nos indica que las situaciones de maltrato en la primera infancia se convierten en “Golpes que incrementan el estado de desvalimiento infantil y que impiden el procesamiento y la metabolización de lo vivenciado” (p. 149)

Janin (2002) nos indica que la violencia provoca que no se reconozca al otro como semejante, como sujeto. “Darle un lugar de semejante diferente, reconocerlo como tal, es básico para que pueda constituir un funcionamiento deseante, una imagen valiosa de sí y un bagaje de normas e ideales que lo sostendrán en los momentos de crisis” (p. 152) ¿Habría habido una constitución como un ser, como un otro diferenciado ante la mirada de sus familiares cercanos? Esto podría haber tenido sus efectos no solamente en la constitución subjetiva sino también en la presentación de la urgencia.

Esta experiencia familiar podría haber sido vivida como disruptiva, en tanto pone énfasis en la imposibilidad de constituirse como sujeto de cuidado. Esta situación desubjetiva al sujeto como tal porque hay un exceso de agresión que no se puede “metabolizar”, siendo que tampoco hay alguien quien ayude a hacerlo. Este exceso se postula como desestructurante, se encuentra como “destruyendo” al sujeto. Rodríguez Costa (2021) explica cómo “la experiencia de que alguien se preocupe por nosotros y que nosotros nos preocupemos por ese alguien, es constitutiva del psiquismo, y es lo que desubjetiva el dispositivo de la violencia” (Rodríguez Costa, 2021, p. 149) El dispositivo de violencia que predomina en el circuito familiar podría haberse repetido de modo que enfrenta al sujeto con el desamparo. La urgencia podría precipitarse en este intento de encontrar a un otro que ponga un límite a tanta agresividad. Se hace patente, entonces, por qué creemos necesario vislumbrar tales coordenadas de la vida social del sujeto.

Para decir más acerca de las relaciones que constituyen una parte importante del padecer subjetivo de C, indicamos como primordial aquello que describe Lacan (1978) en el texto “La familia”. La familia, ya no limitada a hechos puramente biológicos o puramente sociales, tiene la importante tarea de no solamente impulsar al desarrollo psíquico, sino también incitar a la derivación exogámica del hijo, la entrada en la sociedad. No obstante, observamos que esto no sucede en C. Por lo que pensamos que la violencia, además de considerarse disruptiva por enfrentar al sujeto con el desamparo, también se juega en la imposibilidad de que C pueda ser impulsada a la exogamia, quedando relegada a un circuito agresivo cuyo efecto reside en la imposibilidad de encontrar una salida. ¿No es esto, precisamente, de lo que viene a “quejarse” C?

En el seminario 10, Lacan (2007), puntualiza como la imposibilidad de separación, en este caso lo pensamos desde el entorno familiar, podría ocasionar el emerger de la angustia. Allí donde el deseo no puede circular, la angustia aparece. Pero, ¿por qué el circuito del deseo se podría ver restringido? Porque no habría ninguna función de corte, ningún tercero (ya sea un padre asumido por la escuela, el estado, el padre real, la madre, entre otras opciones) que actúe como límite. De este modo, el sujeto queda siendo el deseo del otro, se “pierde” en este lugar, permanece como siendo una extensión del otro, sin posibilidad de constituirse por fuera de ella.

¿No podríamos leer aquí, también, un tipo de encerrona trágica? Rodríguez Costa (2021) utiliza un término que consideramos crucial para elaborar esta problemática, la denominada “crisis de desamparo”. La misma indica una serie de episodios que actúan como traumáticos porque además de romper la homeostasis psíquica dejan huellas cuya transcripción se vuelve difícil de codificar porque no hay un “yo-auxiliar adulto” (p.185) que le permita al niño o al joven, “reponerse y hallar recursos para significar esas vivencias de modo que este pueda metabolizarlas” (p.186). ¿No es esto lo que le sucede, repetidamente, en el caso C?

Remitiéndonos a la ley 26.657, nos servimos de otra de sus aristas para elaborar este padecimiento, en tanto la problemática en salud mental también refiere a la posibilidad de posicionarse como un sujeto de derecho. Por lo tanto, el encontrarse relegado de ciertos derechos tales como la educación, la protección, podrían constituir al malestar enunciado por “C” porque imposibilitan la independencia y además enfatizan la desligazón social que produce la violencia, e impide su reconocimiento en tanto tal.

Por lo tanto, pensamos que la urgencia subjetiva es un modo de hacer con la “crisis de desamparo” en la que se sumerge C. Esta crisis se vuelve un momento de encuentro con lo real porque implica el desencuentro con un otro, culminando en una secuencia de hechos que se vuelven imposibles de enfrentar. La angustia se cuela en tanto se obtura el deseo producto de un vínculo con el otro donde la alienación se vuelve primordial. Este momento de des-encuentro/ encuentro con el otro construye toda la trama que sumerge al sujeto en la angustia y culmina en el acceso al dispositivo de guarida. La violencia opera de modo que la jóven no puede “desvincularse” de su madre y la pareja de esta, se queda pegada en el núcleo familiar porque se fractura el vínculo social.

Las situaciones identificadas, los efectos de la violencia que pesquizamos como posibles y que se surten en el encuentro con el otro, indican una dialéctica de absolutización del poder del otro sobre el sujeto. Esto podría ser vivido como amenaza de muerte en tanto se obtura el deseo, propulsando a la heteronomía. La urgencia subjetiva pone en tensión aquello que le sucede a la paciente con el otro porque fruto a la encerrona trágica identificada y la crisis de desamparo conjeturada parece quedarse “reducida” a ocupar el lugar que el otro adjudica: sede de la ira del otro, de sus golpes. En otras palabras, consideramos que la trama cotidiana del sujeto con los otros, vivida como violenta, es aquello que propulsa al “desencadenamiento” de la urgencia subjetiva como tal.

La estructura conceptual que hemos ido siguiendo nos permitirán desglosar el caso que nombramos D. Nos abocaremos a desplegar la perspectiva social del caso, trama en la que se encuentra inmersa la paciente para realizar una lectura acerca de cómo impactan en el armado de la urgencia subjetiva y su presentación en el HESM.

Ya hemos advertido que se identifica como motivo principal de consulta el ataque de pánico sufrido en el trabajo, siendo la violencia un hecho considerado episódico, aislado, que relata secundariamente. ¿Podemos pensar que el ataque de pánico se forja como reactiva frente a lo vivenciado con su pareja? Ahora bien, ¿por qué la paciente no identifica dicha violencia como motivo de malestar?

Ya nos hemos detenido en aquello que circula en derredor a la problemática diagnóstica como fuente de “anulación” de un decir. No obstante, aquí nos enfocaremos en la relación sujeto-pareja que acentúa la imposibilidad del sujeto de reconocerse en su malestar y reconocer la violencia física como fuente de

preocupación. Es por esto que retomamos a Irene Fridman (2019) quien sitúa que, en las relaciones en donde podemos ubicar situaciones de violencia de género, el agresor aparece como “objeto bueno” en tanto la mujer se encuentra en situación de vulnerabilidad extrema provocando que dependa de él. “El varón violento se constituye como un sujeto deseante y narcisista que las inunda de vitalidad y valoración, sentimientos que no vivencian por sí solas” (p.56) esto facilita la dominación y les otorga cierto aval para el castigo. Hay tal sumisión al otro que la posibilidad de pérdida de esta pareja se convierte en una desinversión radical que provoca “agujeros psíquicos”. Así, citando a Butler (2021), se encuentran relatos que explicitan un “prefiero existir en la subordinación a no existir” (p.57)

Convertirse en el objeto de deseo del otro tiene sus riesgos, como observamos en el caso D. Tanto que, salir de ese circuito podría constituir un peligro a la estabilidad psíquica, nos indica Fridman. Esto se juega con una devastación psíquica que ahoga al sujeto en la angustia. Este fenómeno provoca que el objeto se transforme en “*el motivo de su existencia*”, como dice Cartazzollo (1996). Podríamos ubicar este sometimiento como un momento de vuelta al estadio del espejo, de vuelta a la escena de fusión completa y compleja con el otro, los límites entre yo y el objeto de amor se desvanecen.

Siguiendo los lineamientos conceptuales expuestos, mi lectura se dirige hacia una interpretación de la violencia en tanto tolerada porque su ruptura implicaría el derrumbe yoico, la pérdida de referencias sobre quién soy. Irene Firdman (2019) explica que esta circunstancia, muchas veces, se da por una estrategia del partenaire, a modalidad consciente o inconsciente, que genera la fusión narcisista patológica; esto provocaría tal fragilidad narcisista que aseguraría el mantenimiento del poder. Podemos pensar que el acto de arrojar el vaso podría implicar cierta vacilación de este otro provocando la angustia ante la posibilidad de separación.

En pos de seguir especificando conceptualmente el motivo de consulta, Cernadas (2006) desarrolla cómo el “ataque de pánico” irrumpe dando cuenta de una situación que amenaza con un proyecto de vida. Se propone como una caída de todo tipo de referencias con las que el sujeto intentó darse, a sí mismo, autonomía. El sujeto vuelve a ser un cuerpo desmembrado, por eso también pensamos que más allá del golpe en sí, a esta jóven le duele “*todo el cuerpo*”. De este modo, la separación podría sentirse como una caída al vacío, vacío de referencias, vacío de leyes. Se pierden los hábitos, se pierde la construcción fantasmática que sostenía al sujeto, acarreando así un despertar sufriente que tiñe todos los ámbitos de la vida, y en este caso específico, el laboral. Ella siente angustia, siente que “se le murió alguien”, y tal vez, lo que se “murió” es el sujeto que se fue para el otro, el que el otro le había adjudicado ser. Tal vez es por esto que se “urgenta”.

Ahondando un poco más en cómo las dinámicas de hacer lazo influyen en el entramado de la urgencia subjetiva, recurrimos a Freud (1921) en “*Psicología de las masas y análisis del yo*”. Se identifica allí a

la suscitación de angustia como efecto de la ruptura de ciertos lazos afectivos. Lo que rompe el lazo no es precisamente el hecho de arrojar el vaso, sino todos los significantes que allí se despliegan.

Volviendo a la emergencia de esta sintomatología en el área laboral, reflexionamos ¿es azaroso que sea allí donde se padece este malestar? El trabajo implica independencia, lleva hacia la autonomía, provoca, en el mejor de los casos, el acceder a una vida autogobernada, autosustentada. Es una representación de la exogamia, del “valerse por uno mismo”. ¿Podríamos hipotetizar que dicho escenario favorece el despertar de los síntomas psicosomáticos porque explicita la separación con el partenaire? En cohesión, figuramos como posible que esta explicitación de la separación que se sucedería en el área laboral despertaría el peligro hacia la existencia por la “caída al vacío” que tal corte produciría.

El quedarse en su casa, a su lado, podría servir de velo frente a los sucesos, impidiendo la separación efectiva con este. Podría esto indicarnos otro de los efectos de la violencia, en tanto “está siempre en la representación de algo que es vivenciado como coartación de la autonomía” (Fridman, 2020, p. 84) La violencia operaría destruyendo al otro, por ello el campo laboral podría verse afectado por este emerger de malestar psíquico. Los denominados, por la paciente, “ataques de pánico” se dan, siempre, en el ámbito laboral, tanto que teme no poder volver a trabajar.

Asimismo, tal como nos servimos en el caso C, identificamos el rol de la familia a partir de la entrevista breve que se mantiene con ellos. El padre, específicamente, reacciona frente a estos hechos naturalizándolo. Posiblemente este hombre se encuentre bajo la “estructura elemental de la violencia”, en palabras de Segato (2010). Es decir, en la imposibilidad de abstraerse del circuito de dominio de la historia patriarcal de la humanidad, “resulta del mandato moral y moralizador de reducir y aprisionar a la mujer en su posición subordinada” (p.143). Esto propulsa a un ciclo de violencia repetitivo porque no hay un otro que regule, que funcione de límite, tal como en el caso C. Para decir más, también podemos seguir reflexionando acerca de la aparición de la “crisis” en el área laboral, ¿podría haber sido un acto esperanzado para que alguien, diferente al núcleo familiar, acuda al auxilio, funcione como límite?

La noción de “acto antisocial” definida por Rodríguez Costa (2021) se esgrime como “forma de llamado al medio para retomar una provisión de cuidado que venía recibiendo y que se interrumpió” (p.185), es decir, hubo un cuidado previo al que, en este acto esperanzado, se intentaría volver. ¿Podemos pensar que el emerger de toda esta sintomatología, en el caso identificado “D”, consiste en un acto antisocial? La misma podría volverse un “medio facilitador” que envuelve un pedido de auxilio, tanto para con la institución o para con sus padres, quienes posiblemente hayan marcado las vivencias previas de cuidado. Incluso el haber asistido en compañía de ellos, ese día en la guardia, podría decirnos algo acerca de esto. En adhesión, el objetivo del acto se abocaría a hallar a un otro capaz de recibir el sufrimiento, el trauma, y ayudar en su elaboración. Se busca este Yo-auxiliar al igual que en C.

Pero ¿por qué se busca un otro? “El lazo social, el otro, el amigo, la pareja, salvan de la desubjetivación, dan compañía y arrancan al sujeto de la soledad, de lo traumático, desactivan el deseo de muerte y restablecen el valor de la “existencia”.” (Valderrama, 2019, p.16). El dolor psíquico, aquello que vuelve mortífera la cotidianeidad reside en los tipos de relación que se mantienen, que imperan “anulando” el lugar de sujeto, convirtiéndolo en objeto posible de golpear, por ejemplo. Se naturalizan las escenas como si no las “padeciera” y se producen diagnósticos que son llevados como identidad sin preguntar qué hay detrás. La urgencia se despliega en esta dimensión, donde el otro despoja al sujeto de todo lugar, cayendo en una dimensión donde nadie produce corte. No hay forma de elaborar aquello que sucede, aquello que produce desborde, porque no hay ningún otro allí que lo auxilie. Es en este sentido que, conjeturamos, se entran ambas urgencias.

El encuentro con un otro que aloja.

En las crisis de angustia el padecer psíquico se vuelve excesivo. El relato se convierte en una explosión, instalándose cierta necesidad de hacer algo, de pasar al acto. ¿Podemos plantear que en C y en D, el asistir a la guardia es un intento de interrumpir “lo mismo de siempre”, lo que se repite?

En ambos casos, además de la emergencia de la urgencia subjetiva como producto de lo real paralizante, del encuentro con lo traumático, lo identificamos como un momento en donde el sujeto se dirige en busca de un yo-auxiliar. Ese no saber hacer se articula, en estos casos, con la carencia de un medio facilitador para la elaboración de experiencias a partir de las nociones de cuidado, del miramiento y del buen trato. Por lo tanto, la posibilidad de la guardia implicaría no posicionarse en el lugar de espectador indiferente, en la serie de aquellos que no han alojado el malestar previamente, sino propiciar un espacio de elaboración de los hechos, a partir de subjetivarlos, es decir, inscribirlos en la trama singular y en la trama colectiva. Así, como nombramos en el apartado anterior, podría “abreaccionarse” el malestar, encontrando vías propicias para la descarga.

El psicoanálisis nos enseña que cualquier conflicto que no se encuentre resuelto, cualquier escena reprimida surtirá sus efectos. Los mismos, con la agresividad que suscitan, podrán volverse hacia afuera en forma de agresiones, de fobias, o hacia adentro provocando ansiedades, depresiones. Hemos visto cómo la violencia actúa sobre los sujetos fomentando a ejercer actos violentos dirigidos tanto al propio cuerpo como al otro.

El espacio de la guardia, y de las posteriores entrevistas, debería esgrimirse desde la no-violencia para poder reconocer las modalidades de violencia que surten en nuestras sociedades, específicamente en la historia de los pacientes, a modo de ponerle nombre a esos hechos, elaborarlos a niveles significantes y subjetivar de un modo que no se perpetúe la violencia. Esto permitirá que la descarga del malestar no se vincule con una respuesta violenta de parte de los pacientes ni para sí mismos ni para terceros. Elaborar un espacio desde la no-violencia nos permitiría construir una perspectiva de las dinámicas socialmente

estructurales y proveer una crítica que nos permita no repetirlas. “La cuestión de trabajar con el conflicto y de negociar la ambivalencia se vuelve primordial para evitar que la ira adquiriera formas violentas” (Butler, 2020, p.123)

En simultáneo hemos descrito como efecto de la violencia en los casos clínicos el aplacamiento del deseo fruto del advenimiento de poder del otro sobre el sujeto. Esto se vuelve de suma importancia puesto que probablemente lo que se “espere” de esta consulta sea la posibilidad de que el deseo del inconsciente, aplastado por la otredad (madre/pareja - pareja/padre), encuentre su rumbo. “En ese punto de encuentro donde es esperado el analista. En tanto que al analista se le supone saber, también se le supone salir al encuentro del deseo inconsciente” (Lacan, 2006, p. 243) Podría consistir, este encuentro, en un grito desesperado por encontrar un lugar. Salguero, López y Gilardón (2003) indican que el psicoanálisis apuesta a proveer una escucha “intentando abrir caminos que permitan la circulación del deseo” (p.70)

En contraposición a lo que es la violencia, la guardia brindaría la posibilidad de desnaturalizar ciertas situaciones que sumergen al sujeto en un horror inelaborable. Incitar a la pregunta, apelar a la subjetividad indicaría un corrimiento del lugar dictatorial de la violencia. Es una diferencia que apela al deseo, la autonomía y propulsa a la ligación vincular con un otro. Por lo tanto, el dispositivo interdisciplinario implica un posicionamiento del otro lado de la indiferencia que se siente como cruel y violenta.

Nos detenemos para reflexionar sobre el desenlace terapéutico que se da en el caso C, con la imposibilidad de contactar a alguien ajeno al circuito familiar de quien padece violencia. Desafortunadamente ello no ha sido posible, la escasez de recursos institucionales no permitieron realizar una intervención que facilite la huída del seno familiar. Pero ¿está todo perdido?

Como hemos indicado, pensamos la posibilidad de surtir una diferencia, en tanto la guardia se ha ubicado con la “capacidad de preocuparse por ese otro que se reconoce como un semejante” (Rodríguez Costa, 2021, p. 166) Esto daría cuenta de un posicionamiento ético que, frente a las dificultades, aún continúa el intento por volverse un espacio propiciador, facilitador. Tal vez la intervención no ejerció un efecto inmediato pero sí podemos pensar en lo que podría indicar para la subjetividad haber podido asistir a un espacio en donde hablar y ser escuchado. Asimismo, se propulsa a una continuación en un trabajo terapéutico en donde, según aseguran, esto será retomado y trabajado.

Lo mismo sucede en D. Se le da lugar a la palabra para que aquello que le interpela pueda ser nombrado, con la intención de que la problemática siga siendo abordada en un encuadre terapéutico cotidiano. No nos abocamos a intervenciones “heróicas”, sino a la posibilidad de posicionarnos desde la ética,

alejándonos del lugar de saber. Tal como dice Garmendia (2006) en la compilación “La urgencia generalizada” de Guillermo Belaga:

Estar en la urgencia, con una orientación psicoanalítica, es ofertar este lugar y tiempo para que a través de este franqueamiento el sujeto encuentre su lugar; es estar ahí para mostrarle al sujeto que puede tener un destino distinto al de la repetición, pero que en ese destino él debe jugar su parte (p.53)

3.3 Entre lo social y lo singular. Sobre las llamadas “adicciones”

CASO E:

Mujer de 40 años asiste al dispositivo de guardia del Hospital Escuela de Salud Mental por primera vez. El motivo de consulta, según se indica desde mesa de entrada, es consumo problemático. “Soy adicta a la cocaína”. Sobre la sustancia indica: “cuando pega bien los sentidos se aplacan”. El día anterior consumió luego de un largo tiempo sin hacerlo, “¿por qué?” le pregunta el equipo interdisciplinario. “Me quedé sin trabajo, estoy pasando un mal momento, siento una decepción. Hay cosas que no puedo superar... Mi mamá y mi papá son alguien en quien no se puede confiar, dicen que la gente consume porque le gusta pero ellos no saben que yo di todo”.

El equipo interdisciplinario aplica medicación para el cese de los síntomas de abstinencia, se despliega la importancia de la asistencia a un espacio psicoterapéutico y se brinda información sobre el centro de salud correspondiente al área programática de la paciente.

CASO F:

Hombre de 43 años concurre a la guardia del Hospital Escuela de Salud Mental por primera vez. El motivo de consulta, indicado por el HESM, informa: consumo problemático.

Ante la pregunta: “¿por qué venís hoy a la guardia?”, comienza a narrar conflictos con su ex-pareja. Comenta: “hace una semana consumo”. Ya consumía anteriormente. Explica “Lo que pasa es que no quiero salir de casa. Ayer falté al trabajo. Tengo miedo, bronca, ansiedad”. Comenta que tiene problemas en el trabajo y cree que es por las sustancias que consume. “Estoy acá porque no sé como seguir, no sé qué hacer. No me dan turno en el centro huellas, hace como un mes estoy esperando”. Prosigue: “Consumo porque no quiero despertarme, me gustaría despertar en un mes y que todo haya pasado”. En su trabajo tiene problemas con su jefe. El mismo le deposita el sueldo fuera de una fecha estipulada, provocando que el bono por cuota alimentaria se incremente debido “abonar de forma tardía”. Dice: “O me voy del trabajo o lo cago a puñetes pero no me quiero ir yo porque si lo hago gana él”.

Se intenta llamar al centro huellas, sin éxito. Ante la imposibilidad, el equipo interdisciplinario escribe un pedido de atención que se le brinda al paciente para que se presente en este centro de referencia.

Consumo problemático...¿Dónde está la violencia?

La ley 26.657 marca al consumo problemático como parte indisociable de las problemáticas en salud mental. Benedetti (2015) sugiere que para abordarlo habría que tener en cuenta tres aristas: el sujeto, la dimensión socio-histórica y el vínculo con la sustancia. En este sentido, el consumo problemático tiene un estrecho entrecruzamiento con el mundo circundante del sujeto.

Por un lado tenemos la sustancia y por el otro la problemática que acarrea -o no- la relación que mantiene el sujeto con este objeto. Esta relación, para que sea problemática, se encontraría caracterizada por tener un carácter compulsivo/impulsivo que dificulta, o imposibilita, su “regulación”, de tal modo que F cree que sus problemas laborales podrían tener que ver con su consumo, y aún reconociendo esto, se dificulta acotarlo. Fundamentalmente, quien define lo “problemático” del consumo es el sujeto que consulta. Asimismo, ambos pacientes identifican el motivo de consulta en derredor al consumo problemático. La relación problemática con un objeto y su imposibilidad de cesarlo tendría una característica de “desborde” como lo denomina Mariana Davidovich (2007) en tanto “deja oír el exceso de lo intransitable del trauma” (p.15).

De incluir al consumo problemático dentro de aquello que implica la “tramitación de un trauma” se desprende la hipótesis de que la sustancia funciona como medio para la descarga de angustia. Ahora bien, ¿de dónde emerge la angustia de la que se defiende?

Los motivos de consumo problemático que relatan los pacientes denominados “E” y “F” consisten en dificultades laborales, una de ellas el desempleo y además complicadas relaciones, tanto en el caso E con su familia, como en el caso F con su ex-pareja, pero ¿qué se esconde detrás de este motivo?

Siguiendo a Ubaldi (2020) en “*Violencias Actuales*”, y en pos de brindar una lectura acerca de la dimensión socio-histórica de los sujetos que se presentan a la guardia, damos cuenta de cómo en la actualidad emergen distintos tipos de discursos que son instauradores y se convierten en un tipo de lazo social. Este discurso nos indica posiciones, relaciones y la introducción de un goce. ¿Podría indicarnos también el lugar de la violencia?

Para explicarlo recurrimos a Lacan (1969) quien desarrolla cómo la actualidad se encontraría enmarcada por la lógica del goce, es decir, la trascendencia de los límites del principio del placer. Implican una lógica en donde siempre hay un objeto que actúa como suplemento de la castración, parecería allí no haber pérdida.

El hedonismo ocupa un lugar central: Los sujetos deben animarse a gastar, adquirir, a disfrutar de la vida, a obtener placer, a divertirse, a consumir cuya consecuencia reside en un “maquillaje” de la falta. Denominada como “era del vacío” por Gilles Lipovetsky (1983), la sociedad postmoderna se caracteriza por un circuito incesante de objetos que se toman y desechan en pos de adquirir -aunque fallidamente- satisfacción. Este exceso causa sufrimiento pero impide su cese, se vuelve un círculo “vicioso”. Específicamente, la sustancia psicoactiva se encuentra adherida a las leyes del mercado, más allá de cómo le sirva al sujeto para vérselas con la falta, también consiste en un elemento comercial. Se vuelve un objeto “prometedor de goce” (López, 2007, p.65).

Hay un predominio de la relación con los objetos: pantallas, sustancias, entre otros. Se propulsa hacia un goce autoerótico, excluyéndose la relación con el Otro, con los otros semejantes. Este goce desenfrenado pone en evidencia un defecto del Nombre del Padre como atemperamiento del mismo. Una falta en la normativa que provoca una búsqueda insistente de goce sin límites. Ese “tropiezo” del Nombre del Padre en las sociedades avasalladas por un consumismo que propulsa a la conversión del tóxico como objeto de la pulsión. “La pérdida de los valores, la abdicación de los progenitores cada vez más sobrepasados por la rapidez y la violencia de la evolución socioeconómica empujan [...] a los sujetos hacia la toxicomanía” (Le Poulichet, 2019, p. 23).

La tesis de Benedetti (2015) adquirirá relevancia en tanto explica: “Las adicciones son, de este modo, el lugar desde donde sobresalen los rasgos de una sociedad atravesada por relaciones violentas, fragmentación y pérdida de espacios de socialización” (p.35). Lo que se pondría en juego en ambas viñetas clínicas podría consistir en el encuentro con un otro que se constituye bajo estas lógicas. Particularmente, el caso identificado “E” indica una posición subjetiva de enajenación con el otro. Se pierde el puesto de trabajo y se pierde la relación con los padres, en quienes *“no se puede confiar”*. Asimismo, el caso denominado “F” implica una problemática que gira en torno al ámbito laboral y también con su expareja. Vemos como las coordenadas del consumo problemático nos indican un camino hacia el lazo social, posiblemente las lógicas subyacentes a estas relaciones son aquellas que dilucidamos recientemente. Cuando se pregunta *“¿por qué volviste a consumir?”* Allí se despliega un entramado que no deja de incluir al otro, además de que supone al consumo asociado a otro desencadenante del cual el sujeto podría dar cuenta. Pensamos al contexto como propiciatorio para generar un consumo que se convierte en problemático sin focalizar en el sujeto como un “ser adicto”.

Observamos que el consumo se torna problemático porque nadie allí “aparece” para realizar una suerte de “tope”. “El centro huellas no da turno”, los padres no “confían” en su hija, se “rinden” ante ella. ¿No intensifica esto el consumo? ¿No leemos aquí esta “falta” del Nombre del Padre que explicamos? Estas son situaciones que pueden vivirse como violentas porque implican cierta “pérdida de valor” del sujeto. El sujeto, desde un imaginario social, sería aquél capaz de esperar, incansablemente, un turno para ser

atendido, o también, “esforzarse más” para “salir” de su situación, y otros lemas actuales y superyoicos que moralizan y anulan. “El tóxico reaparece como para restaurar una protección frente al acontecimiento o pensamientos que de repente aparecen como amenazadores, susceptibles de provocar terror o espanto” (Le poulichet, 2019, p. 57) pero lo que termina sucediendo es que el farmakón ya no suscita la satisfacción ansiada, deja de funcionar como tope ante la angustia que se desprende de las formas de lazo identificadas.

La problemática que trae F nos invita a pensar otra cara del mundo circundante de los sujetos: una dificultad en las instituciones. Hace meses que se encuentra esperando turno para comenzar un tratamiento. Esta cuestión desarticula al sujeto porque el mismo no podría concebirse como sujeto de derechos: se incumple el derecho a la atención y el acceso a un tratamiento. Podemos pensar que la problemática de la accesibilidad, que implica la capacidad de obtener cuidados en salud de modo fácil y conveniente, según la Revista Argentina de Salud Pública (2011), provoca que el sujeto caiga en un vacío, como lo hemos observado en los otros casos anteriormente articulados. Hay un sometimiento del sujeto a una espera cruel que, probablemente, intensifica el consumo problemático como tal. El sujeto debe “adherir” y “esforzarse”.

Según la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, recibir atención sanitaria es un derecho que el estado debe garantizar.

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. (LNSM, 2010, p. 3)

Consideramos que el no acceso al derecho de obtener una atención integral en salud mental se corresponde con una violencia porque sumerge al sujeto en un abismo de no reconocimiento, de desamparo, incremento de desigualdad. Se pausa la relación sujeto-sujeto predominando una relación sujeto-objeto capaz de esperar incansablemente para acceder. ¿No se reproducen, en estas problemáticas, las lógicas sociales descritas?

Rodriguez Costa (2021) explica que, a los sucesos traumáticos, se le suman la imposibilidad del yo para evacuar/ligar ciertos estímulos que operan como desbordantes tanto desde dentro como desde fuera del psiquismo, ésto es lo que empuja a formas compulsivas de evacuación, como podrían ser los consumos que se vuelven problemáticos. Por lo tanto indicamos que el mundo circundante es aquél que propulsa a un satisfacerse sin límites donde nadie, ni siquiera la institución en salud, se propone como un límite. Esto culmina en un sentimiento de desamparo, un sentimiento de desvalimiento frente a un mundo que se vuelven desbordantes, frente a situaciones, como las laborales en F y en E que no pueden ser

tramitadas con la ayuda de un otro, sino que por el contrario se vuelven estigmatizables. No solamente por lo que el desempleo implica en las lógicas imperantes actuales, sino también porque el consumo carga sus propios estigmas.

El interjuego consumo - asistencia reproduciría el juego del Fort-Da dice Wainsztein (2013). Estos fenómenos emparentados a la problemática del consumo replicarían las ausencias y presencias que el mismo alterna. Pero lo que aquí se pone en juego es la desaparición del mismo sujeto, y lo que vuelve compulsiva esta repetición es que, cuando el sujeto desaparece, para el Otro esto no tendría ningún valor simbólico, no hay nadie que actúe como límite. “Por no poder metaforizar la falta, esta debe producirse en lo real: desaparecer hasta morir, si hace falta”. (p.73)

En resumen, indicamos que estas situaciones de reiterado desencuentro con el otro podrían ser vividas como violencias, en tanto el sujeto es parte de una especie de anomia social, que lo deja en soledad enfrentado a una problemática social. No solo porque la violencia impera en las modalidades de lazo social actuales, sino también por la dificultad para posicionarse como sujeto de reconocimiento del otro o por el contrario, sujeto que “le falla” al otro. Asimismo, el incumplimiento de derechos en “F” es pensado como violencia. Esta violencia vivida en las relaciones con los otros, estos otros que parecerían funcionar sin ley sobre el sujeto, sin regulación, provocan que el mismo busque replegarse en su narcisismo en busca de una solución que no deja de estar emparentada con las dinámicas sociales contemporáneas, es decir, la búsqueda de una solución que se propone como de “satisfacción inmediata”.

La operación paradójica del Farmakon: ¿autoconservación o autodestrucción?

El consumo problemático nos subvierte en una paradoja. Por un lado, conforma un intento de huida, un intento de solución, pero por el otro sumerge al sujeto en una serie de riesgos. Estos riesgos, según Benedetti (2015), pueden ser de **salud**, por la posibilidad de contraer enfermedades, **sociales**, debido a la estigmatización y vulnerabilidad social que podrían suscitar e incluso también **legales**, por la tenencia de estupefacientes. El consumo identificado por los sujetos como problemático implican no solo la posibilidad de lastimar el cuerpo biológico sino también las relaciones con los otros, la libertad del sujeto. Esto lo observamos claramente en los casos presentados, hay una preocupación excesiva por el lugar del otro.

Hemos elaborado las razones por las que los sujetos se conflictúan respecto de su consumo, ahora indicaremos cuál es el papel que adquiere la sustancia para el mismo. Para ello recurriremos a Le Poulichet (2019) quien nombra a esta relación del sujeto con el tóxico como “toxicomanía”. El tóxico es elaborado bajo el nombre de “farmakon”, dando cuenta del uso del mismo como instrumento frente al sufrimiento. Este farmakon opera como *venenoso remedio* para el cuerpo posibilitando al sujeto, aunque paradójicamente, tener un recurso que sirva como “intento de solución”.

La toxicomanía podría conformar un intento de huida, un recurso como posibilidad de dejar atrás la división subjetiva, un intento de desmentida neurótica de la castración, de vérselas con las “fallas del sujeto” o aquello que puede ser sentido como tal. Opera dañando el cuerpo, poniendo al sujeto en riesgo como explica Benedetti (2015).

La toxicomanía implica que el sujeto releve a la sustancia un lugar en su propio cuerpo. No es un cuerpo extraño que “ingresa” al mismo, sino que se siente como propio. En este sentido, tensionamos el caso E. La mujer ingresa a la sala de intervenciones de la guardia pronunciándose: *soy adicta a la cocaína; yo soy quien consume*. La paciente se queda sin trabajo, y en cierto modo, podríamos pensar, desde la lógica contemporánea, que también se queda enajenada del Otro social. Esto provocaría una herida cuyo abordaje se vuelve problemático, tal vez por el des-encuentro con el otro, y así se reconduce a herramientas ya conocidas por ella. El narcisismo se “repliega” y se aboca a la situación de dolor.

La dialéctica implicada en la esfera laboral se vuelve de suma importancia por su conversión en actor dominante de las sociedades. Por lo tanto, el trabajo supondría satisfacción mientras que el desempleo es vivido como catastrófico. De este modo, ante la mirada del otro, el sujeto vería no más que esta “decepción” que describe. ¿Por qué se utiliza el farmakon? Le Poulichet (2019) indica que el mismo opera porque le ahorraría al sujeto un cuestionamiento doloroso sobre su posición y sobre su falta (p. 137) parecen, de este modo, paliar una “inadecuación”, volviendo tolerable la castración. La búsqueda de este resultado tendría como motivo el “olvidar” cómo el sujeto queda por fuera de aquello esperado socialmente, de aquello que “debe” hacer.

Ser reducido a un objeto por “la incapacidad de tomar decisiones”, la pérdida laboral y de pareja que se le denuncia en el caso E, la imposibilidad de imponerse ante un otro avasallante en F ¿podría implicar la “pérdida” del reconocimiento del Otro? Perder a un objeto opera en el sujeto como dolor, provocando cierto desvalimiento psíquico. El consumo se efectúa como un intento de ligadura de ese dolor.

Asimismo, aquello que implica la separación con su pareja, en E, también se torna importante, en tanto la sustancia opera como mecanismo narcisista, se “paga” con la propia persona. “Parece tratar en su propio cuerpo un órgano que colma la falta en el Otro, en lugar de tejer sobre el agujero de la desaparición las representaciones de la pérdida” (Le poulichet, 2019, p. 140) Con la sustancia, el toxicómano se protege del dolor.

Además, las viñetas clínicas nos ofrecen una pista para observar cómo trabaja el superyó frente a la mortificación. Podemos hipotetizar que la mortificación sería en base a la imposibilidad de cumplir con aquello esperado socialmente, por ejemplo. El empleo del farmakon se ubica como huida frente al castigo de esta instancia del aparato psíquico que insiste.

Hasta ahora identificamos al farmakon como instancia de autoconservación pero ¿por qué se vuelve paradójico? Más allá de los riesgos que hemos desarrollado como inherentes a estos tipos de consumo, también añadimos el sentimiento de inexistencia que opera bajo el “anestesiamiento” vivido como efecto de la sustancia. Consideramos que esta cara de la toxicomanía está cargada de cierta violencia dirigida hacia el sujeto mismo.

La consecuencia que se tiene, por efecto de la sustancia, no es otra que la desaparición del sujeto. Este “anestesiamiento” podría ser vivido como una suerte de muerte imaginaria, anulación de la instancia subjetiva. “Este farmakon tendría un poder de borradura o de disolución en las representaciones, como filtro de olvido” (Le Poulichet, 2019, p.59). Este adormecimiento, como explicamos, atenta contra las modalidades del lazo, con los vínculos relacionales. El sujeto se repliega a sí mismo. Se da muerte al sujeto para, paradójicamente, “poder vivir”, formula Lardizabal (2014). Desentenderse de los lazos sociales, la actuación paradójica de “darse muerte” ¿no podría implicar un tipo de violencia para el sujeto mismo?

El consumo problemático, además de ser pensado como solución, reparación, puede ser pensado como violencia para sí porque enfatiza la separación con los otros, la enajenación del circuito social. Asimismo rompe la función simbólica, no solamente la función de ley, de límite que implica el consumo masivo o considerado problemático, sino que también pone en pausa la palabra. “Al mismo tiempo, una forma de investidura alucinatoria del recuerdo de la satisfacción parece invalidar todo acto de habla” (p.57) ¿No vimos, anteriormente, que este es uno de los pilares fundamentales, desde el psicoanálisis, para hablar de la violencia?

Lo pensamos como un intento de “cura”, llevada a cabo de manera autónoma, por las vías de la destrucción. Problematizamos este punto en tanto este intento, que no tiene otra meta que el resguardo del propio sujeto frente al desvalimiento psíquico, opera con violencia porque actúa “destruyendo” al sujeto, como desapareciendo en su subjetividad.

Lo que buscamos con estas dilucidaciones es responder al interrogante principal, en tanto si hay una violencia que impacte en el despliegue de la urgencia subjetiva. Que la sustancia provoque, en el sujeto, separarse de la palabra, podría implicar en cierto momento, una desarticulación que “ahoga” y que concluiría en la sala de espera de la guardia. Ponemos en tensión un momento en donde la satisfacción siempre añorada y fallida a la vez, comienza a provocar que el sujeto quede replegado en el malestar. Siendo que, el tóxico, ya no basta para obturar el dolor, sino que, por el contrario, lo intensifica. La operación del consumo problemático ya no garantiza anestesia, deja de ser un suplemento para el sujeto y se convierte en un conflicto para él porque acentúa la dimensión del sufrimiento desestabilizando al mismo. Por lo tanto, concebimos que este venenoso remedio no solo no permite despegarse de las

situaciones que desbordan la psiqué, sino que en sí misma llevan al “no saber hacer” que nombran los sujetos y se vive como sufrimiento.

¿Cuál es el lugar del psicoanálisis?

Benedetti (2015) explica cómo las prácticas en salud deberían enmarcarse desde una política de reducción de daños y riesgos que va más allá de la suspensión del consumo (p.33). Apunta a un sujeto, definido como activo y responsable de sus prácticas, en tanto propulsan a la pregunta, de modo que apele a la producción de un saber sobre qué es lo que le sucede y por qué se consume de ese modo.

En la estrategia de reducción de riesgos y daños, se parte del hecho de que la persona está consumiendo y que está en riesgo. Que hay situaciones a las que se expone y que hay cosas que no sabe. Y que es posible ayudar a esa persona a esclarecer algunas informaciones sobre su propio consumo, así como también a cuidarse. (p.34)

Se buscaría promover posibilidades para el sujeto que incluyan la facilitación de acceso a diferentes entidades en salud. El objetivo de estos abordajes no residen en la prohibición del consumo o el cese del mismo sino en dejar de consumir de modo problemático en pos de reducir los riesgos y los malestares que acarrea.

Se busca intervenir en el consumo pero también posicionarnos, transferencia mediante, como propulsores de la reconstrucción del lazo social, de un proyecto personal que no excluye al otro, por el contrario, lo involucra. No trabajar la psique como “órgano intoxicado” sino operar con la palabra, con el saber del sujeto, y poner en marcha una escucha, un reconocimiento del padecimiento singular. De este modo, nos corremos de una perpetuación de la violencia en tanto no subestimemos o moralicemos el papel que ofrece el tóxico para el sujeto, corriéndonos desde los lugares estigmatizantes que no ofrecen posibilidades. Esto permitirá relanzar los trayectos del deseo del sujeto que no son sin un otro.

En el cuerpo mismo de la transferencia, es cuestión de que eso responda en el Otro -ese lugar de los significantes- no como respuesta hecha para el caso y a pedido, sino en el sentido en que Lacan dice: la pulsión está encargada de ir a buscar algo que, en cada ocasión responde en el Otro. Así, el analista puede intervenir como el Otro de la pulsión: un Otro descompletable, para que el sujeto pase a contarse dentro de la relación con la falta de ese Otro (...) El retorno de la pulsión sólo se produce cuando el trayecto ha terminado por ahuecar un vacío en el Otro (...) por obra del cual el objeto de deseo se desprende como tal (...) esta clínica lleva a construir montajes que permitan al cuerpo pasar a “hacerse”... en el Otro. (Le Poulichet, 2019, p. 195)

Capítulo 4: CONCLUSIONES.

La pregunta problema radica en el interrogante sobre cuál es la relación -si existe una- entre las urgencias subjetivas y las problemáticas de violencias. Para responderla, a lo largo de este desarrollo hemos utilizado como disparadores seis casos clínicos que se dieron en el marco de las prácticas profesionales supervisadas en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, Entre Ríos. Las viñetas clínicas se han dividido en tres apartados: intentos autolíticos o autolesiones, crisis de angustia y consumos problemáticos.

Desde el psicoanálisis hemos intentado leerlas siguiendo el recorrido de la palabra, la cual nos guía por la historia que es la subjetiva, por los hitos de fijación, significantes imperantes, entre otros que dan cuenta de que, entre los malestares enunciados, se esconden fuerzas que los sujetos desconocen y que arman la trama subjetiva de la que se “quejan”. Estos casos nos han permitido elaborar una respuesta acerca de nuestra pregunta inicial en tanto nos afirman que la violencia sí opera como desestructurante, predisponiendo a los sujetos a desencadenar una urgencia subjetiva que culmina en la guardia del hospital. No obstante, aquellos que consultan refieren a las situaciones de violencia “al pasar”, sin atribuirle carácter relevante.

Hemos planteado que dichas violencias actúan desde los lugares que asume la otredad, justamente porque somos constituidos como sujetos por medio de este otro/Otro. Las viñetas clínicas nos han demostrado cómo este lugar puede ser asumido por agentes como: miembros de la familia, parejas, instituciones y hasta el Otro social. Vislumbramos cómo los malestares no dejan de enunciar a un otro que actúa como avasallante o ausente.

A partir de esto, señalamos que las singularidades se entretajan con lo epocal, en una intersección entre lo universal, lo particular y el tiempo socio-histórico. Indicamos con relevancia que aquello imbricado en lo social está íntimamente ligado en los enunciados de los padecimientos subjetivos. Convivimos con una transformación de códigos sociales, reformulación de hábitos, transmutación de lazo social que se piensan como propulsores de ciertos tipos de respuestas frente a las diversas escenas que conforman la realidad y cuyo efecto consiste en el crujió de las subjetividades. Estas formas de hacer lazo, bajo lógicas que nos trascienden, implican una modalidad vincular que no deja de ser violenta por el predominio de una dinámica de objeto prometedor de satisfacción, propiciando un tipo de desligazón social.

Las sociedades armadas en derredor a los objetos y construidas en base al imperio patriarcal, producen diversos suplementos de la falta que se encuentran al alcance de la mano concluyendo en la subversión de los lugares sociales. Los mismos convierten todo lugar, todo objeto, en una mercancía. Los cuerpos, tal como vimos en algunas viñetas, se vuelven comerciables. Los sujetos desempleados no valen lo

mismo, desde la mirada de los entes culturales, que aquellos que son empleados. Se devasta psíquicamente aquél quien queda al margen del mismo, quedando replegado de la sociedad misma.

Es de este modo como la violencia se vuelve moneda corriente en nuestra sociedad, pero nuestro desarrollo no queda allí, sino que insiste en las modalidades personificadas de un otro dentro de un circuito conocido -o no- para el sujeto. Esto nos ha advertido el papel que juega la violencia debido a que enfrenta al sujeto con vivencias que actúan como disruptivas. Son experiencias que se viven como traumáticas, como peligro a la integridad por la reducción constante del lugar del sujeto a una cualidad de objeto: objeto intercambiable, sede de golpes, insultos, objeto de ignorancia, entre otros.

Estos mecanismos tienen poder en el psiquismo y se viven como amenaza de muerte, de inexistencia. Amenaza porque da muerte a la capacidad deseante del sujeto, a la posibilidad de independencia y autonomía, a los derechos, entre otros. Se desintegra el lugar de sujeto volviéndolo inhabitable por lo que el sujeto cae, inevitablemente, frente a un no saber hacer con aquello que le acontece. Es una privación de la condición humana que se vive como destructiva.

¿Por qué actúa como disruptiva la violencia? Porque impide “metabolizar” o, como indica Freud, abreaccionar estas situaciones “fácilmente”, cuya consecuencia provoca un desamarre de la trama, de la cadena simbólica que sostenía o podía sostener al sujeto. A esto se le añade lo que acarrea que el otro social, como hemos visto, se encuentre ausente en tanto lugar simbólico. Por lo tanto la violencia no se desprende solamente desde el lugar del otro, sino también desde donde no está. La violencia produce desligazón social y ello, implícito en el no reconocimiento del otro como sujeto, incrementa un sentimiento de desvalimiento que suscita dolor, malestar. Esto es lo que se repite: la dificultad que se presenta en la ocupación del lugar de sujeto ante la mirada del otro, de construirse como sujeto de cuidado para él. Repetición incesante de una encerrona sin salida que enmudece y paraliza, convirtiendo el acceso al hospital en un pedido de auxilio sobre el desorden inabordable.

Es de este modo como aquellas experiencias que producen un exceso en el aparato psíquico actúan agotando los recursos simbólicos, surtiendo efectos como la imposibilidad de circulación de la palabra, obstruyendo las posibilidades defensivas de los pacientes, y provocando la imposibilidad de ligar una angustia desbordante. El sujeto se queda replegado a los impactos de una pulsión de muerte que se vuelve avasallante y utiliza todo tipo de recursos en pos de atestiguar la propia existencia. Es de este modo como indicamos que a la violencia se le responde con violencia, en tanto se puede dirigir hacia sí mismo lastimando al propio cuerpo, anestesiando todo dolor, o por el contrario hacia un otro. Esto produce y reproduce una cadena inagotable de violencia provocando que la cotidianeidad se vuelva siniestra.

En este sentido, los actos enunciados, tales como: acting out, pasajes al acto, la toxicomanía, actos antisociales, entre otros, se vuelven actos esperanzados a que aparezca un otro que introduzca cierto límite, siempre desde las lógicas del cuidado y la ternura, poniendo fin a la crueldad de la que ha sido receptor. Es un hacer que responde a un otro y que también se dirige hacia un otro en busca de un yo-auxiliar que aloje frente a la “caída al vacío” a la que es/fue sometido.

El “detenimiento” de la actividad psíquica que notamos en los discursos de los sujetos que acceden a la guardia se entrama con esta explicación. El armado de la trama se encuentra con estos puntos emergentes a partir de situaciones consideradas violentas. Ahora comprendemos, entonces, cuál es el papel que asume la violencia en el desencadenamiento de las urgencias y cual es la relación que en ella se juega. Esta amenaza de muerte, que actúa desarticulando los recursos defensivos-simbólicos, por su cualidad de traumático sin límites, implican el “no saber hacer” que desorganiza y se presenta en los relatos subjetivos.

¿Qué puede hacer el psicoanálisis frente a estos sucesos que aparecen -la mayoría de las veces- como detalles sin importancia, restos, desechos? La guardia, interdisciplinaria, se convierte en posibilidad. Posibilidad de saber hacer, de decir algo frente a estas experiencias que actúan desarmando la articulación simbólica. Se apela a la construcción de significantes que faciliten al sujeto ubicarse allí donde no se reconocía. Asimismo, implica la consolidación de un lugar esgrimido bajo las lógicas de atención-cuidado que ofrezcan un lugar a las subjetividades en un intento de ligar la angustia que arrasa a otra escena. Este encuentro con un otro que aloja facilita posicionarse como sujeto activo con el padecer.

En pos de no perpetuar la violencia, como integrantes del campo de la salud mental, debemos realizar una reflexión crítica sobre los imaginarios, las lógicas que actúan por debajo de las intervenciones en salud que realizamos. Esto permitirá ponerle un fin a la violencia que se reproduce, silenciosamente, desde lo estructural. Repensar nuestras prácticas y nuestros decires permitirá construir un espacio que haga una diferencia y que propicie al emerger del inconsciente. De este modo se actúa reduciendo los riesgos y los daños a los que se someten/son sometidos los sujetos, propiciando la construcción de un saber que apele a circulación del deseo y cuyo objetivo último consista en la promoción de una salud mental que evacúe tanto malestar, volviendo “habitable”, nuevamente, la cotidianeidad.

Bibliografía.

1. **Lipovetsky, Gilles** (1983) “*La era del vacío*”. Editorial Anagrama, S.A, Barcelona año 2003. Impreso en Argentina por Oportunidades S.A.
2. **Lipovetsky, Gilles - Sébastien Charles** (2004) “*Los tiempos Hipermodernos*”. Primera edición Editorial Anagrama, S.A, Barcelona año 2006.
3. **Caratozzolo, Domingo** (1996). “*La pareja pasional en la posmodernidad. Del desinterés a la violencia*”. Homo Sapiens Ediciones, Rosario.
4. **Descartes, René** (2011) “*Biblioteca de grandes pensadores: Descartes. Estudio introductorio de Cirilo Flórez Miguel*”. Editorial Gredos. Madrid, España.
5. **Perez- Estévez, Antonio.** (2006). “*Sujeto moderno y naturaleza en el último Nietzsche*”. Utopía y Praxis Latinoamericana v.11 n.34 Maracaibo. Facultad de Humanidades y Educación, Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela . Recuperado en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162006000300004#:~:text=Es%2C%20dice%20Nietzsche%2C%20el%20hijo,firme%20y%20sagrada%20casa%20solariega el día 06/03/2023.
6. **Eggers Lan, C.** (1988) “*Diálogos IV: República*”. Editorial Gredos. Madrid, España.
7. **Freud, S** (1890) “*Tratamiento psíquico: tratamiento del alma*”. ”. En *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
8. **Freud, S.** (1901): “*Psicopatología de la vida cotidiana*”. En *Obras completas*, op.cit 1980 (1992).
9. **Freud, S.** (1916-17): “*Conferencias de introducción al psicoanálisis: 18º conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente*”. En *Obras Completas*, op. cit., Tomo XVI, 1978 (1996), pp. 250-261.
10. **Freud, S.** (1915) “*Duelo y Melancolía*”. Amorrortu ediciones.
11. **Freud, S.** (1915) “*Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*”. Nuevos consejos sobre la técnica en psicoanálisis.
12. **Freud, S.** (1917) “*Una dificultad del psicoanálisis*”. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
13. **Freud, S.** (1908) “*Carácter y erotismo anal*”. En *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 2001, IX, 149-159.
14. **Freud, S.** (1893) “*Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos*” En *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
15. **Strachey, J y Freud, A (comp.).** (1986.). “*Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (Contribuciones a la psicología del amor, I) (1910)*. EN: Sigmund Freud *Obras completas*. Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey, con la colaboración de Anna Freud. (p. 156-168)
16. **Freitas Barroso, A.** (2012) “*Sobre la Concepción de Sujeto en Freud y Lacán*” Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVI. Número 27. Agosto-Septiembre 2012.

- 28 Facultad Presidente Antônio Carlos (Barbacena, MG), Brasil. Recuperado el 06/03/2023 en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n27/n27a10.pdf>
17. **LACAN, J.** (1987). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
 18. **Lacan J**, (1999) “*Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
 19. **Lacan, J** (1992). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7: La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
 20. **Lacan, J** (1999). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las Formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
 21. **Lacan, J** (2002). “*La ciencia y la verdad*”. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores S.A.
 22. **Lacan, J** (2009) “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” *Escritos 1* pp. 99 -105. México.
 23. **Lacan, J** (2002). “*La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*”. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores S.A.
 24. **Lacan, J** (2002). “*Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*.” En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores S.A.
 25. **Lacan, J** (2011). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las Psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
 26. **Lacan, J** (2011). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 4: La Relación de Objeto*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
 27. **Lacan, J** (2012). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 23: El sinthome*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
 28. **Lacan, J** (1998) “*Seminario 9: La identificación*”. Traducción de Ricardo E. Rodríguez Ponte. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 09/05/2023 en https://e-diccionesjustine-elp.net/wp-content/uploads/2019/10/La_identificacion.pdf
 29. **Lacan, Jacques.** (1958) “*La Dirección de la Cura y los principios de su poder*”. En *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 1997.
 30. **Lacan, J.** (2005) “*Las formaciones del inconsciente*”, *El Seminario: Libro 5, (1957-1958)* Paidós, Bs. As., 2005
 31. **Lacan, J.** (1978). “*La familia: prólogo de Oscar Massota*”. Traducción de Victor Fishman. Editorial Argonauta, sexta edición impreso Julio 2020.
 32. **Sotelo, Inés.** “*Tiempo de Urgencias*”. (2005) Buenos Aires, Argentina.
 33. **Belaga, Guillermo.** “*Equipo de urgencias subjetivas*”. (2006). Revista digital de la orientación lacaniana. Recuperado el día 11/12/2022 en revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/Ce6AjfoPGXYOwxUeDcpLn3JIy6HiObXhTgx5zGOG.pdf

34. **Gonzalez, Gloria.** (2014) “*La tyche o encuentro con lo real*”. Nueva Escuela Lacaniana.
35. **Fernandez, Agustín (2019).** “*El psicoanalista en el dispositivo de guardia hospitalaria: La cuestión de la verdad.*” XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
36. **Lardizábal, M. (2013).** “*De la urgencia a la pausa: El psicoanálisis y las instituciones*” . IV Congreso Internacional de Investigación, 13 al 15 de noviembre de 2013, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12145/ev.12145.pdf
37. **SILVESTRE, D. (1987)** “*Problemas y particularidades de la demanda de análisis en la institución*”. En El significante de la transferencia, Buenos Aires, Manantial, 1991.
38. **Organización Mundial de la Salud (2003).** “*Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.*” Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
39. **Rodriguez Adrados, F. (1895)** “*Platón y la reforma del Hombre*”. Revista de Filosofía Taula 1103, Mayo 1985. Universitat de les illes Balears
40. **Farje, Melina; Delgado, Osvaldo. (2015)** “*El carácter: defensa frente a lo real y/o testimonio de lo real mismo. Un recorrido conceptual y sus consecuencias en la clínica psicoanalítica*”. Anuario de investigaciones versión On-line ISSN 1851-1686. Anu. investig. vol.22 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado el 23/03/2023 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862015000200011
41. **Silvia Wainsztein (2013)** “*Los tres tiempos del despertar sexual*”. Prólogo de Isidoro Vegh. Editorial Letra Viva. Impreso en Argentina.
42. **Le Bretón David. (1999)** “*Antropología del dolor*” Editorial Seix Barral: Los tres mundos. Traducida del francés por Daniel Alcoba. Impreso en Barcelona, España.
43. **Rojas Navarro, Patricio. (2011)** “*El imaginario, narcisismo y agresividad en psicoanálisis: del joven Lacan a la violencia urbana*”. *Affectio Societatis*, 8(14), 1–17. Universidad Diego Portales, Chile. Recuperado el 29/03/2023 en <https://doi.org/10.17533/udea.affs.9513>
44. **Peskin, Leonardo (2022)** “*Algunas consideraciones sobre la violencia y la maldad.*” Asociación Psicoanalítica Argentina. Recuperado el 29/03/2023 en <https://campusvirtual.apa.org.ar/Mis-Cursos/Enfoque-psicoanalitico-de-la-violencia/Clases-escritas/Clase-2-Peskin>
45. **Glocer Fiorini, L. (2008)** “*Los laberintos de la violencia*”. Capítulo: La violencia y el psicoanálisis por Leonardo Perkin p. 29 - 40. Lugar Editorial S.A Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Buenos Aires, Argentina.

46. **Claudio-Alejandro Reyes-Lozano** (2012) “*Psique: Breve reflexión psicoanalítica acerca del bullying*” . Boletín Científico Sapiens Research Vol. 2(2)-2012. Sapiens Research Group. Universidad Nacional Andrés Bello, Chile.
47. **Gobierno Argentino.** “*Sexualidad libre de violencias*”.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/sexualidad-libre-violencia>
48. **De Gregori, F.** (2020) “*Los efectos psíquicos y subjetivos del abuso sexual infanto-juvenil.*” Revista Digital Lecturas: Psicoanálisis y Salud Mental. Año 18 - N° 1. Universidad Nacional del Gran Rosario. Rosario, Argentina.
49. **Sotelo, Inés** (2012) “*Hospital, dispositivo, urgencias*”. Universidad de Buenos Aires (UBA). Recuperado el 13/04/2023 en https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf
50. **Sotelo, Inés** (2009) “*Perspectiva de la clínica de la urgencia*”. Grama Ediciones. Buenos Aires, Argentina.
51. **Butler, Judith** (2020) “*La fuerza de la no violencia*”. Traducción de Marcos Pablo Mayer. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
52. **Stolkiner, Alicia** (1987) “*De interdisciplinas e Indisciplinas*”. Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) “El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio”. Páginas 313- 315. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
53. **Correa Cano, L ; Bainer Sanchez Hena, C.** (2017) “*Urgencias subjetivas, un modo de psicoanálisis aplicado a la salud mental*”. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Bogotá, Colombia.
54. **Cernadas, José Andrés.** (2006) “*El ataque de pánico. Un estudio psicoanalítico.*” Parte del libro: Cuestiones de Infancia. P. 108 - 123. Editorial OMEGA libros. Buenos Aires, Argentina.
55. **Winnicott, D.W** (1994) “*Objetos transicionales y fenómenos transicionales*” En: 1971 Realidad y Juego. Editorial Gedisa. España.
56. **Le Poulichet, S.** (1996) “*Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo.*” Amorrortu editores Buenos Aires, 1996. Buenos Aires, Argentina.
57. **Butler, Judith** (2020) “*La fuerza de la no violencia*”. Traducción de Marcos Pablo Mayer. Editorial Paidós. Impreso en Master Graf S.A. Buenos Aires, Argentina.
58. **Uboldi, Alberto.** (2018) “*Violencias actuales: fundamentos psicoanalíticos y transformaciones en el lazo social*”. Editorial Fundación La Hendija. Colección: “Devenires y Contagios”. Paraná, Entre Ríos, Argentina.
59. **Wainsztein, Silvia.** (2013) “*Los tres tiempos del despertar sexual*”. Editorial Letra Viva. Buenos Aires, Argentina.
60. **Belaga, G.** (2006) “*La urgencia generalizada*” (COMPILACIÓN). GRAMA Ediciones. Buenos Aires, Argentina.

61. **Bourdieu, P y Passeron, J.C** (1981) *“La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza”*. Editorial Laia, S.A, Constitución. Barcelona, España.
62. **Castoriadis-Aulagnier, P** (2007) *“La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado.”* Editorial Amorrortu. Traducción de Víctor Fischman. Buenos Aires, Argentina.
63. **ONU** (1993) *“Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”*. Recuperada el 15/05/2023 en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women#:~:text=Art%C3%ADculo%204,la%20violencia%20contra%20la%20mujer>
64. **Butler, Judith** (2007) *“El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad”*. Traducido por Antonia Muñoz. Editorial Paidós. Barcelona, España.
65. **ONU** (2022) *“Hechos y cifras: poner fin a la violencia contra las mujeres”*. Recuperado el 31/05/2022 en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
66. **República Argentina** (2021) *“Datos públicos de la Línea 144 - Enero - Diciembre 2021”*. Recuperado en el 31/05/2023 en: <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/datos-publicos-de-la-linea-144-enero-diciembre-2021#:~:text=En%20relaci%C3%B3n%20con%20los%20tipos%20de%20violencia%20registrados%2C%20el%2095,y%20el%2014%25%20violencia%20sexual>
67. **Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C.** (2018) *“Registro único de casos de violencia contra las mujeres-RUCVM : resultados 2013-2018”*.- 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2019. Libro digital, PDF
68. **Velazquez, Susana** (2003) *“Violencias cotidianas: violencia de género. Escuchar, aprender, ayudar”*. Editorial Paidós. Argentina.
69. **Herman, Judith** (2004) *“Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia.”* Editorial Espasa. Impreso en España.
70. **Butler, Judith** (2001) *“Mecanismos psíquicos del poder”*. Ediciones Cátedra. Madrid, España.
71. **Puget, Janin.** (2002) *“Que difícil es pensar incertidumbre y perplejidad”*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Argentina.
72. **Saurí, j.** (1984) *“Las fobias”* (COMPILADO).Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
73. **Triveño, G. , Surraco, M. y Santimaria, L.** (2018). *“El tratamiento de la violencia en el marco de la urgencia desde el psicoanálisis.”* X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
74. **De la Aldea, E.** (2015) *“Pensar sin urgencia”*. Buenos Aires, Argentina.

75. **Cao Gené** (2022) *“Ecos del horror: Secuelas en adultos del arrasamiento subjetivo por violencias sexuales durante la infancia”* (COMPILADO) Punto aparte Ediciones Independientes. Buenos Aires, Argentina.
76. **Landers** (2022) *“Grité lo que nunca había podido decir: el trauma en una investigación sobre abuso sexual”*. PATHOS, revista anual de la Cátedra de Psicopatología 1 de la Universidad Nacional de Córdoba. Volumen 4. p. 114- 129. Argentina.
77. **Rozanski, C.** (2003) *“ABUSO SEXUAL INFANTIL ¿DENUNCIAR O SILENCIAR?”* Ediciones B Argentina S.A. Buenos Aires- Argentina
78. **Fernandez Raone, Martina y Zanassi, Sergio** (2015). *“Lo que no escapa a la estructura de la angustia: las crisis de pánico”*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
79. **Benedetti, E.** (2015). *“Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención”*. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. Buenos Aires, Argentina.
80. **Gerlero,S; Augsburger, A; Duarte, M; Gomez, R; Yanco, D.** (2011) *“Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en los Centros de Salud, Argentina”*. Revista Argentina de Salud Pública: Vol. 2 - N° 9. Recuperado el 07/08/2023 en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/371/304>
81. **Lardizabal, M.** (2014) *“Tóxicos para vivir”*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
82. **Le Poulichet, S.** (2019) *“Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo”*. Amorrortu ediciones. Buenos Aires, Argentina.
83. **Davidovich, M.** (2007) *“Los des-bordes pulsionales”* Editorial Letra Viva. Buenos Aires, Argentina.
84. **Acchura Llanos, A. [et al.]** (2022) *“Las violencias : plurales necesarios”* prólogo de Edith Benedetti. ;8as Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Licenciada Laura Bonaparte, 2022.
85. **Ley 26.657** (2010) *“Ley Nacional de Salud Mental”*. Argentina.

Anexos: Más casos clínicos.

❖ Caso G:

Mujer de 43 años asiste al Hospital Escuela de Salud Mental por primera vez. Según estadística, se enuncia su motivo de consulta como: crisis de angustia.

Al ingresar a la sala de guardia se consulta sobre el motivo de ingreso al dispositivo. Ante esto indica que padece de “ataques de crisis” donde siente que no es ella misma sino que es otra persona que “entra” a su cuerpo, pero que después “se le pasa”.

Al consultar sobre la sintomatología, explica que comenzó a principios de año. Antes sus “crisis” eran “menos seguidas” aunque le daban ataques de nervios y golpeaba a la gente. “Ahora no le pego a nadie, me pegan a mí”. Sobre los ataques explica: “Me tiro al piso, lloro, pido que me escuchen y todos me pegan”. Ante la pregunta ¿quiénes? responde que su hijo y su hermana. “Todos ven y nadie hace nada”.

Sobre los “ataques de crisis” relata que ve “manos” en las cortinas y que escucha ruidos. Ante algunas preguntas comenta: “Los ataques me suceden cuando me acuerdo de las cosas que me decían cuando era chiquita o que perdí un embarazo por ejemplo.”

El psicólogo pregunta: “¿tenés miedo de algo?”, a lo que ella responde: “de morirme, siento que algo está mal en mi cuerpo, me quema, son dolores que son reales pero que sé que no son reales”. Ante esto, el equipo interdisciplinario sigue preguntando por estos dolores y ella misma indica que “la manoseaban”.

Se sigue indagando sobre la historia subjetiva. Luego, se comenta la importancia de contar con un espacio de psicología, y si lo requiere, también psiquiatría. Se informa sobre centros de salud cerca de su vivienda a los que acceder. Se referencia a la guardia como entidad disponible las 24 hrs del día.

❖ Caso H:

Accede un hombre de 31 años con historial de dos internaciones previas en la institución. Según se informa, quiso quitarse la vida con veneno para ratas dos días antes. Ante la pregunta sobre el motivo de consulta que emite el equipo interdisciplinario desarrolla: “Perdí a mi mejor amigo, estoy podrido...Hice la del perro, morir lejos de casa”.

Comenta haber tenido “adicción” a diferentes sustancias. “Me siento una mierda igual que antes. Quiero hacer tratamiento lejos de todos pero no quiero estar drogado, igualmente no me aceptan en ningún lado. No sé a dónde ir, ningún centro me quiere”. Asimismo, sobre el intento autolítico expresa: “Consumí antes de matarme”.

Explica no poder realizar ninguna actividad porque está “muy drogado”. Sobre el motivo del consumo dice que es porque su mejor amigo se suicidó.

Se mantiene entrevista con la madre quien refiere que ese día “hizo destrozos” porque no querían darle plata. “No sigue ningún tratamiento, al tercer día se va y consume” Al igual

que su hijo comenta dificultades de acceso en las instituciones. Sigue: “A nadie le importa, pero a mi me importa porque es mi hijo, me parece abandono de persona. (...) hoy se puso un cuchillo en el cuello, no sé qué hacer, estoy desbordada ¿cómo se puede judicializar? Quise hacerlo pero me dijeron que no se puede”.

Ante la problemática, considerando un riesgo cierto e inminente para el paciente y para terceros se lleva a cabo una internación voluntaria pero los profesionales temen que siga consumiendo allí dentro.

❖ **Caso I:**

Mujer de 38 años ingresa a la guardia por primera vez. Ante la pregunta por qué accede indica: “Tengo estrés y ansiedad”.

Historiza sufrir de parálisis en la cara pero en el hospital general “no le dan importancia”. Se pregunta si puede asociar esta problemática a algún hecho o experiencia en su vida a lo que responde narrando una serie de acontecimientos con su cuñado, quien irrumpió en su casa violentamente. “Me dieron dos ataques de pánico en ese momento”. Asimismo, expresa tener también problemas con la esposa de este hombre quien amenazó con “prenderla fuego”. Luego de este episodio soñó durante meses que se quemaba.

“Estoy cansada, yo no molesto, salgo y se me ríen en la cara (...) tengo miedo de enojarme”. Al preguntarle por qué tiene miedo de enojarse dice: “Porque tuve que defenderme de tres hombres cuando me violaron”, y sigue luego: “yo sola salí de ahí, y después cuando mi pareja me golpeaba también salí sola (...) tengo miedo de salir y pegarles porque yo aprendí a defenderme de un hombre”.

Con respecto a la parálisis, deduce que fue a partir del conflicto con este hombre y su pareja, y además agrega: “Yo iba por la calle y me crucé a mi violador, ahí me dió la parálisis donde junté mil escenas”.

Se coordina turno con psicología dentro del Hospital y se referencia a la guardia las 24 hrs del día.

❖ **Caso J:**

Ingresa a la sala de guardia una mujer de 35 años. Es la primera vez que concurre. Comenta que sufrió una agresión por la mañana que sucedió en su lugar de trabajo, una institución geriátrica. Una compañera y su pareja la golpearon. Ella ya realizó la denuncia. Comentó que esta problemática se desencadenó porque su compañera “deja la guardia en malas condiciones” y ella había dado aviso a su jefe. “La pareja de ella me golpeó, me escupió y me amenazó de muerte. Hablé con el dueño y nada, me va a descontar el día porque hoy no pude seguir, es muy injusto”. Desarrolla que le “hubiera encantado dejar el trabajo” pero el año anterior su madre falleció por “negligencia” dejándole todas las cuentas por pagar. “Sufro estrés, en el trabajo me va mal”. Prosigue describiendo a su compañera: “Ella ya tiene otras denuncias

por violencia, la diferencia es que me pegó la pareja. Y lamentablemente no puedo dejar, necesito el trabajo. Me tienen en blanco solo 4 horas de las 8 que trabajo. (...) quien me pegó es un policía, denunciado por violencia de género hacia esta misma mujer, su pareja. Intenté hacer la denuncia, sobre todo por la amenaza, pero me dijeron que él no puede hacer nada porque tiene todas las de perder. No sé qué significa eso, yo tengo miedo, me dijo que ya me iba a encontrar sola”.

El equipo de guardia aloja la urgencia, apelando a la escucha. Ante esto se realiza un certificado médico para que se presente ese día en el trabajo, en un intento que no le “descuenten” ese día y pueda estar en su casa para “tranquilizarse”. Además se insiste en el comienzo de un espacio psicoterapéutico y se referencian determinados centros de salud cercanos a su vivienda.

❖ **Caso K:**

Mujer de 42 años de edad asiste a la guardia del HESM por segunda vez, la última vez también había sido por guardia. “¿Por qué venís?” se le pregunta, a lo que ella responde: “Hace más de seis meses estoy sin psicólogo, ella me dijo que no quiere trabajar más conmigo porque no sé tomar decisiones... no es fácil tomar decisiones”. A partir de este despliegue se pregunta sobre qué “tiene” que tomar decisiones. A ello responde: “Mi hijo se aporrea, lo descubrí. Encima a mí me da asco la droga, siento que fracasé como mamá.”

Prosigue: “Hace tres días me enteré que mi nuera está embarazada, le quiero pegar un tiro.” No explaya mucho más esta idea y vuelve a la anterior: “Cuando uno toma decisiones, pasan cosas, yo tuve un papá que me decía que haga esto o aquello, tengo miedo de tomar decisiones que me perjudiquen”.

Ante la problemática, se busca escuchar a la paciente y se brinda información sobre otros centros de salud, dentro de su área problemática, donde encontrar servicios en psicología. Con respecto a querer herir a su nuera, el equipo interdisciplinario conjetura que no consiste en un riesgo cierto e inminente para terceros.

❖ **Caso L:**

Ingresa mujer de 34 años al HESM quien ya es paciente del mismo. El motivo de consulta, indicado por el efector, especifica: angustia.

Comienza explicando que tenía un turno por la mañana con psiquiatría al que no pudo asistir pero que un amigo la ayudó a llegar en el momento en el que se presenta. Prosigue: “El tema es que intenté matarme varias veces, todo el tiempo tengo esa intención con cuchillos, la puerta del colectivo, lo que sea (...) en el hospital me dicen que todo depende de mí”.

Sigue explicando: “No sé por que me pasa esto”, luego de una breve pausa relata que hace un tiempo la asaltaron y le pusieron un arma en la cabeza. Ella se defendió golpeando al asaltante. “Yo esperaba el tiro”, dice. Cuenta que a su hermano lo mataron de dos tiros. “Lo primero que

me acordé es de mi hermano, y por eso esperaba el tiro”. Agrega: “todos me dicen que tengo que tener fuerzas, por mis hijos, pero no puedo”. Sus hijos tienen trece y seis años. Perdió un bebe pero no despliega más esta situación. “¿Cómo me voy a suicidar si ellos no van a cobrar nada?”.

Ante esto se intenta coordinar turno con psiquiatra tratante y a su vez que explica la importancia de realizar un abordaje psicológico. Por ello se establece turno con un psicólogo dentro del HESM. Además se brinda benzodiacepinas por tres días ante situaciones de emergencia.

❖ **Caso M:**

Accede hombre de 27 años por primera vez a la guardia del HESM. Ingres a la sala de intervenciones de guardia diciendo que padece de consumo problemático. Refiere: “Tengo problemas mentales, tengo depresión y por eso consumo”. Hace un mes está sin trabajar. “Se me está cortando la plata y me estoy enloqueciendo. El tema es que yo necesito comer mientras hago tratamiento”. Hacía tratamiento en el grupo de atención integral de adicciones pero lo dejó. “Agarré un laburo y lo dejé, pero ahora ya no sé qué hacer”.

El equipo interdisciplinario no ahonda sobre los motivos del consumo. Sin embargo, se insiste en la importancia de continuar con un tratamiento. Además, se indica los posibles centros de salud cercanos a su área de referencia.

❖ **Caso N:**

Asiste una mujer con su hijo, mayor de edad, quien es paciente del HESM. Dice que él no puede hablar y que han ido al Hospital San Martín porque a él “le duele la panza, la cabeza y el cuerpo”. No obstante, se les negó la atención en dicha entidad.

Se intenta hablar con el paciente quien se encuentra recostado en las sillas de la sala de espera. Los profesionales dicen ya conocerlo y por lo tanto le preguntan a la madre sobre la última ingesta de alimento. “Fue hace tiempo”, responde ella.

El diagnóstico final de los profesionales era que: “tenía hambre”. Se le brinda una vianda del Hospital para que se “recomponga” y luego de unos minutos se retiran tranquilos.

❖ **Caso O:**

Accede una mujer de 52 años derivada del Hospital San Martín por intento autolítico. Es la primera vez que asiste al Hospital. Está acompañada por sus dos hijas.

Al momento de la entrevista, la mujer explica que tiene “problemas” con su pareja. Se están separando pero él no quiere irse de la casa porque dice, según la mujer: “todo es mío”.

Según refiere sufre de violencia verbal. Añade: “Cuando viene tiemblo, no me pega ni nada, pero lo que dice..”. Luego, explica que él mismo la ha amenazado de muerte en varias ocasiones y que ella tiene miedo de que “verdaderamente lo cumpla”.

Ante el motivo de consulta y dicho despliegue, el equipo interdisciplinario considera la internación voluntaria de la paciente ya que se considera que existe riesgo cierto e inminente para su persona.

Al establecer entrevista con la familia, la misma pide que no se la deje internada porque “ha sufrido violencia institucional”. Según historizan, la han querido quemar con un cigarrillo y con una olla de agua hirviendo. Además comentan que había personas que “se le metían en el cuarto”.

Pese al relato, el equipo sigue considerando necesaria la internación. Se explica que su madre estaría cuidada por el equipo de salud mental y los enfermeros en planta. No obstante, la familia no autoriza dicha intervención. Ante esto la usuaria no hace comentarios por lo que se retira de la institución con su familia.

❖ **Caso P:**

Accede por primera vez una mujer de 25 años con una “tutora”, o así lo referencia. El motivo de consulta, según indica el HESM, es: consumo problemático.

Durante la entrevista, la paciente historiza consumo de cocaína y marihuana desde sus 15 años. Dice que sus padres se “deshicieron de ella”.

Ya ha realizado tratamiento psicológico previo. Además tiene un psiquiatra tratante quien le administra medicación.

Particularmente, asiste a la guardia porque se encuentra viviendo en una organización religiosa sin fines de lucro donde no pueden contener a personas que tomen medicación psiquiátrica.

Se mantiene entrevista con la “tutora” quien es la representante de dicha entidad. Explica la situación y el motivo de la medicación psiquiátrica. Además dice que “no la puede tener porque ellos creen en dios y no en la medicación”. Ante esto, el equipo interdisciplinario cree que es necesario que ella tome tal medicación. Se pregunta la posibilidad de que se siga alojando a la paciente por un tiempo.

Frente a esto, la mujer accede a que pueda quedarse con ellos durante un tiempo. Mientras tanto, se le pregunta a la paciente sobre las posibilidades de convivir con otro miembro de la familia o, en lo posible, independizarse.

Se indica continuación de tratamiento psicológico y psiquiátrico y se referencia a la guardia como entidad disponible 24 hrs del día.

❖ **Caso Q:**

Espera por ser atendido un hombre de 53 años de edad, paciente del HESM. Según estadística llegó alcoholizado, por lo que se pide atención prioritaria.

“¿Qué pasó?” le pregunta el equipo interdisciplinario, a lo que responde: “Me enloquecí, no sé qué hice que la doctora no me quiere atender”. Añade: “Yo no sé qué hice, me vio una vez nomás”. Agrega: “Le agarro cariño a un doctor, le cuento lo que me sale del alma y después me cambian; pasé por tantos médicos que ya no hay charla”. Sigue: “Yo sé que soy un loco, pero esto me duele, por eso vengo así”.

Se intenta alojar la angustia, explicando problemáticas institucionales y lo que atañe a los residentes. Siendo que el motivo no es él mismo, como usuario, sino la dinámica del efector. Se re-coordina turno con médica tratante.

❖ **Caso R:**

Mujer de 39 años concurre con su pareja al dispositivo de guardia. El motivo de consulta, indicado por el HESM, es angustia.

Durante la entrevista explica que sufre paroxismo con adormecimiento de brazo y pierna. Añade que hace siete meses que no ve a ninguno de sus cinco hijos quienes se encuentran bajo la tutela del COPNAF. “No entiendo por qué no me dejan”. Sigue: “Dejé todo porque me dicen que luche por mis hijos pero ni verlos me dejan”.

Además explica como problemática la situación con su pareja, quien la acompaña, porque además de ejercer violencia física, “le dice cosas” y no la “deja salir”. Indica: “Me quiero ir de la casa de mi pareja pero quedo en la calle. Él me pega. Él dice que estoy enferma pero no estoy enferma, yo sufro, soy mamá... Él me escucha las sesiones con la psiquiatra, me persigue a todos lados, no me deja salir”. Se pregunta sobre si tiene algún familiar de referencia a lo que responde: “Sólo a mi papá que me violó. No tengo a nadie”. Explica haber recurrido a la casa de la mujer pero que allí solo “la tenía un día”. Expresa: No quiero volver a la calle. Tengo una hija por violación ya. Ni siquiera puedo hacer tratamiento, ni empezar la escuela. Yo no me puedo defender, necesito que se haga algo. Yo no soy un error de la vida para que me haga así”. Agrega: “La psicóloga me dijo que empiece a tomar decisiones pero yo no puedo, dependo de él. Este es el único lugar en el que puedo hablar, me escucha siempre”.

Realizó una sola denuncia de género y después la desestimó alegando que “había estado drogada”. La decisión de realizar esto último fue en pos de que le dijeron que no la dejarían ver a sus hijos con tal causa.

Se pregunta por qué falta a los turnos en el hospital a lo que responde que no tiene movilidad. Se le consulta por la posibilidad de que se tome un colectivo, a lo que responde: “Él no me deja salir sola porque dice que consumo, que estoy con tipos, todo porque trabajé en la calle”. Dice que no puede contarle nada al doctor porque “él se para en la puerta”. También añade que le lee los chats con la psicóloga. “Estoy luchando contra alguien quien no se puede”.

Como sintomatología describe el olvido de las cosas. “No sé lo que me pasa”. Narra que su casa tiene cadenas, barrotes. “Él dice que es porque tiene miedo que vuelva a la vida que tenía hace tres años”. Además, “me golpeó, me ahorco”.

Lo que más la preocupa, según indica, es que la psicóloga del COPNAF le dijo que si no tiene pareja no va a poder recuperar a los hijos debido a que fue prostituta.

El equipo de guardia brinda información sobre qué es conveniente realizar en su situación. Se la guía en un posible accionar legal y se ponen de manifiesto diferentes tipos de “solución” con respecto a la violencia de género sufrida y específicamente, con la situación en relación al COPNAF.

Se receta clonazepam para situaciones de necesidad y se coordina turno con psicología.