

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

# **Abordaje de la violecia de género en el dispositivo de urgencias: particularidades de la escucha analítica.**

Dakak, Aime, Garcia Baccino, Macarena Luz y Wajnszyld, Martina.

Cita:

Dakak, Aime, Garcia Baccino, Macarena Luz y Wajnszyld, Martina (2022). *Abordaje de la violecia de género en el dispositivo de urgencias: particularidades de la escucha analítica*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/242>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/19r>

*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>.*

# ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL DISPOSITIVO DE URGENCIAS: PARTICULARIDADES DE LA ESCUCHA ANALÍTICA

Dakak, Aime; Garcia Baccino, Macarena Luz; Wajnszyld, Martina  
Hospital General de Agudos Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El dispositivo de urgencias de un Hospital General de Agudos de la Capital Federal confronta a los profesionales de salud mental a presentaciones de las más diversas características. Para muchas de ellas se cuenta con protocolos que guían la praxis, mientras que para otras es necesaria la creatividad e inventiva propia de cada profesional, apuntando siempre a aproximarse lo más posible a lo que indica la ética y la deontología del psicólogo. Se expondrán dos casos clínicos vinculados a la violencia de género, de consultantes independientes, por guardia: una mujer y un hombre, ambos jóvenes, que se presentan en oportunidades diferentes, con el mismo motivo manifiesto de consulta: síntomas de ansiedad, principalmente insomnio. A partir de ello, se intentará distinguir las particularidades de la atención, teniendo en cuenta quién es el usuario de salud: aquella que sufre violencia de género o aquel que la ejerce. Asimismo, se esbozará una reflexión sobre cómo intervenir en pos de la protección de la mujer, sin que esto resulte iatrogénico.

## Palabras clave

Violencia de género - Dispositivo de urgencias - Agresor - Síntoma

## ABSTRACT

APPROACHING GENDER-BASED VIOLENCE IN THE EMERGENCY DEVICE: PARTICULARITIES OF ANALYTICAL LISTENING

The emergency unit of a General Acute Hospital in the Federal Capital confronts mental health professionals with presentations of the most diverse characteristics. For many of them there are protocols that guide praxis, while for others the creativity and inventiveness of each professional is necessary, always aiming to get as close as possible to what the psychologist's ethics and deontology indicate. Two clinical cases linked to gender-based violence will be presented, of independent consultants, per guard: a woman and a man, both young, who appear on different occasions, with the same manifest reason for consultation: symptoms of anxiety, mainly insomnia. From this, an attempt will be made to distinguish the particularities of care, taking into account who the health user is: the one who suffers gender violence or the one who exercises it. Likewise, a reflection will be outlined on how to intervene in pursuit of the protection of women, without this being iatrogenic.

## Keywords

Gender-based violence - Urgency device - Aggressor - Symptom

## Introducción

El presente trabajo es producto del pasaje por el dispositivo de guardia de un Hospital General de Agudos, en el cual es frecuente encontrar múltiples casos de violencia de género, con diversas presentaciones. En el escrito se desarrollará esta problemática, en general, y la posición del psicólogo psicoanalista allí, en particular.

Muchas veces las pacientes que llegan a la guardia hablan de golpes, de gritos, de insultos, de encierros, a modo de denuncia. Muchas otras describen ataques de pánico, cuentan su angustia, dificultades para dormir. Cuando se indaga sobre las condiciones de vida y los vínculos lo que queda dicho es el silencio. Gran parte de estos síntomas naturalizan la misma violencia que acusan las primeras.

Para los casos conscientes del padecimiento que buscan una orientación, sobran los protocolos. Pero cuando la mujer no pudo aún nombrar a la violencia como tal, no pareciera tan accesible la posibilidad de acercar recursos especializados en el abordaje. Y hacerlo prematuramente, sin haber favorecido un espacio propicio, podría resultar contraproducente. ¿Será nuestro trabajo entonces poder hacer algún señalamiento, alguna marcación, producir alguna pregunta?

También puede ocurrir que quien solicite atención por salud mental sea el agente de dicha violencia, surgiendo en el equipo la pregunta - ética - sobre cuál debe ser la posición a tomar. ¿Qué sucede cuando quien consulta es aquel que ejerce la violencia? ¿Qué lugar se le da a la palabra del agresor, dependiendo si es usuario o acompañante de una paciente vulnerabilizada? Se sustentarán estos interrogantes en la ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, así como en el Protocolo para el abordaje de las violencias por género en el sector público nacional. Además, se hará un rodeo por los conceptos de angustia, síntoma y ética analítica. Cabe aclarar que los casos que se mencionan a continuación han sido modificados en todos aquellos datos que podrían posibilitar la identificación de las personas involucradas, dejando absolutamente anónimas las presentaciones.

Caso 1: Desde quien recibe violencia de género

J. tiene 32 años y concurre a la guardia acompañada por su marido, identificando como motivo de consulta lo que nombran como “ataques de pánico”. Rápidamente es su esposo quien toma la palabra y describe los síntomas que ella presenta: palpitaciones, disnea, miedo a que ocurra algo, sudoración, insomnio. Escuchamos. Y luego del intercambio de miradas entre el equipo, indicamos que en un primer momento conversaremos con ella, pidiéndole al acompañante que la esperara afuera.

Pudimos percibir cierto alivio en J., si bien fueron varios los minutos que transcurrieron hasta que pudo animarse a tomar la palabra. Luego de mucho silencio, sostenido también por nuestra parte, logra contar que sufría violencia de género. Que era él, su pareja desde hace 10 años, quien la agredía de forma sistemática, tanto física como psicológicamente. Y esta, la primera vez que lo decía ante alguien. No cuenta con una red de contención, ya que se fue alejando de todas sus amistades y de su familia. Nos resultó fundamental propiciar un espacio de confianza y aprovechar la ocasión (que podría quizás ser la única y última) para ubicar la dinámica en la que se encuentra inmersa, vislumbrar que hay otros escenarios posibles, enfatizar en la importancia de la realización de una denuncia y orientar hacia los dispositivos especializados.

¿Qué hacer con los síntomas del “pánico”? Desde el dispositivo de la urgencia, es muy fácil caer en la medicalización, pero cabe hacerse la pregunta sobre qué es lo que se está medicando. ¿Qué nos dice esa angustia? Es importante distinguir cuándo para el mismo síntoma es pertinente recurrir al fármaco, en contraposición de aquellas presentaciones en las que la angustia tiene mucho para decir y la escucha se vuelve la intervención esencial. ¿Cómo no va a tener insomnio, si necesita mantenerse alerta para esquivar golpes? En este caso la medicación, ¿no vendría a acallar el signo de alarma, y hasta incluso ser funcional a dicha dinámica de sometimiento? ¿No sería pertinente preguntarnos por el uso de este síntoma?

En la mitad de la entrevista, nos enfrentamos con la irrupción de la entrada del marido. Insiste en hablar con el equipo, “para que entiendan bien” (sic) lo que sucedía, ya que “ella se pone nerviosa y dice cualquier cosa” (sic). Es a ese “cualquier cosa” al que queremos darle espacio justamente, a la voz de la mujer. A modo de intervención, sentenciamos que no es necesario. Nuevamente, puede esperarnos afuera. ¿Fue una intervención dirigida a quién? a J. ¿Podríamos haberlo hecho pasar y escuchar su versión? Si claro, pero decidimos tomar una postura: decirle que no al agresor.

Procedimos entonces, ya a solas con ella, a brindarle por un lado, teléfonos de contactos de instituciones donde poder iniciar un tratamiento psicoterapéutico. Por otro, direcciones de diferentes centros integrales de la mujer. El primero, se quedó en la mano visible de la paciente. El destino del segundo fue ser doblado en múltiples pedacitos y escondido en el corpiño de la misma. Signo de que se sabe en peligro y que está decidida a

buscar ayuda.

A partir de este caso, resulta importante hacer una conceptualización sobre síntoma y la forma en que, mediante el establecimiento de la regla fundamental, cada sujeto habla de este. Es cierto que en el dispositivo de urgencias, pocas son las oportunidades de encuentro entre el analista y el paciente, y limitado el tiempo para el establecimiento de una transferencia operativa, que posibilite realizar un diagnóstico estructural. “El diagnóstico psicoanalítico es en transferencia” (Rubinstein, 2004). Sin embargo, sí es posible aproximar un diagnóstico de otro orden, a modo de hipótesis, que remita al posicionamiento frente al padecimiento. “Podríamos incluso usar el término diagnóstico de un modo más amplio que el diagnóstico de estructura o de tipo clínico, como discernimiento, e incluir en el diagnóstico la localización del sujeto en relación a su sufrimiento, la peculiaridad de su fantasma, la distinción entre inhibición, síntoma y angustia, o entre pasaje al acto y acting out” (Rubinstein, 2004). En el caso de J, se puede hipotetizar que los síntomas presentados, como insomnio, taquicardia, disnea, así como el hecho de sostener tantos años situaciones de vulnerabilización, poseen un grado de verdad subjetiva. Algo dicen sobre su posición. De nada serviría entonces intentar acallarlos, resolverlos o suprimirlos, sin hacerlos hablar. Tal como refiere Lombardi (2014) “Del síntoma como posición del ser hay diferentes usos posibles. Se lo puede emplear para “llamar la atención”, como se dice, para mentir y con esa mentira decir una verdad, dicho de otro modo para hacerse escuchar”.

Caso 2: Desde quien ejerce violencia de género

H. tiene 33 años, vive con su pareja, P. y dos hijas. Relata con desesperación que no duerme desde hace 6 días y que está muy ansioso. Cuando le preguntamos si puede ubicar algo en relación a esos nervios, refiere que está preocupado por “qué va a pasar ahora, es que me hicieron una denuncia” (SIC). La secuencia es la siguiente, según nos contó, no sin titubeos, retracciones y mensajes contradictorios:

P le dijo que había salido con las amigas. H le mandó reiterados mensajes a lo largo de esa noche y la llamó por teléfono en varias oportunidades “porque quería saber dónde estaba, con quién, a qué hora pensaba venir, también por las nenas, ¿vieron?, ellas se preocupan si no la ven a su madre” (SIC). Constantemente el paciente buscaba complicidad y aceptación por parte del equipo profesional. Relata que se hicieron las once de la noche y que muy enojado le mandó un texto: “si llegás después de las doce, no entrás, dormís en la calle” (SIC). P llegó al día siguiente a las nueve de la mañana, “con miedo de que le pegue, obvio” (sic). “¿Con miedo? ¿por qué tendría miedo a que le pegues?” Le preguntamos. De nuevo los balbuceos: “no, no se, ella es muy miedosa” (SIC). Y nos comenta así, que enfáticamente, entre gritos y llantos, adelante de ella se puso a buscar en el resumen de la tarjeta de crédito los gastos de su pareja, del día anterior, encontrando que había registrada una habita-

ción de hotel, al cual se dirigió de forma imperativa a averiguar con quién se había hospedado allí. Cuando le dijeron que a las 08:12 (horario que figuraba en dicho resumen) se habían retirado un hombre y una mujer “ahí me volví loco, y... bueno, vieron como es cuando te sentís así, no pensás, no te controlás” (SIC). No pudo decirnos nada más sobre ese episodio. Buscando incansablemente nuestro “perdón” se excusaba y defendía sin que nadie le dijera nada.

Su pareja ese día realizó una denuncia en su contra por violencia de género, mostrando, según él, marcas en la piel que ella misma se había hecho. Además, se estableció una medida perimetral que le impide a H acercarse a su hogar a menos de 300 mts. Esto constituye para él, el motivo de su angustia. No refiere culpa, no se hace preguntas, no se percata de las situaciones violentas en las que estuvo involucrado, haya habido efectivamente golpes o no.

¿Qué lugar queda para nuestra incomodidad con lo relatado por H? ¿Cómo escuchar estas escenas, sin tomar partido, desde una perspectiva sorora, sin ponernos en contra del paciente? Nuestro lugar allí es de profesionales de salud mental de guardia (los únicos que podían verlo ese día), y la atención no creemos que sea un espacio de militancia ni un tribunal moral.

Según los artículos 4 y 13, respectivamente, del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (año), “El psicólogo se guiará en su práctica profesional por los principios de responsabilidad, competencia y humanismo, prescindiendo de cualquier tipo de discriminaciones” y “La responsabilidad del psicólogo termina cuando una o ambas partes deciden suspender la relación profesional, o cuando otro colega se hace cargo de la atención, sustituyéndolo”.

El paciente, desde un punto de vista semiológico, psiquiátricamente hablando presentaba timia displacentera, síntomas compatibles con un cuadro de ansiedad. Desde el punto de vista psicoanalítico, el paciente estaba angustiado. “La angustia es considerada por Freud y subrayado por Lacan como una excepción entre los afectos. Es el afecto que no engaña, a diferencia de los otros que revisten el carácter de senti-mientos” (Ricardo Seldes, 2004).

El paciente no deja de ser un usuario de salud pública, que se encuentra angustiado, estemos de acuerdo o no con su accionar. ¿Entonces?

La conducta tomada por nosotras fue asegurarle que no tenía que convencernos de nada, no es nuestra función sancionar o juzgar a nadie. Hicimos psicoeducación en relación a que es lógico que presente esos síntomas, teniendo en cuenta los momentos tan estresantes que vivió los últimos días, y le indicamos comprimidos de Benadryl 25 mg para que pueda dormir, por tres noches.

¿Se equivocó de lugar el paciente al venir a buscar atención? En tanto nosotras estemos bien ubicadas en el nuestro, se postula que no. ¿Cuál sería dicha posición? ¿Hasta dónde llega la abstención? ¿Cómo responsabilizar sin culpabilizar?

Puesto que el analista es al menos dos, en un tiempo segundo, en intercambio con colegas fue posible revisar las intervenciones y ubicar algunos puntos ciegos.

¿Por qué en un caso resulta más fácil no responder a la demanda de acallar el síntoma?

Como conjetura, se propone que el primer caso se enmarca en los protocolos y la ley 26485, que orientan y facilitan el abordaje en este tipo de problemáticas. El “Protocolo para el abordaje de las violencias por género en el sector público nacional” (2021) indica, refiriéndose a la recepción de estas consultas:

- a) Escucha activa y empática, sin prejuicios ni críticas
- b) Confidencialidad y respeto
- c) No revictimización
- d) Contención y orientación en trámites requeridos
- e) Acceso a la información

Por otro lado, no es menor mencionar que el caso se encuentra alineado a los ideales de los profesionales tratantes. Agregando al mismo tiempo la existencia de múltiples dispositivos a los que es de público y accesible conocimiento, a los que se puede recurrir y derivar a las pacientes.

En contraposición, en el segundo caso se identifica un obstáculo para la praxis, puesto que no es tan masiva ni está tan divulgada la propuesta de dispositivos dirigidos a aquellos que ejercen la violencia. Además, a este caso se le suma que los profesionales intervinientes debieron lidiar y maniobrar con su propio límite ético.

Asimismo, resulta interesante considerar que la consulta por guardia de un hombre involucrado en escenarios de violencia, es un momento privilegiado para trabajar en la problematización de dicha situación, ya que no suelen consultar con estas presentaciones. Luego de haber realizado la lectura apres coup, se plantea que hubiera sido beneficioso emplear una investigación sobre posibles dispositivos acordes para efectuar la derivación. Los tiempos de la guardia son apremiantes para dicho fin, pero la exploración ya fue realizada, y se encuentra disponible para futuras ocasiones.

Queda como saldo del trabajo, la pregunta sobre si tendrá algún efecto propiciar la implicación subjetiva del paciente cuando única y exclusivamente viene a solicitar calmar el malestar.

### Conclusión

Se deja así asentado el debate a partir de esta atención, comenzando por distinguir la mayor dificultad en sostener la posición del analista en el segundo caso, en relación a brindar o no un espacio de escucha a los sujetos violentos. Diferenciar así: cuando aquel que ejerce la violencia viene a consultar en rol de ciudadano con derechos, es un paciente y debemos atenderlo. Ahora, cuando el agresor se presenta en tanto acompañante o victimario de la que ocupa el lugar de paciente, la situación cambia y a quien debemos darle la palabra es a ella, no propiciando nuevos avasallamientos subjetivos.

Es curioso resaltar que en ambos casos el síntoma es el mismo, si bien se distingue el uso que se le da en las presentaciones y la funcionalidad a la que responden. Se hipotetiza que en el primer caso los síntomas podrían responder a un estado de alerta, una función de protección. Respecto al segundo caso, se conjetura que el padecimiento concerniría también a su subjetividad, al estar ligado a un estado de angustia. Según Lacan (año del sem 10), “de todas las señales, la angustia es aquella que no engaña.”. Angustia, de la cual nada querría saber. Amparar en el síntoma que obtura otro pensar sobre la situación que atraviesa. Clausurar todo aquello que la pregunta podría habilitar.

A partir de esta posible lectura, quedan abiertos otros interrogantes y puntos a seguir desarrollando para la conceptualización y profundización sobre el abordaje de situaciones de violencia de género.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, en línea. Buenos Aires. Disponible en [http://www.colpsibhi.org.ar/sites/colpsibhi/files/pdf/codigo\\_de\\_etica.pdf](http://www.colpsibhi.org.ar/sites/colpsibhi/files/pdf/codigo_de_etica.pdf)
- Lacan, J. (1984) El Seminario. Libro 10. La angustia. Buenos Aires: Paidós.
- Ley 26.485, de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009).
- Lombardi, G. (2014) Usos del síntoma, en línea. Disponible en <https://www.usosdelsintoma.com.ar/wp-content/uploads/2020/08/Usos-del-sintoma-G.-Lombardi.pdf>
- Protocolo para el abordaje de las violencias por género en el sector público nacional (2021) En línea. Disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo\\_violencias\\_por\\_motivos\\_de\\_genero\\_sp.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo_violencias_por_motivos_de_genero_sp.pdf)
- Rubinstein, A. (2004) El uso de diagnóstico en psicoanálisis. En: Un acercamiento a la experiencia. Buenos Aires: Grama.
- Seldes, R. (2004) La angustia y la certeza. *Virtualia*, 3 (10).