

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Violencias acalladas. Efectos de la escucha del padecimiento subjetivo en los dispositivos públicos de salud.

Vilchez, Silvana Lorena, D´Oria, Natalia, Gonzalvez, Rocio Anouk, Grinszpun, Gabriela, Maccario, Barbara, Stein, Valeria y Vigliano, Lucia.

Cita:

Vilchez, Silvana Lorena, D´Oria, Natalia, Gonzalvez, Rocio Anouk, Grinszpun, Gabriela, Maccario, Barbara, Stein, Valeria y Vigliano, Lucia (2024). *Violencias acalladas. Efectos de la escucha del padecimiento subjetivo en los dispositivos públicos de salud. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/468>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/rFR>

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>.

VIOLENCIAS ACALLADAS. EFECTOS DE LA ESCUCHA DEL PADECIMIENTO SUBJETIVO EN LOS DISPOSITIVOS PÚBLICOS DE SALUD

Vilchez, Silvana Lorena; D’Oria, Natalia; Gonzalvez, Rocio Anouk; Grinszpun, Gabriela; Maccario, Barbara; Stein, Valeria; Vigliano, Lucia
GCBA. Hospital General de Agudos “P. Piñero”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Nos proponemos como objetivo para este trabajo producir una lectura psicoanalítica de ciertas presentaciones del padecimiento subjetivo cuyas modalidades develan, a partir de la escucha, la presencia de situaciones de violencias padecidas en la vida de quienes consultan. Nos referimos a padecimientos que se presentan bajo los modos de depresiones, impulsiones, estallidos de angustia, sentimientos de desesperanza, ideas suicidas e internaciones sucesivas por sobreingestas de sustancias. Modalidades que conforman cuadros que llevan a una rápida medicalización del padecimiento, lo cual puede impedir cierta posibilidad de entramado en una coyuntura histórica y singular, dejando muchas veces acallada la problemática de las violencias. Es por ello que será crucial poder ubicar los efectos que las violencias conllevan en la subjetividad para que estas no queden encubiertas o enmascaradas bajo diagnósticos apresurados. Pensamos que la presencia de dispositivos sensibles en la escucha y dispuestos a un trabajo interdisciplinario e intersectorial, será lo que pueda aportar efectos de alivio en quienes consultan. Para dar cuenta de estas lecturas, tomaremos un recorte clínico del trabajo que se realiza desde un dispositivo público hospitalario de salud mental denominado PRIM -Programa Integral de la Mujer- destinado principalmente a asistir las problemáticas de salud que presentan las mujeres.

Palabras clave

Psicoanálisis - Violencia - Padecimiento subjetivo - Mujer

ABSTRACT

SILENCED VIOLENCE: EFFECTS OF LISTENING TO SUBJECTIVE SUFFERING IN PUBLIC CARE DEVICES

We aim to provide a psychoanalytic interpretation of certain presentations of subjective suffering, which reveal, through listening, the presence of experienced violence in the lives of people who seek consultation. We refer to afflictions that manifest in the forms of depression, impulsivity, outbursts of anguish, feelings of hopelessness, suicidal ideation, and repetitive hospitalizations due to substance abuse. These manifestations form patterns that quickly lead to the medicalization of affliction,

which can hinder the possibility of contextualizing these experiences within a unique context, frequently silencing the underlying issue of violence. Therefore, it will be crucial to identify the effects that violence has on subjectivity so that they are not concealed or masked under hasty diagnoses. We believe that the presence of sensitive listening practices and a willingness to engage in interdisciplinary and intersectoral work will contribute to relieving those people who seek help. To illustrate these readings, we will present a clinical excerpt from the work conducted by PRIM -Comprehensive Women’s Program- a public mental health facility focused on addressing women’s health issues.

Keywords

Psychoanalysis - Violence - Subjective suffering - Woman

Introducción

En este trabajo nos proponemos reflexionar y producir una lectura psicoanalítica de ciertas presentaciones del padecimiento subjetivo cuyas modalidades develan, a partir de la escucha, la presencia de situaciones de violencias padecidas en la vida de quienes consultan. Dicho trabajo parte de la experiencia clínica enmarcada en un dispositivo público hospitalario de salud mental denominado PRIM -Programa Integral de la Mujer-1 destinado a asistir a través de una atención inicial conjunta, interdisciplinaria y multidimensional, las problemáticas de salud que presentan mujeres jóvenes y adultas que consultan.

Tomaremos como punto de partida una cuestión que será preciso advertir y es que las violencias no siempre están articuladas a la palabra y en muchas oportunidades no aparecen de manera explícita como motivo de consulta. Nos referimos a padecimientos que se presentan bajo los modos de las impulsiones, cortes en el cuerpo, estallidos de angustia, depresión, sentimientos de desesperanza, ideas suicidas e internaciones sucesivas por sobreingestas de sustancias. Modalidades que conforman cuadros que pueden llevar a una rápida medicalización del padecimiento subjetivo, lo cual puede impedir cierta posibilidad de entramado en una coyuntura histórica y singular, dejando enmascaradas y silenciadas las situaciones de violencia bajo sus efectos subjetivos y diagnósticos apresurados.

Nos proponemos por consiguiente, la tarea de efectuar una operación de lectura de esas presentaciones clínicas que desafían la intervención y ante las cuales se vuelve crucial pensar en las maniobras propicias que habrá que hacer en el lazo terapéutico. Para ello nos serviremos de un recorte clínico extraído del trabajo que se realiza desde la orientación de este dispositivo para poder ubicar estas cuestiones.

Desarrollo

Características del dispositivo de atención PRIM

Este trabajo parte entonces de la experiencia clínica en el Servicio de Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos P. Piñero y se enmarca en un dispositivo denominado PRIM -Programa Integral de la Mujer- destinado a asistir a través de una atención inicial conjunta, interdisciplinaria y multidimensional (género, diversidad, psicoanálisis) las problemáticas de salud que presentan mujeres jóvenes y adultas que consultan, como así también sensibilizar a otros profesionales del servicio en torno a las problemáticas de las violencias y sus efectos. Como dispositivo de abordaje, nuclea y articula áreas de trabajo de profesionales del Servicio de Salud Mental y a su vez se conecta con otros profesionales del hospital (Servicio Social, Guardia externa, Ginecología, Pediatría). Su modalidad de atención se realiza en dos tiempos: una primera etapa de orientación y contención, sostenida en un periodo acotado de entrevistas conjuntas interdisciplinarias de psicología y psiquiatría si el caso lo requiere; orientación médica, social y legal e Intersectorial si es necesario articular con efectores del territorio. Y una segunda etapa del abordaje, donde se dirime para cada caso la pertinencia de la asistencia: dispositivos psicoterapéuticos individuales y/o grupales. A su vez, dicho Programa trabaja en contacto articulado con el Comité de Prevención, Detección y Asistencia de casos de violencia y/o abuso del hospital. Las consultas llegan por derivación de profesionales del hospital, área programática y oficios judiciales.

Este dispositivo de atención se encuentra atravesado por el marco normativo que regula en nuestro país la problemática de las violencias. En primer lugar, la Ley de Protección Integral contra las Violencias por Motivos de Género (2009) brinda la siguiente definición de violencia en su artículo 4º: “Toda conducta, acción u omisión, basada en razones de género, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón” (Ley 26.485 de 2009, conocida como Ley de Protección Integral contra las Violencias por Motivos de Género).

En segundo lugar, el Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivo de Género (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2020) ubica que la forma de abordaje adecuada debe ser un tratamiento transversal e interseccional que apueste a generar las condiciones subjetivas y materiales para el desarrollo de proyectos de vida autónomos por parte de las personas que las atraviesan, reconociendo el rol central de las organizaciones comunitarias y de las redes territoriales en los acompañamientos de situaciones de violencia.

Siguiendo esta lógica, se considera que los equipos de salud tienen un rol fundamental en la detección temprana y en la evaluación del riesgo, la prevención y la atención ante situaciones de violencia. Por lo tanto, encontrándonos inmersos en un hospital general, resulta fundamental que en primer lugar todos los miembros del equipo de salud mental, pero además, otros profesionales de salud conozcan las distintas manifestaciones de las violencias padecidas ya que constituyen una problemática social grave y un problema prevalente para la salud pública. En este sentido toma relevancia para la intervención desde este tipo de dispositivos, al concepto de “Ruta Crítica” (Sagot, 2000) el cual sitúa ese proceso particular basado en toda una serie de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por las violencias y las respuestas que han encontrado en su búsqueda de soluciones. Este es un proceso reiterativo que se constituye tanto por las acciones emprendidas por las mujeres y los factores impulsores e inhibidores de las mismas, como por la respuesta social recibida, siendo esto último una parte fundamental de la ruta crítica. De este modo, se reconstruye la lógica de las decisiones y acciones de las mujeres así como de los factores que intervienen en el proceso, focalizando no sólo en el trayecto judicial sino en los modos en que otras instituciones alojan su padecimiento. Intervenir desde esta perspectiva tiene la potencia de propiciar una escucha que no sólo aloje la historia del malestar provocado por las violencia sino también el sentido estratégico de las acciones que estas mujeres han llevado a cabo en el curso de su vida.

Algunas precisiones sobre las violencias

En el marco de nuestra práctica entendemos a la violencia como ese dominio que es propio de lo humano pero cuya puesta en acto puede llegar a cercenar la vida, provocando sufrimiento y a veces su aniquilación (Dobón y Vilchez, 2020). Por este motivo, será crucial poder ubicar, en esos primeros tiempos de la intervención, una lectura de los efectos que las violencias conllevan en la subjetividad y los modos con que se presenta en la consulta para que estas no queden acalladas o enmascaradas bajo diagnósticos apresurados y/o protocolizados que conducen incluso, en muchas oportunidades, a una rápida medicalización del padecimiento. Entendemos en este punto que acallar no siempre requiere una intervención tan explícita como la de no dejar hablar. Nos preguntamos entonces cuáles son esas coordenadas con que contamos y a su vez, qué lecturas

hacemos de la posición subjetiva de quien consulta, no sólo de sus respuestas al encuentro con lo traumático sino también con el traumatismo de las violencias que fueron encarnadas en esos otros de la crueldad.

En principio podemos decir, enmarcando estos interrogantes, que en contextos de afectación del lazo social, restituir el discurso y crear condiciones de posibilidad no será sin efectos. En este punto resulta esclarecedor lo que enuncia Rubinstein:

El psicoanálisis no pretende cambiar el curso de la historia ni abrir juicios morales sobre las nuevas formas de gozar. Tampoco puede evitar el desamparo al que el sujeto está expuesto, la angustia, los efectos de la violencia, del consumo. Pero a partir de reconocer en cada caso la solución singular que el sujeto ha creado frente al encuentro con lo real, puede volver a abrirse la posibilidad de creer en el síntoma e incidir así en las respuestas subjetivas (Rubinstein, 2014, párr. 16).

Se reconoce entonces la imperiosa necesidad de generar un lugar donde se pueda poner en juego la palabra, fomentar el lazo transferencial y elaborar aquello que hace síntoma en él.

Sabemos que las violencias no siempre están articuladas a la palabra y en muchas oportunidades no aparecen de manera explícita como motivo de consulta. Resulta de interés precisar aquí la diferencia que el psiquiatra Jaques Lacan (1958) marca entre agresividad y violencia. Establece que la violencia es lo esencial en la agresión, no es la palabra, sino lo contrario a ella. Y es que el fenómeno de la violencia, se encuentra justamente en los bordes del discurso, en los desencadenamientos y desarticulaciones del mismo. La violencia es lo que puede producirse en una relación cuando no impera la palabra. Por eso cada vez que se produce, siempre se desencadena como algo imposible de reprimir, pues nunca se encadena a la articulación significante, distinguiéndose así de lo que corresponde a la agresividad que, sí, llega a ser simbolizada (Lacan, 1958). Las violencias tal como se presentan en las consultas que recibimos a diario desde el dispositivo público hospitalario, poseen ese matiz del “estallido sintomático” acompañado en muchas ocasiones de una ausencia de palabra o teñido de una mudez discursiva.

Recorte clínico

Cecilia llega a la consulta derivada por el neurólogo. Cuando se le pregunta por el motivo de consulta refiere diversos dolores en el cuerpo; tener dificultad para dormir, sentirse enlentecida y perdida, agrega “estoy muy triste, no sé qué rumbo tomar”. En relación a los dolores dice que están cada vez peor, hasta el punto de no poder realizar las tareas de su casa, actividades que le dan placer. Sus dolores están empezando a interferir en su actividad laboral. Luego de varias consultas médicas, le dicen que no tiene nada, sin embargo, su médico neurólogo la deriva a tratamiento psicoterapéutico. En relación a sus dolores, en un primer momento sólo puede situar que “no sabía que la cabeza tenía tanto poder sobre el cuerpo”.

En un tramo posterior del tratamiento, su situación se le torna

insoportable, siente que “no puede más” se decide realizar una derivación a psiquiatría y comienza tratamiento farmacológico. Más tarde en otro encuentro dirá que está empezando a sentirse mejor, que estaba cansada de sentirse así, “tuve una vida tan complicada...”. Dicho alivio inaugura un nuevo momento, empieza a poder relatar situaciones de su adolescencia en donde su padre la sometía a situaciones de mucha violencia. “Cuánto dolor”, dirá un día; a lo que la analista asiente: “sí, cuánto dolor”. En Inhibición, síntoma y angustia, Freud (1925) define a las inhibiciones como limitaciones de las funciones yoicas y dentro de las mismas habla de algunas que son características de los estados depresivos y que obedecen a un mecanismo simple. “Las inhibiciones más generales del yo obedecen a otro mecanismo, simple. Si el yo es requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa; verbigracia un duelo, una enorme sofocación de afectos (...) se empobrece tanto en su energía disponible que se ve obligado a limitar su gasto de manera simultánea en muchos sitios...” (p.86)

Lacan (1977) define a la tristeza, que se la califica de depresión, como un pecado, una cobardía moral, que no cae en una instancia más que en el pensamiento, en el deber de bien decir, o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura. Soler (2007) ubica que hay un rechazo del inconsciente casi generalizado, el estatuto normal del sujeto es no pienso, no pienso al inconsciente, no pienso el sentido de lo que me pasa. En este punto podría situarse el modo de presentación de esta paciente en términos de depresión o estado depresivo, considerando un éxito diagnóstico que los síntomas y sus malestares empiecen a ceder, aunque la misma permaneciera sin saber nada de ello. Siguiendo los desarrollos freudianos, podemos ubicar que este no querer saber sobre lo que le pasa tiene un costo para el sujeto, la gravosa tarea de la sofocación del afecto que hace que el yo se empobrezca. Por ello, entre la queja que pide alivio y la entrada en análisis si bien no hay continuidad, el encuentro con un psicoanalista, puede ser una oportunidad de inauguración de un lugar para que una interrogación pueda producirse, un deseo de saber por el origen de ese malestar. Lacan sitúa al analista como aquel que se apoya en la demanda, la frustra, no para frustrar al sujeto sino para que reaparezcan los significantes en que su frustración está retenida (Lacan, 1987)

Puede situarse entonces que una vez que Cecilia comienza a historizar sobre una vida que nombra como “dolorosa” y teñida de violencia, el malestar comienza a ceder con ello. En este punto ubicamos la importancia de interrogar el malestar, considerando que un afecto depresivo puede enmascarar, un real traumático, una historia de violencia.

Conclusiones

Podemos decir entonces y para concluir que, frente a ese laberinto que trae cada quien, la presencia de dispositivos sensibles en la escucha y dispuestos a un trabajo articulado y en red será fundamental para una atención integral y adecuada para quie-

nes atraviesan estos padecimientos. Los requerimientos relativos a la complejidad de las presentaciones clínicas actuales, dan como resultado la necesidad de flexibilizar las fronteras entre las diversas disciplinas entendiendo que el intercambio y el trabajo conjunto permiten dar respuestas más acordes a la singularidad de cada caso. En este sentido el trabajo aquí presentado constata una vez más que el analista en la institución, en especial en las instituciones públicas de salud que llevan adelante su tarea de atención en los territorios de la ciudad de Buenos Aires, porta la peculiaridad de ser también agente de salud, asumiendo la implicancia política que ello tiene en el acceso de quienes padecen al sistema de atención.

Esta particularidad se entrama a su vez con aquel “al menos dos” del analista precisado por Lacan en el Seminario 22 “RSI” (1974) y es allí donde radica el desafío para la intervención, es decir en tanto agente de salud y en tanto aquel que transita entre la soledad de su acto y la lectura de los efectos. En este punto, entendemos que leer es una operatoria propia de nuestra función. Leemos con determinadas coordenadas al sujeto que es un efecto. Efecto del encuentro con el Otro, con otros, con un cuerpo, y una lengua entre otras. Dicha operación incluirá entonces una posición y un “estar” del profesional orientado por un deseo y una ética que forjaran finalmente las condiciones propicias para alojar la singularidad que implica cada sujeto. Los efectos de alivio y restitución subjetiva en quienes consultan, constatan el valor de dignidad que otorga el restablecimiento de la palabra y el lazo transferencial entre profesional y paciente, los cuales, consideramos, son y serán coordenadas éticas imprescindibles para la dirección de todo tratamiento.

NOTAS

1 Dicho Programa fue implementado como prueba piloto en los consultorios externos de salud mental del Hospital Gral de Agudos P. Piñero a partir de la demanda de atención desatada por la pandemia Covid 19. Los fundamentos de creación del mismo pueden consultarse en el documento Dobón, Juan-Vilchez Silvana (2020) “Dispositivo PRIM Salud Mental CCEE Htal Piñero”.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., Rossi Sammartino, B; Marconi, A. et al. (2010). Detección de Violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(5), 22-27.
- Dobon, J., Vilchez, S. (2020). *Dispositivo PRIM Salud Mental. Consultorios Externos, Hospital Piñero*. Documento de trabajo.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas (Vol. XXII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1958). *El Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Lacan, J. (1987). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En Escritos I. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1974). *El seminario 22. RSI*. Inédito.
- Ley N° 26.485 de 2009. *Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. 11 de marzo de 2009, B. O. N° 31947.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. (2022). *Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022*.
- Pérez, R., Garcia, M. (2023) La eficacia simbólica en la prescripción de psicofármacos. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(162), 121-121.
- Sagot, M. (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*. Washington: OPS
- Soler, C. (2007). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ramírez, C. (2000). *Las violencias contra las mujeres: alcances y consecuencias*. En Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). Recuperado de <https://salud.gov.ar/dels/entradas/las-violencias-contra-las-mujeres-alcances-y-consecuencias>
- Rubistein, A. (2014). Para una política del psicoanálisis en la época actual. *Revista digital de la EOL, Año XIII*, Número 28. Recuperado de <https://www.revistavirtualia.com/ediciones/28>
- Tajer, D., Gaba, M., Reid, G. (2013) *Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires*. Cátedra “Introducción a los Estudios de Género”, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Valle, M., Zorzaneli, R. (2023) Análisis sobre la prescripción de benzodiazepinas por médicos de familia en una muestra en Río de Janeiro. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(159), 18-28. <https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.364>
- Vetere, G. (2018) Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de género y su relación con el trastorno por estrés post-traumático. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 2018, Vol. XXIX, 85-90.