

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires

Argentina

Rojas, M. Alejandra; Miari, Antonella S.; Fazio, Vanesa P.; Moavro, Lucía
LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS: EMPLEO
DE HISTORIAS CLÍNICAS, CASOS CLÍNICOS Y PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Anuario de Investigaciones, vol. XXIII, 2016, pp. 179-185

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696058>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS: EMPLEO DE HISTORIAS CLÍNICAS, CASOS CLÍNICOS Y PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

PSYCHOANALYTIC RESEARCH IN HOSPITAL SETTINGS: USE OF MEDICAL RECORDS, CLINICAL CASES AND RESEARCH PROTOCOLS

Rojas, M. Alejandra¹; Miari, Antonella S.²; Fazio, Vanesa P.³; Moavro, Lucía⁴

RESUMEN

El siguiente artículo se enmarca en el Proyecto de Investigación UBACyT 2014-2017: "La Urgencia en Salud Mental en el Hospital Público en la Ciudad de Buenos Aires"¹, cuyo objetivo principal es caracterizar la población que consulta en urgencia, así como el modo de intervención y resolución frente a la misma, en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este objetivo responde al propósito de contribuir con el diseño de dispositivos eficaces para la atención de este tipo de demanda. En la investigación se recorta una muestra que comprende pacientes de ambos sexos, que consultan en los servicios de urgencia dentro de un período de tres meses. Para la recolección de datos se emplea como instrumento un protocolo que es completado por el profesional encargado de la atención de la consulta una vez finalizado el proceso de admisión y la resolución de la urgencia.

En este trabajo nos proponemos profundizar acerca de las nociones de historia clínica y de caso clínico psicoanalítico con el objetivo de formalizar parte de nuestra experiencia como investigadores en el campo de la Salud Mental. Consideramos que la delimitación, articulación y distinción entre ambas nociones constituye un paso previo esencial para la práctica clínica y de investigación en psicoanálisis en el marco de instituciones hospitalarias.

Palabras clave:

Psicoanálisis - Casos - Historias Clínicas - Protocolos

ABSTRACT

The following article is part of the Research Project 2014-2017 UBACyT: "The Emergency Mental Health at the Public Hospital in the City of Buenos Aires", whose main objective is to characterize the population in urgent consultation and mode of intervention and resolution against it, in public hospitals in Buenos Aires. This objective serves the purpose of contributing to the design of effective care for this type of demand devices. Research in a sample comprising patients of both sexes, consulting in emergency services within a period of three months is cut. For data collection instrument is used as a protocol that is completed by the professional responsible for the care of the consultation once completed the admission process and resolution of urgency.

In this paper we propose to deepen about the notions of history and psychoanalytic clinical case with the aim of formalizing part of our experience as researchers in the field of Mental Health. We believe that the definition, articulation and distinction between the two concepts are essential for clinical research and practice in psychoanalysis within hospitals previous step.

Key words:

Psychoanalysis - Cases - Medical Records - Protocols

¹UBACyT 20020130200297BA. Directora: Dra. Inés Sotelo. Miembros del equipo: Belaga, Guillermo; Rojas, María Alejandra; Leserre, Lucas; Santamaría, Larisa; Fazio, Vanesa Patricia; Miari, Antonella Silvana; Moraga, Patricia; Mazzia, Valeria; Paturlanne, Emilia Luciana; Févre, Mariana; Tustanoski, Graciela; Rodriguez, Lucas; Triveño, Gabriela; Irrazabal, Evangelina; Coronel, Marta; Santamaría, Gabriela; Hojman, Lorena María Clara; Melamedoff, Daniel Martín; Vizzolini, Leandro, Moavro, Lucía; Alvite Guelbenzú, Melina.

¹Lic. en Psicología. Docente de la Facultad de Psicología de la UBA. Consejera Superior por el Claustro de Graduados de la UBA. E-mail: malejandrarojas@hotmail.com

²Lic. en Psicología, UBA. Maestría en Psicoanálisis, UBA. Psicóloga de Planta del Hospital Ramos Mejía, GCBA. Docente en UBA. y en U.C.E.S. Investigadora UBACyT.

³Licenciada en Psicología. Profesora de Enseñanza Media y Superior en Psicología. Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera e Investigadora en P.P. Clínica de la Urgencia- Facultad de Psicología- UBA.

⁴Estudiante de la Carrera de Psicología de la UBA. Ayudante de Cátedra de Psicoanálisis Orientación Lacaniana. Investigadora UBACyT.

INTRODUCCIÓN

El siguiente artículo se enmarca en el Proyecto de Investigación UBACyT 2014-2017: "La Urgencia en Salud Mental en el Hospital Público en la Ciudad de Buenos Aires", cuyo objetivo principal es caracterizar la población que consulta en urgencia, así como el modo de intervención y resolución frente a la misma, en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este objetivo responde al propósito de contribuir al diseño de dispositivos eficaces para la atención de este tipo de demanda. De este modo, en la investigación se recorta una muestra que comprende pacientes de ambos sexos, que consultan dentro de un período de tres meses en los servicios de urgencia. Para la recolección de datos se emplea como instrumento un protocolo que es completado por el profesional encargado de la atención de la consulta una vez finalizado el proceso de admisión y la resolución de la urgencia.

No se apela al uso de historias clínicas, puesto que la investigación pretende dar cuenta de interrogantes que no responden a los datos que suelen consignarse en las mismas, tales como: diagnóstico estructural psicoanalítico, cambios en la posición del sujeto en relación con su padecimiento durante la consulta y fenómenos transferenciales, entre otros. Se incluyen en el protocolo de la investigación variables que usualmente están comprendidas en la historia clínica, pero contempla, además, otros aspectos que suelen consignarse en la construcción de casos clínicos psicoanalíticos. Es por ello que consideramos esencial indagar la relación entre la noción de historia clínica y la de caso clínico psicoanalítico. Por otro lado, este trabajo pretende establecer un contrapunto entre ambos, con la intención de situar sus diferencias y similitudes.

DESARROLLO

1. LA HISTORIA CLÍNICA

De acuerdo con la Ley vigente, la historia clínica constituye uno de los "derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud y cualquier efector de que se trate..." (L.26.529). Desde esta perspectiva, se la define como un "documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud" (L.26.529).

1. 1. ANTECEDENTES

En el artículo "Historia de la historia clínica" (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro 2012) se realiza un estudio sobre los antecedentes de este documento desde sus orígenes hasta el Siglo XX, en el que pueden ubicarse las diferentes formas que fue adquiriendo a lo largo del tiempo y a través del desarrollo de la medicina.

Como punto de partida, se ubica que las primeras historias clínicas están contenidas en los libros "Las Epidemias I y III" del Corpus Hippocraticum (libros que representan el origen del saber científico-médico occidental).

Se afirma que la historia clínica propiamente dicha nace en la escuela Hipocrática, que revolucionó la medicina de la Antigua Grecia, al convertirla en una auténtica ciencia

en el Siglo V a.C. En el seno de la misma, es adoptado el requerimiento de consignar por escrito la experiencia de los practicantes aprendices ante los pacientes. Esta consignación seguía un ordenamiento preestablecido: luego de los datos del paciente, se describía el curso de la enfermedad con una rigurosa ordenación cronológica de los hechos, aunque sin mencionar los tratamientos (salvo en aquellos casos que se consideraran excepcionales).

Más adelante, en la Edad Media, se destaca la creación del "consilium" (documento escrito por consejos de los médicos con mayor experiencia). En cada uno de estos documentos se enumeraban los síntomas que presentaban los pacientes y se buscaba incluir expresamente el diagnóstico diferencial, dada la gran preocupación de la época por conocer las causas de las enfermedades. En ellos se detallaba una amplia discusión terapéutica, pero no se consignaba el "exitus", o sea, la resolución de la enfermedad. Asimismo, en el mencionado artículo, se señala el comienzo del empleo del término "casus", para hacer referencia al proceso morboso, durante el Renacimiento. En efecto, en el primer período de los tiempos modernos, se recurre a las "Observatio", surgidas de las lecciones clínicas a los estudiantes. La preocupación por la descripción de nuevas enfermedades llevó a la publicación de cientos de casos raros. Progresivamente, con la modificación en el estilo de pensamiento propia del hombre del Renacimiento, la historia clínica se transforma en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, que culmina con una reflexión diagnóstica, las indicaciones terapéuticas y el "Exitus" (salida hacia la curación) o "Exitus letalis" (muerte).

Ya en el Siglo XVII, Sydenham, uno de los médicos más destacados de Inglaterra, retoma las enseñanzas del Corpus Hippocraticum, redactando meticulosamente las historias individuales de sus pacientes y reuniendo su experiencia clínica en el "Observationes medicae", donde hacía descripciones exhaustivas de los síntomas y signos, a partir de un estrecho contacto con el paciente. En esta misma época, la práctica de la autopsia se generaliza y el informe anatomo-patológico se hace frecuente como fin de la historia clínica (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro 2012, Molina 2010).

Según el artículo anteriormente mencionado, fue a lo largo del Siglo XIX que la historia clínica ganó riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna, debido al gran desarrollo tecnológico. Las nuevas invenciones como el termómetro, el estetoscopio, el esfigmomanómetro y las técnicas ópticas, permitieron que se comenzaran a medir síntomas y signos con mayor exactitud, al mismo tiempo que abrieron el campo a distintas especialidades médicas e informes de pruebas especializadas.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, se puede ubicar un cambio sustancial en elaboración de la historia clínica, ya que las enfermeras y otros profesionales comenzaron a incluir su registro de atención, convirtiéndolo en un documento multidisciplinario. Además, con el surgimiento de los Servicios nacionales de Salud en toda Europa, este documento pasó a ser parte del sistema público (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro 2012).

Finalmente, en la última década del Siglo XX, surge la perspectiva jurídica de la historia clínica. La misma se transforma en un documento legal de cumplimiento obligatorio y, debido a que contiene información privada, queda sujeta a la ley de protección de datos y al secreto profesional, para garantizar la intimidad del paciente (Molina 2010).

1.2. LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD EN ARGENTINA

Luego de abordar sus antecedentes, resulta fundamental señalar que la historia clínica “no se encontraba regida por leyes específicas en el país hasta la promulgación de la Ley 26.529 el 19 de noviembre del año 2009” (Carreras Martín). Aunque la Ley se refiere específicamente al empleo de las historias clínicas, no se reduce a ello: hace hincapié en los derechos de los pacientes en relación con el sistema de salud y los profesionales del sistema sanitario (Carreras Martín). Se trata de un documento en el que se consignan datos precisos y relevantes, tanto para el profesional que atiende la consulta, como para la institución que recibe la demanda. Resulta de particular importancia en caso de futuros tratamientos en la misma institución, ya que en ella se detalla la evolución del cuadro clínico, entrevista tras entrevista, desde la primera consulta hasta la conclusión del tratamiento (Sotelo 2007, p. 62).

Su elaboración responde a diversos propósitos:

- *Asistenciales*: ya que, además de registrar cada prescripción de los profesionales, permite evaluar la calidad de la atención;
- *Legales y administrativos*: en tanto se trata de un documento público de acceso limitado y de confección obligatoria, que puede servir al control y gestión de los servicios prestados en instituciones sanitarias (Rojas 2007);
- *De docencia e investigación*: pues posibilita realizar diferentes tipos de análisis, como por ejemplo, establecer la prevalencia de una determinada patología;
- *Como instrumento de dictamen pericial*: en la medida en que es considerada la principal prueba material en los procesos de responsabilidad profesional (Varela y otros 2012, p. 99).

Lo esperable es que sea única, es decir, que se confccione una por cada paciente. Existen características que permiten determinar la calidad de la historia clínica y, por ende, su fuerza probatoria. La misma debe ser: completa, coherente, sustentada, sin espacios en blanco, con autorizaciones incluidas, fechada y firmada, legible y con informe de alta (Riondet 2007).

Por lo general, en su elaboración se contempla el entre-cruzamiento de dos ejes. Por un lado, el denominado eje sincrónico, que implica la consideración del estado de salud del paciente al momento de la consulta. Por otro, el eje diacrónico, que considera la evolución del cuadro clínico en el tiempo. En este eje se incluyen derivaciones, indicaciones y otros documentos pertinentes (Rojas 2007). Los datos clínicos obtenidos deben ser lo suficientemente claros y relevantes como para permitir la formu-

lación de un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Además, el lenguaje empleado debe ser susceptible de ser interpretado por profesionales de diversas disciplinas, por lo que se deben emplear términos técnicos universalizables. En Salud Mental, la variedad de corrientes teóricas que orientan la práctica de los profesionales implica que, en ocasiones, su lectura se vea obstaculizada. Para sortear dicho obstáculo, es habitual el uso de manuales como el DSM IV, para unificar criterios diagnósticos; sin embargo, el empleo de dichos manuales no es de carácter obligatorio.

En este sentido, cabe destacar que la construcción de la historia clínica no se basa en un modelo único, es decir, varía de acuerdo a la institución, el ámbito (público o privado), la especialidad, etc. De todos modos, encontramos que, en general, su estructura comprende la anamnesis, la evolución y la epicrisis del caso. En la anamnesis se consigna información relevante que se obtiene en las primeras entrevistas, tales como: datos de identificación del paciente, motivo de consulta, enfermedad actual (es decir, la descripción del estado actual del cuadro clínico), antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, examen psiquiátrico, motivo de internación (si la hubiere), diagnóstico, intervenciones terapéuticas, consentimiento informado y pronóstico. Concluida la anamnesis, se registra la evolución del paciente. En último lugar, finalizado el tratamiento, se elabora la epicrisis, que consiste en una síntesis sobre los aspectos más relevantes del mismo.

Sintetizando, por lo anteriormente expuesto y, de acuerdo con la finalidad de nuestro estudio, resulta fundamental destacar que su ejercicio está enmarcado en una trama determinada, es decir, que está atravesado por las condiciones sociales, políticas e institucionales en las cuales se desarrolla la práctica profesional (Rossi e Ibarra 2010). No obstante, se puede afirmar que la historia clínica, más allá de las múltiples condiciones que la atraviesan, nace en el seno del paradigma médico y responde al discurso que de allí se desprende, apuntando a la máxima objetividad y descripción fiel del proceso morbo-so. El discurso del psicoanálisis, en cambio, responde a un paradigma cuyo objetivo es ubicar la singularidad del sujeto y es por ello que resulta necesario señalar las particularidades de la construcción del caso clínico psicoanalítico. Los psicoanalistas muchas veces llevan a cabo su práctica en instituciones hospitalarias, lo cual implica el diálogo e intercambio con variados discursos, en particular, el discurso médico.

2. EL CASO CLÍNICO PSICOANALÍTICO

Luego de un breve recorrido acerca de sus orígenes y, tras establecer las principales características de la historia clínica en la actualidad, nos centraremos en la noción de caso clínico en psicoanálisis. En primer lugar, nos referiremos a su evolución histórica, para presentar luego algunas consideraciones sobre la noción actual de caso clínico psicoanalítico.

En términos generales, podemos afirmar que en psicoanálisis el término “caso” responde a diferentes significa-

dos y se refiere a un relato de extensión muy variable. En algunas ocasiones es empleado como sinónimo de tratamiento y, en otras, se refiere a la elaboración escrita que hace un analista con propósitos de transmisión. Puede adoptar diferentes formas, tales como ateneo, viñeta, historial, etc. (Azaretto 2007). A pesar de esta variedad, los psicoanalistas coinciden en que un caso es el resultado de una construcción (Alvarez 2005; Bassols y otros 2005; Serra Frediani, 2007). De allí que afirmen que, de un mismo material clínico, pueden desprenderse diversos casos. A continuación, intentaremos ubicar cuáles son las particularidades que definen al caso clínico psicoanalítico.

2.1. ORÍGENES

Es indudable que es Freud quien inaugura la noción de caso clínico en psicoanálisis. Herencia de la psiquiatría, con sus diferencias, conocemos aquellos casos alrededor de los cuales forja los pilares de la disciplina: desde los “Estudios sobre la histeria” (Breuer & Freud 1893-95), “El caso Dora”, “El Hombre de las Ratas”, “El Pequeño Hans”, “La Joven Homosexual”, etc. En los inicios de su práctica, el “caso freudiano” consiste en un relato que muestra, a partir de la situación analítica, la relación entre el sufrimiento del paciente y el desciframiento inconsciente que el análisis posibilita. Este relato toma la forma de la novela. Freud mismo se sorprende de que “sus historias de enfermos se lean como novelas que están, por decirlo así, desprovistas del carácter serio de la científicidad” (De Certau 1987, p. 3). El modo de escritura, la teoría misma, adquiere dicha forma. Que el discurso psicoanalítico adquiera la estructura de la novela implica una renuncia por parte de Freud a la *presentación de casos* practicada por Charcot: una descripción basada en la *observación*, es decir, en la exposición de cuadros estáticos, objetivos, que destacan síntomas y signos relativos a un modelo sincrónico de la enfermedad. Por el contrario, Freud introduce la diacronía a través de la historia del sufrimiento, es decir, una serie de acontecimientos de la vida del paciente que se articulan con la semiología que presenta. Estos sucesos no son accesorios sino decisivos en la comprensión y abordaje de la enfermedad: “... el psicoanálisis arranca justamente de ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo” (Freud 1916-17, p. 235). Además, el “cuadro psiquiátrico” deja por fuera no sólo a la historia, sino también al médico. En cambio, la “novela psicoanalítica”, el análisis de los casos que Freud presenta, incluye siempre al analista como un elemento inseparable en la elucidación, el curso y el tratamiento de la enfermedad. Esto es lo que Freud formula con el concepto de “neurosis de transferencia”: “...dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia, de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico” (Freud 1914, p. 156). La enfermedad y su tratamiento no son sin el médico, por ende, tampoco lo es el relato del caso. Y no hay novela sin historia. Lo que Freud descubre, en efecto, es que la conciencia “es a la vez la máscara

engañosadora y la huella efectiva de acontecimientos que organizan el presente. Si el pasado es rechazado, regresa (...) al presente de donde él ha sido excluido” (De Certau 1987, p. 77). Lacan lo formula de este modo: “El inconsciente es ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por un embuste: es el capítulo censurado” (Lacan 1953, p. 249). En este punto, el inconsciente es un capítulo de esa novela que en el análisis se escribe con el analista.

Este modo inicial de relato del caso se modifica –según el planteo de Eric Laurent (Laurent 2003)- a partir del giro que introduce Freud en 1920 con la publicación de “Más allá del principio de placer” (Freud 1920) y el consecuente límite a la interpretación que allí se plantea. Tal como lo plantea Laurent, se produce un tope al desciframiento que conduce a los psicoanalistas a poner el acento en lo que resiste a la lógica de inconsciente dinámico: “En lugar de la asociación triunfante que llega hasta el fin del síntoma, los psicoanalistas han de ocuparse del síntoma que resiste al desvelamiento del inconsciente” (Laurent 2003). A partir de ello, afirma que los relatos de casos comienzan a centrarse alrededor de las dificultades de los análisis y se extienden hacia terrenos poco explorados en aquel momento, como el de las psicosis. Prevalece, entonces, la forma corta del relato, en oposición a la novela que es, por definición, un relato de extensión considerable. Así, “la unidad del relato del caso no es ya el destino de un sujeto, sino el hecho memorable, transmisible, extraído de una sesión” (Laurent 2003). Se hace hincapié en el establecimiento de algunas intervenciones clave que dan cuenta de la práctica y del saber hacer del psicoanalista, predominando la forma corta, la viñeta, como modo privilegiado de narración del caso. Podemos afirmar, en líneas generales, que la forma y contenido del caso dependerán, en gran medida, del propósito del analista al momento de construirlo.

2.2. EL CASO CLÍNICO PSICOANALÍTICO EN LA ACTUALIDAD

Cuando el caso clínico se construye con la intención de transmitir una experiencia, puede responder a diversos fines, tales como la enseñanza, la investigación o el control. A continuación presentaremos algunas consideraciones respecto de cada uno de ellos.

La construcción de un caso con fines de enseñanza permite al analista transmitir aquello que aprendió del caso, los aspectos que del mismo promovieron un conocimiento nuevo respecto del saber teórico constituido (Álvarez 2005). En este sentido, “la clínica psicoanalítica refleja la diversidad de las vías por las cuales enfrentamos el real en juego en cada caso, extrayendo de ello una enseñanza y produciendo una transmisión” (Bassols y otros 2005, p. 1). Como ejemplo se puede apelar a la construcción que realiza Freud en “Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)” (Freud 1905 [1901]), en el que el material se ordena alrededor de dos sueños. Este ordenamiento responde al objetivo de dar cuenta del papel que juega la interpretación de los sueños en psicoanálisis, al mismo tiempo que permite destacar algunas consideraciones

fundamentales respecto del cuadro clínico de la histeria. Por otro lado, mediante la construcción de un caso, el analista en ocasiones, somete a examen la teoría, tanto para confirmarla como para refutarla, así como para abrir una vía de investigación o para elevar una particularidad clínica a la categoría de paradigma (Bassols y otros 2005). Aquí se puede situar como ejemplo el caso del "Hombre de los sesos frescos", que Ernst Kris toma de Melitta Schmideberg y que Lacan retoma para dar cuenta de las características del acting out, la transferencia, la posición del analista y los impasses que un análisis puede atravesar (Lacan 1958).

En este sentido, el caso clínico puede convertirse en un recurso para la investigación en psicoanálisis. El material clínico, con este propósito, será seleccionado de acuerdo al tipo de investigación que se efectúa, el problema que se plantea, sus propósitos y objetivos (Azaretto 2007). Sin embargo, el recurso del caso clínico en la investigación psicoanalítica no puede responder al propósito de la generalización. Aunque pueda ser ubicado como paradigmático, la producción que se realiza a partir de un caso clínico no puede extenderse a otros. Entre los casos paradigmáticos, podemos mencionar los historiales de Freud, en particular "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)" (Freud 1911 [1910]) y "A propósito de un caso de neurosis obsesiva" (Freud 1909), como paradigmáticos de la paranoia y la neurosis obsesiva respectivamente. Aún con la existencia de casos de este tipo, los resultados obtenidos a partir del análisis de un caso, no pueden aplicarse a otros, puesto que cada caso es particular e "...irrepetible como tal no sólo por la multiplicidad de variables en juego, sino también por el hecho de que se trata de una experiencia "bajo transferencia"" (Escars 2004, p. 10). La singularidad del caso responde a la particular manera que cada sujeto ha encontrado para arreglárselas con el goce y no sólo a las características de su biografía. Efectivamente, Lacan indica que el caso de cada sujeto no tiene utilidad para los casos de otros sujetos, aunque sean del mismo tipo. Esto es así porque "...lo que resulta de la misma estructura, no tiene forzosamente el mismo sentido. Es en eso que no hay análisis sino de lo particular" (Lacan 1973, p. 11). Finalmente, en relación con la construcción del caso clínico con fines de realizar un control, el psicoanalista Juan Carlos Indart (Indart 1993) señala que se trata de una práctica que es inherente a la labor del analista y que se realiza desde los orígenes del psicoanálisis, cuando los discípulos de Freud empezaron a discutir con él sus casos. La práctica del control, sostiene, es una parte fundamental en la formación del psicoanalista, "una práctica por la cual resulta posible controlar la dirección de la cura" (Indart 1993, p. 61). Destaca la soledad del analista en su acto y subraya el valor del control como un intento por transmitir la experiencia, sus obstáculos y el saber que de ella puede extraerse. En este punto se acentúa la exposición del propio analista en la construcción de un caso, ya que en su relato testimonia qué ocurre en la intimidad de las sesiones, cuáles son los efectos de sus intervenciones, cómo se posiciona en la dirección de la cura. Sobre

esta afirmación, podemos citar a Lacan, quien sostiene que "la clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar al análisis, sino en interrogar a los analistas, de modo que éstos hagan saber lo que su práctica tiene de azarosa y que justifique a Freud el haber existido. La clínica psicoanalítica debe ayudarnos a relativizar la experiencia freudiana..." (Lacan 1977, p. 23).

La construcción del caso parte de los dichos del sujeto, pero supone, como hemos dicho, una construcción por parte del analista. Esta construcción contempla, por un lado, aquello que se refiere al funcionamiento de la lógica significante y, por el otro, al problema libidinal. Es decir que implica la referencia a la novela familiar, el encadenamiento significante en que el sujeto se representa y del cual surgen los efectos de sentido, sin descuidar lo referente al punto de goce que debe tocar todo análisis. Se trata, pues, de dar cuenta de la lógica de los procesos inconscientes. "Si observamos esta gravitación de la lógica significante en el campo del goce, entonces podremos hablar del caso..." (Laurent 2002, p. 4).

Estas dos dimensiones se ordenan, a su vez, a partir de la posición del analista en la dirección de la cura: su política, su estrategia (es decir, el manejo de la transferencia) y su táctica (la interpretación, sus intervenciones y los efectos de las mismas).

El analista, entonces, relata las particularidades de la transferencia. En efecto, los procesos inconscientes adquieren una nueva significación a partir del encuentro con un analista. Al construir un caso es necesario dar cuenta de este nuevo ordenamiento de los elementos de la estructura bajo transferencia (Bassols y otros 2005).

Del mismo modo, la manera en que se construye el caso clínico en psicoanálisis depende también del marco teórico que oriente la labor del analista. Freud, al escribir un caso intenta no sólo dar cuenta de las particularidades de la experiencia clínica, sino también de las generalidades que de ella se pueden extraer para la construcción del cuerpo teórico del psicoanálisis. Es en este sentido que un mismo material puede ser leído a la luz de diferentes marcos teóricos y, por ende, se pueden construir a partir de él diferentes casos clínicos (Azaretto 2007).

Cuando se trata de casos clínicos construidos desde el marco teórico del psicoanálisis de orientación lacaniana, se puede afirmar que el material que se consigne no tiene que ser exhaustivo ni exacto. Freud lo dice de la siguiente manera: "...unos protocolos exactos en un historial clínico analítico rinden menos que lo que se esperaría de ellos. En rigor, se alinean con esa pseudo exactitud de la que tantos ejemplos llamativos nos ofrece la psiquiatría «moderna». Por lo general, son fatigosos para el lector y no consiguen sustituirle su presencia en el análisis" (Freud 1912, pp. 113-114). De este modo, una breve viñeta puede bastar para interrogar algún aspecto de la teoría, para la transmisión o para la investigación, tanto como un historial completo.

Siguiendo esta línea, cabe señalar que el caso clínico debe respetar el secreto profesional, por lo que no puede ser muy detallado. Así en la introducción de "A propósito de un caso de neurosis obsesiva" (Freud 1909) Freud in-

dica: "En efecto, no puedo comunicar el historial completo de tratamiento porque ello exigiría penetrar en el detalle de las circunstancias de la vida de mi paciente" (Freud 1909, p. 13). Se trata, pues, de respetar la intimidad del sujeto, de no incluir datos que devuelvan su identidad o que permitan develarla. El material debe ordenarse de manera lógica, pero con cuidado de no revelar demasiados detalles sobre la vida del sujeto.

En síntesis, siempre que el material esté ordenado de acuerdo a la lógica aquí formulada, se puede hablar de caso clínico psicoanalítico. Esta lógica es aquella que implica: por un lado, la consideración de la novela familiar del sujeto, así como lo referente a su posición respecto del goce, a su modo particular de gozar y, por otro lado, la posición del analista en transferencia, sus intervenciones, su política en relación con la dirección de la cura.

CONCLUSIONES:

HISTORIA CLÍNICA Y CASO CLÍNICO

A partir de este recorrido, hemos intentado delimitar y distinguir las nociones de historia clínica y de caso clínico psicoanalítico con el objetivo de formalizar parte de nuestra experiencia como investigadores en el campo de la Salud Mental. Consideramos que la delimitación, articulación y distinción entre ambas nociones constituye un paso previo esencial para la práctica clínica y de investigación en psicoanálisis en el marco de instituciones hospitalarias. En estas conclusiones, nos interesa articular la noción y el uso de las historias clínicas con la construcción y el empleo de los casos clínicos en psicoanálisis.

Sobre sus aspectos en común, podemos señalar la utilidad que ambos representan para el intercambio y la formación profesional, ya que se trata de un material que permite el diálogo entre profesionales de una misma o diversas disciplinas, con miras a optimizar la atención a la demanda en salud en el sentido de la terapéutica. Si bien la práctica del psicoanalista no se ordena según el discurso médico que da origen y ordena la elaboración de la historia clínica ni comparte los mismos criterios de curación, en tanto profesionales cuya práctica se sostiene muchas veces en el marco de instituciones hospitalarias, también los analistas están atravesados por su lógica. Aunque la construcción de la historia clínica y del caso clínico se inscriben en paradigmas distintos, éstos no son excluyentes ya que la información que proporcionan posibilita la transmisión y la apertura de nuevos interrogantes válidos para la revisión permanente de las diversas prácticas. Asimismo y, por tanto, son útiles a los fines de la docencia y la investigación.

Sobre este último punto, nos interesa destacar que, en ocasiones, el empleo de una u otra fuente de recolección de datos no resulta indistinto a los fines de la exploración, descripción y análisis. En particular, es el caso de la investigación que enmarca este trabajo, ya que, aunque se trata de un estudio epidemiológico que intenta aproximarse a la realidad de las características de la demanda y la atención de urgencias en Salud Mental, está guiado por principios psicoanalíticos. Es decir que pretende realizar una lectura orientada desde el psicoanálisis de los datos recabados en

instituciones hospitalarias, donde la atención implica la convergencia de múltiples discursos, disciplinas y marcos teórico conceptuales. Si bien señalamos esta diversidad, también sostenemos la hegemonía del discurso médico, del que se desprende la historia clínica como instrumento organizado desde esa lógica particular.

De este modo, el diseño del protocolo de investigación posibilita ordenar los datos recogidos según una lógica que responde a la teoría psicoanalítica, sin dejar de lado aspectos inherentes a la institución y a otras disciplinas y marcos teóricos, tales como criterios diagnósticos y objetivos propios de los profesionales involucrados. Pretende favorecer la caracterización de la población que consulta en urgencia pero, atendiendo a las particularidades de la institución hospitalaria en que la historia clínica se inscribe y producir una lectura desde la perspectiva del psicoanálisis. De este modo, el protocolo de investigación resulta un punto de encuentro entre la historia clínica y el caso clínico psicoanalítico.

Consideramos que el resultado de este contraste entre historia clínica y caso clínico psicoanalítico permitirá realizar aportes en relación con el esclarecimiento de la especificidad de labor del psicoanalista en el ámbito hospitalario, dado que se trata de un terreno que supone necesariamente un trabajo de tipo interdisciplinario y, por lo tanto, el entrecruzamiento de diversos discursos y prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M y otros (2005). Apuntes sobre la construcción del caso y su transmisión. NODVS XII L'aperòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona. Barcelona. Extraído el 15 de Marzo de 2016 de: <http://www.scbicf.net/nodus/contingut/article.php?art=168&rev=26&pub=1>.
- Azaretto, C. (2007). Diferentes usos del material clínico en la investigación en psicoanálisis. Memorias de XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Bassols, M. y otros (2005). La presentación de casos, hoy. NODVS XII L'aperòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona. Barcelona. Extraído el 3 de Marzo de 2016 de: <http://www.scbicf.net/nodus/contingut/article.php?art=169&pub=4&rev=26&idarea=7>
- Breuer, J. & Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. En Obras Completas Vol. XVI (pp. 1-325). Buenos Aires. Amorrortu. 1992.
- Carreras, M. La historia clínica en la Ley Argentina. ADDEMES Asociación Argentina del Derecho Médico y Salud. Extraído el 23 de abril de 2016 de: http://ademes.org/noticias/val/2854/val_s/27/la-historia-cl%C3%ADnica-en-la-ley-argentina.html.
- De Certau, M. (1987) Psicoanálisis e historia. En Historia y Psicoanálisis. México. Universidad Iberoamericana A.C. 2011.
- Escars, C. y otros (2004). Escritura y transmisión en psicoanálisis. Memorias de XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). En Obras completas. Vol. VII. (pp. 1-108). Buenos Aires. Amorrortu. 1992.

- Freud, S. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En Obras Completas. Vol. X. (pp. 119-194). Buenos Aires. Amorrortu. 2010.
- Freud, S. (1911 [1910]). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En Obras Completas. Vol.XII. (pp. 1-73). Buenos Aires. Amorrortu. 1991.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En Obras Completas. Vol. XII. (pp. 93-106). Buenos Aires. Amorrortu. 1991.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En Obras Completas. Vol. XII. (pp. 107-120). Buenos Aires. Amorrortu. 1991.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En Obras Completas. Vol. XII. (pp. 145-158). Buenos Aires. Amorrortu. 1991.
- Freud, S. (1916-17). Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III): Conferencia 17: El sentido de los síntomas. En Obras Completas. Vol. XVI. (pp. 235-249). Buenos Aires. Amorrortu. 2009.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de Placer. En Obras Completas. Vol. XVIII. (pp. 1-62). Buenos Aires. Amorrortu. 1992.
- Fombella Posada M. J, Cereijo Quinteiro M. J. (2012). Historia de la historia clínica. Galicia Clin. 2012. 73 (1). 21-26.
- Rossi, L. Ibarra, F. (2010). Dimensión psicológica implícita en el relevamiento de datos psicológicos. Perspectivas longitudinales (historias clínicas) y transversales (fichas) en áreas profesionales. Historias clínicas y fichas. Criterios psicológicos implícitos según campos profesionales y contextos políticos. Argentina 1900-1957. (Nº3) Extraído el 23 de abril de 2016 de: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/revista_de_historia_psicologia_3.pdf.
- Indart J. C. (1993). La práctica del control en psicoanálisis. En Lombardi (Ed.) Hojas clínicas N° 2. Publicación de la Cátedra 1 de Clínica Psicoanalítica de la facultad de Psicología de la U.B.A. (pp. 59-69). Buenos Aires.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En Escritos 1. (pp. 231-310). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. 2012.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos 2. (pp. 559-616). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. 2012.
- Lacan, J. (1973). Introducción a la edición alemana de los Escritos. Revista Scilicet, Nº 5, aux Éditions du Seuil. (pp. 11-17). Paris. 1975.
- Lacan, J. (1977). Apertura de la sección clínica de vincennes. Revista Ornicar? París. 1977.
- Laurent, E. (2002). El caso, de la construcción a la mentira. Cuadernos de Psicoanálisis. Bilbao. Eolia. N° 26.
- Laurent, E. (2003) El caso, del malestar a la mentira. En Revista Lacaniana de Psicoanálisis N°4. Grama.
- Miller, J.-A. (1979). La transferencia de Freud a Lacan. En Cinco conferencias caraqueñas sobre Lacan. Caracas. Ateneo de Caracas.
- Molina, J. L. (2010). Historia clínica: epistemología y gestión del conocimiento. Tesis de maestría. Facultad de Ciencias de la Comunicación y Documentación de Murcia. Extraído el 24 de abril de 2016 de: http://avicensagloxxi.com/mediapool/142/1420334/data/HC_EPISTEMOLOGIA_Y_GC.pdf.
- Riondet, B. (2007). Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal general de agudos Gral. San Martín de La Plata. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata. Extraído el 23 de febrero de 2016 de: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/2.pdf>
- Rojas, M. A. (2007). Consideraciones sobre la confección de la Historia Clínica. Publicación de Convergencia Académica. Facultad de Psicología. U.B.A. Buenos Aires.
- Serra Frediani, M. (2007). Algunas observaciones sobre la presentación de casos. Lectura Lacaniana. Ficciones clínicas. Barcelona. Extraído el 8 de marzo de 2016 de: <http://www.lecturalacaniana.com.ar/doc.php?doc=198>
- Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia. Buenos Aires. JCE.
- Sotelo, I (2012). Aportes del psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. U.B.A. Buenos Aires. Junio.
- Varela, O. Puhl, S. Izcurdia, M. (2012). La actividad pericial en Psicología Jurídica. ECUA Ediciones. (pp. 99-115). Buenos Aires.

Fecha de recepción: 22 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 11 de agosto de 2016