

II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

# **Análisis exploratorio de las particularidades subjetivas de la consulta en la guardia y su relación con tratamientos psicoterapéuticos o psiquiátricos previos o actuales.**

Santimaria, Larisa y Penecino, Ignacio.

Cita:

Santimaria, Larisa y Penecino, Ignacio (2010). *Análisis exploratorio de las particularidades subjetivas de la consulta en la guardia y su relación con tratamientos psicoterapéuticos o psiquiátricos previos o actuales. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-031/859>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/4tG>

*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>.*

- FREUD, S. (1926): "Inhibición, síntoma y angustia." En O.C. Tomo XX.
- GAUCHET, M. y SWAIN, G. (2000): El verdadero Charcot. Buenos Aires. Nueva Visión, 2000.
- LACAN, J. (1963-1964): El seminario. Libro X. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- LACAN, J. (1964): El seminario. Libro XI. Buenos Aires. Paidós. 1984.
- SANFELIPPO, L. (2009): "Trauma e historia". En C.D. de "Primeras Jornadas de Historia, Psicoanálisis y Filosofía". Organizadas por las cátedras de Filosofía de la Historia e Historia de la Psicología (Cat. I). Buenos Aires. C.C. de la Cooperación. 22 y 23 de octubre de 2009.
- SANFELIPPO, L. (2010): "Aportes freudianos a la historia reciente: la noción de trauma." En Trimboli, A. y otros (compiladores): Trauma, Historia y Subjetividad. Buenos Aires. AASM. 2010.

# ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LAS PARTICULARIDADES SUBJETIVAS DE LA CONSULTA EN LA GUARDIA Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS O PSIQUIÁTRICOS PREVIOS O ACTUALES

Santimaria, Larisa; Penecino, Ignacio  
Universidad de Buenos Aires

---

## RESUMEN

El presente trabajo tratará de indagar acerca de las particularidades subjetivas de la población que asiste a la consulta en la guardia de tres hospitales generales. Estos datos son luego puestos en relación con la existencia o no de tratamientos anteriores o actuales, ya sean psicoterapéuticos o psiquiátricos, en quienes consultan.

### Palabras clave

Urgencia Características Subjetivas Tratamiento

## ABSTRACT

EXPLORATORY ANALYSIS OF THE SUBJECTIVE PARTICULARITIES OF EMERGENCY CONSULTANTS AND ITS RELATION WITH PREVIOUS OR CURRENT PSYCHOTHERAPEUTIC OR PSYCHIATRIC TREATMENTS  
The following study inquires into the subjective particularities of the population that attends to emergency services in three general hospitals. These results are afterwards related with the existence or not of previous or current psychiatric or psychotherapeutic treatments in the patients.

### Key words

Urgency Subjective Characteristics Treatment Emergency Service

---

## INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo se enmarca en la investigación UBACyt "Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental"[i]. Hospital Central de San Isidro (Buenos Aires-Argentina), Hospital San Bernardo (Salta- Argentina), Hospital Maciel (Montevideo- Uruguay) y Hospital Das Clínicas (Belo Horizonte- Brasil). De los datos relevados en esta investigación tomaremos los recabados de 581 pacientes de los hospitales de San Isidro, Montevideo y Belo Horizonte. Se dejará para un próximo estudio el análisis de los datos correspondientes al Hospital San Bernardo de Salta.

Las preguntas que orientaron la investigación fueron ¿Cuáles son las características subjetivas de la población que concurre en urgencia? También nos preguntamos si el paciente realizó un tratamiento anterior, psicoterapéutico o psiquiátrico, o no. En esta exploración nos interesa indagar acerca de una pregunta un poco más abarcativa: ¿el paciente en urgencia logra una mejor ubicación subjetiva de los hechos si contó en su historia con un tratamiento anterior?

A raíz de estas preguntas, se hace necesario describir brevemente cada variable a tomar en cuenta y lo que, en el marco de este trabajo, se entiende por cada una de ellas. Tampoco puede dejar de plantearse qué entendemos por urgencia, que leemos desde una perspectiva psicoanalítica.

La urgencia, desde esta lectura, se separa de la emergencia médica, en donde la prisa por responder al padecimiento que trae el paciente aparece en primer plano, acallando el síntoma en lugar de apostar a la trama del mismo. Silvia Baudini, en "La urgencia y

el tiempo”, dirá que en la emergencia “opera el saber médico, la respuesta inmediata y quien presenta la emergencia es un sujeto pasivo del actor médico”[iii]

Siguiendo la propuesta de Inés Sotelo, “La urgencia da cuenta siempre de algo del orden de la ruptura, por eso es importante localizar que es lo que ha quebrado esa homeostasis (...) cuando se localiza esto, ya puede empezar a hacerse otra lectura”[iii], en esta otra lectura, como plantea Sotelo, es en donde se entrama esa “urgencia subjetiva” dando a un sujeto responsable, es decir que pueda responder de aquel sufrimiento.

En la presente investigación plateamos una definición de características subjetivas que conciernen a tres niveles de lectura posibles. El primero es si el paciente relata o no lo que ocurre. Por este nivel o “indicador de la variable contexto subjetivo” entendemos como que ya hay un locutor (el paciente, quien consulta) dirigiéndose a un posible alocutario (el entrevistador).

El indicador “¿localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?”, un segundo nivel, intenta distinguir si el paciente, ante preguntas como ¿en que momento apareció? ¿Qué ocurrió antes de que apareciera la urgencia?, puede o no armar una trama de acontecimientos ligados a la urgencia.

Con respecto al tercer nivel, al indicador “¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?” se tiene en cuenta si ante preguntas como ¿por qué cree usted que apareció el malestar o los síntomas actuales? el paciente logra o no formular alguna causa posible de su malestar.

Estos tres indicadores, que conforman la variable “contexto subjetivo”, están orientados a ubicar si el sujeto que llega a la urgencia ha podido “entramar alguna red en relación a eso que aparece desarticulado del resto de la vida”[iv]

Como este estudio no se trataría de comprobación de hipótesis causales sino que es un estudio exploratorio, nos propusimos las siguientes hipótesis a modo de ideas directrices:

- a) Se trata de una población heterogénea socio-cultural y económicamente, la que concurre a la consulta de urgencia.
- b) El paciente que concurre a la guardia resuelve la urgencia de manera distinta, si el mismo cuenta con un tratamiento psicoterapéutico anterior o no.

#### **OBJETIVOS PLANTEADOS:**

1. Caracterizar a los pacientes que asisten en urgencia desde los aspectos subjetivos.
2. Caracterizar a los pacientes que asisten en urgencia desde los aspectos que hacen a la variable “cuenta con tratamiento anterior o no”.
3. Relacionar la variable “cuenta con tratamiento anterior o no” con el indicador “localiza aspectos ligados a la aparición de la urgencia”.
4. Relacionar la variable “cuenta con tratamiento anterior o no” con el indicador “Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas”.

#### **METODOLOGÍA:**

La población elegida para ser parte de este estudio fue la siguiente: pacientes adultos, de ambos sexos, mayores de 15 años que consulten en urgencia, a lo largo de cuatro meses, en las guardias de los hospitales: Hospital Central de San Isidro (Buenos Aires-Argentina), Hospital Maciel (Montevideo- Uruguay) y el Hospital Das Clínicas (Belo Horizonte- Brasil).

El tipo de estudio elegido fue: exploratorio, descriptivo

#### **CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO**

Se diseñó un protocolo que sería completado por el profesional, médico o psicólogo con orientación psicoanalítica a cargo de la admisión. El profesional a cargo de la consulta de urgencia de cada hospital realiza la entrevista de admisión habitual en la urgencia, según la normativa del hospital y luego completa la ficha de admisión que forma parte de este protocolo, reuniendo los datos cuantitativos epidemiológicos que se hayan obtenido.

El instrumento se aplicó sobre un total de 581 casos pertenecientes a los tres hospitales nombrados anteriormente.

#### **RESULTADOS**

El 1º objetivo se cumplió, caracterizándose a los pacientes desde

los aspectos subjetivos:

El 94,7% de los pacientes que concurren al servicio de urgencias puede relatar lo que le ocurre con facilidad o con dificultad. Sólo un 3,6% no es capaz de armar un relato.

Del total de la muestra, un 84,9% pudo localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia con facilidad o con dificultad. Un 13,8% no fue capaz de hacerlo. En cuanto a formular hipótesis sobre la causa de sus síntomas, el 34,1% no puede hacerlo, mientras que un 64,2% lo hace con dificultad o con facilidad.

De aquellos que logran armar un relato sobre lo que les sucede con facilidad, el 96% puede localizar la aparición de la urgencia y el 79% logra formular una hipótesis sobre la causa de sus síntomas. A su vez, quienes relatan con dificultad, el 76,8% localiza la urgencia y el 46,9% formula una hipótesis sobre la causa de su padecimiento.

Por otro lado, de quienes no logran armar un relato, el 90,5% tampoco puede localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia y ninguno es capaz de formular una hipótesis sobre la causa.

El 2º objetivo se cumplió, caracterizándose a los pacientes que asisten en urgencia desde los aspectos que hacen a la variable si ha concurrido a un tratamiento anterior o no, ya sea psicoterapéutico o psiquiátrico.

Del total de los consultantes, el 42% nunca realizó un tratamiento, ni psicológico ni psiquiátrico. Un 7,7% cuenta con un tratamiento psicológico actual mientras que un 21,7% tiene un tratamiento anterior. El 23,9% no contaba con un tratamiento psicológico pero sí con uno psiquiátrico.

El 3º objetivo se cumplió, relacionándose la variable “cuenta con tratamiento anterior o no” con el indicador “localiza aspectos ligados a la aparición de la urgencia”.

Del total de la muestra que cuenta con un tratamiento actual el 8,9% no localiza, el 35,6% lo hace con dificultad y el 55,6% localiza con facilidad.

De aquellos que tienen un tratamiento anterior el 12,7% no localiza la urgencia, mientras que el 27,8% localiza con dificultad y el 58,7% lo hace con facilidad.

De los consultantes que nunca tuvieron un tratamiento el 13,9% no localiza la aparición de la urgencia. Quienes sí localizan, el 37,3% lo hace con dificultad y el 47,1% con facilidad.

Por último, de aquellos pacientes que no tienen tratamiento psicológico, pero sí psiquiátrico, el 15,8% no puede localizar la aparición de la urgencia, mientras que el 30,2% puede localizar con dificultad y el 53,2% lo hace con facilidad.

El 4º Objetivo se cumplió, relacionándose la variable “cuenta con tratamiento anterior o no” con el indicador “Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas”.

De quienes cuentan con un tratamiento psicológico actual el 20% no formula hipótesis, el 40% lo hace con dificultad y el 37,8% con facilidad.

En tanto que aquellos que contaban con un tratamiento psicológico anterior el 31% no pueden formular hipótesis. De quienes formulan hipótesis, el 20,6% lo hace con dificultad y el 47,6% lo hace con facilidad.

De los consultantes que nunca realizaron tratamiento el 44,3% no logra formular una hipótesis sobre la causa de su síntoma, mientras que el 23% lo hace con dificultad y el 30,3% con facilidad.

Por último, quienes cuentan con un tratamiento psiquiátrico el 23,7% no formula hipótesis, el 28,1% lo hace con dificultad y el 47,5% con facilidad.

#### **CONCLUSIONES:**

A partir del primer objetivo que nos propusimos en este trabajo podemos observar que un 94,7% de los consultantes de los tres hospitales logra relatar lo que le ocurre; pero esto no conlleva necesariamente a que puedan localizar la aparición de la urgencia o formular hipótesis sobre la causa de sus padecimientos (84,9% y 64,2% respectivamente). También observamos que es más frecuente que quienes no pueden armar un relato tampoco sean capaces de localizar la urgencia o formular una hipótesis. Ahora bien, con respecto a la medición realizada en el 2º objetivo encontramos que el 57.1% de los pacientes que concurren al servicio de urgencias cuenta con algún tipo de tratamiento, ya sea

anterior o actual. Del total de los consultantes el 42% nunca realizó un tratamiento. Es interesante tomar en cuenta este último dato, ya que podría pensarse al dispositivo de la urgencia como un primer encuentro con un profesional de salud mental y las incidencias que este encuentro podrían tener en un tratamiento posterior. Se plantea aquí la pregunta, que excede el marco del presente trabajo, ¿para cuantos y cuales pacientes esto es así?, o sea cuantos y cuales de los consultantes son derivados a un tratamiento y de estos cuantos efectivamente inician uno. Para nuestras conclusiones veremos más adelante como se ponen de relieve estos datos al compararlos con otras variables y hacia donde nos permiten concluir.

Con respecto a los objetivos 3 y 4, nos encontramos con ciertos datos significativos: un gran porcentaje de quienes cuentan con un tratamiento psicológico, ya sea actual o anterior, localiza la aparición de la urgencia, siendo este porcentaje mayor al 86%. Este baja muy poco para aquellos pacientes que nunca tuvieron tratamiento o para quienes cuentan con uno psiquiátrico (84,4% y 83,4% respectivamente). No sucede lo mismo cuando se trata de formular hipótesis, donde las diferencias entre quienes cuentan con tratamientos y quienes no, rondan entre el 14% y el 25%: de los pacientes con tratamiento psicológico actual o anterior pueden formular el 77,8%, el 68,2% respectivamente y el 75,6% de aquellos con tratamiento psiquiátrico. En cambio, de los pacientes que nunca realizaron tratamiento el 53,3% puede hacerlo. Vemos entonces una tendencia en los datos a mostrar que quienes cuentan con un tratamiento psicológico tienen más probabilidades de localizar acontecimientos ligados a la urgencia, tendencia que se acentúa al medir la variable formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas. Corresponde a una investigación diferente corroborar si esta tendencia es significativa o no.

#### NOTAS

[i] **Los integrantes del Equipo son: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga (Codirector)**, Lucas Leserre, Raul Solari, Marta Coronel, Miguel Marini, Jimena Jorge, Alejandra Rojas, Mariela Vigil, Valeria Mazzia, Verónica Capurro, Ignacio Penecino, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, Graciela Tutanowski (Investigadores de apoyo).

Conexión del Proyecto con otros grupos de investigación del país y del extranjero:

**Salta, Argentina:** Maximiliano Alesanco, Marta Pagano de Verde, Julio Cesar Amado, Mariana Torres Jiménez, Andrea de Santis y Alicia Araoz.

**Montevideo, Uruguay:** Pablo Fidacaro, Eva Palleiro, Julio Lindner, Mercedes Couso y Ariel Montalbán.

**Universidade Federal de Minas Gerais y Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil:** Lucíola Freitas de Macêdo, Jorge Antônio Pimenta Filho, Carolina Leal Ferreira Simões, Larissa Figueredo Gomes, Raquel Nogueira Duarte, Iara Biondi E Rodrigo Ferreira

[ii] BAUDINI, S. (2005) "La urgencias y el tiempo" en "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista" Buenos aires, JCE Ediciones.

[iii] SOTELO, I. (2007) "Clínica de la urgencia" Buenos Aires, JCE Ediciones.

[iv] SOTELO, I. (2007) "Clínica de la urgencia" Buenos Aires, JCE Ediciones.

#### BIBLIOGRAFIA

A.A. V.V. (2006) Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría N° 65 Enero- Febrero, Polemos, Bs. As.

BELAGA, G. (Comp) (2004) La urgencia generalizada, la practica en el hospital, Grama, Bs. As.

GARCÍA, G. (2005) Actualidad del trauma, Grama, Bs. As.

SOTELO, I (comp.) (2005) Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista. JCE Ediciones, Bs. As.

SOTELO, I. (2007) "Clínica de la urgencia" Buenos Aires, JCE Ediciones.

SOTELO, I., (Comp.) (2009) Perspectivas de la clinica de la urgencia, Grama, Bs. As.

## ¿ES POSIBLE MIRARSE EL OJO EN UN ESPEJO?

Santos, Mara Gabriela; Corino, Carolina Alicia

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

#### RESUMEN

A partir de la lectura e investigación que tuvo como eje el texto de Lo ominoso de Freud intentaremos pensar el lugar de lo siniestro en la clínica psicoanalítica y su relación con el esquema óptico planteado por Lacan, para tal motivo apelaremos al uso de la clínica y de la literatura, con un recorrido del cuento de Edgard Allan Poe "Corazón delator". Freud intentando ir mas allá de la ecuación ominoso = no familiar, toma la palabra en alemán "Heimlich-Unheimlich" arribando a la premisa que "Unheimlich" (ominoso) es una variedad de "Heimlich" (familiar). ¿Cómo lo familiar puede devenir terrorífico?, ¿cuándo podríamos ubicar el instante de lo siniestro?

#### Palabras clave

Siniestro Familiar Espejo Deseo

#### ABSTRACT

IS IT POSSIBLE TO LOOK AT ONE'S EYES IN THE MIRROR?

From the reading and research that revolved around the text The Uncanny by Freud, we will try to analyze the role of the sinister in psychoanalytic clinical practice and its connection with the optical scheme proposed by Lacan. To that end, we will resort to the use of clinical practice and literature, including a trip down Edgar Allan Poe's The Tell-Tale Heart. Freud, in an attempt to go beyond the equation uncanny = not familiar, takes the German words "Heimlich-Unheimlich" arriving at the conclusion that "Unheimlich" (uncanny) is a variety of the word "Heimlich" (familiar). How can something familiar become horrific? When does it become sinister?

#### Key words

Sinister Familiar Mirror Desire

*"En la dialéctica del ojo y la mirada no hay coincidencia alguna, sino un efecto de señuelo... lo que miro nunca es lo que quiero ver"*  
J. Lacan

Seminario XI Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis.

Cáp. VII Ed Paidós Bs. As. 1991

A partir de la lectura e investigación que tuvo como eje el texto de Lo ominoso de Freud intentaremos pensar en este escrito el lugar de lo siniestro en la clínica psicoanalítica y su relación con el esquema óptico planteado por Lacan, para tal motivo apelaremos al uso de la clínica y de la literatura.

Freud intentando ir mas allá de la ecuación *ominoso = no familiar*, toma la palabra en alemán "Heimlich-Unheimlich" arribando a la premisa que "Unheimlich" (ominoso) es una variedad de "Heimlich" (familiar). Ahora bien, ¿cómo lo familiar puede devenir terrorífico?, ¿cuándo podríamos ubicar el instante de lo siniestro?

Lo ominoso sería algo que destinado a permanecer oculto a salido a la luz, lo espeluznante. Freud plantea que el prefijo "un" de la palabra "Unheimlich", es la marca de la represión.

Iniciaremos este recorrido con un párrafo del cuento de Edgard Allan Poe "Corazón delator".

*"Amaba al buen anciano... pero tenía en sí algo desagradable. ¡Era uno de sus ojos...! Aseméjase al de un buitre y tenía el color azul pálido. Cada vez que este ojo fijaba en mí su mirada, se me helaba la sangre en las venas; y lentamente, por grados, comenzó a germinar en mi cerebro la idea de arrancar la vida al viejo, a fin de librarme para siempre de aquel ojo que me molestaba."*

Consideramos de importancia ubicar en primer lugar, el ojo, "este