

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Evaluación de riesgo cierto e inminente. Aportes transferenciales.

Gamaldi, Valeria Romina.

Cita:

Gamaldi, Valeria Romina (2016). *Evaluación de riesgo cierto e inminente. Aportes transferenciales. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/189>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/h8v>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EVALUACIÓN DE RIESGO CIERTO E INMINENTE. APORTES TRANSFERENCIALES

Gamaldi, Valeria Romina

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich - G.C.B.A. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo pretende revisar el concepto de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros incluido en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, buscando articularlo clínicamente e intentando demostrar que para la evaluación e intervención que esta determine, resulta decisivo considerar la noción de transferencia.

Palabras clave

Riesgo cierto e inminente, Transferencia

ABSTRACT

CERTAIN AND IMMINENT RISK EVALUATION.

TRANSFERENCE CONTRIBUTIONS

This paper aims to review the concept of certain and imminent risk, including in National Mental Health Act, looking articulate it clinically and trying to show that in the intervention is crucial to consider the notion of transference.

Key words

Certain and imminent risk, Transference

Hay un morir si de unos ojos

se voltea la mirada de amor

y queda solo el mirar de vivir (...)

esto es Muerte: Olvido en ojos mirantes

"Hay un morir". Macedonio Fernández

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) hace girar gran parte de nuestra práctica hospitalaria alrededor de un concepto -polémico por cierto- que introduce en su artículo 20, el de riesgo cierto e inminente [para sí o terceros]. Concepto que condiciona nuestro accionar, determina obligaciones legales y también nuestros límites a la hora de poder operar. El decreto que reglamenta dicha Ley "aclara":

Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental (Decreto Reglamentario 663/2013. Boletín Oficial de la Nación 05/05/2013).

Menudo problema porque el decreto habla de contingencia pero luego parece que nos exige diagnosticar algo que se torna necesario por lo que contradeciría la definición misma de riesgo. Al respecto, Espector (2014) aclara que "si bien la posibilidad de diagnosticar inminencia muestra claramente la gravedad del riesgo, la imposibilidad de hacerlo no morigerar la gravedad del mismo. El

criterio de gravedad no debe quedar condicionado exclusivamente por el diagnóstico de inminencia" (p.59). Matiz que me parece sumamente útil a la hora de intervenir y por ejemplo indicar una internación involuntaria, que contradice el "no tiene riesgo" que algunos sentencian salvo que el paciente venga con el cuchillo al cuello diciendo que se va a corta, con la intención clara de matarse y que lo hará en los próximos segundos. Continuemos, el decreto (2013) avanza un poco más firme, el riesgo cierto e inminente se trataría de algo que pone en juego la integridad física -es decir que pone enfrente el tema del suicidio- o cause *perjuicio a la vida* -y allí habría que ver si estamos hablando de lo mismo, creo que no. Establece que es algo que implica una *evaluación actual* que no podemos justificar solamente en el diagnóstico, o sea, que en pacientes graves deberemos poder discriminar cuándo hacemos un diagnóstico transversal de riesgo más allá de la lectura diagnóstica longitudinal; cosa más sencilla en algunos cuadros, mucho más compleja en otros. Por ejemplo, en una melancolía, ¿cuándo sí tiene riesgo? ¿En algún momento no lo tendría?; ¿y en un paciente que tiene ideas de muerte de larga data? ¿Sólo cuando venga y nos diga que ya compró la soga? Y la legislación agrega algo más, el diagnóstico de riesgo es interdisciplinario, así que encima (o por suerte) nos tenemos que poner de acuerdo. De paso, nos excusa de tener que ser guardianes del orden público, sólo nos ocupamos del padecimiento mental, así que asesinos o violentos en general por favor golpear otra puerta -cosa no tan obvia en los pedidos que solemos recibir en la Guardia.

Ahora bien, ¿de qué se trata el concepto de riesgo cierto e inminente? ¿Es un concepto clínico? ¿De una clínica orientada de qué modo? ¿Un concepto clínico - jurídico? Hay consenso entre numerosos referentes que lo caracterizan como un concepto médico-legal. Esto implica que la relación con nuestros pacientes es contractual y es también (...) una obligación de medios (...) Los deberes que nos van a ser exigidos son: el de detección del riesgo suicida (si este era razonablemente detectable o previsible), el deber de protección y seguridad (cuando el riesgo fue detectado), el deber de asistencia adecuada, el deber de información, y el deber de documentar la evolución del paciente (Espector, 2014, pp. 41-43)

Relación contractual, no rescindible como un contrato de alquiler ¿o acaso podemos dejar a alguien en quien evaluamos riesgo sin tratamiento porque no cumple el contrato? ¿Se trata de hacer cumplir el contrato o de establecer y sostener uno posible? ¿Sin contrato podemos tratarlo? Ana, una paciente que atiendo hace año y medio pero con largos tratamientos en muchos hospitales e incontables visitas a Guardias desde donde llamaba a su novio de turno para que la vayan a buscar (¿o a dejar?), luego de cortar una relación amorosa muy significativa para ella toma todas las pastillas que tenía a mano (que eran bastantes), ante lo que la profesional que la estaba tratando le espeta un "¡no me pediste permiso!"; Ana se ríe cada vez que lo recuerda "¿cómo le voy a pedir permiso para querer matarme?". Podemos reírnos, compadecernos o identificarlos con la desbordada psiquiátrica (que ya venía sorteando varias

conductas autolesivas y actings diversos de Ana) o subrayar que cuando aparece algo del riesgo, parecería resquebrajarse cierto contrato.

Ahora bien, con el diario del lunes todo parece claro, pero nos vemos confrontados a diagnosticar riesgo, ¿cómo podemos hacer eso? ¿Con qué herramientas contamos?

Ponorky en un importante estudio realizado sobre 4700 pacientes evaluados por profesionales experimentados, demostró que a más de un 50% de los suicidas no se les detectaron factores de riesgo importante como para poder identificarlos con los grupos de riesgo y que de los 803 pacientes que cumplían con factores de riesgo, 766 no se habían suicidado al cabo de 5 años (...) experimentados psiquiatras tuvieron menor porcentual de aciertos, que si hubieran simplemente determinado el riesgo tirando una moneda al aire (Espector, 2014, p.65)

¿Cómo introducir alguna legalidad en la lectura de la situación clínica que permita un cálculo en la intervención, allí donde la idea no es prever sino diagnosticar? En esta línea, Ghioldi y Toro Martínez (2010) ubican el riesgo grave, cierto e inminente de daño a sí mismo o terceros como aquel que puede ser fundamentado con objetividad y cientificidad, diferenciándolo del riesgo potencial que estaría sujeto al devenir de numerosas variables que incluyen las respuestas a las primeras indicaciones del equipo terapéutico (p.67). Ahora bien, ¿sólo el riesgo potencial incluye la respuesta a nuestra intervención?

Cuando nos comentan el caso en el pase de Guardia la presentan como “una border que se despierta y se va, seguro termina viniendo el marido a buscarla y listo”, pero Betina da cuenta de una marca de rechazo materno que no puede dejar de actuar, históricamente llamaba y rechazaba a su marido y ahora también a nosotros. Lo único que le había servido de detención a sus pasajes al acto era el vínculo con su hijo, pero esto había empezado a tambalear, ella consultó angustiada y con ideas de muerte, dice “se me va la mano con el nene” y la voz “le grito mucho (...) no sé qué puedo llegar a hacer”. Y ante la intervención, más rechazo, nada la rozaba. Cuando discutíamos el caso en el equipo, había opiniones divididas, “el nene la frena”/“no la frena más”, con la psicóloga de Guardia intentábamos justificar por qué para nosotras era más grave y se nos salió “es de las del riesgo nuestro” ¿qué quiere decir eso? ¿Podemos desde el psicoanálisis aportar algo particular al diagnóstico de riesgo o cuando lo evaluamos dejamos el psicoanálisis de lado? Nótese que hasta aquí sólo he citado leyes y textos médicos, ¿por qué? ¿Acaso los psicólogos no tienen nada para decir de esto? ¿Podemos desentendernos? Hoy por hoy os psicólogos nos encontramos con la misma responsabilidad legal (ética desde el momento en que se recibe a un paciente) a la hora de diagnosticar riesgo, intervenir, responder por ello y por lo tanto con la necesidad impostergable de pensar desde dónde hacemos un diagnóstico de riesgo. Hace poco escuché a una psicóloga decir “no sé si escucha voces, eso es el discurso médico hegemónico, si te interesa si tiene voces andá y preguntásele vos”. No preguntar, preguntar, sin pretender universalizar el “¿y alguna vez escucho voces?” o el más sutil “¿alguna vez le pasó escuchar o sentir cosas que los demás no podían percibir?”, aunque claro que a veces habrá que preguntarlo, ¿sólo con eso evaluamos riesgo? Obligación de medios y no de resultados. ¿Con qué medios contamos? ¿El psicoanálisis tiene algo para aportar a las valiosas estadísticas que por ejemplo marcan que sensación de soledad, aislamiento, desesperanza son índices predictores del riesgo suicida? ¿O simplemente vamos a rechazar esas estadísticas, datos de la realidad que indican por ejemplo el aumento de suicidios luego del alta hospitalaria, que el haber tenido

intentos anteriores aumenta el riesgo, o incluso esos datos que nos cuentan “los viejos” de esa primaverita donde el paciente (por lo general bipolares, maniaco-depresivos, melancólicos) mejora y lo que parece es tomar envión? ¿Vamos a desoír eso diciendo que no dice nada de la singularidad del que tenemos enfrente (cierto) o vamos a tratar de hacer alguna lectura estructural de esos datos y tratar de extraer una especie de “para algunos” que nos permita una posible orientación clínica?

Pensemos algunos ejemplos más de nuestra práctica. Clara está internada porque su familia la logró llevar engañada al Alvear luego de que se vaya intempestivamente a vivir con Jorge, gastándose toda la plata de su pensión en un día para pagar el alquiler de una habitación y comprar PACO, que consume desde que inició esta relación hace un año, fruto de la cual también tiene una causa por tentativa de robo (idea de Jorge que la manda con un revolver de plástico a robar una heladería mientras él espera en la esquina), hombre tras el que se va a la deriva “igualita” a su mamá, que enloquece por un bonito policía (el padre de Clara). Hace dos meses está internada en forma involuntaria, tiempo durante el cual recibe la visita de Jorge, pero no lo cuenta a su familia quienes dicen “queremos que ella sepa que sabemos”, pero Clara calla. Recién ahora lo está contando en su tratamiento y diferenciando lo privado de lo secreto. Hasta ahora, Jorge venía funcionando como una plomada por la que se deja arrastrar, por lo que se decide continuar con la internación como involuntaria hasta algo de eso no circule. ¿Por qué? ¿Qué quiere decir eso? Que entre en el lazo familiar donde se juega mudo y pase a ser un conflicto, por ejemplo, que ya implicaría lo que quiere Clara, la hermana, la madre, la madre de Jorge, el vecino, uno, otro, que sí, que no. ¿Acaso no evaluamos “contención familiar” o a veces “demasiada contención familiar”, a la hora de determinar o no una internación? ¿Qué estamos indicando cuando decimos “acompañamiento”? ¿Se puede indicar o ese pretendido sostén sólo será efecto del tratamiento si es que se trabaja para ello?

Tenemos obligación de medios,

“el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente (...) Ahora bien, toda palabra llama a una respuesta (...) no hay palabra sin respuesta, incluso si no encuentra más que el silencio, con tal de que tenga un oyente, y éste es el meollo de su función en el análisis” (Lacan, 1953, p.237)

Oyente, por lo tanto otro implicado. Relación al Otro que aparece puesta en el centro de estudios sobre la temática. Tal como citan Cremona y Oddino (2014) en su artículo “Genealogía del Suicidio”, desde la sociología Durkheim define al suicidio como toda muerte que provenga, tanto de forma mediata como inmediata -poniendo en jaque nuestra lectura literal de riesgo inminente-, de un acto positivo o negativo, sin importar las razones, realizado por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado, descarta las patologías mentales y clasifica teniendo en cuenta al lazo que une al individuo con la sociedad (p. 106). Desde el existencialismo, Jean Améry (1976) ubicará que quien busca la muerte voluntaria escapa a la lógica de la vida, rompe con la idea que aglutina a la sociedad de que la vida es el bien supremo, por lo tanto “el suicidante se da la muerte junto con el otro a quien interpela con su mensaje” (p.111). Ya en el ámbito de la Salud Mental, Carlos Tisera (2014) dirá que “estamos contra las cuerdas, trabajando con una población que permanentemente pone en juego a las instituciones y a cierta estructura social desde el ponerse ellas en peligro. Hay que ver qué pasa cuando ellos peligran y la institución queda impotente en relación a ello” (p.120). Institucionalidad rota e intento por socializar el suicidio que para Jinkins (1986) testimonian las sanciones

religiosas y jurídicas que hacen del suicidio un crimen, esfuerzo fallido que denota que éste siempre pertenece al ámbito privado, a una ruptura del lazo social; indicador clave que permitirá una lectura del riesgo implicado.

Si se trata de pacientes que ponen en jaque el lazo al Otro, estamos hablando entonces de problemas transferenciales. La transferencia podemos definirla sintéticamente como un *modo de lazo*, a falta de relación de complementariedad. Entonces, si el lazo y el síntoma van al mismo lugar estructural, es decir, allí donde lo que hay es que no hay relación sexual, ello justifica pensar que el diagnóstico, incluso el diagnóstico de riesgo es siempre en transferencia, ya que tanto uno como otro lo que implican es un modo de relación al Otro, que se actualiza en el aquí y ahora del lazo transferencial, y que entrañará un gran valor terapéutico poder diagnosticar ya que eso permitirá equivocarlo.

Si tomamos en consideración las puntualizaciones de Freud (1917) respecto a la melancolía, vemos que estas personas siempre están rodeados por un séquito de víctimas ante los que el paciente no se avergüenzan ni oculta su indignidad, más bien la declara a viva voz. Volviéndose martirizadores, como los llama Freud (1917), sostienen un lazo. ¿Qué tomar en consideración a la hora de leer el riesgo en un paciente que todo el tiempo dice que ya no vale la pena la vida, que es una mierda, que todos estarían mejor sin él?. Creo que la clásica puntualización freudiana sobre que “a sombra del objeto cayó sobre el yo” (Freud, 1917, p.246) en la melancolía, se puede conjugar con esta otra cita de Lacan del “Breve discurso a los psiquiatras” (1967) “los hombres libres, los verdaderos, son precisamente los locos. No hay demanda del *a* minúscula” (p.11) Es decir que se podría aventurar que mientras se sostenga algo del lazo, mientras el Otro entre en la lógica de la demanda, aunque sea para pavonear ante él el desecho con el que el sujeto se identifica, hay circulación y tratamiento del *a*. Algo de esto es lo que entrevé Freud (1917) al diferenciar a la melancolía de las neurosis de transferencia, ubicando en la primera una escasa resistencia en la investidura de objeto (del mundo), y aquí está la condición para el suicidio “el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto (...)le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior” (p.249).

No se trata de retroceder ante estos cuadros. Pensando en la supuesta incapacidad de transferencia Freud decreta la inanalizabilidad de los psicóticos, pero Lacan replantea la cuestión viendo que sí hay un tratamiento posible, a condición de leer qué relación al Otro tiene, relación que la palabra instituye, por lo que también en momentos de ruptura de lazo (ya sea una descompensación psicótica o un pasaje al acto, por ejemplo), “la primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a este y a la persona del médico” (Freud, 1913, p.140). “En un psicoanálisis el sujeto (...) se constituye por un discurso donde la mera presencia del psicoanalista aporta, antes de toda intervención, la dimensión del diálogo” (Lacan, 1951, p.205).

Esto no hace más que seguir la observación freudiana, cuando la ligazón transferencial se ha vuelto de algún modo viable, el tratamiento logra impedir al enfermo todas las acciones de repetición más significativas y utilizar el designio de ellas como un material para el trabajo terapéutico (...) puede ocurrir aún que no se tenga tiempo de refrenar con la transferencia las pulsiones silvestres, o que el paciente, en una acción de repetición, desgarré el lazo que lo ata al tratamiento(...)el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia (Freud, 1914,

pp. 155-156).

Ante la ruptura de lazo, sólo se escucha el mudo eco de la pulsión de muerte. Recuerdo una paciente que acarrea varios de intentos de suicidio (veneno para ratas, cortes varios, paseo por la terraza del Moyano, etc., etc.) y otras tantas internaciones de las que siempre salía porque alguien de la familia aparecía y firmaba que se haría responsable, disfraz de rescate que sólo duraba unos minutos ya que atravesado el paredón volvía a quedar sola. Luego de algunas pocas entrevistas (la paciente inició tratamiento derivada de Guardia ante un nuevo intento de suicidio) escucho una escalada (o más bien un descenso estrepitoso) por lo que decido la internación y la llevo a la Guardia. La paciente había aceptado pero al día siguiente me entero que duró sólo dos minutos en la Guardia ya que el marido la convence por teléfono de irse. Aparece en el consultorio enfurecida con otros profesionales del equipo que le reiteran la indicación, pero no se enoja conmigo. Yo no entendía por qué, si de hecho había sido yo la que la llevó a la Guardia, ella lo recordaba. En una supervisión, se ubica que antes de llevarla a la Guardia, le digo que ella contaba conmigo pero no para quedarme mirando cómo se hacía mierda, ubicándome así como otro Otro para ella, que permitió introducir una novedad y que la paciente soltara el cuchillo al que dormía abrazada para que vaya al hospital (claro que después hubo que ver cómo se bailaba al compás de esa transferencia). Manejar la transferencia implica hacer que “lo que interpreta al paciente son los cambios de la posición transferencial del analista al correrse del lugar en que el paciente lo coloca. Su acto toma el valor de un signo para ser leído, lectura acerca del objeto pulsional en juego” (Urbaj, 2012, p.3).

Lejos de pretender cerrar el tema, pongo a discusión estas consideraciones, interesada en poder convocar a otros a pensar qué evaluamos al diagnosticar riesgo cierto e inminente orientados desde el psicoanálisis y qué consecuencias puede tener esa lectura en nuestras intervenciones, según a qué entendamos que tenemos que responder.

BIBLIOGRAFÍA

- Améry, J. (1976). Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. Valencia: Pre-textos
- Argentina. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Buenos Aires: Boletín Oficial. N° 32041.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones (2011). Perfil epidemiológico del Suicidio en Argentina, algunas aproximaciones; Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/20.pdf>
- Argentina. Poder ejecutivo Nacional (2013) Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental 663/2013. Boletín Oficial de la Nación.
- Cremona, S. y Oddino, A. (2014). Genealogía del Suicidio. En Clepios 65 Muerte y Suicidio. Buenos Aires: Editorial Pólemos.
- Espector, E. (2014). Aspectos médico legales de la conducta suicida. Buenos Aires: Laboratorios Beta S.A.
- Freud, S. (1910). Contribuciones para un debate sobre el suicidio. En Obras Completas XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En Obras Completas XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En Obras Completas XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917 [1915]). Duelo y melancolía. En Obras Completas XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ghioldi, L. y Toro Martínez, E. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de

- daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. En *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen XXI N 89 Enero - Febrero 2010; Buenos Aires: Editorial Pólemos.
- Jinkis, J. (1986). Interpretación psicoanalítica del Suicidio. *Conjetural Revista Psicoanalítica* N 10. Buenos Aires: Ediciones Sitio.
- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (1967). Proposición del 9 de Octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1967) Breve discurso a los Psiquiatras. Recuperado de: http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf
- Tisera, C. (2014). Cadáver exquisito. En *Clepios 65 Muerte y Suicidio*. Buenos Aires: Editorial Pólemos.
- San Miguel, T. (2007). Amor y Transferencia. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Urbaj, E. (2012). El manejo de la transferencia de angustia. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1578.pdf