

Escrituras profesionales en el campo de la salud mental:

Los registros de entrevistas terapéuticas en un hospital.

Autor:

Bergman, Mario Adrián

Tutor:

di Stefano, Mariana

2014

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Magister de la Universidad de Buenos Aires en Análisis del Discurso.

Posgrado



Facultad de Filosofía y Letras
Secretaría de Investigación y Posgrado

Maestría en Análisis del Discurso

Tesis

Tesista:

Mario Adrián Bergman

Directora de tesis:

Dra. Mariana di Stefano

Título:

Escrituras profesionales en el campo de la salud mental: los registros de entrevistas terapéuticas en un hospital

Agradecimientos

La realización de esta Tesis no habría sido posible sin la valiosa ayuda de mi Directora Dra. Mariana di Stefano. A ella mi sincero agradecimiento no solo por la claridad de sus aportes, la interpretación en sus lecturas y el orden que puso al trabajo, sino también por el fluido intercambio de diálogo.

También quiero agradecer a la directora de la Maestría Dra. Elvira Arnoux por los conocimientos que me brindó sobre la lectura, la escritura y el análisis, además de por haber hallado la problemática que se convirtió en esta tesis.

Además quiero agradecer a todas las personas que han colaborado conmigo durante estos años de trabajo.

A los profesores de la maestría, particularmente a la Profesora Mabel Giammatteo tendiendo puentes entre la psicología y la gramática, al Profesor Carlos Luis que me alentó a trabajar sobre las ideas, a la Profesora Cecilia Pereira que se interesó, al Profesor Christian Plantin que me enseñó sobre argumentación.

También mi agradecimiento a Diego Picotto quien corrigió y enlazó correctamente lo escrito.

Por último, la realización de esta Tesis tampoco hubiera sido posible sin el apoyo de mis seres queridos: Verónica y mi hijo Guido, interesándose y alentando el trabajo.

A todos, sinceramente... Muchas gracias!!!

Mario Adrián Bergman

Índice

	N° Pág.
Introducción	5
Especificación del tema	5
Estado del arte	9
Hipótesis	11
Corpus y Metodología	12
Objetivos	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Capítulos	16
Capítulo 1	18
1.1	18
1.1.1	18
1.1.2	20
1.1.3	22
1.1.4	23
1.1.5	24
1.1.6	25
1.2	27
1.3	30
1.4	31
Capítulo 2	37
2.1	37
2.2	39
2.3	43
2.3.1	43
2.3.2	44
2.3.3	46
2.4	48
2.4.1	48
2.4.2	54
2.4.3	56
2.4.4	62
2.4.5	64
2.4.6	69
2.5	71
Capítulo 3	73
3.1	73
3.2.1	77
3.2.2	78
3.3	81
3.4	86

3.4.1	Las pocas entrevistas con Sara Gómez	87
3.4.2	La atención de Claudia	104
3.5	Conclusiones	122
Capítulo 4	Comparación de las notas personales con la Historia Clínica	127
4.1	Introducción	127
4.2.1	Transcripción de la Historia Clínica de Juan Ross	128
4.2.2	Transcripción de las notas sobre Juan Ross	130
4.3	Marco teórico	134
4.4	El caso – Comparación de las notas personales con la Historia Clínica	140
4.4.1	Las diferentes explicaciones	140
4.4.2	La construcción del pensamiento en la escritura de los borradores	145
4.4.3	La polifonía en los textos	149
4.4.4	Las diferencias en los géneros discursivos	154
4.5	Conclusiones	160
	Conclusiones	164
	Bibliografía de Análisis del Discurso	172
	Bibliografía del área de la salud mental	177
	Bibliografía general	180
	ANEXOS	190
ANEXO 2.1	Temas y bibliografía destinada a armar la presentación	191
ANEXO 2.2	Presentación del caso a colegas el 11/8/94	196
ANEXO 2.3	Supervisión con Carla (medica psicoanalista)	207
2.6	Notas sobre Daniel Morone	208
ANEXO 3.1	Formulario de admisión	218
3.6.1	Notas sobre Gómez Sara Etelvina	220
3.6.2	Notas sobre Claudia Pérez	223
ANEXO 4.1	Historia Clínica Multimodal de Adultos	230
ANEXO 4.2	Historia Clínica de Juan Ross	233
4.6	Notas sobre Juan Ross	236

Introducción

Especificación del tema

Entendemos por *escritura profesional* los registros escritos que se desarrollan en el seno de las diversas comunidades profesionales. Dado que muchas de esas escrituras solo existen en esos ámbitos, en los últimos años han cobrado interés como objeto de estudio desde disciplinas diversas que atienden a la problemática de la formación profesional.

Hemos recortado nuestro objeto a las prácticas profesionales del campo de la salud mental. *Salud mental* es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Ese equilibrio garantiza su participación laboral, intelectual y las relaciones sociales básicas para alcanzar un bienestar y una calidad de vida. Este concepto es análogo al de *salud física*, solo que aquel, indudablemente, refiere a dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental incluye al bienestar subjetivo, la autonomía, aspectos emocionales tales como el manejo de temores y capacidades, competencias y responsabilidades, satisfacción de las propias necesidades, maneras de afrontar las propias tensiones, las relaciones interpersonales, entre otros. *Salud Mental* es, también, el nombre actual del servicio de profesionales que trabajan en esa área. Profundizamos estos conceptos en el primer capítulo de este trabajo.

En el ámbito de la salud mental son múltiples los registros escritos que el terapeuta puede realizar a partir de la atención de pacientes. Entre ellos están los *registros privados* que el profesional no suele dar a conocer, pero de los que se sirven en múltiples ocasiones: para la confección de la Historia Clínica e informes, para orientar los tratamientos, como material para supervisiones e interconsultas, para presentaciones en ateneos y congresos, para analizar casos, etc. Estos escritos privados suelen realizarse tanto durante la entrevista como después de la misma. La forma en que se relacionan las notas personales con algunas de estas diversas producciones textuales, conformando lo que suele denominarse una

cadena genérica, nudo central de los próximos capítulos. Estas notas, surgidas como registro de las entrevistas del profesional con el paciente y comunicables o transmisibles al resto de la comunidad bajo diferentes modos, detentan un singular saber que hasta ahora fue poco estudiado. Es en el marco de la formación profesional donde estos borradores, estas derivas de las notas personales hacia otros escritos pueden analizarse para observar sus características y funciones potenciales.

Porque, en cierto modo, estos escritos profesionales funcionan como *pre-textos*: bosquejos de textos definitivos que retoman o reformulan lo escrito en las notas personales del terapeuta luego de las sesiones. E, incluso, pueden dar lugar a textos que hablan del mismo caso, pero a la luz de otras hipótesis, dando como resultado una imagen diferente del paciente y su situación.

Estos registros realizados en hospital público, entonces, *anudan* discursos, forman parte de una cadena genérica de textos dedicados a la producción de conocimientos. Pero, debe destacarse que la situación institucional en que tienen lugar esos discursos modela tanto las prácticas profesionales como los propios discursos. En este caso concreto, se indagan los registros de las entrevistas realizadas a pacientes del Hospital de Quemados por un psicólogo de la institución a fin de explorar la participación de estos escritos privados en la confección de diagnósticos del área y otros textos del campo de la salud mental.¹

En el caso particular que abordamos en esta investigación, nos centraremos en los “cuadernos privados del terapeuta”, que son frecuentes en el caso de las psicoterapias y que nos permitirán identificar las representaciones sobre la práctica que el terapeuta lleva a cabo y, entre ellas, sus representaciones sobre las características y la finalidad del escrito que produce. Para ello se observan aspectos estructurales, enunciativos, temáticos y estilísticos. El análisis de estos cuadernos permite identificar algunos rasgos que han orientado su escritura, tales como las representaciones del autor respecto de lo significativo

¹El autor es psicólogo en el hospital y utilizará sus registros de la atención de pacientes, que fueron tomados entre 1992 y 2010. Es de estos materiales que extraemos el corpus.

para ser registrado y posteriormente recuperado a fin de hacer público en la Historia Clínica o bien supervisar o compartir con colegas, pudiendo involucrar posiciones teóricas vinculadas a determinadas disciplinas. También los escritos muestran las representaciones sobre, entre otras, el rol del terapeuta en situación, así como sobre la función de la entrevista y la mediación institucional.

Como hemos señalado, este tipo de escritos no se agota en sí mismo, sino que es permanentemente recuperado, ya sea para la labor terapéutica con el mismo paciente en entrevistas posteriores, como para la reflexión del terapeuta sobre los casos que atiende, en particular cuando decide comunicarlos a la comunidad profesional. Estos textos personales del profesional sobre los pacientes atendidos en el hospital son la base de respuestas a interconsultas de compañeros de trabajo y de lo escrito en el área de Salud Mental que queda documentado en la Historia Clínica del paciente. La forma en que los escritos privados del terapeuta se relacionan con otros textos que son públicos permite conocer sobre la formación profesional.

De este modo, estos escritos desempeñan un papel importante en la construcción del saber profesional del terapeuta, que se nutre no sólo de teorías, sino también de experiencias. En este sentido, los cuadernos dan cuenta de dicho saber a la vez que producen un registro de aspectos de su experiencia profesional cotidiana que será luego utilizada para fines diversos.

En cuanto a su relación con el paciente, los cuadernos permiten el acceso a las representaciones del terapeuta respecto de los elementos significativos que encuentra en el relato del paciente acerca de lo que lo ha llevado al Hospital. Teniendo en cuenta que los pacientes atendidos se quemaron en distintas circunstancias, los cuadernos constituyen un material importante para acceder a lo que el terapeuta ha identificado como elementos sgnicos del trauma.

Los cuadernos encierran, además, como es habitual en los registros terapéuticos de este tipo, micro-relatos en los que se reproduce textualmente la palabra del paciente. Si bien esa palabra está fragmentada, representa un acceso interesante a la voz del paciente, tomada en situación, lo cual consideramos más útil para esta investigación que, por ejemplo, la realización de encuestas, que

suelen colocar al sujeto en una situación artificial.

El Hospital de Quemados de la Ciudad de Buenos Aires comenzó siendo un dispensario en el que se atendían, precisamente, quemados a finales de los años 40, del siglo pasado. En 1952 se transformó en el Instituto de Quemados dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Sesenta años después atiende, por guardia, alrededor de 20.000 pacientes en el año e ingresan a internación, en ese período, aproximadamente 1500 personas; y es una institución que recibe consultas de toda Latinoamérica.

El área de quemados (también admite pacientes por cirugías plásticas y reparadoras) recibe la mayor parte de los pacientes que consultan. Estas personas se quemaron en distintas circunstancias: accidentes de cualquier tipo (viales, laborales, hogareños), intentos de homicidio, agresiones a sí mismo, quemaduras por el sol, por ácidos, por electricidad, etc.; la lista es larga.²

El tipo de pacientes que se atiende en el Hospital de Quemados es el de la persona afectada por una situación traumática en la cual el estímulo intenso que provoca una brecha-herida proviene, como mencionamos, desde el exterior del sujeto. Su gravedad muchas veces requiere una intervención inmediata, de urgencia. El registro de la entrevista con el paciente surge de esas ocasiones que tienen una primera elaboración en estas notas. Un capítulo se dedica a analizar la conceptualización del paciente de los hechos ocurridos poco tiempo antes de la internación y el modo en que el terapeuta registra ese proceso.

Hasta el momento, dijimos, no abundan las investigaciones sobre los distintos tipos de registros escritos que se llevan a cabo en áreas profesionales específicas, como en este caso la salud mental. Sin embargo, el conocimiento de las características y finalidades que las comunidades profesionales atribuyen a esos escritos resulta un saber fundamental en el proceso de la formación

2A pesar de lo que podría ser común en la causa accidental, externa a los pacientes atendidos, en el sector de cirugía no se realizan intervenciones maxilofaciales. Tampoco se atienden anomalías congénitas. La cirugía reparadora se utiliza para las secuelas de quemaduras modificando la estética y, en algunos casos, el motivo es solucionar un problema funcional. Los ejes para evaluar la gravedad son el riesgo de vida, aspectos funcionales del cuerpo alterado y estética.

profesional. De alguna manera, integrarse, llegar a formar parte de una comunidad implica necesariamente manejar sus códigos, conocer su lenguaje específico, los usos discursivos frecuentes en la labor profesional. Por ello, nos proponemos indagar en las características de los registros escritos de índole privada que surgen de entrevistas terapéuticas llevadas a cabo por profesionales de la salud mental.

Estado del arte

Famosas revistas francesas de lingüística dedicaron números al trabajo sobre el mismo objeto de estudio que nosotros: *avant-texte*³, escrituras científicas, libros de apuntes, notas, bosquejos. Es el caso de *Langue Française N° 155* de septiembre de 2007 y *Langage & Société* en su número 127 de marzo de 2009 de las cuales tomamos varios artículos.

La primera revista presenta publicaciones dedicadas a trabajar lo que hay antes de un texto que puede considerarse definitivo. Sus artículos escritos por distintos autores muestran el proceso de la escritura, en algunos de ellos tomando ejemplos de estudiantes. Son observadas las marcas de la enunciación y de la cohesión textual. En un artículo se trabaja el pasaje de los pre-textos a los textos en escritos argumentativos de alumnos, en otro se presentan los borradores caracterizándolos en cuanto a su finalidad y un tercero analiza las operaciones de la escritura ya desde un análisis que observa teorías sobre el metalenguaje.

La otra publicación, *Langage & Société* en su número 127, se orienta a estudiar y presentar distintos tipos de textos que son considerados borradores. También escrita por varios autores, a diferencia de la otra revista no encontramos escrituras de escolares sino borradores de áreas profesionales: en un artículo se observan notas de terreno de antropólogos y, en otro, escrituras de investigadores de laboratorio estudiando un ser unicelular. Luego de la introducción de la publicación encontramos el artículo de Claire Doquet-Lacoste al que volvemos más adelante. El mismo caracteriza muy adecuadamente la relación entre el

3 La traducción literal del francés sería “texto antes del texto”

pensamiento y la escritura de los borradores. Un artículo observa las notas de trabajo de Benveniste y otro estudia los paradigmas verbales en una variedad del francés hablada en una región de Canadá tomando casos de locutores nativos. Finalmente un texto analiza la obra de Thierry Guilberty el Análisis del Discurso, presentándose luego algunos libros recientes de lingüística.

Algunos textos de Análisis del Discurso cercanos a nuestro trabajo pertenecen a Daniel Cassany, del Departamento de Traducción y Ciencias del Lenguaje de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Uno es sobre metodología para trabajar con géneros discursivos (Cassany, Daniel, 2008) en donde aplica los conceptos de comunidad discursiva, comunidad de práctica y géneros discursivos a áreas profesionales a fin de desarrollar una metodología de aprendizaje de los lenguajes de especialidad. El siguiente es una presentación digital del mismo autor que muestra en diapositivas y cuadros lo trabajado en el texto mencionado antes (Cassany, Daniel, 2008). Por último una investigación de rasgos discursivos y retóricos de casos clínicos odontológicos que forma parte de una tesis de doctorado que dirigió Cassany (Morales, O. y otros, 2007).

Se abordaron, además, otros estudios sobre géneros discursivos, del psicoanálisis. Entre ellos, el de Elvira Arnoux, Mariana di Stefano y Cecilia Pereira, de 2010, *Materiales clínicos y supervisión: escritos del campo psicoanalítico* en donde se caracterizan dos géneros propios de las prácticas de formación profesional en Psicoanálisis destinados a la supervisión: el material clínico que el terapeuta elabora para una supervisión privada y el material clínico presentado en una situación pública ante un supervisor experto, que luego se publica junto a la palabra de este último.

Otros textos se dedican a las producciones académicas y profesionales, como el de Elvira Arnoux *Ejemplo ilustrativo y caso: recorridos destinados a la formación académica y profesional* presentado en 2009. En este trabajo la Profesora Dra. Arnoux distingue el ejemplo ilustrativo del caso recorriendo perspectivas teóricas y analizando textos de la predicación, del psicoanálisis y de la formación de docentes.

En estos dos últimos trabajos observamos el interés en identificar prácticas

discursivas distintas en espacios sociales y profesionales para aportar a la formación del profesional. La preocupación por la formación profesional presta atención a los discursos propios de la profesión y no sólo a los contenidos teóricos ya que formar un profesional sería buscar y desarrollar sus competencias discursivas en relación con los discursos que va a tener que profundizar como profesional.

Una Revista Argentina de Historia de la Psicología estudia el relevamiento de datos psicológicos en historias clínicas y en fichas en áreas profesionales (Facultad de Psicología, 2010). La editora es la Profesora Dra. Lucía Rossi de la Cátedra II de Historia de la Psicología de la Facultad de Psicología perteneciente a la Universidad de Buenos Aires. El volumen reúne los trabajos pertenecientes a un Proyecto de Investigación UBACyT titulado: Psicología en Argentina (1900–1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales cuya directora es la Dra. Prof. Lucía Rossi. Se presentan trabajos de las áreas educativa y laboral y estudios en instituciones criminológicas y psiquiátricas.

También cabe mencionar que en el capítulo dedicado a trabajar los borradores en comparación con la Historia Clínica nos fue útil la Historia clínica multimodal adultos de Psicología Online ya que observamos cómo colegas resuelven el problema que para los psicólogos plantea ese género discursivo.

Hipótesis

Si bien nuestro corpus formado por notas de borrador es un género definido, la formación profesional en el área de Salud Mental no se detiene en las formas requeridas para su resolución. Sin embargo, la reflexión sobre el género y sobre sus diferencias con otros géneros lindantes –ponencia para Ateneo, Historia Clínica— durante la formación profesional puede resultar de utilidad para el desarrollo de competencias profesionales.

Trabajamos con las siguientes hipótesis:

a) Los escritos de los psicólogos en situación de –o a partir de– entrevista con los pacientes constituye un género discursivo. Como tal presenta características específicas en cuanto a su estilo, estructura y tema que derivan de su función para el terapeuta.

b) Este género forma parte de una cadena genérica –del campo disciplinar de la Psicología– orientada a la producción de conocimiento. De ahí parte su importancia, ya que registra los rasgos de lo que después el profesional/investigador presenta como "caso" en Ateneos o Jornadas del campo. Ese registro es un punto de partida para la producción de conocimiento.

c) El ejercicio de la escritura tal como se muestra en los borradores es útil al trabajo de elaboración: las notas personales cumplen una función epistémica.

d) El género, que podemos denominar "escritura privada del psicólogo en situación de entrevista", se diferencia claramente de la Historia Clínica requerida por las instituciones sanitarias.

Corpus y Metodología

Se utilizaron los registros realizados por el terapeuta a partir de las entrevistas tomadas a pacientes internados en el Hospital de Quemados, desde 1992 hasta 2010, en el área de Psicología.

Estos escritos privados surgen de la relación terapeuta–paciente, no tienen la totalidad de lo dicho en las entrevistas y como primera conceptualización escrita de la situación por un profesional en el área de Salud Mental adquieren su valor.

La selección de casos de los registros contempla distintas formas, de modo que se define en cada capítulo en función de los objetivos propuestos las características de los materiales y del corpus formado.

Al comienzo de cada capítulo transcribimos los borradores

correspondientes a ese segmento y al final del trabajo anexamos fotocopias de las notas de los casos presentados ordenados por capítulo.

Los códigos de escritura son interpretados cuando su análisis lo requiere.

Generalmente, la atención del paciente en el área de Salud Mental ocurre luego de otras intervenciones médicas y administrativas. La Historia Clínica es un documento dinámico que se va construyendo y que orienta, en la interdisciplina, la atención del terapeuta. Los registros de los borradores comienzan con datos tomados de la Historia Clínica, que se transcriben antes de la primera entrevista. Las oraciones de allí extraídas se presentan entre comillas. Sin entrecorillar irán los números, las siglas y los signos copiados.⁴

Los materiales de ese momento, tanto borradores como los otros presentados sobre los pacientes en la investigación, se muestran tanto en sus transcripciones como en sus copias con las modificaciones pertinentes a fin de resguardar la confidencialidad y privacidad de los participantes.

Los materiales base del corpus son registros de la atención de pacientes hechos a mano por el terapeuta entre los años 1992 –fecha de comienzo del trabajo en el hospital– y 2010 –momento en que cerramos el corpus–, y están compuestos por 1 cuaderno tamaño A4 de 100 hojas, 14 anotadores de 150 hojas, y 120 hojas sueltas tamaño A4, dando un total aproximado de 2320 hojas. Las entrevistas fueron realizadas a pacientes internados, seguimientos luego de la externación, pacientes derivados por otros profesionales y atendidos en consultorios externos del hospital, pacientes derivados por el área de cirugía plástica. Además de las notas de entrevista hay otras de interconsultas o algunos diagramas de organización del trabajo.

Puede sorprender a algunos que el autor decida someter a juicio crítico sus notas personales de la práctica hospitalaria cuando ningún terapeuta cede sus propios escritos a otros. Justifica tal actitud una práctica conocida por todos del área de la salud mental en la cual el propio terapeuta se somete a análisis,

4 En la actualidad el registro en el borrador de lo que está escrito en la Historia Clínica en ocasiones lo hago después de mantener el primer encuentro con el paciente.

debiendo justificar sus dichos frente a otro. Lo mismo ocurre en el caso de las supervisiones de material clínico, en las cuales un tercero participa en el diálogo entre terapeuta y paciente, con el fin de participar de la reflexión y elaboración sobre la práctica.

En el presente caso, la importancia de aportar elementos para la formación profesional, que implica, entre otros, una reflexión sobre las herramientas a través de las cuales el terapeuta registra su experiencia cotidiana, invoca la necesidad de que los escritos que fueron realizados día a día durante más de 15 años, a partir de la atención de pacientes de un hospital que atiende urgencias, sean revisados para pensar en el valor de las escrituras profesionales en el área de la salud mental.

Es posible reflexionar sobre lo escrito estudiando los registros que hicimos en otra etapa de la vida. Observamos que el estudio de situaciones discursivas permite un mayor entendimiento de la vida atravesada por la cultura. La metodología de investigación es la que aportan estrategias de Análisis del Discurso, ya que se trabaja con los discursos verbales de los registros escritos. Se identifican representaciones del terapeuta en sus escritos privados a las que se llega a través de distintos tipos de análisis, según los objetivos específicos. Así, se indagan, por ejemplo, las características que presentan las narraciones de los pacientes: los tipos de agentes que instalan en la escena de los hechos que los llevaron al hospital, la distribución de roles de estos (agente, paciente, etc.). También se analizan los modos de construcción del acontecimiento: si se presenta o no un antes y un después de este, si es parte de un proceso o no. Se observa también el dispositivo enunciativo: modos de designación de sí y de los otros, deixis espaciales y temporales para observar proximidad/distancia con lo ocurrido. Otro nivel de análisis es la enunciación y la construcción del ethos discursivo, entre otros, rasgos identificadores de presencia/ausencia de un yo intelectual/emotivo. Con respecto al género, se hace una descripción de los rasgos estructurales, estilísticos y temáticos de los registros de los cuadernos, como huella de representaciones sobre la utilidad y rasgos válidos de esa escritura profesional así como de sus aportes a otros géneros de cadenas en las que

participa. Este conjunto de aspectos discursivos que hemos señalado, entre otros, son objeto de análisis en nuestra aproximación al corpus, por lo que constituyen la base de nuestro trabajo metodológico, centrado en el Análisis del Discurso.

Dos de los capítulos de análisis de los borradores cuentan con otros textos sobre los mismos pacientes y en otro capítulo se agrega un formulario utilizado en el hospital que nos sirve para aclarar el trabajo. Estos materiales se encuentran como anexos al final del trabajo numerados según el capítulo a que corresponden.

Objetivos

Los objetivos que orientaron la realización de esta investigación son los siguientes:

Objetivo general

Contribuir al conocimiento de las escrituras profesionales en el campo de la salud mental.

Objetivos específicos

- 1.1 Analizar los escritos privados de un terapeuta del Hospital de Quemados surgidos a partir de entrevistas a pacientes.
- 1.2 Observar y analizar la relación entre los borradores y otros textos escritos por el psicólogo sobre el mismo paciente, destinados a colegas y a la supervisión.
- 1.3 Caracterizar el modo en que el terapeuta registra el relato del paciente, en particular la construcción del acontecimiento por el que está internado. Describir características del relato, transformaciones entre la situación inicial y final en las narraciones, tipos de actos y acciones.
- 1.4 Contrastar la información presente en las notas personales con la Historia Clínica correspondiente al mismo paciente.
- 1.5 Observar en los registros los temas abordados identificando el foco discursivo de terapeuta y pacientes a lo largo de los encuentros.

1.6 Analizar dispositivos enunciativos en los escritos: cómo se fijan las personas gramaticales en relación a los episodios narrados.

1.7 Inferir funciones atribuidas por el terapeuta a sus registros escritos.

Capítulos

Dividimos la presentación del trabajo sobre borradores en cuatro capítulos.

El Capítulo 1 *Marco teórico* ordena los conceptos fundamentales que sirvieron de apoyo a este trabajo. Además de lo presentado aquí en lo sucesivo cada capítulo cuenta con un marco teórico en donde se muestran los conceptos de ese segmento.

En el Capítulo 2, *Los borradores y los escritos en salud mental*, consideramos a estos borradores como géneros de producción de conocimientos del área de la salud mental. Analizamos las notas personales como huellas de la conceptualización del terapeuta sobre el diagnóstico, comparamos las notas privadas con la presentación a los colegas a fin de observar el funcionamiento de las primeras en relación con el segundo escrito y observamos la orientación argumentativa de las notas en relación a la de los materiales guardados sobre la supervisión del caso.

En el capítulo 3, *La elaboración de lo traumático en los borradores*, observamos los borradores como huella de las representaciones del terapeuta sobre su diagnóstico de la situación traumática que lleva al paciente al hospital, cómo el hecho que motivó la internación fue percibido y construido, la conceptualización del trauma en la escritura de las notas del psicólogo. Comparamos dos casos realizando una apreciación sobre los modos de designar lo ocurrido por parte del paciente y la jerarquización que operó en el terapeuta para registrar el relato.

En el capítulo 4, *Comparación de las notas personales con la Historia Clínica*, observamos cómo las notas personales de un caso tienen una hipótesis propia diferente a la de la Historia Clínica que constituye un documento público. Nos centramos en el contraste de los escritos personales con el género de Historia

Clínica, lo que nos permite conocer más sobre la función social de los borradores. Realzamos en las notas personales funciones distintas a la de pre-textos, borradores de un escrito más elaborado, concepción esta última relacionada a un análisis genético.

Estudiamos desde el Análisis del Discurso tres roles de los escritos personales: diagnóstico, trauma y construcción de saber. Observamos el modo en que cada uno de estos tres factores orienta las escrituras del terapeuta ante el contacto directo con el paciente, lo que nos permite sacar conclusiones sobre la funcionalidad de este tipo de escritos en la práctica profesional.

Capítulo 1 – Marco teórico

1.1 – Teoría del discurso

Nuestro marco teórico articula distintas perspectivas. La primera es la teoría del discurso, que incluye la teoría de la enunciación, funciones y figuras del lenguaje, la narratología, la teoría de la argumentación, los conceptos de polifonía y géneros discursivos.

1.1.1 – Teoría de la enunciación

Nos apoyamos en la teoría de la enunciación (Benveniste, Ducrot, Filinich, entre otros) que observa los modos de presencia y construcción del sujeto de la enunciación y enunciatario y analizamos registros escritos surgidos de la experiencia de un psicólogo en situación hospitalaria y que está destinado a colaborar en el tratamiento que se realiza en ese ámbito a pacientes que han sufrido quemaduras de distinto grado.

Efectivamente, Benveniste (1971: 164) desde la lingüística y estudiando las relaciones de persona en el verbo propone conceptos que consideramos pertinentes para nuestro entendimiento. Refiriéndose a la 3° persona plantea “la legitimidad de esta forma como “persona” queda en tela de juicio”. No duda que “yo” designa al que habla y “tú” es necesariamente designado por “yo”: “no puede ser pensado fuera de una situación planteada a partir de “yo””. La forma de 3° persona trae una indicación sobre alguien o algo, “mas no referido a una persona específica”.

También la distinción realizada por Ducrot (1994) entre locutor como ser de discurso y sujeto hablante como ser empírico en relación a la planteada en el interior de la noción de locutor, entre el locutor como tal (“L”) y el locutor como ser del mundo (“λ”) nos es pertinente para analizar la construcción discursiva de sí mismo por parte del hablante, en nuestro caso, tanto el paciente como el terapeuta en sus escritos.

Kerbrat-Orecchioni es otra autora que nos aporta y de la cual tomamos el punto de vista de que en la definición del receptor conviene hacer intervenir la relación social y afectiva que mantiene con el locutor. Toma de Delphine Perret un eje gradual “distancia/no distancia” “que subsumiría a la vez el eje de la intimidad y el de la dominación social” (1980: 35–36).

Para analizar el discurso en los borradores del psicólogo otro concepto útil es que cuando en un texto hay una "ausencia total de marcas del locutor... se crea un efecto de objetividad y de verdad debido fundamentalmente a que se activa verbalmente el mundo de referencia" (Calsamiglia Blancafort, Tusón Valls, 2004: 137).

Son importantes para abordar los borradores además de estas ideas provenientes de la teoría de la enunciación sobre las personas participantes en la relación que venimos exponiendo otros conceptos del Análisis del Discurso.

Filinich (1998: 30), tomando a Parret, ubica el término “discurso” entre los de “lengua y habla” de Saussure. El discurso designa “ese momento de tránsito por el cual el texto se contextualiza”. Así, la enunciación es “el contexto en el que se produce el enunciado”. Y el discurso es el todo, que incluye la contextualización –enunciación– y el texto –enunciado–. En nuestro análisis, consideraremos los registros del terapeuta como enunciados contextualizados, es decir, como discursos.

Estudiamos en los borradores del profesional indicadores de actitudes que se muestran en el lenguaje como las modalidades, comenzando en la separación entre el dictum, “contenido representativo”, y la forma en que es presentado por el enunciador, el modus (García Negroni, Tordesillas Colado, 2001: 97). Las citas muestran cómo se utilizan las palabras del otro: la oposición entre discurso directo e indirecto es la subordinación o no de una fuente de enunciación a otra: hay un solo discurso o hay dos. El discurso directo inserta una situación de comunicación en otra, es un discurso dentro de otro discurso y en el discurso indirecto se mantiene el sentido de lo dicho aunque no estén las palabras exactas (Maingueneau, 1980: 139 – 140).

En Salud Mental mucho se ha escrito sobre los actos. Abrevamos en teorías

del Análisis del Discurso: la teoría de los actos de habla, que suma al acto locucionario el acto ilocucionario definido como “llevar a cabo un acto *al* decir algo, como cosa diferente de realizar el acto *de* decir algo” (Austin, 1962: 144) y el acto perlocucionario, acto logrado *porque* decimos algo, tal como convencer, persuadir (Ibíd.: 153). Aportes de las ciencias sociales nos son útiles para entender *actos* y *acciones* como el concepto de “contexto de situación”. Este concepto es sugerido originalmente por Malinowski (1923) (Halliday, 1982: 42). Escribe Halliday que el lenguaje no se experimenta en el aislamiento “sino siempre en relación con algún escenario, con algún antecedente de personas, actos y sucesos de los que derivan su significado las cosas que se dicen. Es lo que se denomina “situación”, por lo cual decimos que el lenguaje funciona en “contexto de situación”. Este autor nombra el “campo” como marco institucional en que se produce un trozo de lenguaje, el “tenor” como relación entre participantes y el “modo” como canal de comunicación adoptado, “componentes esenciales de un registro” (Halliday, 1982: 48). Además tenemos en cuenta las tendencias recientes de la interpretación de la acción en las ciencias sociales que ponen el acento sobre la importancia del acontecimiento, definido como irrupción en un orden temporal y un estado de cosas (Jodelet, 2008: 54).

Los conceptos que englobamos dentro de la teoría de la enunciación nos sirven, entre otras cosas, para mostrar que los borradores del terapeuta constituyen un género por las características específicas en cuanto a estilo, estructura y temas. Lo que se refiere a la relación entre las personas, las modalidades, los contextos, los actos y demás en las notas privadas escritas luego de las entrevistas con los pacientes adquieren un valor importante.

1.1.2 – Funciones y figuras del lenguaje

Otro tema del Análisis del Discurso importante para analizar los borradores del psicólogo es el del sentido de las palabras. Para abordar el código interno o subcódigo que hay en los borradores como escritura, que está pensada para ser entendida por quien la escribió, tomamos aportes de la lingüística. Ya en

Lingüística y Poética se observa que la distinción entre “lenguaje de objetos” y “metalenguaje” de la lógica moderna no es sólo un instrumento científico “sino que también juega un papel importante en el lenguaje que utilizamos cada día” dando importancia a la función metalingüística y la información sobre el código (Jakobson, R., 1958: 36–37). A partir de la reflexividad del decir natural que hace imposible poder hablar de lenguaje fuera del lenguaje es pensable la autonomía como una modalidad de decir (Leblay, C., 2007 : 102–104).

Saber que en la polisemia se comparten atributos de significación (Cuenca y Hilferty, 1999: 131) nos sirve para entender el sentido de algunas ocurrencias que encontramos en los escritos.

Diferenciamos al analizar los borradores campos de sentido, semánticos, como "continuum de contenido" o campos de significación, concepto de nuestro marco teórico que podemos considerar acercado también desde la lingüística (Bonorino, Cuñarro, 2009: 256). Este concepto nos lleva al análisis de una figura del lenguaje.

Una definición de la metonimia que escriben María Josep Cuenca y Joseph Hilferty citando a Lakoff y Turner: “a diferencia de la metáfora –que opera entre dos dominios–, la *metonimia* opera dentro de los confines de un único dominio” (1999: 111) y se toma en cuenta un punto de referencia y una zona activa.

Sobre otra figura, la ironía, Ducrot observa: “El locutor *hace oír* un discurso absurdo, pero lo hace oír como si fuera el discurso de otro, como un discurso distanciado”. Más adelante: “por un lado, la posición absurda es directamente expresada (y no transmitida) en la enunciación irónica, y al mismo tiempo no es puesta a cargo de L, ya que este es responsable solamente de sus propias manifestaciones, siendo atribuidos a otro personaje, E, los puntos de vista expuestos en las manifestaciones. Para distinguir la ironía de la negación... añadiré que en la ironía es esencial que L no ponga en escena a otro enunciador, E’, quien por su parte sostendría el punto de vista razonable. Si L debe marcar que él es distinto de E, lo hace de una forma muy diferente, recurriendo por ejemplo a una evidencia situacional, a entonaciones particulares, y también a ciertos giros especialmente irónicos” (Ducrot, 1994: 215–216). Ducrot continúa su

análisis de las ironías y la negación diferenciando si el enunciador ridículo se burla del alocutario o es una autoironía (Ducrot, 1994: 217).

Distintos aportes de la lingüística enriquecen las comparaciones de los textos.

1.1.3 – La narratología

Habiendo destacado en nuestro marco teórico general desde la teoría del discurso algunas definiciones sobre la teoría de la enunciación, los lugares y participación de las personas, los conceptos mismos de enunciación y discurso, las modalidades, citas, actos, el sentido en algunas palabras y algunas figuras del lenguaje, podemos presentar los aportes que nos brinda la narratología para trabajar los materiales escritos por los psicólogos.

Algunos textos clásicos sobre el tema nos permitirán analizar en esos discursos fenómenos como el relato y el comentario, las características de la construcción espacial y temporal; el punto de vista, la focalización, los temas y motivos, entre otros. Chartier propone que la historia podemos pensarla dentro del género de la narración en sentido aristotélico: “poner en intriga acciones representadas” (2000: 62). Como explica Barthes desde Aristóteles en los relatos casi todos dan primacía a lo lógico por sobre lo cronológico (1996: 18). Dice el autor que en el interior del relato hay una función de intercambio repartida entre un dador y un beneficiario y también, homológicamente, el relato como objeto es lo que se juega en una comunicación: hay un dador y un destinatario del relato (Ibíd.: 25). Otros conceptos específicos que aporta la narratología a la teoría del discurso: el de *selecciones circunstanciales*, de Humberto Eco al escribir sobre el contexto y las ve más relacionadas a la enunciación que las selecciones contextuales (Eco, 1979: 29) o que es posible actualizar una fábula –secuencia de acciones– en textos no narrativos (Eco, 1979: 150) teniendo en cuenta que “una vez actualizadas las estructuras discursivas, se llegan a formular, a través de una serie de movimientos sintéticos, las macro proposiciones narrativas” (Ibíd.: 146).

Mayormente en el capítulo dedicado al trabajo sobre el trauma y la

elaboración estos conceptos son utilizados.

1.1.4 – Teoría de la argumentación

El abordaje de los materiales escritos por un psicólogo en la situación hospitalaria necesita además de los aportes de los estudios sobre la teoría de la argumentación. Recordemos que la narratio en retórica es el relato de los hechos, aparentemente objetivo, pero que prepara la argumentación (Arnoux y otros, 2010: 10), conocimiento útil para analizar relatos. Dado que el género borrador es fuertemente entimemático (Plantin, 1996: 128; Amossy, 2000: 116–118) y hay que recuperar lo que falta en los silogismos necesitamos aportes sobre el tema y sobre la orientación y continuación de los razonamientos (Plantin, 1996: 117). El concepto de *lugar común* (Amossy, HerschbergPerrot, 1997: 19) nos sirve para ubicar ideas que se presentan. Otros estudios son los requeridos por la verbalización de las emociones. Cuando Plantin (1998) trabaja la argumentación en discursos orientados a expresar afectos (estar indignado, orgulloso, temeroso, etc.) se encuentra en la necesidad de diferenciar aspectos cognitivos y emotivos. Toma de M. Gross la idea de que hay verbos psicológicos y verbos de sentimiento y fijar tales términos es un problema semántico. Plantin considera que hay términos claramente polisémicos como confusión. En su trabajo, el autor refiere a las técnicas de la emoción en la retórica, a las dimensiones psicológicas, lingüísticas y cognitivas de las emociones, a su tópica.

Al escribir sobre argumentación y pruebas Plantin expone que "El establecimiento de grandes clases de pruebas es una tarea de los epistemólogos. Se puede considerar que las pruebas se diferencian según que se trate de dominios donde una confrontación con lo real es posible y según el tipo de lenguaje utilizado (lenguaje matemático o lenguaje ordinario)... En ciencia, los modelos teóricos predictivos pueden recibir una validación empírica; en tanto que las situaciones que ellos preveen están certificadas en la realidad, se dice que ellas recibieron una prueba experimental. La prueba experimental establece entonces el lazo con la explicación... En los otros dominios de actividades

científicas o no, el discurso probatorio necesita un *suplemento de realidad*, y se orienta hacia la prueba como hecho. La prueba es construida por una serie de manipulaciones y de investigaciones donde la designación reenvía a las realidades concretas: se reúnen *los elementos de prueba*, *los medios de prueba*, *se dio la prueba*, *se la aporta*. Es en su relación con lo real que la prueba se diferencia de la demostración..." (Plantin, 2005: 83–85) (la traducción es nuestra).

En nuestro trabajo hemos pensado a los borradores como pruebas de un razonamiento entimemático orientado a derivar un saber del caso tratado.

1.1.5 – La polifonía

Presentamos en este marco teórico general luego de aportes de la narratología a la teoría del discurso definiciones de narratio, entimemas, lugar común, emociones en retórica, el sentido de los términos, pruebas, conceptos de la teoría de la argumentación que nos son necesarios para abordar los borradores del profesional en situación hospitalaria. En la teoría del discurso incluimos también la polifonía. Este concepto nos es útil a fin de analizar la presencia de distintas voces y distintos puntos de vista en el interior de los enunciados analizados en los borradores y en los otros textos.

Para analizar lo cotidiano en la escritura de los registros tomamos la idea de rasgos polifónicos. Ducrot (1994) ubica sus investigaciones en el ámbito de la pragmática semántica o pragmática lingüística, y habla de una teoría polifónica de la enunciación: muestra su desacuerdo con la idea de unicidad del sujeto hablante y remite a Bajtin, cincuenta años antes y para la teoría literaria, en cuanto a la elaboración del concepto de polifonía. Plantea que la teoría de Bajtin se aplicó siempre a textos –serie de enunciados– y nunca a los propios enunciados que componen esos textos (Ducrot, 1994), y la utiliza para poner en duda el postulado según el cual un enunciado aislado hace oír una única voz. Para este autor el sentido de un enunciado es la cualificación de su enunciación poniendo al enunciado como una parte de la enunciación.

Authier–Revuz (1984) trabaja las *heterogeneidades enunciativas* las cuales

se manifiestan en el discurso directo, las comillas, el discurso indirecto libre, la ironía, etc., formas que llama “formas de la heterogeneidad mostrada”. Esta autora recupera la idea de Bajtin de “saturación del lenguaje” –las palabras no son neutras sino que están atravesadas por los discursos de existencias anteriores socialmente determinadas–. Como señala Filinich, siguiendo los aportes de Bajtin y de Ducrot: "El sujeto hablante no es fuente ni dueño de su discurso sino que su habla hace circular ideologías, creencias, valores, que lo desbordan; su habla es más un mosaico de citas en conflicto (parodias, ironías, refundiciones) que un supuesto discurso homogéneo" (Filinich, 1998: 46).

1.1.6 – Los géneros discursivos

Para terminar la primera perspectiva que articula nuestro marco teórico general del trabajo sobre los borradores del psicólogo, la teoría del discurso incluye el concepto de géneros discursivos. Dejamos este concepto para el final de lo incluido en la teoría del discurso a fin de retornar a la caracterización de los borradores del terapeuta como género antes de pasar a otras necesidades de nuestro marco teórico.

Las escrituras profesionales en el área de Salud Mental se concretizan en diferentes géneros discursivos: “tipos relativamente estables de enunciados” (Bajtin, 1979: 248). Este autor, mencionando los conceptos de enunciado y comunicación discursiva como algo diferente de la oración, se acerca a la situación extraverbal y a las formas genéricas estables del enunciado en las que se plasma la voluntad discursiva del hablante bajo diferentes formas. Los géneros discursivos se producen en una esfera de uso de la lengua y cada esfera de la praxis tiene su repertorio (Ibíd.: 248). Define el autor: “Una función determinada (científica, técnica, periodística, oficial, cotidiana) y unas condiciones determinadas, específicas para cada esfera de la comunicación discursiva, generan determinados géneros, es decir, unos tipos temáticos, composicionales y estilísticos de enunciados determinados y relativamente estables. El estilo está indisolublemente vinculado a determinadas unidades temáticas y, lo que es más

importante, a determinadas unidades composicionales; el estilo tiene que ser con determinados tipos de estructuración de una totalidad, con los tipos de su conclusión, con los tipos de la relación que se establece entre el hablante y otros participantes de la comunicación discursiva (los oyentes o lectores, los compañeros, el discurso ajeno, etc.). El estilo entra como elemento de la unidad genérica del enunciado.” (Ibíd.: 252). La praxis de la que surgen nuestros materiales unifica el corpus como género estudiado siendo que en ocasiones según la función destacable útil para la práctica profesional o características determinantes de los escritos serán llamados *ayuda–memoria* cuando sirven a esa función intelectual; *pre–textos* o *bosquejos* si muestran los caminos de la conceptualización de manera articulada o figurativa; *borradores* si se evidencian las correcciones en los textos; *escrituras precarias* si destacan su falta de claridad o *escritos privados* cuando los rotulamos por el destinatario de la comunicación.

En la comunidad psicoanalítica como comunidad discursiva la producción de textos está ligada a ciertas prácticas discursivas y los géneros propios del área exponen sus propias normas de producción y criterios de evaluación (Arnoux y otros, 2010: 3). Expresan las autoras que esta comunidad profesional y científica produce géneros de discurso cerrados que son accesibles esencialmente a sus miembros y que dan lugar a retomes de diverso tipo (comentarios, contrastes, reformulaciones). Un concepto que presentan es el de un “plan textual”, “hipótesis del analista” con “estatuto de tesis doctrinaria” que “oculta sus rasgos de construcción en la medida en que exhibe un enunciador expositor (*ethos* objetivo del terapeuta) que establece “los hechos” de los cuales parte, hechos que dan una versión del *ethos* del paciente que autoriza el desarrollo posterior” (Arnoux y otros, 2010: 11). Mientras el analista construye sus hipótesis del caso habla con el paciente sobre el entendimiento de lo que le pasa, incorporándose al *ethos* del terapeuta un punto de vista objetivo, uno dialogante y uno capaz de transmitir sus propias intuiciones (Arnoux y otros, 2010: 13). Arnoux desde el Análisis del Discurso ha considerado los rasgos que caracterizan un "caso". Este abordaje (2009) toma en cuenta la tradición retórica y la utilización del ejemplo ilustrativo con funciones argumentativas y explicativas en las prácticas profesionales de

predicación y psicoanálisis y la aplicación de estos conceptos en la formación académica actual, ilustrando el caso del psicoanálisis en un relato clínico de Freud.

Presentamos para cerrar los aportes teóricos que consideramos de la teoría del discurso, la definición del concepto de género discursivo con el objetivo de pensar los escritos estudiados como un género, tomamos definiciones sobre el estudio de géneros en la comunidad discursiva del psicoanálisis y particularmente nos enfocamos en la forma de entender las hipótesis del analista, el *ethos* y el caso en relación a la formación profesional. El funcionamiento de las notas personales es analizado en dos capítulos distintos al participar de dos cadenas genéricas diferentes, entendidas estas como elaboraciones sucesivas de una misma "materia semántica" que se efectúan bajo formas genéricas distintas (Ibíd.: 5). Una de estas cadenas deriva hacia géneros de producción de conocimientos, como la presentación en ateneo, mientras otra deriva hacia la resolución de documentos públicos exigidos por la práctica profesional, como la Historia Clínica.

1.2 – Los escritos como objetos

Ligado a los borradores como género discursivo la segunda línea de trabajo del marco teórico general observa los escritos, objetos, palabra objetivada que permite volver sobre ella para analizar y reflexionar. Esta es una de las funciones primarias de la escritura (Ong, 1982: 85). Los escritos así considerados son objetos culturales–contextualizados. Cardona estudia las manifestaciones gráficas, y en las nuestras podemos observar que las escrituras no se reducen a aquellas de la lengua escrita (1981: 88). Este segundo abordaje toma los estudios de los borradores que presentamos en el estado del arte.

En la práctica profesional del área de Salud Mental se escriben muchas veces escritos privados, personales del terapeuta. Una definición adecuada al origen toma en cuenta que “los manuscritos, término genérico, designan el soporte sobre el cual se detienen una serie de metamorfosis: vacilaciones, se retoma, arrepentimientos, etc. Esas metamorfosis son el fruto de un trabajo psíquico,

cognitivo y gestual de parte del escritor que deja trazos materializados gráficos de ese trabajo sobre el manuscrito. El borrador es el manuscrito considerado en tanto que bosquejo de un texto final que vendrá”⁵ (Fenoglio en *Langue Française* 155, 2007: 9).

Indagamos los del profesional e incursionamos en la forma en que muestran el trabajo en el área. El estudio de los materiales escritos por los psicólogos presenta un indudable interés, pero éstos deben ser analizados como discursos escritos. Llamados escrituras “precarias”, es decir, destinadas a un uso en general privado, pueden dar lugar a escritos públicos más elaborados. Se han analizado por ejemplo notas de terreno de antropólogos (Doquet en *Langage & Société* N° 127, 2009). Considerados escrituras intermediarias, intermitentes en una cadena, hacen pensar cómo “La filosofía, psicología, lingüística, sociología, pedagogía y didáctica convergen en el último cuarto del siglo XX en pensar a la escritura como una ruptura con la enunciación oral cotidiana” (Doquet–Lacoste en *Langage & Société* N° 127, 2009: 9). En este sentido la escritura es un avance en la conceptualización, siendo los trazos escritos el corpus sobre el que va a trabajar el investigador en ciencias humanas, mientras las ciencias experimentales trabajan en principio fuera del lenguaje (Ibíd.: 12, 18). La autora escribe: “al enunciado de Buffon devenido adagio, ‘eso que se concibe bien se enuncia claramente’, le sigue una nueva *doxa* según la cual es por la actividad verbal, y singularmente por la escritura, que se elabora y se construye todo pensamiento” (Ibíd.: 7). Ciertamente el adagio no parece nacer en Buffon sino en Nicolas Boileau Despréaux (Boileau, N., 1840: 7) pero la idea parece alumbrar un camino en nuestro trabajo de Análisis del Discurso. También en las notas en algunas oportunidades encontramos teorizaciones no desarrolladas: una separación entre formulación y conceptualización, razonamiento científico y escritura que caracteriza al género de borradores (Doquet–Lacoste en *Langage & Société* N° 127, 2009: 6).

En *Langage & Société* (Marzo de 2009) –fascículo de la revista dedicado a escrituras científicas, libros de apuntes, notas, bosquejos–se estudian, entre otros,

⁵ La traducción es nuestra.

notas de terreno de antropólogos y borradores de investigación en laboratorios. Bajtin distinguía géneros primarios, frutos del intercambio *verbal* cotidiano, de géneros secundarios que se manifiestan en el cuadro de los intercambios culturales que en general son *escritos* y Doquet–Lacoste utiliza esta distinción para incluir la escritura de notas del antropólogo estudiado en los géneros primarios donde el intercambio verbal es del escritor de las notas consigo mismo que las leerá después (Doquet–Lacoste en Langage & Société, 2009: 11). Ese concepto es aplicable al análisis de nuestros materiales, uno de los unificadores del género. Efectivamente, las notas de borrador del psicólogo en el hospital son de alguna manera notas de campo como las del antropólogo en el terreno o del científico en el laboratorio observando su objeto de estudio y son fruto del intercambio verbal de la entrevista con el paciente. El valor social que adquieren en parte se relaciona a las otras producciones que se originan también en el encuentro del paciente y el profesional.⁶

En el trabajo de análisis genético sobre los borradores de Émile Benveniste la autora define como “nota de trabajo”⁷ toda formulación escrita por el lingüista que entra, de una manera u otra, en el proceso de escritura de un artículo, separándolas por ejemplo de las *notas de lectura* que no incluye en su trabajo (Fenoglio en Langage & Société N° 127, 2009: 24–5). Algunas consideraciones del artículo nos son útiles como por ejemplo la idea de notas como *soporte de reflexión a la que se renuncia* (Ibíd.: 32) o notas como *lugar de formación del pensamiento teórico* (Ibíd.: 33). También una conclusión de la autora en la cual se pregunta por qué se conservan los borradores, respondiendo que “es el lugar donde él piensa, reflexiona, organiza, se informa. Se trata de un espacio estratégico donde la idea toma lugar y forma, donde el pensamiento nace porque se escribe” (Ibíd.: 44).

6 En el Capítulo 1 presentamos el género de borradores en relación a otros textos del área de la salud mental dirigidos a colegas y supervisión y en el Capítulo 3 comparamos las notas de borrador con la Historia Clínica del mismo paciente. Los borradores surgen de entrevistas que dan lugar a otros escritos.

7 La traducción es nuestra.

La segunda línea del marco teórico general recién presentada incluye la *conceptualización y su separación de la formulación* en los borradores, la idea de *la persona del escritor como destinatario de su propio texto*, la definición de notas de trabajo que admite el *soporte de reflexión a la que se renuncia* y el *lugar de formación del pensamiento teórico*. Todos estos conceptos son el tema aportado por los estudios de las revistas francesas sobre los borradores que mencionamos en el estado del arte y que nos ayudan a analizar nuestros materiales. La tercera línea son los estudios genéticos.

1.3 – Los estudios genéticos

Los genetistas privilegian la idea de pre–texto⁸ en el estudio de borradores. Es definida en el inicio por Jean Bellemin–Noël en 1972 como *borradores*, lo que precede materialmente una obra cuando es tratada como un texto y hace sistema con él, luego como algo que se construye en un discurso crítico, dando finalmente este autor lugar a la noción de un orden genético y un proceso de escritura de un texto (Fenoglio y Chanquoy en *Langue Française* 155, 2007: 5). Las autoras que lo citan, a partir de la pluridisciplinariedad de trabajos que presentan en torno a la genética textual, entienden pre–texto como “todo lo que pasa antes de la producción de un texto escrito y donde sus trazos tienen una puesta en acto cognitiva y gráfica directamente ligada al texto final producido” (Fenoglio y Chanquoy en *Langue Française* 155, 2007: 5). Así pensado se opone un texto que es creación espontánea a otro que es planificado. Es posible oponer una *escritura en proceso* sin fase preparatoria ni plan, a una *escritura programada* con planes y tentativas de proyección (Piolat y Barbier en *Langue Française* 155, 2007: 99)⁹.

Desde la genética textual se estudian borradores (Lois, 2001), esquemas de los escritores previos a los textos que destinan a la publicación. Estos ⁸Avant-texte.

⁹Adelantamos que vemos funcionar las notas personales como pre-textos en el caso en que los otros escritos surgidos de las mismas entrevistas se dirigen a los colegas o para supervisión, pero no pasa esto en la relación entre los borradores y la Historia Clínica.

conocimientos son útiles para analizar la relación entre los escritos personales y otros textos sobre los mismos pacientes. La crítica genética, disciplina organizada por Louis Hay a partir de 1967 (Ibíd.: 12) se preocupa por conocer las operaciones en juego en la escritura para llevar hasta la dinámica que las pone en movimiento: "pulsiones afectivas, representaciones imaginarias, efectos del lenguaje sobre el ritmo" según cita la autora a Hay. Este autor menciona la crítica genética como un punto de encuentro, un lugar de conciliación entre trabajos sobre manuscritos y la ilusión de poder establecer la génesis de las obras de arte por medio de los borradores de los escritores (Hay, 1993: 13).

Como escribe Élide Lois (2001: 18) "...la crítica genética tiene como objeto de investigación un "campo en desequilibrio" y, más que señalar factores y determinantes de procesos, busca descubrir posibilidades, potencialidades", y agrega luego: "Psicoanalista y genetista son "interpretantes". Ambos enfrentan un discurso enigmático cuyos mensajes deben ser desentrañados a partir del relevamiento, análisis e interrelación de indicios". La autora conceptualiza "pre-textos propiamente dichos", "material redaccional", "escritura ya directamente encaminada a textualizar" como un avance, algo menos estructurado o menos acabado que un texto definitivo (Ibíd.: 2). Para hablar de "diferencia de alteridad", cita a Jean Levaillant: "Le brouillon n'est plus la préparation, mais l'autre du texte" (Ibíd.: 18).

El análisis genético es fundamental en dos capítulos, en uno en el cual los borradores funcionan como pre-texto de escritos destinados a colegas y a supervisión, y en otro en el cual eso no ocurre, sino que se muestran dos hipótesis distintas sobre el mismo caso en los borradores y en la Historia Clínica.

1.4 – La salud mental

Luego de los aportes de la genética textual pasamos a la cuarta y última línea del marco teórico general de nuestro abordaje a los borradores del profesional que es dada por la salud mental. Luego en cada capítulo daremos un pequeño marco teórico más abocado a las particularidades.

En el campo del psicoanálisis se ha reflexionado sobre la toma de notas a partir de las sesiones con los pacientes. En *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* Freud (1912) partiendo de la gran dificultad de conservar en la memoria los datos aportados por los pacientes considera la posibilidad de tomar notas durante la sesión. El motivo por el cual no recomienda tomar notas extensas en ese momento es la selección que se produce en el material aportado por el paciente al escribir, ya que la "atención libremente flotante" (Ibíd.: 111) se corresponde con la asociación libre que se indica al paciente. Retomaremos este texto, y otros del mismo autor al observar el funcionamiento de las notas personales en la formación profesional. Freud sugería que en el transcurso de la sesión se pueden anotar "fechas, textos de sueños o ciertos resultados dignos de nota que puedan desprenderse con facilidad del contexto y se presten para utilizarlos como ejemplos autónomos" (Ibíd.: 113), a pesar de lo cual comenta que él no suele hacerlo. Para Freud "Tomar notas durante la sesión con el paciente se podría justificar por el designio de convertir el caso tratado en tema de una publicación científica" (Ibíd.: 113). Sin embargo, el padre del psicoanálisis escribe: "...registro por escrito de memoria al anochecer, después de terminado el trabajo; en cuanto a los textos de sueños que me interesan, hago que los pacientes mismos los fijen [por escrito] tras relatar el sueño" (Ibíd.: 113).

Desde el psicoanálisis el material escrito sobre los pacientes se relaciona fundamentalmente con la transmisión de la práctica clínica. Según Porge (2005: 49) "Lacan refiere el problema de la publicación de rasgos de casos no tanto por el hecho de que el sujeto se reconozca, sino porque otros lo ubiquen por su psicoanalista". En este planteo el valor de lo escrito se une al problema de la posición del analista. Tanto en los borradores que analizamos como en los otros textos presentados sobre los pacientes los nombres y las fechas fueron modificados como se detalla en el tratamiento que dimos a los materiales del corpus.

En la experiencia freudiana los escritos cumplen la función de ordenar. Freud incorporó en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921: 99–110) un

punto de vista que se hizo clásico al hablar de relaciones, grupos e instituciones: hay un líder que ocupa el lugar del ideal y una masa formada por individuos que se identifican entre sí y ubican al líder en ese lugar de ideal.

Concepto clave del psicoanálisis tratado en ese trabajo es el mecanismo de *identificación*: “El psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con una persona” (Ibíd.: 99) y necesitamos otros para analizar los borradores como la noción de *transferencia*: repetición del pasado olvidado (Freud, 1914: 152), la *contratransferencia* “que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine” (Freud, 1910: 136), precisiones sobre el *narcisismo* en el ser vivo que Freud planteaba en Introducción del Narcisismo en 1914 donde “... una conducta narcisista de esa índole constituyera en ellos una de las barreras con que se chocaba en el intento de mejorar su estado. El narcisismo, en este sentido, no sería una perversión, sino el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo” (Freud, 1914: 71–72) o la mención de la tensión que existe entre la libido dirigida al yo y la dirigida al objeto, las cantidades que tiene cada una, relacionando el displacer al aumento de magnitudes y a la función de ellas (Ibíd.: 82). Utilizamos alguna conceptualización importante de Lacan como la de *separación* que es movimiento opuesto a la alienación (Lacan, 1964: 217–223), *decisión* en relación al tiempo de comprender y al momento de concluir (Lacan, 1945: 196) o la diferenciación que realiza entre hombres y mujeres en cuanto al discurso cuando en el seminario *El reverso del psicoanálisis* habla del hombre, la mujer, el discurso, el significante, el sentido y el objeto dice que “el hombre... es una creación de discurso... nada de lo que se analiza de él puede definirse de otro modo. No puede decirse lo mismo de la mujer. Sin embargo, el diálogo solo es posible situándose en el discurso” (Lacan, 1970: 58). Precisamos para trabajar las notas del profesional del área de salud mental definiciones de la psicosis: diferenciando entre una situación neurótica y una psicótica Lacan comienza diciendo que “Hay otra forma de defensa además de la provocada por una tendencia o significación prohibida. Esa defensa consiste

en no acercarse al lugar donde no hay respuesta a la pregunta” (Lacan, 1956: 287). Más adelante continúa: “Se trata de concebir, no de imaginar, qué sucede para un sujeto cuando la pregunta viene de allí donde no hay significante, cuando el agujero, la falta, se hace sentir en cuanto tal... Todos los taburetes no tienen cuatro pies. Algunos se sostienen con tres. Pero, entonces, no es posible que falte ningún otro, sino la cosa anda muy mal. Pues bien, sepan que los puntos de apoyo significantes que sostienen el mundillo de los hombrecitos solitarios de la multitud moderna, son muy reducidos en número. Puede que al comienzo el taburete no tenga suficientes pies, pero que igual se sostenga hasta cierto momento, cuando el sujeto, en determinada encrucijada de su historia biográfica, confronta ese defecto que existe desde siempre. Para designarlo nos hemos contentado por el momento con el término de *Verwerfung*¹⁰” (Ibíd.: 289).

En este marco teórico general como cuarta línea tomamos los conceptos que nos aporta el área de la salud mental. Utilizamos al principio definiciones del psicoanálisis de Freud y Lacan: indicación de tomar notas o no en la sesión en relación a la memoria y a la asociación libre, transmisión de la práctica clínica, función de ordenamiento de los escritos, identificación, transferencia, contratransferencia, narcisismo, libido de objeto, separación, decisión, discurso en hombres y mujeres, psicosis.

La definición de otros conceptos es tomada de la Psiquiatría: mecanismo de *proyección* es la operación por la cual el sujeto expulsa de sí y sitúa en el otro cualidades, sentimientos o deseos que rechaza en él (Ey, 1965: 382), *conciencia*: “la organización de la experiencia sensible actual... la representación actual del orden objetivo y subjetivo” (Ibíd.: 88–9), *atención* como una actividad sintética que está en la base de las operaciones de la inteligencia y no se confunde con ellas (Ibíd.: 94). También utilizamos alguna precisión de un texto especializado de la psicología como la idea de *conciencia marginal* cuando no hay coincidencia de la atención, la percepción y la conciencia (Vernon, 1967: 193) o un aporte del psicoanálisis sobre el diagnóstico de histeria en Freud, descrito como un teatro privado (García, 2004: 21). Cabe mencionar como parte del marco teórico

10 Rechazo, repudio.

conceptos de la psiquiatría referidos al suicidio. Baechler (1979), citado por Polaino-Lorente (1994: 439), “ha trasladado el centro de gravedad del suicidio de la intencionalidad a la conducta. En su opinión, el suicidio denota toda conducta que busca y encuentra la solución a un problema existencial, pero haciendo un atentado a la vida del sujeto. En esta definición se subraya el aspecto de la conducta, así como los problemas existenciales (sean estos internos o externos, reales o imaginarios), condiciones que jamás están ausentes en el acto suicida”.

Luego de agregar definiciones de proyección, conciencia, atención, conciencia marginal, histeria, suicidio, mencionemos que Freud construía la teoría con sus pares no quitando mérito a sus interlocutores. En *Construcciones en el análisis* (1937: 259–270) relaciona los intentos de explicación con la restitución, el delirio y la interpretación: estos conceptos son utilizados para evaluar los dichos en contraste con la experiencia. Es el “caso” el que se escribe en la práctica del psicoanálisis. En el campo psicoanalítico los registros de notas han sido la base de presentaciones en ateneos sobre los pacientes, supervisiones y de relatos clínicos o de simples viñetas. En este trabajo observamos cómo las citas de los pacientes que se encuentran en los borradores se utilizan como “prueba”. Las notas personales analizadas sirvieron al psicólogo para diversos fines y mostramos cómo se relacionan con los textos posteriores o también aportan en sí mismos a la formación profesional en el análisis de un caso para su diagnóstico de enfermedades mentales o en la observación de los efectos traumáticos por las situaciones que llevan a pacientes a la internación hospitalaria luego de la urgencia.

Los hospitales recurren a las clasificaciones de la salud mental para identificar el problema de un paciente. Presentamos manuales y guías que rigen el trabajo hospitalario y participan en las investigaciones del campo de la salud mental. Se han tipificado los diagnósticos de traumas, siendo que dentro del grupo de los Trastornos de Ansiedad se encuentra el Trastorno de Stress Postraumático. Su definición y como su nombre lo indica es la “exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático” la característica esencial que será antecedente. Ese hecho vivido se puede pensar que precede a un trastorno

mental tal cual lo define el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994: XXI) como “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica...” y que “cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”. Esta clasificación no da cuenta del proceso que ha conducido al "accidente" y del proceso de la terapia y elaboración del trauma, orientación del análisis de los borradores realizado en un capítulo. En la clínica psicoanalítica el tema del diagnóstico se plantea no sin ambigüedades y mostramos aquí la participación de los borradores en ese proceso complejo.

El género de Historia Clínica tiene atribuciones de objetividad y neutralidad de la medicina y al comparar con los borradores plantea un problema al psicólogo al no ser análogos los campos. Son dos géneros diferentes que se resuelven a partir de contextos distintos con finalidades diferentes que requieren del escritor atender a variables diferentes en cada caso. La salud mental se relaciona con la Historia Clínica, trabajada en un capítulo en relación con los borradores como una mirada asociada a la clínica y la patología. Por otro lado la salud mental se relaciona con la elaboración, concepto trabajado en el capítulo del análisis de los borradores dedicado a trauma.

Capítulo 2 – Los borradores y los escritos en salud mental

2.1 – Introducción

En este capítulo sobre los borradores investigamos la formación profesional, abordando a partir de las notas personales el problema del diagnóstico como algo a resolver en la psicología. Observamos cómo los borradores sirven de base a otros escritos de tipo habitual para los profesionales de la salud mental, géneros de producción de conocimientos del área dirigidos a colegas y de supervisión. Mostramos en esta investigación abordajes teóricos diversos de las enfermedades mentales, trastornos y traumas que permiten formar saberes de cierto grado de estabilidad y admisión en el campo sobre el tipo de pacientes que llegan al hospital.

Mostramos el cuaderno de notas de entrevistas en una cadena de escritos que tiene su origen en él: los textos producidos para ser presentados ante los colegas y los de supervisión, espacios de trabajo de las prácticas de salud en las cuales se valida lo realizado por un terapeuta en un caso y se configuran los pasos siguientes a dar en cuanto a lo relativo al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades.

Los escritos están orientados a la reflexión sobre el diagnóstico. El caso es el eje. Todos los géneros textuales desplegados en las prácticas de la salud no están desvinculados de la finalidad de la práctica que es tipificar (o tender a la tipificación) para tornar el caso inteligible, pensable, abordable. En ese sentido, podría decirse que el caso se va construyendo.

Esta observación plantea la utilidad de la escritura de los borradores con la finalidad de trabajar la apreciación diagnóstica, es decir, la identificación de la estructura psicopatológica, del trastorno o cuadro del paciente. Desde este punto de vista se caracteriza y valoriza la “prueba” en relación a aserciones y demostraciones. Se observa el funcionamiento del borrador como punto de partida de la elaboración de ese saber que el terapeuta va a someter a la mirada de colegas y a supervisión y su lugar en la formación profesional.

Las notas personales como base de la elaboración posterior revelan que el diagnóstico en salud mental se problematiza, es decir, es un proceso en el que el terapeuta a partir de datos iniciales va construyendo una hipótesis que tendrá que demostrar para lo cual necesitará más datos, que son los que va registrando en sus notas privadas. Ese proceso de registro de datos y construcción de hipótesis sobre el diagnóstico es el que analizaremos.

El caso seleccionado entre los atendidos es el de un paciente que estuvo internado en el Hospital de Quemados en el año 1994. Se distingue de los otros por la duda diagnóstica que se observa en los borradores, por las dificultades para encuadrarlo según los conocimientos del área de la salud mental y por los materiales que perduraron de los diferentes accesos en función de las actividades que se hicieron sobre el paciente. El caso dio lugar a un trabajo teórico que originó una presentación dentro del Servicio de Salud Mental del nosocomio y una posterior supervisión fuera de la institución, materiales que se encuentran como Anexos al final del desarrollo de los capítulos. Incluimos las notas teóricas sobre el caso en las cuales para comprensión del lector al pie de página se aclaran las referencias bibliográficas posibilitando el seguimiento del análisis realizado; el escrito *Presentación del caso a colegas el 11/8/94* y los comentarios escritos por el terapeuta, archivo de datos de su computadora personal, sobre una supervisión realizada con una médica psicoanalista.

2.2 –Transcripción de las notas sobre Daniel Morone

25/5/94 MORONE, DANIEL (36) H/C 4 43 AÑOS

"AL PRODUCIRSE UNA EXPLOSIÓN DE UNA GARRAFA DE GAS".

AB 26.5% – B 3.5% "ESTÁ TODO SUCIO" / LO ANGUSTIA Q' SU HIJA¹¹ LO VEA MAL ("NO TIENEN QUIEN LOS DEFIENDA") ~~ME PIDE QUE LOS~~ Y SE LO TRANSMITA A SU FLIA. → ME PIDE Q' LA CONVENZA DE Q' ÉL ESTÁ BIEN → LE DIGO Q' VOY A HABLAR CON ELLA

26/5 MORONE, DANIEL ENTREV. C/ LA HIJA Y EL YERNO. LE COMENTO Q' SU PADRE ESTÁ PREOCUPADO X LA REACCIÓN QUE PUEDA TENER ELLA.

27/5 MORONE, DANIEL DICE PREFERIR¹² Q' LO BAÑEN AHORA, Y HABLAR EN OTRO MOMENTO.

29/5 MORONE, DANIEL DICE TENER ENSUEÑOS, Y NO SABER CUAL ES LA REALIDAD EN ESOS MOMENTOS → AL DESPEDIRME DE ÉL ME PREGUNTA SI NECESITO O NO UNAS ÓRDENES // ME PIDE Q' HABLE C/ SU MUJER CUANDO VENGA, X SU MIEDO DE Q' LO VEA COMO UN MONSTRUO

2/6 MORONE, DANIEL PASÓ EL SÁBADO A UTI. ESTÁ ASÉPTICO

4/6 MORONE, DANIEL HABLA DEL LUGAR DONDE ESTÁ, Q' LO LLEVAN Y LO TRAEN, Q' ESTÁ EN MAR DEL PLATA

9/6 MORONE, DANIEL DICE Q' LLEGO SIEMPRE EN EL MOMENTO JUSTO. (LLEGABA EL KINESIÓLOGO PARA ATENDERLO EN EL MISMO MOMENTO) // COMIENZA A HABLAR DE UN ACCIDENTE, Q' VE SIEMPRE AL CERRAR LOS OJOS, EN PLAZA DE MAYO. ES UN CHOQUE, HAY CHICOS, SE LE CLAVA ALGO EN LA PIERNA. PARECE ESTAR DELIRANDO. ME PREGUNTA SI A MÍ NO ME DA HORROR EL VERLO. / DELIRA S/ UN ACCIDENTE Q' NO PARECE SER EL Q' VIVIÓ. RECOMIENDO UNA I/C CON PSIQUIATRÍA

11/6 MORONE, DANIEL DELIRA. / UNA CÁMARA Q' LO ENFOCA X Q' ES AMIGO DE MENEM / ME DICE Q' LO DEJÉ VIAJANDO SÓLO

11 "...HIJA" reemplaza una palabra que está tachada y no se llega a visualizar.

12 Hay algo tachado en el borrador que no se entiende.

16/6 MORONE, DANIEL LE PREGUNTO X LA FLIA (AL FINAL): DICE Q' SU MADRE Y SU HNA ESTÁN ACÁ, Q' SU MADRE TIENE UN DTO A 20 METROS; Q' SU ESPOSA YA SE TUVO Q' IR // "¡CUÁNTO HACÍA Q' NO NOS VEÍAMOS!" / DICE Q' SE "IBA" PARA NO SENTIR EL SUFRIMIENTO / Q' AHORA YA ESTÁ ACÁ, POR MOMENTOS SE VA PERO ENSEGUIDA VUELVE. (DICE Q' QUIZÁS SEA EFECTO DEL SHOCK) / LE PREGUNTO ADONDE VA: DICE Q' CONSTRUYÓ OTRA REALIDAD CON OTRAS PERSONAS, + PLACENTERA.// DICE Q' SU MADRE TIENE UN DTO A 20 M DEL HTAL.

18/6 MORONE, DANIEL DICE ESTAR + TRANQUILO. ESTABA ASUSTADO X Q' NO SABÍA SI SUS "VIAJES" ERAN X EL SHOCK, X EL GOLPE, O X Q' ESTABA LOCO // DICE Q' PROBABLEMENTE ERA X LA FALTA DEL CARIÑO DE SU FAMILIA (Q' PARA ÉL "ES TODO"). AHORA Q' SU MADRE (80 AÑOS) ESTÁ AQUÍ, ESTÁ + TRANQUILO // EN SUS VIAJES HUBO DESENCUENTROS CON SU FAMILIA

20/6 MORONE, DANIEL ...(HACE SILENCIOS) "YA VAMOS A HABLAR...". LE PREGUNTO SI PUEDE SENTARSE → DICE Q' LOS MÉDICOS LO TIENEN Q' AUTORIZAR / ME PIDE HABLAR CON EL MÉDICO // I/C DICE A LA MÉDICA Q' PREFIERE HABLAR CON EL MÉDICO Q' CON EL PSICÓLOGO. (X SU UBICACIÓN EN LA AGRESIVIDAD ESPECULAR PARECE SER UN OBSESIVO)

24/6 MORONE, DANIEL DICE Q' A VECES ESTÁ CON + ÁNIMO, Y A VECES CON MENOS / Q' X MOMENTOS SE DESORIENTA / ME PREGUNTA SI YO HABLO C/ LOS OTROS MÉDICOS (¿SI YO ESTOY ORIENTADO SOBRE SU ESTADO?) // HABLAMOS DE LA POSIBILIDAD DE Q' PASE A LA SALA → DICE Q' ESTÁ MEJOR Y Q' QUIERE HACERLO (DICE Q' LE HABLARON DE ESTO) // TIENE SUEÑO CONSTANTEMENTE // LA CURA LLEVA MUCHO TIEMPO

26/6 MORONE, DANIEL DICE Q' AHORA ESTÁ BIEN DEL BOCHO, Q' YA ESTÁ ESTABILIZADO // LE PREGUNTO SI ALGUNA VEZ LE HABÍA PASADO ANTES UNA COSA ASÍ: DICE Q' NO // LE PREGUNTO X Q' PIENSA Q' LE PASÓ → "NO SE, Q' SE PREOCUPE EL MÉDICO".

28/6 MORONE, DANIEL DICE Q' YA NO ESTUVO VIAJANDO / HACE SILENCIO, GIRA LOS OJOS / ME PREGUNTA SI ESTUVE X SU CASA CON SU FLIA.

1/7 MORONE, DANIEL DICE Q' YA ESTÁ AQUÍ / Q' LE MOSTRARON LAS MANOS Y NO SE FUE / DICE Q' SE IBA X Q' RECIBÍA EMOCIONES FUERTES // LE PREGUNTO SI ÉSTO DE IRSE A OTRO LUGAR LO ASOCIA C/ ALGO. DICE Q' NO, ME PREGUNTA SI SACO ALGUNA CONCLUSIÓN (TIENE SU TEORÍA DE LO Q' LE PASA)

6/7 MORONE, DANIEL HABLA DE SU "DISOCIACIÓN" → SE VAA OTRO LADO¹³ / ANOCHE SE SINTIÓ MEDIO RARO, PERO LUEGO LE PASÓ // SU HNO. LE CUENTA Q' CUANDO ESTUVO EN TERAPIA ESTABA MUY DISOCIADO // ME PREGUNTA SI VINE A VISITARLO (AL LLEGAR)

8/7 MORONE, DANIEL UNA ENFERMERA DICE Q' YA AYER A LA NOCHE ESTABA MAL. SE ESTÁ COMIENDO LAS GASAS DE LA MANO // I/C. RAMIREZ¹⁴ DICE Q' EL PROBLEMA ES NEUROLÓGICO, NO PSIQUIÁTRICO. // DICE Q' SE ESTUVO PORTANDO MAL, X ESO LO BAJARON A LA GUARDIA... (LUEGO LO TRAJERON DE NUEVO)... / ¿QUÉ HIZO? ESTUVO ESCUCHANDO COSAS Q' NO DEBÍA: LA CHARLA DE LOS VECINOS, Q' A ÉL NO LE INTERESA; TRATÓ DE BAJARSE DE LA CAMA 2 VECES (Y SABE Q' NO PUEDE, YA Q' SUS PIERNAS NO LO SOSTENDRÍAN); SE COMÍA LAS GASAS. // AL DESPEDIRME ME AGRADECE // AL LLEGAR ME DICE Q' LO DESPERTÉ (AL DECIR SU NOMBRE) // DE Q' HABLABAN LOS VECINOS: NO RECUERDA: EL CAMPO, UNOS CONEJOS, EL PARTIDO DE RIVER (NO LE INTERESA)

10/7 MORONE, DANIEL BALBUCEA, GIRA LOS OJOS. DE PRONTO ABRE LOS OJOS Y ME SALUDA. VUELVE A ENTRECERRAR LOS OJOS. DICE Q' ÉSTOS DÍAS SE IBA. ESTUVO VIAJANDO. FUE A SAIGÓN¹⁵ // SUBÍA CON 3 PILOTOS AL AVIÓN / LO LLEVABAN DE TIRO / * TODAVÍA ESTÁ EN EL AVIÓN / ÉSTO ES UN AVIÓN-HOSPITAL. // POR LA FALTA DE PREHISTORIA EN SU DELIRIO PARECE SER UNA PSICOSIS // SE RECOMIENDA HACER UNA

13Escrito en el renglón de arriba, fue un agregado posterior a "/ANOCHÉ..."

14Médico Clínico.

15"FUE A SAIGÓN" agregado después entre líneas.

INTERCONSULTA CON PSIQUIATRÍA / LE PREGUNTO SI QUIERE Q' HABLEMOS EN OTRO MOMENTO → DICE Q' YA VAMOS A HABLAR → SE "DESPIERTA" Y ME SALUDA (EN TERAPIA YA PASÓ ÉSTO UNA VEZ) * LE PREGUNTO Q' ES Y ME EXPLICA (¡CÓMO NO SABE LO Q' ES!)

15/7 MORONE, DANIEL DICE Q' ESTÁ BIEN DEL CEREBRO, Q' NO TUVO + PROBLEMAS, Q' VINO SU FLIA. Y ÉSTO NO LE PRODUJO NADA. VA NOMBRANDO A SU FAMILIA Q' VINO. LE PREGUNTO X Q' DICE ÉSTO, ÉSTA RELACIÓN. DICE Q' CUANDO VINIERON UNOS ~~FAMILIARES~~-AMIGOS DE MAR DEL PLATA SE PUSO MAL, Q' ÉSTO PASÓ HACE COMO UN MES (SE PUSO MAL A LA NOCHE) → DICE Q' YA PUEDO DARLE EL ALTA → LE DIGO Q' QUIERE Q' LE DE EL ALTA. DICE Q' NO, Q' MI ALTA NO LE INTERESA, Q' ÉL LO Q' QUIERE ES SALIR DEL HOSPITAL (SE QUEJA DE TENER LA ESPALDA ESCALDADA, DE LA CAMA, ETC) LUEGO ME DESPIDO Y ME DICE Q' VUELVA, UNA O DOS VECES +, Q' CHARLAR CONMIGO LE HACE BIEN.

17/7 MORONE, DANIEL LE PREGUNTO X LA VISITA ESA Q' LO HABÍA PUESTO MAL: DICE Q' ERA UN AMIGO (LLORA) Y Q' SE EMOCIONÓ. TAMBIÉN X UNA CARTA Q' RECIBIÓ. DICE Q' LOS AMIGOS LO EMPUJAN A Q' ESTÉ BIEN. BIEN X SUS HIJOS (SON CHICOS)¹⁶ (Q' QUEDARON SOLOS) // DICE Q' SEGURAMENTE ESTÁ LLORANDO X EL ENOJO Q' TUVO AYER EN QUIRÓFANO: PORQ' SE ENOJÓ NO PUDIERON CURARLO // DICE Q' LE SIRVIÓ MI VISITA PARA DESAHOGARSE Y ME LA AGRADECE // TRABAJA DE PORTERO Y SERENO EN UNA ESCUELA. (VIVE A 4 CUADRAS),¹⁷ AHÍ TIENE MUCHOS AMIGOS, Q' LO EMPUJAN A Q' ESTÉ BIEN, EL LLORA X ESTO.

[LLAMADO AL LUGAR DE PADRE NO ESTABA]

21/7 MORONE, DANIEL DICE ESTAR EN VIAJE HACIA LA SALIDA. // AL PRINCIPIO DICE Q' ESTÁ BIEN, Q' SE LEVANTÓ¹⁸ SE BAÑÓ Y SE SENTÓ // LE PREGUNTO SI EN ALGÚN MOMENTO VIAJÓ: DICE Q' ESO YA LO HABÍAMOS

16“(SON CHICOS)” escrito debajo de “...SUS HIJOS”.

17“(VIVE A 4 CUADRAS)” escrito entre líneas.

18Hay algo tachado en el borrador que no se entiende.

HABLADO, Q' SÍ. DICE Q' YA NO VAA NECESITAR CHARLAR CONMIGO,
LUEGO DICE Q' MEJOR Q' SÍ, Q'¹⁹ ME DE UNA VUELTA
24/7 MORONE, DANIEL ALTA EL 23/7. VOY Y NO ESTÁ.

¹⁹Hay algo tachado en el borrador que no se entiende.

2.3 – Marco teórico

2.3.1 – La salud mental

En este capítulo analizamos la relación entre los borradores y otros textos de prácticas profesionales del campo de la salud mental.²⁰

En la introducción comenzamos a delinear el concepto de salud mental. Agreguemos ahora que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que no existe una definición "oficial" sobre lo que es y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. La Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental promulgada el 2 de Diciembre de 2010, define en su Artículo 3° "En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio–económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Ley 26.657, 2010).

Un punto en común, no obstante, en el que coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental.

Fernando Ulloa (2007: 40), al dirigirse a un público que trabaja en la salud mental, la relaciona con la producción cultural: "La salud mental, tal como la entiendo, es en primer término una producción cultural. Así considerada no es patrimonio de los oficios psi puesto que es inherente a todos los oficios, tal vez privilegiando los de la palabra". Este interesante aporte a la cultura, mensaje dirigido a un alocutario perteneciente al área de Salud Mental (Ducrot, 1994: 216–217), orienta en forma privilegiada a los que tenemos *oficios psi* a la tarea de aportar las palabras para que se continúen escribiendo los manuales que intentan

²⁰ Las supervisiones y presentaciones a colegas pueden hacerse sin textos escritos pero no es lo más habitual.

dar cuenta de lo que realmente les está pasando a los pacientes.

Este primer capítulo sobre los borradores los sitúa en su área de producción correspondiente al trabajo hospitalario en Salud Mental y muestra géneros textuales típicos de un servicio de hospital que en aquel momento se llamaba "Psicopatología y Salud Mental" y actualmente se nombra "Salud Mental". Se utilizan términos técnicos del área necesarios para el análisis de los escritos. Este trabajo tiene el fin de mostrar cómo las notas sirven de apoyo en la confección de otros géneros de una cadena cuyo tema a elaborar es el diagnóstico del caso.

2.3.2 – Las clasificaciones internacionales: DSM IV y CIE 10

Los hospitales recurren para identificar el problema de un paciente a las clasificaciones de la salud mental. En el campo de la salud mental institucionalizada se establecen parámetros que orientan la identificación del problema en un determinado paciente. Se han elaborado manuales y guías que rigen el trabajo hospitalario²¹ y recurrimos dentro de las investigaciones del campo de la salud mental a aquellas en las que se han tipificado los diagnósticos de traumas. Dentro de los grandes grupos de trastornos, en el grupo de los Trastornos de Ansiedad, se encuentra el Trastorno de Stress Postraumático.

El DSM IV (American Psychiatric Association, 1995: XV–XVI) es la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la American Psychiatric Association. Fue realizado por un equipo de más de 1000 personas y numerosas organizaciones profesionales. Se conformó un Comité Elaborador de 27 miembros y se compatibilizó el manual con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE 6, publicada en 1952, como primera edición del Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (DSM I). La décima revisión de

²¹ Muchos psicoanalistas han manifestado su desacuerdo con esos manuales sobre todo por los recursos a la medicalización. En palabras de Freud: "una experiencia conocida de antiguo: ciertos trastornos, y muy en particular las psiconeurosis, son mucho más accesibles a influencias anímicas que a cualquier otra medicación" (Freud, 1905: 249).

la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE 10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992.

Según el DSM IV (American Psychiatric Association, 1995: XV):

La utilidad y credibilidad del DSM IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica.

Los mencionados manuales son clasificaciones categoriales que dividen los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Los trastornos mentales no se consideran, según estos textos, como entidades separadas con límites que los diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco se plantea la certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. Se pide que los clínicos manejen los diagnósticos en relación con la heterogeneidad de las personas y enfatizan la necesidad de recoger mayor información adicional que vaya más allá del diagnóstico (American Psychiatric Association, 1995: XXII). Hay una polémica (García, Carolina, 2013) quinta edición del DSM, el DSM-5, publicada en mayo de 2013 en Estados Unidos (American Psychiatric Association, 2013).

Como mencionamos, el DSM IV y la CIE 10 (O.M.S., 1992: 185-188) incluyen el diagnóstico de Trastorno de Stress Postraumático para hablar de casos del tipo de los que se atienden en el hospital: "La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático" (American Psychiatric Association, 1995: 434). A continuación, el manual da una descripción de lo considerado traumático y la respuesta del sujeto frente a esto.

Los síntomas de este trastorno están divididos en grupos. Es necesario para diagnosticar este trauma que se dé una cantidad mínima de cada grupo, lo

cual no excluye que haya individuos que presenten sólo algunos de los síntomas de este diagnóstico (como, por ejemplo, trastornos del sueño o alguna forma de reviviscencia del hecho traumático).

La forma de pensar la clínica de estos manuales no da cuenta del accidente, de la producción de síntomas en un paciente, ni del trauma en la particularidad de un caso²². En los borradores que analizamos observamos, por parte del terapeuta, la tendencia a tener en cuenta diversos puntos de vista y aportes que pueden dar las distintas clasificaciones y desarrollos teóricos.

2.3.3 – Los psicólogos en situación hospitalaria: las aplicaciones del psicoanálisis

En la conceptualización de los tratamientos en el área de Salud Mental intervienen aportes diversos, algunos de ellos con afirmaciones altamente enfáticas: "Con J. Granel, pensamos que los accidentes son actos fallidos determinados por precisas motivaciones inconscientes. Una constante en el "accidentarse" es el enmascaramiento con la "casualidad" y está relacionada con la necesidad de encontrar un eximente a la responsabilidad y a la culpa" (Granel, Yampey, 1978: 292). Esta afirmación se relaciona con pacientes del tipo de los que se atienden en el Hospital de Quemados. Algunos psicoanalistas se preocuparon por la expresión y escritura de los conocimientos adquiridos, línea de trabajo que continuamos analizando el discurso en las particularidades de los casos desde un marco teórico que lo posibilite.

Teniendo en cuenta la literatura, la narrativa y su relación con el Psicoanálisis, se podría diferenciar el análisis médico de las aplicaciones del análisis; separación que para Freud –según plantea en *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial* (1926: 241)– no era correcta, ya que debía hablarse de "psicoanálisis científico" y sus aplicaciones en terreno médico y no médico. En ese sentido, Freud quería estar seguro de que se impedirá que la

²² El trauma y su conceptualización es abordado como tema del capítulo 2.

terapéutica desplace a la ciencia. Según E. Porge (2005: 30):

Freud no aplicó a la literatura un saber adquirido por adelantado, pues ese saber se elaboró de manera concertada con otros, a través de la escucha de sus pacientes, de las manifestaciones de su inconsciente y de la frecuentación de sus buenos amigos escritores. La lección que puede extraerse de Freud es que una buena novela hace más en pro de la transmisión de la clínica que muchas ilustraciones pretendidamente realistas.

Porge destaca, junto al saber de la clínica, la importancia de su transmisión.²³

La forma de transmisión, en Lacan, tendrá como criterio reinventar el psicoanálisis en relación a las citas: citar un texto, citar a un autor. Para Lacan un

23 Nuestro trabajo sobre los escritos nos obliga a una mirada orientada, pero es importante tener en cuenta que la práctica psicoanalítica adquiere características particulares cuando es ejercida en la institución hospitalaria siendo frecuentes los conflictos entre las exigencias institucionales y la formación recibida. En una conferencia brindada por Freud en el Colegio de Médicos de Viena en el año 1904, según el biógrafo Jones posiblemente la última conferencia pronunciada por Freud ante un auditorio compuesto exclusivamente por médicos (Freud, 1905: 245), publicada bajo el título "Sobre psicoterapia", dice el autor: "La psicoterapia sigue pareciéndoles a muchos médicos un producto del misticismo moderno, y por comparación con nuestros recursos terapéuticos físico-químicos, cuya aplicación se basa en conocimientos fisiológicos, un producto directamente acientífico, indigno del interés de un investigador de la naturaleza. Permítanme ustedes, entonces, que defienda aquí la causa de la psicoterapia y ponga de relieve lo que en ese juicio adverso ha de tildarse de incorrecto o de erróneo" (Ibíd.: 248). Este es un argumento utilizado en la valoración del DSM IV, tema presentado un poco antes. Acentuando aspectos subjetivos enuncia Freud: "Pero no teman ustedes que esto nos precipite a las profundidades de la más oscura filosofía. Nuestro inconsciente en nada se parece al de los filósofos y, además, la mayoría de estos no querrían saber nada de algo "psíquico inconsciente"" (Ibíd.: 255). Y al argumentar en favor de la psicoterapia: "los médicos no podemos renunciar a la psicoterapia, aunque más no sea porque la otra parte que debe tenerse muy en cuenta en el proceso terapéutico -a saber: los enfermos- no tiene propósito alguno de hacerlo" (Ibíd.: 248).

problema grave del psicoanálisis se relaciona con la enseñanza y la transmisión (Porge, 2005: 48–51). Para el estudio de nuestros materiales desde el Análisis del Discurso tomamos aportes de la teoría de la argumentación y tenemos en cuenta el encadenamiento de los argumentos así como la orientación discursiva.

Cuando Elvira Arnoux, Mariana di Stefano y Cecilia Pereira trabajan sobre géneros propios de las prácticas de formación profesional en Psicoanálisis – específicamente las que derivan de producciones orales e incluyen el material clínico– estudian particularidades que nos son útiles para entender los borradores. En el caso de extractos de sesiones destinados a una supervisión no pública o material clínico presentado ante pares y ante un supervisor experto plantean: “Los escritos revelan un nivel de planificación alto, aún cuando algunos están previstos para una circulación restringida, que no prevé su publicación. Y revelan también que la intervención del escritor sobre su escrito ha buscado adecuarlo a las exigencias retóricas que la comunidad ha elaborado para esa situación, las cuales se manifiestan en un grado de cristalización importante” (Arnoux y otros, 2010: 30). Se puede observar esto en la *Presentación* del caso mostrado aquí que anexamos dirigida el 11/8/94 por el terapeuta a colegas.

Agregan las autoras: “Si bien los discursos narran la historia del paciente y la de la terapia, la orientación argumentativa configura dichos relatos” (Ibíd.: 30).

Finalizando el mencionado trabajo realizan una descripción sobre los escritos para la supervisión que bien podría sintetizar el trabajo en las profesiones del área de salud mental: “La discursividad muestra a un profesional que se interroga sobre un caso, del que es uno de los protagonistas, y ante el cual sus respuestas no resultan suficientes. La representación de la construcción del conocimiento que se exhibe requiere contemplar otras respuestas para el mismo problema; la formación profesional, así, moldea una imagen de terapeuta para quien sus propias certezas no resultan clausurantes, sino que busca confrontarlas con otras miradas, en el marco de una relación con roles jerárquicamente diferenciados” (Ibíd.: 31). Las notas sobre pacientes de hospital que forman el corpus de este trabajo son objeto de análisis años después de su escritura por parte del psicólogo que las tomó extrayendo su aporte para un mayor

conocimiento de los textos de borradores en el área de Salud Mental.

2.4 – El caso

2.4.1 – Los saberes y los borradores

Observamos en nuestro corpus que en la transcripción de las entrevistas al paciente se distinguen frecuentemente las citas como discurso directo e indirecto (Maingueneau, 1976: 139; Authier–Revuz, 1981: 1–3; Reyes, 1993: 12; Reyes, 1994: 17). Explicita Reyes (1994: 9): “Habrá cita siempre que el oyente reconozca la intención del hablante de evocar un enunciado o un pensamiento ajenos.” El estudio del discurso referido nos permite orientarnos sobre los saberes tal como están adjudicados a las personas en las notas personales del profesional.

Algunos ejemplos pueden ser:

26/6 ...Le pregunto por qué piensa que le pasó: "no sé, que se preocupe el médico".

Es el terapeuta quien cita al paciente: la respuesta de éste está entre comillas y el verbo *pensar* tiene un funcionamiento sintáctico similar a *decir* ocupando en la ocurrencia su lugar en relación a las construcciones. Hay una yuxtaposición del texto citador y el citado. Se retiene el sistema deíctico original, es *discurso directo*.

16/6 Dice que su madre y su hermana están acá...

Hay una oración subordinada introducida por la conjunción “que”, se clasifica entre las formas de introducir otro discurso como *discurso indirecto*. Podemos apreciar que el locutor, que coincide con el narrador, es distinto del enunciatario, que en este caso tendría como enunciatario al terapeuta, a quien el paciente está dando una información. Se fusionan las voces. La situación del

enunciado es distinta a la de la enunciación, se trae la palabra del otro –del paciente– al presente.

En los borradores se puede observar que para introducir el discurso de este paciente se repiten las comillas y el verbo "dice", tercera persona del indicativo. Tomando la pregunta de Lacan "*¿el sujeto del que hablo cuando hablo es el mismo que el que habla?*", Barthes (1996: 26) afirma: "quien habla (en el relato) no es quien escribe (en la vida) y quien escribe no es quien existe". Barthes introduce la voz de Lacan a través de una nota que se encuentra al final del artículo. El escritor aclara que el autor no es un sujeto pleno. Es en este sentido que no podríamos dar una respuesta uniforme a los motivos por los cuales podemos interpretar que hay muchas citas en este borrador: las palabras del terapeuta se entremezclan con las del paciente, siendo lo esperable en un borrador de estas características.

Además, el recuerdo cercano de la entrevista se imprime en el presente de la escritura y se considera la conjugación en tiempo presente del verbo "decir" como un acercamiento al momento en que efectivamente se realizó la entrevista, en el pasado tomando como eje temporal el momento de registro de lo transmisible del encuentro. Efectivamente, si las notas hubieran sido tomadas durante la sesión no tendrían el verbo introductorio ni las comillas, sino solamente la representación que se trata de transmitir con la escritura y la fusión entre las personas sería mayor, menor discriminación.

Además, la dificultad para diagnosticar que luego mostraremos motiva en este caso la distancia que se observa entre el analista y el paciente evidenciada más en escritos posteriores: utilizar sus palabras como prueba diagnóstica.

Esta primera observación del corpus puede entenderse a manera de "introducción de material clínico" (Arnoux y otros, 2010: 2) donde se comienza a esbozar una hipótesis del caso y una construcción de un *yo enunciativo* del terapeuta, así como de un *ethos* del paciente.

Frente a estos diferentes sujetos mostrados en la pregunta de Lacan que retoma Barthes y no agotan su explicación en las diferencias entre expresión oral y escrita o en la ubicación de la persona, el tiempo y lugar de la enunciación –

sistema deíctico— podemos observar que Freud se lamenta de que "los protocolos exactos en un historial clínico analítico rinden menos que lo que se esperaría de ellos... son fatigosos para el lector y no consiguen sustituirle su presencia en el análisis" (Freud, 1912: 113) ya que no son lo que hace que el lector de crédito al analista. Ejemplo ilustrativo o caso (Arnoux, 2009: 18), mostrar la práctica y la formación en las profesiones del área de salud mental a través de lo que los borradores aportan a la escritura de otros textos para el diagnóstico es el objetivo de este capítulo. En este caso observamos esos distintos sujetos en el texto del borrador.

El estudio de los registros de entrevistas tomadas en el área de Salud Mental muestra modalidades en la enunciación, actitudes didácticas, prescriptivas, interrogativas, polémicas, distintas formas de mostrar conocimientos o dominio técnico. Por ejemplo:

20/6Dice que los médicos lo tienen que autorizar / Me pide hablar con el médico / I/C: dice a la médica que prefiere hablar con el médico que con el psicólogo (por su ubicación en la agresividad especular parece ser un obsesivo).

Aquí notamos una actitud polémica del paciente en la desautorización del profesional tratante y el psicólogo infiere un diagnóstico. La "autorización" les corresponde a los médicos y está dada con la expresión que modaliza "tienen que" que pertenece a una modalidad deóntica (es obligatorio, deben) (García Negroni, Tordesillas, 2001: 107; Arnoux y otros, 2010: 23). El estilo indirecto indica que hay una reformulación del texto (Reyes, 1993: 20) dando prioridad a su referencia al mundo (lectura de re) y las referencias de las expresiones trasladadas en estilo indirecto pertenecen al mundo de locutor, no al mundo del hablante citado (Ibíd.: 43).

I/C es una abreviatura que utiliza el terapeuta en los cuadernos de notas para referir a "interconsulta": quiere decir, en esta ocurrencia, que una médica dijo eso. La información entre paréntesis es una opinión del terapeuta. Observamos la

utilización de “parece”, modalidad intelectual explícita, como posibilidad de diagnóstico sugerida. El diagnóstico del paciente, como veremos, fue variando en los borradores: el 20/6 era considerado un obsesivo y el 10/7 un psicótico.

24/6 ...me pregunta si yo hablo con los otros médicos (¿si yo estoy orientado sobre su estado?).

Aquí podemos observar la actitud interrogativa en la entrevista surgida en la enunciación del paciente y captada por su alocutario, según expresa el texto. El "yo" al cual se dirige la pregunta es el del terapeuta, que luego se interroga, entre paréntesis, sobre la comprensión del paciente y del caso. El escritor prevé un lector que lea este modo interrogativo y la enunciación corresponde al analista. El pronombre personal "me" habla del yo que se siente cuestionado: continuando el tema del 20/6 el analista interpretó que serían los médicos los que saben sobre el "estar orientado" según las huellas del borrador.

1/7 Dice que ya está aquí / que le mostraron las manos y no se fue / dice que se iba porque recibía emociones fuertes / le pregunto si ésto de irse a otro lugar lo asocia con algo. Dice que no. Me pregunta si saco alguna conclusión (tiene su teoría de lo que le pasa)

En las notas de esta entrevista encontramos varias citas de estilo indirecto. La ubicación espacial en la primera oración marcada con el deíctico "aquí" nos lleva al tema de los "viajes". Con la conjunción causal "porque" el escritor muestra la explicación del sujeto en relación a sus "viajes", aspecto éste relacionado a la psicopatología y a la narrativa del caso. El terapeuta pregunta por las asociaciones con este tema. Se asocia el "ir a otro lugar" y "viajar", pero no es el paciente quien produce las asociaciones, sino el terapeuta. Al finalizar la interrogación es explicitada por el paciente quien pregunta al analista (enunciario previsto) por las conclusiones. Entre paréntesis el comentario del analista que con el pronombre

posesivo "su" adjudica una teoría al paciente. Este tema continúa en la entrevista siguiente:

6/7 Habla de su "disociación". Se va a otro lado / Anoche se sintió medio raro, pero luego le pasó / Su hermano le cuenta que cuando estaba en terapia estaba muy disociado / Al llegar me pregunta si vine a visitarlo

El término "disociación" es introducido por el paciente. El analista en esta entrevista no indaga y, según la pregunta del paciente escrita al final de la nota, funcionaría como una "visita" recibida por el paciente, que se quedó en ese lugar. Las comillas en "disociación" significan que esta palabra es atribuida por el escritor de las notas al interlocutor y que no es un proceso identificado por el terapeuta que ayuda a orientar el diagnóstico.

Las últimas entrevistas mostradas en las cuales aparecen interrogaciones, cuestiones relacionadas al dominio técnico, a las explicaciones y conocimientos, a la puesta en escena de estos temas, se relacionan con la narración que está expuesta dentro del documento anexo, *Presentación del caso a colegas*, exactamente en el punto 2 titulado *Las emociones fuertes y la familia*. Se puede observar el lugar que ocupa la explicación del caso, el lugar de la teoría y sus modos de aplicación, etc., conocimientos todos útiles en la transmisión de una enseñanza de una práctica profesional. Más adelante, en el análisis del caso que estamos realizando (en 1D5, *Los textos posteriores*) nos ocupamos de las producciones realizadas para colegas y de supervisión como una construcción que se apoya en los borradores que, como venimos observando, establecen a través del discurso directo y del discurso indirecto una separación entre lo dicho por paciente y terapeuta y consideraciones sobre el saber acerca de lo que le pasa al paciente.

Los temas presentes en los borradores de un profesional del área de la salud mental, escrituras precarias realizadas a partir de entrevistas practicadas en un hospital público monovalente, serán luego desarrollados y puestos en relación

a teorías en esa presentación para los colegas. Estas notas, escrituras que siguen a las entrevistas donde el terapeuta registra lo ocurrido, no solamente funcionan como ayuda–memoria, sino que son un registro de datos precisos que al estar escrito lo torna confiable y aporta a la construcción de la narración sobre el caso verosimilitud en la presentación para los colegas. La escritura aparece como borramiento de sí misma, como construcción de la realidad. Da garantía que lo que está escrito, la dificultad en el acercamiento a la apreciación diagnóstica es verdad.

2.4.2 – Los escritos privados

Otro par de conceptos que tenemos presente en salud mental es el de lo privado y lo público. Los registros escritos que el terapeuta puede realizar a partir de la atención de pacientes, entre los que están los registros privados que el terapeuta no suele dar a conocer, se diferencian de los textos que se presentan para colegas o de los de supervisión, así como de la Historia Clínica que constituye un documento público. El concepto de *borradores* como escritura privada, así como la idea de escritura como avance de la conceptualización, fue presentado en el marco teórico de la introducción.

Así como en este caso vemos una continuidad entre los borradores y los escritos que derivan, la *Presentación a colegas* y lo escrito luego de la *Supervisión*, los borradores funcionando como bosquejo, como pre–texto, en el Capítulo 3 se muestra que se produce una diferencia en la interpretación entre las notas personales y lo escrito en la Historia Clínica.

En la escritura apretada de estos cuadernos privados hay poca puntuación que separa una frase de otra que comienza en el renglón siguiente, encontrándose más “punto seguido”. Además, hay frases que se separan con el signo “/” que el escritor utiliza para separar dos ideas que no tendrían alguna relación para mostrar, para sugerir al lector previsto la separación. El lector previsto por el escritor puede comprender esas expresiones que fijan y forman su pensamiento, ejerciéndose en forma simultánea e inseparable en la escritura de

los cuadernos de apuntes como bosquejo (Ibíd.: 12). En este capítulo mostramos cómo los borradores trabajan el tema del cuadro clínico, que luego se conceptualiza para colegas y supervisión.

Las notaciones con que comienza el borrador que transcribe las entrevistas con el paciente son:

25/5/94

"Al producirse una explosión de una garrafa de gas".

AB 26.5% – B 3.5%

"Está todo sucio"

Las comillas que introducen las dos citas son distintas: lo primero es copia de algo escrito en la historia clínica, mientras que lo segundo son palabras pronunciadas por el paciente.

Los porcentajes son la medida correspondiente a la superficie corporal quemada en relación a la superficie corporal total. La palma de la mano del paciente equivale aproximadamente al 1 % de su superficie corporal. "A" es una quemadura superficial, "AB" es una quemadura intermedia y "B" es una quemadura profunda. La quemadura profunda necesita de un injerto para ser curada mientras que la intermedia puede evolucionar epitelizando y funcionar como la superficial sin necesidad de colocar nueva piel sobre la herida.²⁴

En las comillas, que presentan palabras tomadas de la historia clínica del paciente atendido, puede pensarse un enunciatario (Filinich, 1998: 41) que debe prestar atención a lo escrito en ese documento, ya que muchas veces se relaciona al desenlace del caso. En los borradores, al comenzar lo escrito sobre un paciente, lo primero que se observa es lo que está tomado del legajo.

En el presente caso, el punto y aparte que continúa con lo anterior establece una separación con la frase entrecomillada "Está todo sucio", escrita nuevamente sin introducción que explicita de dónde viene: esto ya es dicho por el paciente. El escritor tiene el mismo lector previsto que en la frase anterior, debiendo *escuchar* al paciente así como prestó atención a lo escrito en la historia

24 En el Capítulo 2 agregamos otros conocimientos y adjuntamos un formulario que corresponde al área de cirugía.

clínica. El enunciatario de ambos textos es el terapeuta en un momento posterior, debe conocer el porcentaje de quemadura y esa primera frase. El tema de este capítulo, el diagnóstico, se configura en la frase dicha por el paciente tal vez como una neurosis obsesiva por sus problemas con “la suciedad”.

En este sentido la escritura es un avance en la conceptualización, la materialidad de esa escritura prueba que la hipótesis diagnóstica se encuentra desde el comienzo con las palabras mismas del paciente para orientar, con esa cita de estilo directo. El diagnóstico como tema es el motivo de la posterior presentación y de la supervisión.

2.4.3 – La transmisión de conocimientos y la formación profesional

Los borradores escritos durante o después de las entrevistas con pacientes se utilizan posteriormente para la confección de la historia clínica, para la orientación de los tratamientos, para las supervisiones, para presentaciones en ateneos, para responder a interconsultas, para elaborar trabajos para congresos, para confeccionar informes, para analizar casos.

La comunidad psicoanalítica es productora de textos con determinadas características. Como se puede observar en el corpus adjunto al final de este capítulo y del Capítulo 3, las producciones que surgen a partir de la atención del paciente son diversas y responden a sus finalidades particulares.

Al momento de escribir las notas de la entrevista con el paciente, en la mayoría de los casos el destino de esas escrituras no es conocido, al menos en los primeros encuentros.

25/5/94Lo angustia que su hija lo vea mal ("no tienen quien los defiendan") y se lo transmita a su familia. Me pide que la convenza de que él está bien. Le digo que voy a hablar con ella.

Notemos que en la primera entrevista con el paciente que tratamos encontramos en las notas el verbo transitivo "convencer" con el cual el interlocutor

del escritor une al terapeuta con su familia. El analista accede al diálogo propuesto. La expresión “no tienen quien los defienda”, entre paréntesis, parece indicar el motivo por el cual el analista aceptó este pedido. El paréntesis es utilizado para mostrar las ideas o pensamientos del terapeuta. Las comillas indican que la idea no es de él sino que es citado el paciente (Authier–Revuz, 1981: 3; Reyes, 1993: 12).

En la entrevista con la hija y el yerno, realizada al día siguiente, el terapeuta les habla de la reacción del paciente y ordena los lugares familiares haciendo un comentario a la interlocutora sobre el estado del paciente que atiende.

26/5 ...Le comento que su padre está preocupado por la reacción que pueda tener ella.

En la segunda entrevista con el paciente, luego de haber cumplido con su encargo, este prefiere postergar las palabras.

27/5 Dice preferir que lo bañen ahora y hablar en otro momento.

Y ya a la sesión siguiente comienza la confusión.

29/5 Dice tener ensueños y no saber cuál es la realidad en esos momentos. Al despedirme de él me pregunta si necesito o no unas órdenes / Me pide que hable con su mujer cuando venga, por su miedo de que lo vea como un monstruo.

En las entrevistas del 27 y 29/5, que son la segunda y tercera con el paciente cabe remarcar el verbo "decir" con que comienzan las anotaciones. Como mencionamos antes, “él dice” introduce otro sujeto de la enunciación distinto del locutor. Ese sujeto no sabe cuál es la realidad. El verbo modal “saber” se clasifica como intelectual, epistémico, y se refiere aquí al Dictum “realidad” (García Negroni, Tordesillas, 2001: 101). El enunciatario previsto del sujeto de la

enunciación es el analista, el problema es la distinción de la realidad, fundamental para establecer diagnósticos en que hay delirios y alucinaciones.

En la frase siguiente pregunta al terapeuta si necesita "órdenes". Aquí la modalidad puede ser lógica, se opone a la posibilidad y se relaciona a la verdad (Filinich, 1998: 92–95). Luego del encargo de la primera entrevista de hablar con su familia se produce nuevamente un pedido de hablar por él. No se aclara en las notas el motivo del pedido ni la visión de "monstruo" que imagina. La ambigüedad de la palabra "órdenes" es clara (Cruse, 1990: 15–17) y el segundo término de la pregunta con condicional de "si necesito o no unas órdenes" no se aclara. La necesidad también puede ser vista dentro de la modalidad deóntica como obligatoriedad y la pregunta se transforma en si el analista debe o no recibir o dar órdenes (García Negroni, Tordesillas, 2001: 106).

Dadas las dificultades en la percepción encontramos el problema del diagnóstico, cuatro días después de la primer entrevista. La vía de la discusión diagnóstica en el área de salud mental se desarrolla en las producciones que anexamos y vemos cómo los borradores son su base material. La presentación a colegas fue realizada unos días antes de la supervisión, lo cual mueve a pensar que el tema no fue cerrado ni como caso que ilustre normas ni como preguntas que dirige a la teoría, mostrando un área de conocimientos en el cual hay saberes que no son clausurantes. Las notas son elemento de prueba que se muestra en la presentación para los colegas, metaforizan las entrevistas en las cuales se observa la percepción distorsionada y sostienen aquellos saberes que son supervisados. A la formación profesional –que en el psicoanálisis clásicamente se relaciona al trípode compuesto por la supervisión, la teoría y el análisis personal– podemos incorporarle, dada la utilidad que mostramos, la escritura de los borradores utilizados en este caso como prueba, quedando para futuros trabajos investigar cómo funcionan más allá de soporte de reflexión, lugar de formación del pensamiento teórico propuesto desde el marco teórico o sostén de hipótesis

diferentes a las del documento²⁵. Ya Freud decía en defensa de la terapia: "Hay muchas variedades de psicoterapia y muchos caminos para aplicarla. Todos son buenos si llevan a la meta de la curación" (Freud, 1905: 249).

Es importante tener en cuenta que los materiales para supervisar, las notas de una sesión, las notas que se utilizarán para una presentación entre pares, los relatos clínicos publicados y las presentaciones de material clínico acompañado de la palabra del supervisor son miembros de cadenas genéricas: provienen de una misma "materia semántica" aunque sean géneros distintos destinados a diferentes situaciones comunicativas (Arnoux y otros, 2010: 5).

16/6 ...";Cuánto hacía que no nos veíamos!" / Dice que se "iba" para no sentir el sufrimiento / que ahora ya está acá, por momentos se va pero enseguida vuelve. (dice que quizás sea efecto del shock) / le pregunto a dónde va: dice que construyó otra realidad con otras personas, más placentera.

Este fragmento de una entrevista contiene los elementos pasibles de convertirse en las "unidades" (Barthes, 1996: 9) que combinadas dan forma a un relato: el del caso. Hay una percepción del tiempo, de lugar, del sufrimiento, del afecto, del "shock", de otra realidad más placentera, de otras personas. La relación modal afectiva (García Negroni, Tordesillas, 2001: 99) dada en la primer expresión del paciente referida al tiempo y que está entrecomillada, muestra, por un lado, el sentimiento del enunciador de que pasó mucho tiempo y, por otro lado, es expresión de afecto hacia el alocutario. El discurso indirecto de la frase siguiente con las comillas en "iba" y la preposición "para" como término a que se encamina la acción de irse e impedir el sufrimiento muestra un narrador que se separa del sujeto que explica así la situación. El signo "/" utilizado para separar dos ideas que no tendrían relación, en este caso une las ideas, y lo podemos observar por la subordinación de la frase siguiente con "que" y los deícticos "ahora" y "acá" que

25 El Capítulo 2 trabaja el tema de la elaboración en la terapia tal como se refleja en los borradores y el Capítulo 3 las diferencias entre las notas personales y la Historia Clínica.

ubican el encuentro entre terapeuta y paciente. La importancia de la cuestión temporal en la acción de “irse” se vuelve a mostrar en la frase siguiente en la expresión que cuantifica: “por momentos”, referida a los viajes. El paréntesis utilizado para indicar una idea del terapeuta también está en estilo indirecto aunando la voz con la del paciente en la explicación de la causa: el “shock”. En este caso el paréntesis sirve para reforzar la hipótesis del paciente, para darle más peso. La interrogación del locutor en la última frase de la cita es respondida con un discurso indirecto cuya referencia es la construcción de una realidad por parte del paciente. Observamos el borrador configurando argumentativamente los escritos que anexamos al mostrar aceptación en lugar de rechazo del terapeuta: transcripción y construcción del relato con estas ideas introducidas por el paciente. Los borradores son la prueba que se traslada a los otros textos del área de la salud mental al sostener el testimonio, la verdad del paciente con la hipótesis del shock y la construcción de la realidad más placentera.

En el área de la salud mental, la calificación de delirio, así como las diferencias diagnósticas, son un tema importante y los materiales clínicos, en este caso borradores o notas de entrevista tomadas en una internación en un hospital monovalente dedicado a la atención de quemados, luego de un accidente pueden permitir ilustrar distintos aspectos teóricos, aclarar nuevos conceptos o bien funcionar como matriz interpretativa para las historias, las narraciones. En el encuentro producido en relación a la hipótesis del “shock” encontramos la hipótesis del analista que da una interpretación del *ethos* del paciente. Estos aspectos pertenecen a la orientación argumentativa que exponemos al ver los escritos que se produjeron sobre los borradores. Las pruebas que presenta el terapeuta son tomadas de los dichos del paciente, razón por la cual el discurso referido está tan presente, por ejemplo en el siguiente texto que empieza con *dice*.

18/6 Dice estar más tranquilo. Estaba asustado porque no sabía si sus "viajes" eran por el shock, por el golpe, o porque estaba loco / dice que probablemente era por la falta del cariño de su familia (que para él "es todo"). Ahora que su madre (80 años) está aquí,

está más tranquilo / En sus viajes hubo desencuentros con su familia.

En este borrador que pertenece a la entrevista siguiente vemos la continuación del relato con el tema de los “viajes”. En la conjugación de “estaba asustado” en pretérito imperfecto vemos la pertinencia subjetiva respecto del presente en el tiempo del verbo (Benveniste, 1959: 231; García Negroni, 1999: 49) que lo hace más cercano al discurso que a la historia, ya que está explicando lo que le pasa y corroborando sus hipótesis frente al analista. El verbo “saber” está conjugado también en pretérito imperfecto, coordinado en tiempo y persona con “estaba”. La persona de ambos verbos puede ser la primera o la tercera del singular la que corresponde a este enunciador que tendría como enunciatario alguien que escuche estas dudas (no saber): puede ser el analista o el paciente. El pronombre posesivo “sus” antes de “viajes” muestra la presencia del escritor y las comillas de “viajes” pueden indicar que tiene un significado ajeno, que es una cita y no se sabe lo que quiere decir. La conjunción causal “porque” y la preposición “por” unen a las explicaciones dadas. El tema del saber será respondido en la siguiente oración con una hipótesis. El modalizador “probablemente” –modalidad epistémica–, dirige las hipótesis al tema de la familia (recordemos que la primer preocupación de la primer entrevista fue por la familia).

El paréntesis que sigue a esta idea probable es un comentario del terapeuta –lo sabemos por estar entre paréntesis y la función que cumplen en los borradores– que puede parecer irónico: “que para él “es todo””. El discurso indirecto que utiliza el escritor al exponer la hipótesis de los viajes, unido al pronombre personal de la tercera persona explícito –“su familia”– muestran la separación del analista de esta idea: es la familia del paciente así como su hipótesis.

Muchas veces en los paréntesis encontramos una adhesión a las hipótesis del sujeto y aquí se remarca que son de él. Las comillas de “es todo” confirman la intención de mantener las palabras a cargo del paciente en “una figura que modifica un sentido literal primitivo para obtener un sentido derivado” (Ducrot,

1994: 214). Estas ideas luego se utilizarán para armar un caso. En la frase siguiente el deíctico “ahora” que sigue al punto seguido muestra la ubicación temporal en el presente. La edad de la madre entre paréntesis nos muestra una reflexión del terapeuta que podría relacionarse con la hipótesis que el analista está construyendo. El deíctico “aquí” junto con el “ahora” vuelve a producir un encuentro, esta vez entre el paciente y la madre, y el resultado de esto está dado en la cuantificación positiva del adjetivo “tranquilo” a través del adverbio comparativo “más”. El punto seguido que unió esta última frase con la anterior muestra una continuidad en el tema tratado, no así con la siguiente –según el estilo del escritor de los borradores– marcado por el signo “/”. En la última frase es el escritor quien asume la narración con una afirmación descriptiva de un estado de cosas y aquí la falta de comillas en la palabra “viajes” en el borrador muestra el acercamiento a la hipótesis del paciente sobre el afecto de su familia. Estos rasgos del borrador se observan en los géneros que se producen a continuación sobre el caso: es la forma en que el terapeuta interpreta la hipótesis del paciente compartiéndola y construyéndola con él.

2.4.4 – La orientación del tratamiento

En las líneas del borrador se observa la construcción de hipótesis del caso a la vez que el diálogo con el paciente sobre el entendimiento de lo que le pasa.

24/6 Dice que a veces está con más ánimo, y a veces con menos / que por momentos se desorienta / me pregunta si yo hablo con los otros médicos (¿si yo estoy orientado sobre su estado?) / hablamos de la posibilidad de que pase a la sala. Dice que está mejor y que quiere hacerlo. Dice que le hablaron de esto. / tiene sueño constantemente / la cura lleva mucho tiempo

Esta nota de entrevista –de la cual utilicé más arriba una parte para comentar la actitud interrogativa del terapeuta– nos permite ilustrar otros aspectos

(Arnoux, 2009: 2). Comienza con una cita, discurso indirecto que da la voz de la enunciación al paciente. Con los adverbios comparativos “más” y “menos” habla de su estado de ánimo, de la desorientación que siente “por momentos”. El paciente interroga al terapeuta, “hablamos”: el escritor escribe sobre el verbo de comunicación en tiempo presente. Esta actitud de diálogo no impide lo que muestra el escritor en los dos últimos párrafos: en tiempo presente, el terapeuta transmite al lector previsto sus observaciones, los aspectos en los que está de acuerdo con lo manifestado por el paciente. El sueño es “constante” y la cura “lleva mucho tiempo”, factores a tener en cuenta por el terapeuta en la cura del paciente.

9/6 ...Comienza a hablar de un accidente, que ve siempre al cerrar los ojos, en Plaza de Mayo. Es un choque, hay chicos, se le clava algo en la pierna. Parece estar delirando. Me pregunta si a mí no me da horror el verlo / Delira sobre un accidente que no parece ser el que vivió. Recomiendo una interconsulta con psiquiatría.

En “parece estar delirando” el escritor transmite el punto de vista del analista aunque modalizado con “parece”, reflexivo, que en las modalidades llamadas “intelectuales” por Bally (García Negroni, Tordesillas, 2001: 99) expresa una opinión. En el caso presente, el evidencial “parece” procede de una inferencia (Reyes, 1994: 26). Separada por el signo “/” la afirmación “delira” en tiempo presente seguida por la explicitación del contenido del delirio y luego la recomendación del profesional tratante del paciente de realizar una interconsulta. El delirio aparece como el motivo de la interconsulta con el médico psiquiatra, como la prueba de la enfermedad.

8/7 Una enfermera dice que ya ayer a la noche estaba mal. Se está comiendo las gasas de la mano / I/C: Médico clínico dice que el problema es neurológico, no psiquiátrico....

En esta nota que comienza con una cita de estilo indirecto con el verbo de decir en presente mostrando la pertinencia actual del contenido, se sigue con el signo “/” que se utiliza para separar una frase de la consecutiva en el caso de que los contenidos no tuvieran relación. En este caso lo separado es la valoración de la enfermera dada por la adjetivación del estado del paciente con “mal” y la interconsulta –generalmente introducida con el signo “I/C”– con el médico clínico. Además de los dichos del paciente y terapeuta en los borradores aparecen comentarios, opiniones y diagnósticos de otros profesionales intervinientes en el caso, pertinentes en el trabajo en las profesiones de la salud mental.

15/7 Dice que está bien del cerebro, que no tuvo más problemas, que vino su familia y esto no le produjo nada...

Esta cita de estilo indirecto introduce las palabras del paciente una semana después del diagnóstico del médico y los “problemas” son remitidos en la voz citada al “cerebro”. A continuación el pronombre demostrativo “esto” se refiere a la visita de su “familia”, con el verbo “vino” en presente, y la negación de que esto le produciría algo da a pensar una ocurrencia de que le podría haber producido algo; ocurrencia que según el texto pertenece también al paciente. El presente de “vino” que trae la visita al ahora se corta con la conjugación de “produjo”, terminativo, indicando el movimiento del discurso a la historia (Benveniste, 1959: 230). Estos aspectos se refieren a las hipótesis del paciente sobre lo que le pasa, el shock, el cariño de su familia, el sufrimiento, la realidad más placentera; escritas en las notas personales del psicólogo junto con las opiniones de otros profesionales, retomadas y conceptualizadas en relación a teorías en este caso para una presentación ante colegas y una supervisión. Los borradores testimonian los cambios en la percepción del paciente que motivan las dificultades con el diagnóstico.

2.4.5 – La utilización de los borradores en los textos posteriores²⁶

Desde el inicio se observa cómo los borradores sirven de base a los textos posteriores en el escrito que fue realizado para ordenar la presentación dirigida a los colegas del hospital, *Temas y bibliografía destinada a armar la presentación*– Anexo 1.1 disponible al final del trabajo–al estar primero de siete ítems escritos las *dificultades en el diagnóstico diferencial*. En este capítulo lo hicimos notar en varias oportunidades, ya cuando presentamos el título *los saberes en los borradores*, donde analizamos temas de diagnóstico en lo escrito en las notas. Características que se destacan de los borradores como *lo que el terapeuta debía tener en cuenta en un momento posterior, los conocimientos que se transmiten y las orientaciones del tratamiento* observamos que se presentan en los textos que se escribieron después y adjuntamos como anexos. La primera frase del paciente escrita en el borrador sugiere, como mencionamos, el diagnóstico de neurosis obsesiva, mientras que más adelante se duda de que el cuadro sea una psicosis.

En algunos temas de los preparados para transmitir a los colegas ya hay una conceptualización como en el ítem 4, *la disociación en la cual se evade de la realidad y se va a la fantasía (porque no le gusta la realidad)* que mencionamos con la cita de borradores del 16/6 comentando que el terapeuta ayuda a sostener esa construcción.

En la Presentación del caso a colegas el 11/8/94, disponible como Anexo 1.2 al final del trabajo, hay situaciones cotidianas vividas contadas en los borradores que se piensan, se despliegan y conceptualizan:

“(…) la postura "ingenua" continúa. Al decirme el paciente que lo angustia que su hija, que viene de Villa Gesell, lo vea mal, y se lo transmita a su familia; y me pide que hable con ella para decirle

26 Al estar centrado nuestro trabajo en los borradores la mirada sobre los textos posteriores estará sesgada por lo que de las notas personales sirvió como fundamento a las producciones siguientes. Al final del trabajo anexamos copias de *Temas y bibliografía destinadas a armar la presentación*, de la *Presentación del caso a colegas el 11/8/94* y de la *Supervisión con Carla (medica psicoanalista)*. A esos textos que trabajan el mismo caso remitimos para la profundización de lo que sigue.

que él está bien, le digo que lo haré...y lo hago. Luego supe que debía haber escuchado esto como una invocación, un adelanto de que se pondría mal. Este proceso Freud lo compara a la negación: aceptación intelectual con persistencia de lo esencial de la represión.”

Esto corresponde a la entrevista del 26/5 con la hija y el yerno que analizamos en este capítulo bajo el subtítulo *La transmisión de conocimientos y la formación profesional (La transmisión de conocimientos y la formación profesional)*. En la presentación ante los colegas el psicólogo conceptualiza lo sucedido hablando de *ingenuidad, invocación, negación*. Fundamentalmente la controversia del diagnóstico está en la presentación para colegas como construcciones nuevas, aunque basadas en ideas que encontramos en germen en las notas personales: “Al pensar el caso, se me ocurre que en esos momentos yo hacía de madre de un obsesivo que tuvo un accidente y se puso mal”. Aunque la idea del terapeuta como madre del paciente no está en el borrador, sí se registra, como vimos, el diagnóstico de *obsesivo*.

Más adelante se retoma el tema y se observa cómo la *Presentación ante colegas* alude a lo escrito en los pre-textos sin citar estas notas privadas: “El diagnóstico fue muy difícil en este paciente. El 20/6 yo pensaba que era un obsesivo. El 10/7 pensaba que era un psicótico”. Los borradores correspondientes a estos días muestran las afirmaciones y los motivos del analista para diagnosticar: en la nota de los escritos personales del 20/6 se lee entre paréntesis: “x su ubicación en la agresividad especular parece ser un obsesivo”, y en la nota correspondiente al 10/7 está escrito: “por la falta de prehistoria en su delirio parece ser una psicosis”.

Otra forma de aporte de los borradores a la *Presentación* ante colegas es una condensación del autor de lo escrito en varias notas de entrevistas de los borradores: recortes de textos y armado de un párrafo. En la *Presentación* está escrito:

“A veces dice que ya no estuvo viajando, y luego comienza a delirar; o dice que está bien del bocho, que ya está estabilizado, o que está bien del cerebro, que no tuvo más problemas. Me dice que ya puedo darle el alta: le digo que quiere que le dé el alta. Dice que no, que mi alta no le interesa, que él lo que quiere es salir del hospital; y se queja de tener la espalda escaldada, de estar en cama, etc. Luego me despido y me dice que vuelva, una o dos veces más, que charlar conmigo le hace bien”.

La primera cita corresponde a una entrevista del 28/6; que está *bien del bocho, estabilizado*, corresponde al 26/6; y el resto del párrafo corresponde al 15/7. La unificación que hace aquí el terapeuta para presentar a los colegas es a fin de mostrar, aunque no está explicitado, lo referido a la *conciencia de enfermedad*. El psicólogo repite textualmente sus propios apuntes tomados luego de las entrevistas con el paciente. Se observa cómo los borradores funcionan como ayuda–memoria y cómo facilitan la posterior conceptualización, aunque, más importante que esto, aportan la palabra textual que, en tanto ha sido registrada por escrito, es confiable su veracidad. Inversamente, en los párrafos siguientes de la presentación ante colegas se reproduce casi textualmente los datos de una sola entrevista:

“Un día dice que se estuvo portando mal, por eso lo bajaron a la guardia... (luego lo trajeron de nuevo a la sala)...Le pregunto qué hizo: Estuvo escuchando cosas que no debía: la charla de los vecinos, que a él no le interesa; trató de bajarse de la cama 2 veces (y sabe que no puede, ya que sus piernas no lo sostendrían); se comía las gasas (una enfermera dice que el día anterior a la noche estaba mal: se comía las gasas de la mano)”; “Aquí muestra que cambia de lugar por portarse mal, es decir: escuchar cosas que no debe, hacer cosas que no puede y

comerse los elementos que se usan para curarlo.” y “Le pregunto de que hablaban los vecinos: no recuerda: el campo, unos conejos, el partido de River, repite que no le interesa.”

Es la del 8/7 y hay diferencias en el relato que lo hacen más adaptado a la *Presentación* ante los colegas. *Un día dice* escrito en la presentación a diferencia de la fecha exacta anotada en el borrador muestra que lo importante no es la ubicación temporal sino el contenido de lo escrito en las notas personales. La diferencia de *le pregunto que hizo* escrito en la presentación distinto de *¿q hizo?* observado en los borradores responde al cambio del sujeto de la enunciación y la situación enunciativa, aunque el sujeto empírico sea el mismo. Lo escrito acerca de las gasas está reformulado aclarando para el auditorio datos tomados de los borradores.

El párrafo siguiente de la *Presentación* que comienza con “Aquí muestra...” es la explicación que da el psicólogo a sus colegas de lo que escribió en la nota. El último párrafo de lo escrito para los colegas, “Le pregunto...”, da a *no le interesa* observado en dos ocasiones en esa nota del 8/7 una forma discursiva acorde a la presentación, una modificación del sujeto de la enunciación debido a las circunstancias, con la utilización del presente de discurso en *repite*. Nuevamente se observa la función de ayuda–memoria de los borradores, pero no para conceptualizar uniendo lo escrito sobre distintas entrevistas, sino para reproducir, crear el efecto de que a través del relato el terapeuta pone ante el auditorio la escena dialogal que mantuvo con el paciente. Se enumeran conductas significativas que luego se tratarán de explicar con teorías pertinentes. Recordemos que la *narratio* en retórica es el relato de los hechos, aparentemente objetivo, pero que prepara la argumentación (Arnoux y otros, 2010: 10).

Otra forma de aporte de los borradores a la construcción de un nuevo texto es la que se encuentra en los párrafos de la *Presentación*: “Daniel dice que mientras su madre está en el hospital, está más tranquilo. En sus viajes hubo desencuentros con su familia. Una vez me preguntó si estuve en su casa con ellos” que corresponde a los borradores de entrevistas del 18 y del 28 de junio.

Nuevamente se unen datos de varias entrevistas, pero aquí el motivo es el tema, es la relación con la familia lo que reúne lo escrito en dos notas reproducidas casi textualmente. La primera diferencia se encuentra en la utilización del deíctico *aquí* que en las notas se lo sustituye por la expresión *en el hospital*: hay un cambio del rol enunciativo, del lugar enunciativo. La segunda utiliza *una vez* en la *Presentación*, como en el caso anterior de *un día dice*, para mostrar que no es la fecha lo importante sino el contenido de la nota. La tercera diferencia es *x su casa con su flia.* de la nota es sustituido en la *Presentación* por *en su casa con ellos* más adecuado para la correcta construcción de la frase.

Se observa, entonces, que la forma en que se utilizan los borradores para la confección del texto posterior suele subordinar el borrador a las necesidades del nuevo texto que se escribe, aunque el costo sea la posible pérdida de fidelidad que puede tener el escrito. Cabe destacar que estas reformulaciones dejan a la vista rasgos de las notas privadas: necesitan registrar elementos que sirvan a la verosimilitud que después se relate, como lugares, fechas o palabras textuales.

“El 21/7 fui a atender al paciente. Dijo estar en viaje hacia la salida, que está bien, que se levantó, se bañó y se sentó. Le pregunto si en algún momento viajó: dice que eso ya lo habíamos hablado, que sí. Dice que ya no va a necesitar charlar conmigo, luego dice que mejor que sí, que me dé una vuelta. El 24 voy y no está. Le dieron el alta el día anterior”

En este párrafo, escrito en la *Presentación*, la utilización que se hace del borrador es contraria a lo que mostramos anteriormente donde lo importante no era la fecha de la cita sino el contenido. Efectivamente, para los colegas se muestran las últimas dos situaciones en las que el terapeuta tiene algo para escribir en sus notas sobre el paciente: el último *acto médico*, entrevista realizada, y la vez siguiente, en que ésta no pudo concretarse ya que el paciente no estaba, según consta en los borradores. Pero también en esta ocurrencia hay otro aspecto que relaciona el contenido de los borradores a lo que se va a presentar a los

colegas: el sentido de la entrevista del 21/7 en que el paciente anticipa su alta hospitalaria que, como muestran los borradores de la entrevista que no se realiza el 24/7, no es prevista por el analista sino reflejado el hecho en los escritos.

En este sentido, no es un contenido que se va a utilizar para comprender o explicar, sino una situación que va a mostrar cómo en los escritos personales, aunque de una forma más coloquial, en lugar de relacionar las fechas, el locutor revive en presente de discurso el desencuentro ocurrido: en lugar de “24/7 *Morone, Daniel* alta el 23/7. Voy y no está” que pertenece a los borradores, está escrito en la *Presentación* “El 24 voy y no está. Le dieron el alta el día anterior”. Se conserva el presente, que aquí es histórico.

2.4.6 – Los delirios y las pruebas

Por último, y relacionado a las dificultades diagnósticas, como mencionamos arriba, la salud mental no es sinónimo de ausencia de enfermedad. No obstante, es posible considerar que la presencia de una enfermedad mental en un momento productivo de síntomas sea ausencia de salud mental. En ese marco, el tema del delirio es tomado en la *Presentación* ante colegas y en la *Supervisión*. No vamos a desplegar acá la polémica en relación al diagnóstico y a la terapéutica, solo presentaremos algunas ideas a modo de cierre.

Los viajes, caracterizados como un delirio, son pensados como la prueba de que hay una enfermedad. La presencia de gran cantidad de discurso referido–directo e indirecto– muestra en estos borradores la intención del profesional tratante de “probar” con las palabras del paciente el diagnóstico, de separarse del lugar del enunciador de los borradores para instalarse como un enunciador analítico.

En la conceptualización que presenta a los colegas el terapeuta escribe:

“Me dice que lo dejé viajando sólo. Aquí comienza a hablar del viaje, y me hace notar que no lo hice con él.... me decía que se "iba" para no sentir el sufrimiento.... Dice que quizás sea efecto

del shock.... se iba porque recibía emociones fuertes...viajaba porque ésta realidad no le gustaba, y se construía una a su antojo”.

Y de la supervisión con la psicoanalista, el psicólogo extrae algo que deja en su archivo:

“Me cuenta de un artículo muy lindo... en el que (el analista) dice que decidió hacer hasta el final éste viaje con un psicótico, porque forma parte de su delirio”.

En este fragmento se muestra, a partir de la metáfora del viaje, la adhesión a un trabajo con el delirio acorde a lo vivido por el paciente.

2.5 – Conclusiones

En este primer capítulo trabajamos el problema del diagnóstico a partir de los borradores o notas privadas que el terapeuta toma durante las entrevistas con los pacientes y evidenciamos cómo este texto es fuente privilegiada de otras textualidades propias de los profesionales de la salud mental. En ese sentido, analizamos en primer lugar cómo las notas en los borradores evidencian huellas de la conceptualización del terapeuta sobre el diagnóstico.

Luego, se compararon las notas privadas con la presentación escrita que se hizo del caso a colegas, a fin de observar el funcionamiento de las primeras en relación con el segundo escrito. Las notas personales cuentan situaciones cotidianas vividas en el hospital que en los textos para los colegas y en los que surgen de la supervisión se despliegan y teorizan. Algunas ideas escritas en los borradores son el fundamento para construcciones nuevas que se apoyan en estas. En ocasiones se alude a lo escrito en los borradores y no se lo cita, dando su status de *notas personales, privadas*.

En ciertas ocasiones se condensa lo escrito en varias notas de borradores

recortando y armando un texto nuevo, funcionando las notas como ayuda-memoria para la conceptualización. En otras, inversamente, los datos de una sola entrevista se adaptan en la forma del relato a lo que se quiere decir en las producciones posteriores mostrándose distintos sujetos de la enunciación con diferentes referencias a pesar de ser el mismo sujeto empírico quien los construye.

Sin embargo, más allá de la función de recordatorio, la reformulación de datos de las notas muestra un rasgo esencial de éstas. Los lugares, fechas o palabras textuales son datos que en tanto han sido registrados por escrito es confiable su veracidad. El registro de datos precisos que sigue a las entrevistas al estar escrito lo torna confiable aportando a la construcción de la narración sobre el caso verosimilitud. La escritura aparece como borramiento de sí misma, como construcción de la realidad. Da garantía que lo que está escrito es verdad: la dificultad en el acercamiento a la apreciación diagnóstica. Las citas de estilo directo traen la palabra del paciente que portan los borradores y se traslada a los escritos posteriores como prueba para la presentación ante colegas sosteniendo la misma orientación argumentativa que se observa en el material de la supervisión.

Los borradores testimonian los cambios perceptivos del paciente motivo de las dificultades diagnósticas. Su materialidad está en el lugar de las entrevistas siendo la forma en que se utilizan en la presentación para los colegas y como sostén de aquellos saberes que son supervisados. La presencia en los borradores de gran cantidad de discurso referido, directo e indirecto, se interpreta por la necesidad de rasgos de objetividad, como *prueba* para diagnosticar.

Finalmente, se observa la orientación argumentativa de las notas en relación a la de los materiales guardados sobre la supervisión del caso. Las notas personales son principio aquí de la elaboración siguiente: borradores, pre-textos, bosquejos de otros que continúan su orientación argumentativa, a diferencia de lo que observamos en la relación entre las notas personales y la Historia Clínica en el Capítulo 4. El trabajo sobre borradores se inició con el recorrido del área de Salud Mental, sus producciones y la formación profesional. En el siguiente capítulo se trabaja en los escritos personales el tema del trauma en los pacientes atendidos en el hospital cerca de la urgencia.

Capítulo 3 – La elaboración de lo traumático en los borradores

3.1 – Introducción

El formulario HISTORIA CLINICA ADMISIÓN QUEMADOS (del cual adjuntamos una copia al final) es la primera hoja que encontramos en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de quemados del hospital. En él hay un cuadro para completar como el siguiente:

	FECHA	HOR A	LUGAR	ATENDIDO POR EL DR.
Quemadura				
Primera cura				
Primera consulta al Hospital				
Fecha de internación en el Hospital				

Se llama “hora 0” al momento a partir del cual se comienza a tomar el tiempo de evolución de la herida. Dicho comienzo se sitúa en el momento en que ocurre la quemadura.

En la *hoja de admisión* –tal como es conocido en el hospital este formulario– debajo del cuadro en el espacio que sigue a la frase *Forma en que se produjo el accidente* se escribe lo que llamamos motivo de internación. Este ítem se completa con lo que el paciente o el acompañante en el momento de la internación manifiestan. El formulario que introduce a la Historia Clínica, al tener en cuenta los comienzos, expone datos útiles de los pacientes para lograr una mejor atención.

Parte de la información médica de la Historia Clínica está copiada en los borradores que son nuestro corpus con codificaciones que indicaremos y proporcionan al terapeuta conocimiento sobre su paciente influyendo en la dirección de los tratamientos. Este es un aspecto en el que observamos el modo interdisciplinario con el que trabaja el hospital y la influencia de distintas áreas en el trabajo en común.

Luego de haber abordado en el capítulo 2 el tema del diagnóstico en los borradores y otros escritos del área de Salud Mental, en este capítulo nos proponemos analizar en los borradores el modo en que el paciente refiere el hecho que lo trajo a la internación. Esa *hora 0* de la que somos informados en el cuadro del inicio de la Historia Clínica a fin de representar en una línea temporal la forma en que evoluciona la herida corporal y sus curaciones. Este momento tiene una significación, un sentido específico, en cuanto es una irrupción, un trauma, un corte en la vida de la persona, una marca a partir de la cual se pueden encontrar consecuencias.

El borrador, para nosotros, es una huella de las representaciones del terapeuta de cara a la internación del paciente. Esos registros, que después serán retomados o no, nos indican la construcción de sentido que comienza a realizar el psicólogo en esos primeros contactos con el paciente.

Consideramos importante observar la construcción del acontecimiento que realiza el paciente, la focalización discursiva que opera, la situación inicial y final de los relatos, el modo en que se sitúa a sí mismo en ellos. Cabe observar cómo el paciente sustantiva los hechos ocurridos, cómo los nombra –si es que lo hace– y las modificaciones que este relato va sufriendo a lo largo de la terapia, así como la determinación de lo urgente o de lo apremiante.

En el desarrollo de la terapia instituida en el hospital observamos los temas que predominan. Estos se asocian, o no, a lo vivido, a su recuerdo o a las vivencias que sustituyen a esos hechos que llamamos “traumáticos”, como pesadillas o episodios de flashback.

Partimos de la base de que, independientemente de que se elabore más o menos la situación vivida, toda la enunciación –tanto del terapeuta como del paciente– está regulada por la conceptualización que ambos realizan del hecho sucedido. En los temas de la terapia participa, de distintas formas, el acontecimiento traumático, ese quiebre en la continuidad de la vida cuya elaboración es una forma de resolución.

El objetivo de este capítulo es observar en las notas del psicólogo si el paciente sustantiva o conceptualiza lo vivido traumático, si focaliza esto, o si los

temas de su terapia son otros. Se trata de caracterizar el modo en que el paciente construye el acontecimiento por el que está internado. Describir características del relato, transformaciones entre la situación inicial y final en las narraciones, tipos de actos y acciones. Si el tema es el acontecimiento que lo llevó al hospital cómo lo elabora, analizar cómo esa conceptualización regula su discursividad, puntualizar cómo el terapeuta va accediendo a ese entendimiento, qué herramientas registra, qué va interpretando como huellas, las modificaciones de esto a lo largo de la terapia, así como la determinación de lo urgente o de lo apremiante.

Las notas que toma el profesional luego de la entrevista con el paciente (realizadas en la mayor parte de los casos cerca del momento de la "quemadura") son un abordaje a la problemática posterior a la situación traumática que permiten entender la matriz que regula la escucha que se va construyendo. Encontramos en los borradores datos sobre cómo se va elaborando ese episodio traumático, siendo que la representación del ethos, de sí mismo, permite orientarse en la ubicación del acontecimiento en esa vida. Asimismo, se observa cómo se presenta el paciente en las entrevistas, cómo entiende lo que le ha sucedido y cómo se relaciona ese acontecimiento con problemáticas previas.

No obstante, la escritura muestra la tensión entre lo que dice el paciente y lo que piensa el terapeuta sobre el caso, entre el conocimiento y conceptualización del entrevistado y el saber del profesional. Es importante destacar, también, que los borradores de algún modo expresan la relación afectiva que se construye entre los pacientes y el terapeuta durante el tratamiento.

La proximidad entre el momento del accidente y el de la escritura de las notas permite hacer foco sobre la cuestión de las *urgencias*, en el sentido de que se pone de manifiesto el vínculo entre la gravedad de los casos atendidos y la necesaria inmediatez de su atención. El acercamiento al accidente como hecho depende de la urgencia, y la determinación de lo urgente, como apremiante, es subjetiva. Lo vivido como una irrupción traumática y su elaboración afectan al cuerpo y al psiquismo, pero quizás no tiene un carácter de urgencia para el paciente. Incluso, en muchos casos, emergen problemas anteriores, distintos al trauma vinculado con la internación, que requieren trabajo de elaboración y

ocupan un lugar destacado en la terapia.

La construcción del ethos, la sustantivación del paciente en torno de lo vivido y los temas que afloran luego de ese episodio que fractura la continuidad de la vida quedan registrados en los borradores: a partir de ellos el terapeuta elabora su experiencia y su reflexión sobre cómo proceder.²⁷

Trabajamos con los borradores del terapeuta luego de entrevistas con dos personas. De entre los muchos atendidos, estos dos casos fueron elegidos por sus diferencias en los motivos de internación, en las características personales y psicológicas, en las reacciones frente a lo vivido y en la necesidad de continuar o no tratamiento en el área según la opinión del profesional que las atendió. El primero caso, sucedido en 1994, es el de un accidente de una señora que tenía una problemática familiar sin marcadas incidencias negativas en su vida. La paciente establece un vínculo de diálogo con el terapeuta durante la internación. El otro caso, de 1995, es el de una joven internada luego de un intento de suicidio, que al principio encubre. Se presenta una situación familiar más compleja y dificultades para establecer un vínculo terapéutico con el profesional del área de Salud Mental que interviene. En ninguno de los casos hubo un seguimiento por consultorios externos luego del alta hospitalaria.

27 El tema de la formación profesional en el área de salud mental fue abordado más específicamente en el capítulo 2 en la investigación del diagnóstico en los borradores.

3.2.1 –Transcripción de las notas sobre Sara Etelvina Gómez

25/7 C/220 GÓMEZ SARA ETELVINA H/C 532569 INTER 2/7/94 53 AÑOS // AL REVENTAR ()A BOTELLA DE SOLVENTE, ÉSTE SE INFLAMÓ AB 6 % LA PTE. SE PREGUNTA X Q´ TUVO QUE OCURRIRLE HABLA DE CULPA Y TEMOR.

28/7

GÓMEZ SARA HABLA DEL MIEDO A LOS ACCIDENTES

28/7

SARA GÓMEZ SU NIETO DE 6 AÑOS TIENE ENURESIS Y VA A UN PSICÓLOGO // SU HIJA HIZO 2 AÑOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA Y ELLOS LA DESALENTARON, POR Q´ LOS PSICÓLOGOS NO TIENEN TRABAJO Y NO GANAN PLATA // SARA ESTÁ CONTENTA X Q´ VENDIERON UNA CASA Y LEVANTARON UNA HIPOTECA // EL PROBLEMA DE SU NIETO TIENE Q´ VER CON EL HECHO DE SER DECIDIDO, Y DE RELACIÓN AL PADRE, QUE NO ES MUY CARIÑOSO CON SU HIJO // ELLA ES MUY INDEPENDIENTE Y DECIDIDA // SU YERNO TAMBIÉN TIENE ENURESIS → ME PREGUNTA SI SERÁ HEREDITARIO (EL CHICO SE AVERGÜENZA, ELLA TAMBIÉN) EL CHICO DICE Q´ SE HACE PIS X Q´ LE GUSTA, PERO NO SE DA CUENTA, ¿COMO PUEDE GUSTARLE ALGO DE LO Q´ NO SE DA CUENTA? // “EN MI FAMILIA SOMOS COMO LOS 3 MOSQUETEROS” → (TODOS PARA UNO...)

30/7

GÓMEZ SARA HABLA DEL DOLOR DE LOS OTROS DE SU IMPOSIBILIDAD DE HACER ALGO POR ELLOS LO Q´ NO QUIERE, LO Q´ NO PUEDE, LO Q´ NO SABE

5/8 GÓMEZ SARA EL ACCIDENTE LE DEJÓ MARCAS EN LAS PIERNAS // ME PIDE Q´ LE HABLE, X Q´ A ELLA LE GUSTA CHARLAR // HABLA DE PREVEN(?) LOS ACCIDENTES // BUSCA IDENTIDAD CON LA PERSONA DE LA CAMA DE AL LADO, CON SU FAMILIA // DICE Q´ VENGA SI LE VOY A HABLAR (LA INTERRUMPO Y LE DIGO Q´ MAÑANA SEGUIMOS CHARLANDO) / ME DESEA SUERTE

3.2.2 – Transcripción de las notas sobre Claudia Pérez

CLAUDIA PÉREZ 20/7 31 AÑOS INGRESO 31/7/95 H/C 111.111 “MIENTRAS LIMPIABA CON ALCOHOL ENCENDIÓ UN CIGARRILLO” AB 17 % B 1 % C/ 21 HACE 10 AÑOS SE ATIENDE CON UN PSIQUIATRA. VA Y SE ATIENDE, LUEGO INTERRUMPE / TIENE UN HERMANO 6 AÑOS MENOR Q’ ELLA. CUANDO ELLA TENÍA 12, IBA A CRUZAR UNA CALLE EN LA Q’ CIRCULAN POCOS AUTOS, CON ÉL. ELLA LE DECÍA: “CRUZÁ”, “NO CRUCES”. EL CRUZÓ Y LO ATROPELLARON. LA MADRE LE ECHO LA CULPA A MÓNICA / EL PSIQUIATRA LE DECÍA Q’ UN CHICO VA SUSTITUYENDO A OTRO EN SERIE. / SU HIJO TIENE 5 AÑOS. / ME MUESTRA UNA FOTO DE CUANDO TENÍA 2. // DICE Q’ LA GENTE NO SE TENDRÍA Q’ SENTIR CULPABLE / SU HNO. NI SIQUIERA VINO A VERLA / DICE Q’ AHORA ÉL LE IMPORTA 3 CARAJOS

CLAUDIA PÉREZ 21/7 SU MARIDO SE ATENDÍA CON EL MISMO PSIQUIATRA Q’ ELLA. ELLA SE ATIENDE DESDE LOS 21 AÑOS. SU MARIDO SE EMPEZÓ A ATENDER CON ÉL UNOS MESES DESPUÉS, CUANDO A ELLA SE LE PASARON UN POCO LAS FOBIAS. TENÍA FOBIA DE TOCAR CUALQUIER COSA. SU MARIDO SE ATENDIÓ UN TIEMPO Y LUEGO DEJÓ. SU MADRE FUE UNA VEZ. ÉL LE DIJO Q’ ELLA TENÍA LA CULPA Y SE FUE. // EL DÍA Q’ SE QUEMÓ TUVO UNA DISCUSIÓN CON SU MADRE X UNA LICENCIA Y UN TAXI DEL PADRE Q’ ESTÁ HEMIPLÉJICO. ELLA RECUPERÓ EL AUTO Y LA MADRE LE DIJO Q’ ERA LA CULPABLE DE Q’ SE PERDIERA LA LICENCIA. LES PEGÓ A ELLA, SU MARIDO Y SU SUEGRA. LUEGO SE FUERON TODOS DE COMPRAS, ELLA SE QUEDÓ LIMPIANDO UN GRABADOR Y SE LE PRENDIÓ FUEGO // ESTABA ENOJADA // A SU PSIQUIATRA LO LLAMA DESDE HACE 1 AÑO. LE PIDE UN TURNO URGENTE Y NO VA. ME PIDE UN CERTIFICADO DE Q’ NO ESTÁ LOCA, PARA PONER EN UN CUADRO. // DICE Q’ LO Q’ PASA ES Q’ TIENE MUCHO CARÁCTER // SU MARIDO ES COMO SU PADRE. SU MADRE NO PUEDE CONTROLARLO Y ELLA SÍ. SU HIJO LE DICE Q’ A SU

MADRE LA TRANQUILIZA EL DEJARLA A ELLA CALIENTE. ÉL ES INTEL()ENTE // DICE Q' AHORA () PREOCUPA DONDE VA A IR A VIVIR C()DO SALGA. SU MARIDO ESTÁ EN LO DE SU SUEGRA C/ EL HIJO. ELLA LE PIDIÓ A UNA AMIGA IR A UN TIEMPO A LA CASA

CLAUDIA PÉREZ 24/7 ME PIDE Q' VENGA + TARDE / CUANDO VOY LUEGO ME DICE Q' TIENE DOLOR, PIDIÓ UN CALMANTE Y LO ESTÁ ESPERANDO // QUEDAMOS EN HABLAR EL MARTES

CLAUDIA PÉREZ 28/7 CONFIESA Q' SE PRENDIÓ FUEGO / AYER SE LO DIJO A UN ENFERMERO. ME PIDE VER A SU HIJO. LE DIGO A RAMIREZ Y LO AUTORIZA A Q' VENGA A LAS 18 Hs / DICE Q' TODOS LOS DEPRESIVOS TERMINAN SUICIDÁNDOSE / ME PREGUNTA A C/ RATO SI LE ENTIENDO

31/7 CLAUDIA PÉREZ Q' PIENSA HACER TERAPIA DE FLIA. AL SALIR DE ACÁ CON SU MARIDO Y SU HIJO. LOS DEMÁS MURIERON. // EL PSIQUIATRA ADVIRTIÓ A UN FLIAR. DE CLAUDIA Q' SI NO LA CUIDABAN ELLA IBA A INTENTAR SUICIDARSE // LE DIGO Q' SUS PROBLEMAS SON SUS PROBLEMAS Y LOS DE C/U DE SU FLIA. LOS SUYOS

CLAUDIA PÉREZ EDAD 21 – 20 – 18 – 15 3/8 2 HIJOS Y 2 HIJAS. / AYER VINO SU MARIDO Y SE ENOJÓ CON ELLA / DICE Q' HIZO UN PACTO DE NO HABLAR, Q' HABLA SEGÚN CON QUIEN; Q' QUIZÁS HABLE + CONMIGO CUANDO ESTÉ EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE TODAS FORMAS QUIERE QUE LA SIGA ATENDIENDO EN LA SALA / NO LA COMPRENDEN / MIENTE

CLAUDIA PÉREZ 4/8 TUVO VARIOS INTENTOS DE SUICIDIO, EL PRIMERO HACE 6 AÑOS, SU MARIDO LA ENGAÑO. / LE ECHÓ LA CULPA AL PSIQUIATRA DE LO Q' LE PASÓ. / ME DICE Q' YO COMPITO CON ÉL / LE DIGO Q' A MI ME INTERESA LO Q' LE PASA / DICE Q' SE ANGUSTIA X Q' NO LE CONTESTO. LE DIGO Q' SÍ

7/8

CLAUDIA PÉREZ DICE Q' NO QUIERE HABLAR; Q' ~~PASE EL MARTES~~ / Q' ESTÁ + Ó-. / LE PREGUNTO SI PASO EL MARTES: DICE Q' NO SABE SI VA A ESTAR, Q' PASE

CLAUDIA PÉREZ 11/8 ME ECHA EN CARA Q' CRITICO AL PSIQUIATRA / DICE Q' AL SALIR SEGUIRÁ ATENDIÉNDOSE CON ÉL. LUEGO SE CALMA. HABLA DE SUS COSAS. / QUEDAMOS EN Q' LA PUEDO ATENDER X CONSULT. EXT. / CUENTA ANÉCDOTAS DE LA SALA

18/8 CLAUDIA PÉREZ ALTA EL 17/8/95

3.3 – Marco teórico

Como se observó en el capítulo anterior, al trabajar sobre el diagnóstico, en los registros de entrevistas tomadas en el área de Salud Mental se encuentran modalidades en la enunciación, actitudes y formas de mostrar conocimientos o dominio técnico. Esto permite estudiar las estrategias retóricas, la dimensión argumentativa y las apreciaciones emotivas. El profesional interviene en un caso como uno de los protagonistas, y en ciertas ocasiones sus respuestas no resultan suficientes. Son tareas diferentes y necesarias las de los dos participantes de un psicoanálisis: se mueve al paciente a que recuerde y el analista tiene que construir (Freud, 1937: 260). Las situaciones traumáticas tienen por definición aquello que se vivió y no se pudo elaborar: en el límite del recuerdo se necesitará la construcción. En este capítulo se observarán los límites a la elaboración de lo traumático.

Esta representación de la construcción del conocimiento y de la reconstrucción de lo traumático requiere contemplar distintas respuestas para un mismo problema: así como en la histeria se fragmenta la anatomía (Lacan, 1956: 255) y la persona con disposición histérica fragmenta su yo (García, 2004: 19), en el terapeuta, sus propias certezas no resultan clausurantes, sino que busca confrontarlas con la mirada del paciente. Cada construcción se considera apenas una conjetura que aguarda ser examinada, confirmada o desestimada (Freud, *Ibíd.*: 266). La reconstrucción de lo traumático que observamos en los borradores tiene sus límites en situaciones vivenciales que se repiten, emotivas. En la formación psicoanalítica profesional “la interrogación de prácticas y de teorías, la confrontación con pares y expertos y –a diferencia de la formación estrictamente académica en la que el ethos intelectual es el rasgo privilegiado del tipo de subjetividad que la práctica requiere (Pereira y di Stefano, 2009)– en este caso, la atención a los modos en que el sujeto se compenetra con las situaciones que enfrenta en su vida profesional cotidiana demanda considerar la alternancia de miradas desde un ethos emotivo y uno teórico” (Arnoux y otros, 2010: 31).

De la presencia en los registros de partes de argumentaciones con

intervenciones e ideas del profesional deducimos el marco teórico que lo orienta reconstruyendo los razonamientos. La práctica hospitalaria en el área de salud mental se encuentra enmarcada teóricamente y las notas del profesional sugieren el marco en un trabajo interdisciplinario.

El marco teórico para el estudio desde el Análisis del Discurso de los borradores del psicoterapeuta contiene según observamos en el capítulo anterior la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en la actualidad (CIE-10) realizada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el DSM IV (más utilizado en nuestro país para codificar enfermedades y trastornos). Ya presentamos estos textos y ahora nos abocamos específicamente al tema del trauma.

En la caracterización del Trastorno de Stress Postraumático dice el DSM IV: “La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves... ().... La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos...” (American Psychiatric Association, 1994: 434–435).

Los síntomas de este trastorno según clasifican estos manuales utilizados en la actualidad están divididos en grupos, y es necesario para diagnosticarlo que se de una cantidad mínima de cada grupo. La posibilidad de realizar un diagnóstico según los códigos vigentes no excluye que haya individuos que presenten solo algunos de los síntomas de este síndrome, como por ejemplo trastornos del sueño, alguna forma de reviviscencia del hecho traumático o temores que se relacionan a lo vivido. En un tratado clásico de psiquiatría muy utilizado en nuestro país se recuerda que hay que tener en cuenta que para la

mayoría de los psiquiatras las enfermedades mentales están condicionadas por afecciones somáticas generales o cerebrales y que no hay o hay pocos síndromes específicos que puedan ser ligados a un proceso etiológico dado, siendo que las respuestas psicopatológicas a los diversos “stress” dependen de factores complejos (Ey y otros, 1965: 597). Estos autores entienden que “...los síntomas (ideas delirantes, trastornos del humor, alucinaciones, impulsiones, etc.) no dependen directamente del proceso, ya que entre el proceso y los síntomas se intercala un HIATO ORGANOCLINICO (Henry Ey) que no es especial de la patología mental, pero que en psiquiatría reviste una particular importancia.” (Ibíd.: 598).

Estas ideas –que nos sirven para conocer los saberes en torno al problema de la etiología de los síntomas ligados a enfermedades mentales y trastornos psíquicos– no son útiles para pensar un caso en el que efectivamente se produjo una situación llamada traumática. El estudio de los borradores de un psicoterapeuta del hospital que recibe pacientes accidentados nos acerca al trabajo sobre los casos. Al referirme a nociones como sustantivación, conceptualización o elaboración–que utilizo en este capítulo en forma indistinta– el sentido que doy es similar al que le da el psicoanálisis al concepto de *elaboración* como la “inclusión de representaciones en la trama asociativa para resolver las situaciones traumáticas” (Fractman, 2007: 184). En este capítulo se trabaja la elaboración de esos hechos por lo cual se hace necesario conocer sobre el funcionamiento de las representaciones.

Precisamente se presenta la *formación de los conceptos* en Foucault (1969: 91–104) que entra en relación con las *formaciones discursivas* y con los enunciados. En este autor, la práctica discursiva establece un sistema de relaciones entre planos, una configuración del campo enunciativo, un haz de relaciones que constituye un sistema de formación conceptual. Entiende que la descripción de tal sistema no equivale a una descripción directa e inmediata de los conceptos mismos. El autor considera que así como para analizar la formación de los *tipos enunciativos* no se debe referirlos ni al sujeto de conocimiento, ni a una individualidad psicológica, “tampoco, para analizar la formación de los conceptos,

se debe referirlos ni al horizonte de la idealidad, ni al caminar empírico de las ideas” (Ibíd.: 103–104). Nosotros necesitamos saber cómo se forman las representaciones faltantes en la trama asociativa que resuelven las situaciones traumáticas para lo cual observamos en las notas del psicólogo los temas de los que hablan los pacientes que las vivieron.

Lo clasificado como urgencia en un hospital que las atiende no necesariamente es el tema central en las notas de un caso, tal como se observa en el corpus. Cabe tener en cuenta lo que es el tema. Se entiende desde el punto de vista de la distribución de la información, es lo elegido por el hablante que presenta aquello de lo que se trata en la oración, punto de partida del mensaje, lo cual se diferencia del rema, siendo esto último lo que se dice acerca del tema (Kovacci, 1992: 248). En este capítulo observamos los borradores escritos luego de las entrevistas con dos pacientes y tomamos la información que las notas proveen de los progresos de los tratamientos en cuanto a la posibilidad de elaborar la situación vivida.

Para entender el concepto de *trauma* hay otros discursos además de los médicos que son importantes. Al considerar el trauma psicoanalítico a diferencia del médico no es la violencia del acontecimiento lo que destaca Freud, sino la sorpresa (García, 2004: 7). Pensar el trauma como algo familiar, algo particular, que se volvió extraño en el encuentro con un acontecimiento exterior en lugar de algo extraño que se enquistaba (Ibíd.: 11, 89) permite comprender el relato del paciente en términos de sus propios afectos. De acuerdo a la primera tópica freudiana el efecto traumático es provocado por una representación y un afecto que debían estar ligados y no lo están (Ibíd.: 34). Ese acontecimiento que altera una regulación no puede explicarse (Ibíd.: 11), no ha podido ser articulado en un mito, en la *novela familiar* freudiana (Ibíd.: 35).

El conocimiento del acercamiento que el paciente hace al hecho vivido, su forma de entenderlo y asimilarlo, permiten diagnosticar, pronosticar y tratar los episodios relacionados al stress postraumático. Este entendimiento del paciente se transmite por el lenguaje, siendo los registros privados del terapeuta una forma privilegiada de abordaje. Los registros intentan preservar la discursividad del

paciente, siendo que se mantiene lo significativo para el terapeuta, para el paciente, y según la situación –contexto– en que se produce. Este funcionamiento discursivo que interactúa con lo institucional, puede verse afectado y muchas veces es disparador de problemáticas. El análisis de los registros permite construir la situación de enunciación (Maingueneau, 1980: 113; Filinich, 1998: 35) que surgió de la situación de comunicación terapeuta – paciente.

Frente a las ideas de trauma que expusimos, Germán García propone que se puede pensar la angustia como el momento en que alguien se queda sin respuesta frente a una situación y el ingenio como la posibilidad de inventar una respuesta (García, 2004: 23). Planteado como un agujero, hay que anudar el trauma en la dirección de la dimensión significante/significado del signo, del deseo (Ibíd.: 68). En los borradores del terapeuta buscaremos el testimonio de las respuestas subjetivas a esas situaciones de urgencia, a los accidentes y los efectos traumáticos. Desde el Análisis del Discurso en este capítulo estudiaremos la sustantivación de lo traumático.

Observamos, después de la situación de accidente, el ethos del paciente que se construye según las notas del terapeuta. Sobre esta imagen del emisor del mensaje escribe Perelman: "Los propósitos del orador dan de él una imagen cuya importancia no debe subestimarse: Aristóteles la considera, bajo el nombre de *ethos oratorio*, como uno de los tres componentes de la eficacia en la persuasión, siendo los otros dos el *logos* y el *pathos*, el llamado a la razón por medio de argumentos y los procedimientos retóricos que tratan de suscitar las pasiones del auditorio" (1997: 133).

El primero de los tres libros de la *Retórica* de Aristóteles es sobre el emisor del mensaje. Son los argumentos en cuanto dependen del orador, de la concepción de ellos, de su adaptación al público de acuerdo con los tres géneros reconocidos de discurso: judicial, deliberativo y epidíctico. Este primer libro de la *Retórica* tiene como tema el *ethos*. Esto que ya por el año 300 A.C. en Grecia era estudiado muestra un orador que construye una imagen de sí mismo en un contexto de juicio, de asamblea y de referencia a hechos pasados. La pertinencia de observar en los borradores del psicólogo la imagen que se construye del

paciente, de sí mismo, en el sentido de la que se construye del orador a partir del discurso, los trazos de carácter que debe mostrar al auditorio (Amossy, 2000: 61) se debe fundamentalmente al carácter terapéutico de las entrevistas en el hospital luego del hecho traumático, al ser este una situación vivida que supera las capacidades de aquel que la padeció en cuanto a posibilidades de enfrentarla y luego de la cual necesitará volver a un estado que pueda ser caracterizado como de salud mental. En la *Presentación* ante los colegas que anexamos en el capítulo anterior observamos cómo se utilizan varios fragmentos de borrador para mostrar lo que podemos llamar la *conciencia de enfermedad* en el paciente.

La lectura de los borradores como género de discurso toma en este caso como materiales escrituras que provienen del campo de la salud mental. Propone el Director de Investigación del CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) organismo público de investigación de Francia, una *semántica intencional* (Plantin, 1996: 116–118) en la que se entiende la intención lingüística, no psicológica. Los enunciados tienen una orientación argumentativa: las significaciones están en los marcos discursivos activados por las palabras y proyectados sobre la continuación del discurso. Tomamos como referencia la *teoría de la argumentación en la lengua* en la cual significar significa argumentar (Plantin, 1996: 109, 112). Entendemos que no se puede analizar un enunciado aislado porque el sentido no está orientado hacia el pensamiento o hacia la realidad, sino hacia la continuación del discurso.

Con estos conceptos de trauma y salud mental que nos aportan la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis y ethos discursivo forjado en la filosofía antigua y utilizado en la teoría de la argumentación, abordaremos desde el análisis del discurso los fragmentos del género borrador del terapeuta correspondientes a las entrevistas con las dos pacientes observando la sustantivación, la elaboración de la situación que las llevó a la internación en el Hospital de Quemados y los temas focalizados.

3.4 – Los casos

Las notas de entrevista de los casos que tomamos revelan lo dicho en diálogos posteriores a los episodios que llevaron a las pacientes a la internación en el Hospital de Quemados en los años 1994 una y 1995 la otra.

3.4.1 – Las pocas entrevistas con Sara Gómez

El primer caso que tomamos es el de Sara Gómez, atendida en 1994.

Observaremos, según se manifiesta en las notas, si ella construye o no el acontecimiento que la genera como paciente en esas circunstancias, si hay un trabajo, una elaboración sobre lo vivido traumático y sus consecuencias, sobre la internación y los sufrimientos que genera. Prestaremos atención a los temas que se focalizan en las entrevistas. Solamente tenemos cinco recortes en los borradores sobre Sara Gómez y buscaremos en ellos evidencias de tematización y focalización en lo traumático. Se tendrá en cuenta qué registra el terapeuta y la orientación argumentativa que se propone en los borradores en cuanto a acceder a la conceptualización del paciente.

Notamos el código interno o subcódigo que genera este tipo de escritura que está pensada para ser entendida solo por quien la escribió. En mis anotaciones, al comenzar a escribir sobre un paciente, lo primero que escribo es lo que tomo de la Historia Clínica, que codifico con “H/C”.

En la parte de atrás del formulario de *admisión* de las historias clínicas del hospital (que podemos observar en la imagen adjunta al final del capítulo), bajo el título de *Diagnóstico* y, más abajo, *Referencias* encontramos la clasificación de las quemaduras con el cuadro para completar y la imagen para dibujar por el cirujano que atiende al paciente.

También se observa en el formulario el dibujo de la figura humana, llamado en el hospital “el mono”, sobre el cual el cirujano sombrea el lugar de las heridas con el formato y el porcentaje adecuado según la escala de profundidad y superficie que se encuentra allí pautada. En las notas, el psicólogo copia lo que escribió el cirujano.

“C/” es utilizado para anotar a continuación el número de cama en que está

el paciente.

Otro dato tomado de la Historia Clínica y anotado en los registros como una cita de estilo directo con las comillas correspondientes es lo que aparece como motivo de internación. Esto lo encontramos en el frente de la hoja de *admisión* debajo del cuadro de evolución de la quemadura copiado más arriba como *Forma en que se produjo el accidente*. Este campo se completa con lo que el paciente o bien el acompañante en el momento de la internación manifiestan.

El borrador escrito por el terapeuta con la fecha de la primer entrevista, el 25/7, es breve. El signo // presente antes de la frase codifica en los borradores una especie de *punto y aparte*: se pasa a otro tema. Nos llama la atención que no hay comillas en lo que está escrito en las notas como motivo de internación: *Al reventar la botella de solvente, éste se inflamó*. Estas la harían una cita de estilo directo y se utilizan para mantener las palabras “aparentemente idénticas a como fueron pronunciadas o escritas” (Reyes, 1993: 12). Ya que las comillas separan al locutor del enunciador no haberlas puesto en los borradores puede ser interpretado como la asunción por parte del enunciador (Filinich, 1998: 39) de que las palabras del locutor son diferentes a la Historia Clínica, aquí el enunciador del motivo de internación es el terapeuta, haciéndose responsable de algo realmente dicho por otro sobre el hecho que llevó a la paciente al hospital.

No sabemos qué fue lo que quedó escrito en la Historia Clínica de la paciente, pero si esas palabras no son una cita textual de las escritas en la Historia Clínica, en estos borradores no se transcribe lo que en el formulario inicial de ese documento aparece como *Forma en que se produjo el accidente*. Si es una cita textual copiada de la Historia Clínica la falta de comillas es una excepción en los borradores. La diferencia con lo habitual en estos blocs de notas nos informa sobre la enunciación: desde el inicio está regulada por la conceptualización de lo vivido. Aquí establece que el terapeuta a partir de fuentes no evidenciadas, quizás por la alta probabilidad de que haya ocurrido lo escrito en la Historia Clínica como motivo de internación y no habiendo razones para dudar de ello, entendió la situación vivida por la paciente como un accidente. Son huellas que el profesional registra en los borradores acerca de la forma de utilización de los datos y

muestran la interdisciplina en el hospital. La falta de comillas en el motivo de internación al copiar el formulario de *admisión* de la Historia Clínica, el hecho de que no esté puesto en las notas como algo dicho por la paciente o por un familiar en el momento de la internación lo convierte en una locución cuyo origen es el terapeuta. El razonamiento que lo orientó a escribir la primer nota del borrador correspondiente a Sara Gómez de esa forma influyó en la terapia en relación a la elaboración del motivo de internación, del hecho que llevó a la paciente al hospital.

En años siguientes al de la atención de esta paciente, encontramos la fecha al comienzo del registro de cada entrevista. En los primeros años de trabajo en el hospital está escrita la fecha en la primer nota correspondiente a ese día continuando los registros sin fecha hasta la ocasión en que la nota de entrevista es de otro día posterior. En los borradores correspondientes a Sara Gómez hay dos registros que parecen pertenecer a la misma fecha, 28/7, siendo que realmente no es claro si hubo dos entrevistas con la paciente en ese mismo día o el terapeuta primero escribió en los borradores una síntesis apretada y recién después una escritura desarrollada de la entrevista. La segunda hipótesis parece más acertada y abona esta idea el hecho de que en las primeras dos notas correspondientes a entrevistas con Sara Gómez encontramos primero el apellido y luego el nombre de la paciente, y recién en la nota siguiente la paciente es llamada por su nombre de pila, como si hubiera una mayor familiaridad, muestras de manifestaciones de afectos en los borradores y siendo el primer registro en que se desarrollan más los temas, se despliega el relato. La primer nota con fecha 28/7 podría ser un recuerdo de la entrevista anterior, la del 25/7, y se escribió el día 28 antes de entrevistar a la paciente. Este agregado, una pequeña ampliación, se relacionaría con que en el registro de entrevista del 25/7, que fue la primera con la paciente, no se desarrolló ningún tema de los expuestos en el texto del borrador, quizás por falta de tiempo del profesional. El género de borradores, notas que sirven para ayuda–memoria, tienen como característica que justamente con el tiempo dejan de ser precisos incluso para el que los escribió: al volver a leerlos uno realiza hipótesis y ya no hay seguridad sobre el significado de lo escrito.

En esta primer nota del 25/7 el terapeuta registra datos acerca de la situación del accidente: primero, la descripción del hecho, luego la pregunta de la paciente y después la referencia al discurso de la paciente. La enunciación comienza con la elaboración del accidente. Luego del porcentaje de quemadura sufrida por la paciente está escrito: “La paciente se pregunta x q’ tuvo q’ ocurrirle. Habla de culpa y temor”. El sujeto de la modalidad interrogativa es la paciente (García Negroni, Tordesillas Colado, 2001: 94). El tiempo presente en “se pregunta” y “habla” contrasta con el pasado histórico de “tuvo” (Benveniste, 1959: 228), pretérito indefinido, con carácter terminativo que se refiere al hecho ocurrido sin mencionarlo, sin nombrarlo, sin hacer una descripción de él. Como subraya Filinich, *poner en discurso* es destacar el lugar de mediación entre el sistema abstracto y la realización concreta (Filinich, 1998: 33). También sabemos que el discurso, a diferencia de la historia, tiene una enunciación que supone un locutor y un oyente queriendo el primero influir en el segundo (García Negroni, 1999: 46): hay un concepto de persuasión.

Si tomamos en cuenta que el sujeto de la interrogación, en la nota, es la paciente, la que se pregunta sobre el hecho, en la frase siguiente el sujeto es tácito: observamos en lo escrito en los borradores el efecto de objetividad causado con el verbo hablar en tercera persona (Benveniste, 1966: 166) en presente de discurso. Cuando la distancia del sujeto con su enunciado es máxima el sujeto considera su enunciado como parte de un mundo distinto de si mismo (Maingueneau, 1980: 134). La *culpa* y el *temor* como temas de los cuales se habla no están desarrollados, sin embargo parece algo objetivo que le pasa a la paciente. También el pasado histórico de *tuvo* como algo finalizado da un carácter de objetividad. En este sentido la continuación de esta nota se presenta como lo anterior que menciona el motivo de internación: dificultad de interpretar la enunciación, falta de relato: quien dice, que dice, porque lo dice, evidencialidad. El hecho ocurrido ya pasó, las sensaciones de culpa y temor de la paciente no son abordadas en los borradores del psicólogo, como temas son un principio de respuesta a sus preguntas, las huellas seguidas para interpretar lo vivido.

En “habla de culpa y temor” hay un entimema, parece la conclusión de un

razonamiento en el que faltan premisas en lo escrito en los borradores; seguramente está encadenado a la pregunta de la paciente acerca de porque tuvo que ocurrirle, pero no sabemos a dónde está orientado ese razonamiento, cómo continúa (Plantin, 1996: 117). Vemos que en el borrador de esa primera entrevista el terapeuta no quiso poner más datos, y que el tema es el motivo de internación, la situación ocurrida, el trauma vivido: la enunciación está regulada desde el comienzo por la elaboración. No hay desarrollo en los borradores de la conceptualización hasta aquí, pero ya finalizada la primer entrevista hay una orientación del tratamiento de la paciente en una escucha que presta atención al trauma y sus efectos.

Los borradores del terapeuta muestran aquí la falta de datos en los registros: no sabemos por qué habla de culpa. Culpabilizarse por lo sucedido podría ser un camino de resolución del trauma. Hay huellas que orientan en ese sentido: cuando la paciente se pregunta por qué me tuvo que ocurrir el enunciador escribe para sí. Pone una cita textual, cita a la paciente, para interpretarla después, como que en ese momento todavía no sabe todo lo que esa frase significa. La cita textual también puede funcionar como prueba de su interpretación. En *habla de culpa y temor* hay una interpretación. Estas primeras frases ya son una huella de la regulación del yo que ha asumido ese concepto. El que toma nota está atento al paciente y al trauma.

La primera nota fechada el 28/7 tampoco está desarrollada en los borradores: solamente refiere que el sujeto cuyo discurso es sobre el tema *miedo a los accidentes* es la paciente. Se explicita que el temor que se mencionó el 25/7 es a los accidentes, lo que indica que el locutor se dirige a escribir la aclaración de los temas que se desarrollan en la entrevista con la paciente en los borradores.

A diferencia del borrador del 25/7 y de la primera anotación del 28/7, en una segunda nota que sería de esa misma fecha ya hay un relato desplegado. En común con lo escrito sobre la primer entrevista se encuentra el tiempo verbal, casi todo en presente, tiempo del discurso. Los temas son variados. En el relato se da primacía a lo lógico por sobre lo cronológico.

En esta nota se nombra al nieto de Sara, de 6 años, a la hija y al yerno.

También a la misma Sara y un “ellos” en “...ellos la desalentaron..”. En “...vendieron una casa y levantaron una hipoteca...” hay un sujeto tácito que llevaría, como lo anterior, un pronombre de la tercera persona del plural, pudiendo ser las mismas personas u otras las referidas.

La nota termina con una cita de estilo directo y un pensamiento sobre ésta: ““En mi familia somos como los 3 mosqueteros” → (todos para uno...)””. Cuando una frase es antecedente de algo es señalado por el psicólogo en las notas poniendo al final el signo “→” siendo lo escrito a continuación de la flecha lo surgido de la primera oración. El paréntesis significa que es un pensamiento del terapeuta, no expresado, y en este caso está relacionado a lo dicho por la paciente. Las comillas de las citas de estilo directo indican al locutor y muestran la enunciación. En este recorte la paciente habla de su familia indicado esto con el pronombre posesivo “mi”. Tengamos en cuenta que “el hablante es el centro de su propio sistema deíctico, y su discurso está organizado a partir de ese centro formado por *yo, aquí, ahora*” (Reyes: 1993, 14), y el verbo ser conjugado en presente en “somos” señala un discurso. La primera persona del plural “...no es un “yo” cuantificado o multiplicado, es un “yo” *dilatado* más allá de la persona estricta, a la vez acrecentado y de contornos vagos” (Benveniste, 1966: 170). En la novela *Los 3 mosqueteros* se da la relación de tres con uno y de todos con uno. En esta entrevista Sara habla de *su* familia en la que incluye a su hija y a la vez de la compuesta por su hija, su nieto y su yerno, en la cual ella es la cuarta. La integración del cuarto mosquetero fue un tema en la novela de Dumas, así como la integración del psicólogo en Sara y en su familia según esta nota.

Cuando Lacan analiza el cuento “La carta robada” de Edgar Allan Poe el tema es la dialéctica de la intersubjetividad. En el cuento hay 4 personajes centrales: el rey, la reina, el ministro y el detective. Lacan dibuja un esquema que llama L con cuatro términos y la relación entre ellos. Esta forma de entender la relación con la cantidad y el número se explica en la teoría de este psicoanalista. Dice en el texto: “Si el hombre llega a pensar el orden simbólico, es que primeramente está apresado en él en su ser” (Lacan, 1957: 46). Estas reflexiones no desarrolladas pero sugeridas en los borradores con la frase “todos para uno”

escrita entre paréntesis, la utilización de números y fórmulas, dejan ver análisis teóricos no desarrollados en los borradores: nuevamente entimemas.

Acerca del tema de la culpa, otra interpretación posible relacionando los datos de esta entrevista con los de la anterior –construcción distinta a la que dice que la paciente se culpabiliza por lo sucedido– se orienta en el sentido de que la paciente duda de porqué le pasó, de su culpa en el episodio vivido. Esto mantiene la misma dirección en la argumentación que el hecho de que “habla de culpa y temor” no esté desarrollado: no hay una respuesta concreta en las notas a porqué le pasó y *los 3 mosqueteros* distribuyen o disuelven estos sentimientos de inquietud por la falta de respuesta. La paciente se siente parte de un colectivo y un núcleo. Los 3 mosqueteros permiten extraer rasgos del ethos: valores compartidos, objetivos comunes, enfrentar los problemas juntos. La culpa se puede solucionar en un planteo como “nosotros somos así”, en el cual los valores positivos que la representan predominan por sobre el esfuerzo de superar las dificultades que le ocasiona tener que explicar la situación vivida. Es posible entender que según los borradores la elaboración de lo traumático iría en ese sentido si se toma en cuenta el ethos que se plantea de la paciente a partir de las representaciones que surgen de de *los 3 mosqueteros*.

En los borradores del profesional del área de Salud Mental, los temas tratados pueden ser enfermedades del psiquismo y se abordan orientados a la construcción del sujeto marcada por la problemática que atraviesa y las urgencias de ese momento. En ocasiones el tema central deja de ser lo traumático vivido y se centra en lo cotidiano retomando problemáticas anteriores al accidente, a la *hora 0*.

En la segunda entrevista del 28/7 hay otros focos. En relación a la enuresis, surge una pregunta dirigida al psicólogo y éste la registra en las notas. Esta huella permite ver que para el terapeuta, luego del corte producido en la vida de la paciente por el accidente y a pesar de la situación de internación que vive, se puede retomar y preguntar sobre temas familiares previos que en ese momento frente a un psicólogo se hacen más importantes para desarrollar.

Observemos que en la frase: “Su nieto de 6 años tiene enuresis y va a un

psicólogo” la conjunción coordinante copulativa “y” establece el mismo nivel entre las dos proposiciones. “Respecto del coordinante y cabe señalar que, como es el menos marcado de los conectores, puede ser empleado en sustitución de otros. En esos casos, y añade a su rasgo de *adición* otros matices que le impone el contexto:

(39) Julia se cayó y (= así que) se torció el pié.” (Giammatteo, Albano; 2006: 71)

...tiene enuresis y (= así que) va a un psicólogo. La enuresis motiva la atención profesional.

El contexto de la entrevista con un psicólogo en el hospital en que está internada luego del accidente sufrido lleva a la paciente a los problemas familiares de los cuales se habla en esta entrevista. Antes del *nosotros somos así* que encontramos en *los 3 mosqueteros* se escribió en la nota sobre los psicólogos y su trabajo y el tema que orienta es lo familiar.

“Su yerno también tiene enuresis → me pregunta si será hereditario...”. Los cuatro de ese fragmento de discurso somos el nieto, el yerno, ella que me interroga y yo, el interrogado. El nieto está incluido por el reforzador “también” y está implícito ya que fue nombrado en el principio de la nota (Giammatteo, Albano; 2006: 71). El yerno está mencionado siendo el sujeto de la enfermedad, a él se refiere el tema. A ella la incluye el locutor con el pronombre personal “me” en “me pregunta...”. El locutor es el narrador. El signo → indica algo que se dijo relacionado al antecedente, y se explicita en este caso la modalidad interrogativa surgida de la enfermedad mencionada en lugar de la cita de estilo directo que hace resonar las palabras efectivamente dichas. En la primer entrevista la paciente se pregunta y en ésta *me pregunta*. Surge de los borradores de entrevistas con Sara que los cuestionamientos y preguntas, la modalidad interrogativa que establece un lazo con el interlocutor, es frecuente en la paciente. Se muestra aquí un ethos de una paciente que establece un lazo de comunicación con el terapeuta preguntándole que opina sobre sus problemas familiares.

En los borradores hay teorizaciones de la psicología sobre el caso que son entimemas, cadenas en las que es necesario reponer frases, y algunos datos

surgen de conocimientos teóricos y códigos que utiliza el profesional. En la frase “(el chico se avergüenza, ella también)” el psicólogo piensa en la identificación. Indica el paréntesis que no fue dicho en la conversación. El pensamiento del profesional se encuentra en el borrador escrito a continuación de la interrogación de la paciente sobre el carácter hereditario de la enuresis. El reforzador *también* que antes trajo a la memoria al nieto se repite, esta vez con los sujetos explicitados: “el chico” y “ella” siendo el tema la vergüenza. La coma ocupa el lugar de la conjunción. Se entiende el mecanismo de identificación y podemos observar en los borradores el carácter ilustrativo de la viñeta en un discurso explicativo (Arnoux, 2009: 7) mostrando la importancia de los afectos –la vergüenza y el lazo afectivo con el nieto– en la subjetividad.

Volviendo a la parte final de la nota de fecha 28/7 y que analizamos unos párrafos más arriba, el “uno” escrito en la frase entre paréntesis “(todos para uno)”, que nos muestra una idea no dicha del profesional, podemos pensarlo como el psicólogo o el analista. Se observa en el interior del relato la función de intercambio entre dador y beneficiario y también el relato como objeto de la comunicación entre dador y destinatario del relato. La representación de la familia de la paciente como *los 3 mosqueteros* y el intercambio entre los personajes que se unifican en uno, que, en este caso, es el que descifra los mensajes, el que se da cuenta, el que responde a las preguntas. El borrador muestra una forma del terapeuta de acceder a la conceptualización de la paciente.

La idea de identificación de la paciente con el nieto y la del lugar del uno, de los cuatro sujetos y los lazos entre ellos, se dirigen al intento de elaboración y de transmisión de la puesta en palabras de su problemática familiar en el primer caso y del lugar del psicólogo en el otro. En ambos casos encontramos en los borradores lo que el psicólogo interpreta utilizando como marco teórico sus conocimientos. En el primer caso me dirige una pregunta hablándome de la identificación que observa entre su yerno y su nieto, y yo pienso en la identificación entre ella y el niño. En el segundo caso me habla de su familia con una metáfora de una novela, y yo pienso en la interpretación de ésta. Estos dos pensamientos entre paréntesis en los borradores del profesional de salud mental

muestran que en algunas oportunidades encontramos teorizaciones no desarrolladas. El analista va construyendo una hipótesis interpretativa del caso a medida que escucha. Los borradores personales son una huella de esa reflexión. De modo que ese diálogo es disparador de dos procesos conceptualizadores: el de la paciente (que puede estar ya consolidado o no) y el del terapeuta. Para los pacientes ese diálogo con el psicólogo es un momento importante del proceso de construcción de su entendimiento del hecho, porque es muy próximo al episodio que los lleva al hospital, y muchas veces no ha tenido oportunidad de hablar con otros sobre lo sucedido. Para el paciente es también un momento de puesta a prueba de su relato, en el caso de Sara a través de conversaciones y preguntas.

La teorización del borrador, esto que se muestra como entimemas, para ser comprendida debe ser completada con conocimientos del campo del psicoanálisis como marco teórico: el concepto de identificación, el lugar del uno. La forma en que fue escrita por el profesional en sus borradores, su codificación, tiene elementos distintos destacables: en el caso de la *coma* sumada al *también* es una construcción común en el lenguaje para identificar dos datos. La flecha es una codificación particular que surge del signo *implica* de lógica. Que el psicólogo ponga entre paréntesis un pensamiento propio en sus notas puede pensarse como una información: un conocimiento que no llegó a comunicarse quizás debido a los tiempos de la entrevista y su contexto, si uno tiene en cuenta el *Principio Cooperativo de Grice* (1991: 516). En los borradores el paréntesis lo muestra como algo que se separa del resto del texto y orienta lo que se focaliza, la elaboración. En ninguno de los dos casos se refiere a lo que llevó a la paciente a la internación, a lo traumático vivido, sino a temas familiares.

Si consideramos lo que nos ofrece hasta aquí el borrador desde el punto de vista del ethos, de la persona que se construye a partir de las notas del terapeuta, observamos la *fragilidad* de una paciente con culpa y miedo que se apoya en identificaciones y afectos familiares. El psicólogo que atiende no invalida estos procesos psíquicos quizás porque los ve “normales” debido al momento que atraviesa la paciente luego del impacto sufrido y dada su internación, su separación de la familia. Hay falta de elaboración de lo traumático y este proceso

se da en temas de las personas integrantes de la familia: son los temas centrales que se focalizan.

En la entrevista del 28/7 el tema del psicólogo se refiere no solo a la enuresis y al nieto como vimos. Además en el párrafo siguiente se relaciona a la hija, al trabajo y al dinero: “Su hija hizo 2 años de la carrera de psicología y ellos la desalentaron, porque los psicólogos no tienen trabajo y no ganan plata”. Acerca del punto de vista sobre los psicólogos es clara la modalidad explícita volitiva dada por el verbo *desalentar* que el locutor adjudica en los borradores a un sujeto plural de la tercera persona, posiblemente Sara y su marido (García Negroni, Tordesillas Colado, 2001: 101). El tema del *trabajo* no se vuelve a mencionar en los registros, sí el del dinero en el párrafo siguiente: “Sara está contenta x q’ vendieron una casa y levantaron una hipoteca” nuevamente con una modalidad explícita, esta vez afectiva, que se muestra en “Sara está contenta” (Ibíd.: 102).

El estudio de las modalidades en los borradores del profesional permite orientar sobre los valores, los motivos y actitudes en la terapia entre la paciente y el psicólogo. En relación al ethos de la paciente y los mecanismos de identificación las escrituras del terapeuta son distintas a las que surgen de *culpa y miedo* y *los 3 mosqueteros* que señalamos nos muestran una paciente frágil por lo cual no se trabaja críticamente sobre las identificaciones. El proceso que se da en *desalentar* y *contenta* es el de *separación* como opuesto a la alienación (Lacan, 1964: 217–223). La paciente no se identifica con la hija como psicóloga, no la alienta, se separa, ya que *los psicólogos no tienen trabajo y no ganan plata* por lo cual la *desalientan*. El signo “//” funciona como un corte en mis notas, un paso a otro tema, un punto y aparte.

En el párrafo siguiente a pesar de esa doble línea, encontramos escrito sobre las cosas que ponen *contenta* a la paciente: la venta de la casa y la resolución de la deuda hipotecaria. El dinero es uno de los motivos por los cuales Sara no quiso que su hija sea psicóloga. No hay ideas entre paréntesis como teorizaciones del psicólogo ni se vuelve a hablar del dinero, solo se menciona el estado de ánimo, la timia placentera de la paciente en una situación económicamente favorable de intercambio de bienes. De la coincidencia entre los

enunciadores –ellos la desalentaron y Sara está contenta son dichos que parten de la paciente según se desprende de lo escrito por el locutor de las notas: aunque no esté el verbo de decir explícito no está entre paréntesis como un pensamiento del terapeuta– y las personas de las acciones del enunciado –ellos hicieron la acción de desalentar y Sara vive la tímida placentera– (Filinich, 1998: 19) podemos observar que el psicólogo se *separa* de la paciente *identificándose* con la hija que estudió psicología. El ethos de la paciente aquí es el de una persona que se interesa más por el dinero que por la vocación de su hija. Queda plasmada en el borrador la interpretación del terapeuta de la construcción de la paciente.

Se muestran en las notas algunos temas que pertenecen al ámbito de la psicología y el psicoanálisis. Lo urgente, en muchas ocasiones, según las notas del psicólogo, no son la situación traumática vivida, los dolores, la internación y la separación de la familia, sino que se focaliza en un problema psicológico, como vimos por ejemplo con la pregunta de la enuresis.

Se observa que el tema de *la decisión* en Sara y en el nieto está presente en una parte de esta entrevista en la cual hay también una referencia a la falta de cariño del padre: “El problema de su nieto tiene que ver con el hecho de ser decidido, y de relación al padre, el cual no es muy cariñoso con su hijo // Ella es muy independiente y decidida // Su yerno también tiene enuresis...”. La nota de entrevista en la tercera parte del recorte vuelve al tema del principio: la enuresis. El problema de la decisión no está presentado en las notas como el tema de la vergüenza que vimos antes, escrita entre paréntesis la sugerencia de la identificación, la idea del psicólogo como una conceptualización o teorización. Del análisis de los borradores se infiere otro proceso. A pesar de la relación por el verbo decidir el segundo fragmento “ella es muy independiente y decidida” está separado por el signo “//” que funciona como separación de “el problema de su nieto” escrito antes y de “su yerno también tiene enuresis” escrito después. La frase que escribe de *ella* es la descripción que da el profesional de salud mental de la paciente: da su punto de vista, su enunciación, según lo escrito en las notas tomadas luego de la segunda entrevista realizada en la sala de internación del hospital a Sara. El discurso se observa más orientado a la problemática familiar

que a lo traumático vivido y su elaboración: esto último no parece adquirir el carácter de urgencia en lo subjetivo según lo que los borradores muestran de la terapia seguida en el hospital y el tema de la decisión es importante para el psicólogo en su observación del caso. En el primero de los tres segmentos que tomamos separados por el signo “//” y que son una parte de la entrevista del 28/7: “El problema de su nieto tiene que ver con el hecho de ser decidido, y de relación al padre, el cual no es muy cariñoso con su hijo” la expresión “tiene que ver” conecta el problema del nieto con la decisión y con la relación al padre “el cual no es muy cariñoso con su hijo”. En el predicado escalar cariñoso entendemos que al estar ligado a la relación padre–hijo la negación es polémica habiendo un locutor y dos enunciadores puestos en escena. Un enunciador de la polémica diría que el padre es cariñoso y el otro que no lo es. Se mantiene la misma orientación argumentativa que indica el valor positivo adjudicado a ese afecto y referida al topos *más cariñoso es el padre con el hijo, mejor* (García Negroni, 1998: 230, 236). Siguiendo a Lacan (1945: 196) la *decisión* es el “momento de concluir el tiempo para comprender” una vez visto el problema. En las notas esto no está desarrollado como un intento de conceptualización, ni sugerida su orientación; no se aclara que quiere decir *problema de decisión*. Solamente el locutor explicita que el problema del nieto tiene que ver con el hecho de ser decidido. Las notas del terapeuta indican que el problema es del nieto de la paciente, que no tiene que ver con ella y quizás sí con el cariño del padre. Como bosquejo de un texto planificado, la enunciación en los borradores puede entenderse hacia la *separación* entre ella y el nieto: así como en *la vergüenza* hay una identificación, en la *decisión* hay una separación en la cual lo del nieto tendría que ver con el cariño del padre.

Tanto el tema de la decisión con la problemática con el padre como el de la vergüenza y la identificación están relacionados a la psicología. Desde el Análisis del Discurso observamos la orientación de los argumentos en los borradores así como la construcción del ethos de la paciente a lo largo de las entrevistas, notando en este caso que el tema no es la situación traumática vivida y la reconstrucción de esta, sino temas familiares previos, problemáticas traídas por la

paciente que se convierten en foco en las entrevistas y en las notas de borrador. Su forma de enfrentar el corte en su vida es volver a la problemática familiar, a los 3 mosqueteros. En cuanto al ethos se observa una paciente que se autoconstruye como decidida y analítica de los temas familiares en los cuales interviene con su punto de vista elaborado y fundamentado, y al mismo tiempo capaz de dialogar con el terapeuta sobre esto, interrogarlo e interrogarse. No hay indicios de que lo vivido y la internación modifiquen lo que orientaba antes su vida. El episodio que calificamos como *traumático* o *quiebre en la vida* que viene llevando una persona transcurre, según se desprende hasta aquí del relato de los borradores del terapeuta, sin alterar sustancialmente el funcionamiento de Sara y lo ocurrido se asienta en el sentido de “accidente”, “mi culpa es leve” o “si tuve culpa de todas formas estamos unidos para hacernos cargo y para hacer frente a las consecuencias”.

El 30/7, cinco días después de la primer entrevista y siendo la tercera realizada, las notas sobre la paciente se modifican y comienza a hablar de su sufrimiento. “Habla del dolor de los otros. De su imposibilidad de hacer algo por ellos.” Los temas del borrador no estaban focalizando lo traumático vivido sino lo problemático en la paciente y la familia. Ahora el tema es *el dolor*. En el nivel enunciativo, se atribuye la acción de hablar a la paciente, el sujeto, y es sobre el dolor de los otros y su relación con esto (Filinich, 1998, 20).

El borrador continúa: “Lo que no quiere, lo que no puede, lo que no sabe” mostrando las modalidades volitiva, alética y epistémica. Siendo que “la modalidad remite a la relación establecida entre el locutor y los enunciados que produce” (García Negroni, Tordesillas Colado, 2001: 93) inferimos que el psicólogo en sus borradores dejó una orientación al tema del dolor sin aclarar la posición de la paciente, pero aclarando que era necesario prestar atención. Nuevamente encontramos una falta de relato en las notas escritas en los borradores luego de la atención de Sara. No ocurre lo mismo con el ethos, en donde sí es posible extraer información. Encontramos una fragilidad similar a la del principio, esta vez en relación al dolor, y parece funcionar un mecanismo de proyección (Ey, 1965: 382) en la paciente. Efectivamente, en la sala de internación es común que los

pacientes sientan dolor. En el caso de Sara, la preocupación por los otros muestra una actitud ética.

El 5/8, unos días después, se nombran temas que son comunes en una internación. Comienza la entrevista con “El accidente le dejó marcas en las piernas”. Por primera vez el incidente en que la paciente se quemó es llamado *accidente*. Se nombra el hecho ocurrido y los efectos que produjo con la conjugación del verbo *dejar* en pretérito indefinido, “tiempo de los acontecimientos que se dan fuera de la persona de un narrador” (Benveniste, 1959: 230). En ese tiempo verbal en el aspecto perfectivo la acción, el estado o el proceso indicado por el verbo se presenta en su globalidad, como un todo completo y terminado (García Negroni, 1999: 49). En esta oportunidad no se habla de dolor, como en la entrevista anterior, sino de las “marcas en las piernas” de la paciente. No se aclara en las notas lo que dice la paciente de estas marcas.

“// Me pide que le hable, x q´ a ella le gusta charlar //
Habla de prevenir los accidentes // Busca identidad con
la persona de la cama de al lado, con su familia // Dice
que venga si le voy a hablar (la interrumpo y le digo que
mañana seguimos charlando) // Me desea suerte”

La prevención de accidentes, lo común entre pacientes quemados internados, la identificación, el pedido de ser hablado que nos lleva a la noción de transferencia, son algunos de los temas recurrentes en los borradores de un psicoterapeuta del Hospital de Quemados. El paréntesis en “(la interrumpo y le digo que mañana seguimos charlando)” indica un pensamiento y una acción en conjunción con el verbo de decir en presente de discurso, un acto de enunciación declarado. No se aclara el motivo de ese corte que quizás podría pensarse en relación a la contratransferencia. El signo “//” que sigue a ese corte muestra un cambio de tema, un punto y aparte. “Me desea suerte” es la separación de la paciente del psicólogo.

La siguiente nota dice la fecha del alta de la paciente. Se desprende de los

borradores del terapeuta que no continuó la atención de la paciente debido a que no hubo acuerdo ni necesidad de continuar. La paciente quería que el terapeuta le hablara y el profesional no trabajó esa idea, posiblemente por no considerar necesaria la continuación del tratamiento. Observamos cómo una paciente comenzó hablando de problemas familiares y finalmente se ubicó en la internación, su enunciación marcada por los efectos que le producían el dolor, el sufrimiento y las marcas del cuerpo; y una última entrevista signada por la separación y la despedida del terapeuta y del hospital.

Podríamos hallar referencias al Trastorno de Stress Postraumático. En las notas del psicólogo escritas luego de las entrevistas con Sara no es esto lo que encontramos: no hay síndrome ni disfunción aparentemente. Hay una paciente que se relaciona con un profesional y habla de sus problemas familiares, de sus ideas, de sus afectos. Luego se posiciona más en un lugar que se puede contextualizar con la situación actual que vive de internación en un hospital.

A lo largo del análisis discursivo de los borradores del psicólogo tratante de Sara expusimos los temas centrales que trae la paciente, previos al accidente, y la elaboración que se realiza, qué registra el terapeuta y la forma en que participa en las construcciones. Al detenernos en el carácter de urgencia de los temas que se focalizan observamos la conceptualización y la posibilidad de hablar de ello con una modalidad marcada por la interrogación en temas familiares y problemáticas psicológicas anteriores a la situación vivida. Se produce en las últimas entrevistas un acercamiento a temas más relacionados a lo calificado como traumático que no se desarrollan. Es al final que se nombra el hecho como accidente en una entrevista, y desde el principio la falta de comillas en el *motivo de la internación* nos orientó a comprender una enunciación en la cual había una construcción del analista. Una interpretación inicial hace de la culpa una respuesta a la pregunta sobre el porqué del accidente –enunciación regulada desde el comienzo por la elaboración de lo traumático– y se da lugar a una idea posterior activada por *los tres mosqueteros* familiares que disuelven la culpa, mostrando procesos terapéuticos y elaboraciones de problemáticas anteriores a la quemadura que suplantaron lo urgente traumático y se reflejan en la lectura de los borradores.

Entimemas, elaboraciones teóricas sugeridas entre paréntesis o no como las ideas de identificación y separación, el uno, las fórmulas y relaciones entre los personajes de la narración y las atribuciones al psicólogo, temas y problemas psicológicos como la enuresis o la decisión muestran que lo trabajado pueden ser temas anteriores a la situación traumática vivida y se reconstruyen, ponen a prueba y reelaboran relatos previos.

Desde el Análisis del Discurso al trabajar los borradores del terapeuta y observar el ethos que se construye del paciente vemos los cambios entre la fragilidad del ethos ligado al miedo, la culpa y el dolor y sostenido en vínculos familiares, otro ligado a intereses personales del cual el profesional se separa, y finalmente uno que parece surgir de lo traumático vivido, la internación y la situación que se crea posterior al accidente que muestra la preocupación por los otros.

El análisis de los borradores del primer caso nos permite diferenciar dos campos semánticos (Bonorino, Cuñarro, 2009: 256). Uno estaría dado por los temas de *culpa, miedo, dolor, marcas en las piernas, prevención de los accidentes* y el otro por *relaciones familiares, enuresis, los 3 mosqueteros, el trabajo de los psicólogos, dinero, decisión, cariño del padre*, temas familiares que trae la paciente anteriores al episodio vivido. Los primeros observamos que no están desarrollados en los borradores, son temas comunes, generales, y posiblemente hayan vuelto a la memoria a partir de lo vivido con la quemadura y la internación. En general, son introducidos por un verbo de decir con el cual el locutor señala la enunciación de la paciente. El episodio se nombra como un accidente y se liga a las marcas en el cuerpo y a la prevención.

El trabajo psíquico de conceptualización y elaboración de la paciente y el trabajo interpretativo del terapeuta se dirigen preferentemente hacia la problemática familiar que se focaliza. Podemos entender que el sentido de accidente solo puede desprenderse de este contexto familiar y psíquico previo de la paciente: es ese contexto el que legitima la conceptualización en términos de accidente.

3.4.2 – La atención de Claudia

Podemos pensar la comunicación entre terapeuta y paciente después de vivido el episodio que llevó al segundo a la internación en el hospital adoptando la idea que mencionamos en párrafos anteriores sobre discurso como ubicado en el presente y con la intención de un locutor de influir en el alocutario, y una situación de comunicación con una finalidad que es realizar una modificación de la situación de la cual forma parte.

A diferencia del ethos que surge de las notas de la atención de Sara (como una persona que dialoga, pregunta y habla de sus problemas), en las notas que surgieron de la atención de Claudia, el ethos emotivo que se construye tiene un lugar importante según se observa en el análisis del discurso de los borradores.

La significación para la terapia de las notas del terapeuta está dada en que son la base para la construcción del “material clínico”, notas que éste realiza durante la sesión o después de esta, en las que deja un registro de palabras textuales del diálogo sostenido, o de las palabras que ha retenido en su memoria como significativas. Esta escritura profesional está orientada por la doble finalidad de construir un relato sobre el paciente y un relato sobre la terapia.

En las notas de entrevista comienzo por el nombre del paciente, luego la fecha en que se realizó, la edad del paciente, la fecha de internación, el número de Historia Clínica. En la primera nota sobre Claudia dice:

“Claudia Pérez 20/7 31 años. Ingreso 14/7/95. H/C 111.111.

“Mientras limpiaba con alcohol encendió un cigarrillo”. AB 17 %, B 1 %.
C/21”

En este párrafo puede pensarse un enunciatario (Filinich, 1998: 39) que debe prestar atención a lo escrito en ese documento, en la Historia Clínica, un lector que debe tenerla en cuenta. El alcohol como un combustible altamente inflamable es una característica que se supone conocida por todos. Llama la atención el *motivo de internación*, lo que en la Historia Clínica aparece como *forma en que se produjo el accidente*: “Mientras limpiaba con alcohol encendió un cigarrillo”. Esta frase ya muestra una superposición de acciones en los verbos

limpiar y encender, el primero en pretérito imperfecto que enfoca el “estado de cosas aludido por el verbo en su curso y duración” (García Negroni, 1999: 49) dando a entender la pertinencia subjetiva respecto del presente y lo hace más cercano al discurso que a la historia; mientras que “encendió” en pretérito indefinido, perteneciente a la historia, indica la acción como acabada en este tiempo verbal que no es posible en el discurso (Maingueneau, 1980: 119). El adverbio “mientras” funciona como conjunción poniendo las dos acciones en un mismo tiempo y nivel de importancia. Así como observamos la falta de comillas en los borradores del profesional escritos en las notas sobre Sara Gómez y el tomar a su cargo la enunciación por parte del terapeuta, aquí podemos observar la pertinencia de las comillas no solo en cuanto que marcan que es una transcripción de lo escrito en la Historia Clínica, sino además al no asumir el profesional la dificultad del enunciado en la enunciación. Nuevamente la enunciación desde el comienzo está marcada por las reflexiones sobre lo traumático vivido.

Ciertamente es una frase frecuente en el inicio de las historias clínicas, en el motivo de internación: *mientras limpiaba con alcohol encendió un cigarrillo*. La conciencia (Etim.: del latín conscientia: con conocimiento) como organización de la experiencia sensible actual tiene un punto de máxima intensidad y atención: su foco es limitado. Si se toma en cuenta la combustibilidad del alcohol por prevención no se manipula fuego, salvo que la intención sea avivarlo: es una imprudencia conocida obrar sin tenerlo en cuenta²⁸. La atención puesta en dos representaciones, división de la conciencia que se produce alrededor de los verbos mencionados por la incompatibilidad de las acciones realizadas –se presta atención a limpiar con alcohol o a encender un cigarrillo– la tomaremos como el indicio de dos campos de sentido.

El verbo *atender* lo encontramos en muchas oportunidades en las notas de borrador del profesional de salud mental. Observaremos cómo, según éstas, se organiza el tema de la *atención* en la paciente. En la polisemia de esta palabra tomando dos de los sentidos uno está dado por el profesional que atiende y hay otro más técnico. Del diccionario de la R.A.E. elegimos dos acepciones

28 De esto se ocupa la prevención primaria de accidentes.

intransitivas del verbo –que se usan también como transitivas ambas– como más cercanas a lo que queremos transmitir:

- 1) Mirar por alguien o algo, o cuidar de él o de ello.
- 2) Aplicar voluntariamente el entendimiento a un objeto espiritual o sensible.

Más relacionado con la segunda acepción en psiquiatría vimos en el marco teórico introductorio que la atención está en la base de las operaciones de la inteligencia y está la noción de *conciencia marginal*. Nosotros usamos *atención* para referirnos a la acción de focalizar, en las entrevistas y en las notas. En ocasiones está ligado al proceso de elaboración.

Queda sugerido en las notas el término *colega* a partir del primer significado de atender del diccionario de la R. A. E.: *mirar por alguien o algo, o cuidar de él o de ello*. En los borradores aparecen varias ocurrencias:

En la entrevista del 20/7 una referencia al tiempo en la atención del psiquiatra: “Hace 10 años se atiende con un psiquiatra. Va y se atiende, luego interrumpe”.

En la del 21/7 los integrantes de la familia que atiende el psiquiatra y el tiempo de tratamiento: “Su marido se atendía con el mismo psiquiatra q’ ella. Ella se atiende desde los 21 años. Su marido se empezó a atender con él unos meses después, cuando a ella se le pasaron un poco las fobias... Su marido se atendió un tiempo y luego dejó. Su madre fue una vez...”.

El 31/7, aunque no se menciona el verbo atender dice: “Q’ piensa hacer terapia de flia. al salir de acá con su marido y su hijo”.

El 3/8 se refiere a mi atención: “...de todas formas quiere que la siga atendiendo en la sala...”.

El 11/8 el futuro de su atención: “...dice q’ al salir seguirá atendiéndose con él...Quedamos en q’ la puedo atender x consult. ext...”.

Dentro de lo que podemos caracterizar como relaciones léxicas paradigmáticas encontramos la inclusión entre lexemas, la hiponimia. Dentro del área de Salud Mental los *colegas* que atienden, que miran por alguien o cuidan de alguien, son psiquiatras, psicólogos, terapeutas familiares. Hace funcionar una

clase mayor dentro de la cual hay distintos profesionales, una especie de hiperónimo donde los hipónimos son las sub-clases que agrupan a los distintos profesionales de cada área.

El objeto de la atención es una variable, como paciente y como objeto de focalización. Claudia se sustrae de la atención, desplaza los objetos. En la nota de entrevista del 4/8 está escrito:

“Tuvo varios intentos de suicidio, el primero hace 6 años, su marido la engañó / Le echó la culpa al psiquiatra de lo q’ le pasó / Me dice que yo compito con él /...”

En la codificación de las notas el signo “/” lo utilizo para separar dos oraciones, funciona como un punto seguido: continúa el mismo tema; a diferencia del signo “//” que, como mencioné, lo utilizo como una especie de punto y aparte. Las características suicidas de Claudia la hacen un objeto privilegiado en cuanto a la necesidad de atención en el área de Salud Mental, lo cual es importante a tener en cuenta en cuanto a la situación que la lleva a la internación y la conceptualización de ésta. Es posible plantearlo como agentes y beneficiarios en cuanto a la actividad y pasividad de la acción. Así, el agente que atiende, psiquiatra, ha tenido en su familia distintos beneficiarios: en la entrevista del 21/7 dice que "su marido se atendió un tiempo y luego dejó. Su madre fue una vez". Son los otros los pacientes. La entrevista del 31/7 comienza con "q’ piensa hacer terapia de flia...". Esta cita comienza con q’, abreviatura de la conjunción subordinante *que* seguida de la expresión de un pensamiento. El verbo en infinitivo es hacer, el sujeto es ella y el objeto es la "terapia de familia". La familia es atendida.

Como en el caso de Sara, la familia como tema es importante, pero mientras que en ésta la familia aparece como un apoyo y si alguno se atiende con un psicólogo es por un problema personal, aquí la atención que Claudia organiza es en función de los problemas con ella.

Los profesionales que se desempeñan en el área de la salud mental que la atendieron aparecen en *competencia* como dice en la entrevista del 4/8: "me dice

que yo compito con él", refiriéndose al psiquiatra y al terapeuta del hospital. En la fechada el 11/8 está escrito:

"Me echa en cara que critico al psiquiatra. Dice que al salir seguirá atendiéndose con él. Luego se calma. Habla de sus cosas / Quedamos en que la puedo atender x consult. ext. / Cuenta anécdotas de la sala."

En esta nota, como en la de la competencia, está escrito *dice* la paciente –el verbo de decir en presente de discurso– que seguirá atendiéndose con el psiquiatra al salir de alta del hospital. Un poco más adelante, con la modalidad lógica de enunciado, se indica la *posibilidad* de atención por parte del psicólogo en los consultorios externos del hospital: se presenta la conjugación del verbo *poder* en primera persona del tiempo presente de discurso. El sujeto del verbo *decir* es la paciente y el del verbo *poder* el terapeuta.

Surge del relato de la terapia la enunciación según la cual ella es el objeto paciente por el cual el terapeuta compite. La atención como proceso que focaliza, que permite elaborar y conceptualizar, está puesta en los que la atienden. El sujeto, agente de la acción *atender*, el psiquiatra y el psicólogo. De uno hay una aserción y del otro la posibilidad. El narrador escribe que, luego de calmarse, Claudia habla de sus cosas y cuenta anécdotas de la sala: en este fragmento de los borradores del terapeuta se mencionan los estados afectivos y se omiten los temas. Es la figura de la metonimia (Cuenca, Hilferty, 1999: 111) ya que son algunas características de un único dominio las que encontramos en las subclases que unimos en una clase mayor. Así, el grupo de los terapeutas, psicólogos, psiquiatras –todos colegas que atienden en el área de Salud mental– pueden incluir a distintas personas de las cuales Claudia analiza sus características – focaliza y elabora– y *atender* es un verbo que tiene como paciente –beneficiario, por quien alguien mira–, como mencionamos, a distintos integrantes de su familia. Ambos significados de atender se superponen prestándose más importancia en la nota del 11/8 a la continuidad de la atención de la paciente que a la focalización de los temas que se plantean y la participación de Claudia en ellos. Está multiplicidad de personas que participan en la *atención*, pacientes, terapeutas, relacionados por

esa acción mayor en importancia a otras deja en segundo plano lo que debería ser objeto de focalización y elaboración y lo hace perder su lugar central e importancia como objeto de análisis: no aparece de que habla la paciente sino con quien habla.

Como explicamos antes, la atención como proceso psíquico está en la base de las capacidades cognitivas y es una actividad necesaria para la elaboración. Así, la paciente va construyendo un ethos en el cual ella habla y hay otro que atiende. El psicólogo del hospital que la atiende luego de su intento de suicidio compite por ella con el psiquiatra que la atendía. Lo central es *decir*, que otro atienda –mire por ella– y no prestar atención –aplicar el entendimiento– y elaborar. Esto podría considerarse como una barrera con que se chocaba en el intento de mejorar su estado producto del narcisismo (Freud, 1914: 71–72).

En la entrevista del 31/7 se transcriben temas de la familia y la muerte:

“Q’ piensa hacer terapia de flia. al salir de acá con su marido y su hijo. Los demás murieron. // El psiquiatra advirtió a un fliar. de Claudia q’ si no la cuidaban ella iba a intentar suicidarse // Le digo q’ sus problemas son sus problemas y los de c/u de su flia. los suyos”

El sentido de morir utilizado para la familia es metafórico. La ligazón con la temática familiar de la paciente no está desarrollada en esta nota. No se encuentra ligado a lo traumático vivido en cuanto a que Claudia está internada por un intento de suicidio que en principio oculta. A diferencia de los afectos positivos que muestran las notas de Sara hacia la familia aquí son relacionados a la muerte. Según las notas del psicólogo, en la entrevista se habló de a quién incluir y a quién excluir, en principio, de la atención en la terapia, como mencionamos más arriba al tomar este borrador para tratar el tema de los beneficiarios de la atención. Observamos cómo los atendidos y el proceso de entender algo se separan en dos enunciaciones: mientras la paciente habla de la muerte de ella misma y de familiares, el terapeuta habla de los problemas de las personas mencionadas. Al psiquiatra se le adjudica la enunciación en una cita de estilo indirecto bajo la modalidad deóntica de una advertencia atendiendo los problemas de Claudia en el

primer sentido del diccionario de la R. A. E.: *mirar por alguien o algo, o cuidar de él o de ello*. Eso fue dicho en el pasado, lo observamos en el carácter terminativo de *advirtió*, a un familiar. Es un familiar quien tiene que cuidarla de sus intentos de suicidio: el carácter suicida de la paciente regula su enunciación, ella desaparece, el psiquiatra dice y es un familiar el destinatario de los mensajes de advertencia. El riesgo suicida de la paciente sigue estando.

Dice en relación a algunos familiares: "los demás murieron". En la metáfora de los familiares que murieron –no murieron, quizás Claudia está enojada porque siente que no la cuidan– estos serían la *fuerza* definida como "idea que porta el significado literal de la palabra usada metafóricamente" –algunos miembros de la familia tendrían que estar muertos– y la muerte funciona como la "meta" o "idea proporcionada por la metáfora" –tendrían que estar muertos algunos miembros de la familia– (Zamudio, Giammateo, 1999: 67). El ethos que se construye de Claudia aquí es el de una persona que introduce y excluye gente de su atención con marcado carácter afectivo, no cuestionando su lugar en esas expectativas ni sus motivos, no se aclara que le pasa a ella con esta gente que se tendría que morir. Se observa la tensión que existe entre la libido dirigida al yo y la dirigida al objeto y el displacer que le sigue (Freud, 1914: 82). La libido en Claudia se desplaza entre los objetos, se habla de la idea de muerte de familiares o de ella misma, pero el motivo de su internación, su intento de suicidio, no se elabora directamente. El trabajo psíquico es en torno a los afectos familiares y la atención de estos.

En la entrevista del 28/7 está escrito:

“Confiesa que se prendió fuego / Ayer se lo dijo a un enfermero. Me pide ver a su hijo. Le digo a Ramírez y lo autoriza a q’ venga a las 18 hs. / Dice q’ todos los depresivos terminan suicidándose / Me pregunta a c/ rato si le entiendo”

Ramírez es médico clínico que trabaja en el hospital y puede autorizar el ingreso de un menor. A él le pregunté por la posibilidad de la visita del hijo de Claudia, según el texto del borrador.

En la copia de las notas que adjuntamos en un archivo vemos una línea

horizontal debajo de “Dice q’ ...” hasta el final del renglón. El block de notas originales no tiene renglones, y al terminar de escribir una nota en aquel momento hacía una línea y pasaba a la nota siguiente, en general sobre otro paciente. Por la posición en que está escrito el renglón de “Dice q’...” y la letra más chica podemos inferir que el escritor agregó la última parte de la nota luego de haberla cerrado y considerar que estaba terminada, pensando en escribir la nota de una siguiente entrevista. Como si hubiera habido un cambio de idea y un agregado, un arrepentimiento y algo más para anotar, retomó algo: es la última parte del registro. Esto es una muestra de que en este género de borradores puede haber cierta vacilación en los contenidos escritos, falta de seguridad o correcciones.²⁹

En la primera frase de la nota: “Confiesa que se prendió fuego”, el locutor habla de una tercera persona que en tiempo presente dice algo. Ese decir en tiempo de discurso es llamado por el enunciador *confesión*. El impacto de lo que se confiesa, “se prendió” con el uso reflexivo del pronombre personal *se* y el verbo *prender* conjugado en tercera persona de pretérito indefinido, como algo finalizado, perteneciente a la historia muestra el armado de la temporalidad en la escritura de las notas. En el discurso, la influencia del locutor sobre el interlocutor, el enunciador que lo transmite como una confesión y el acto como algo acabado. Esta sustantivación de la situación traumática que llevó a la paciente al hospital es escuchada y registrada por el terapeuta de una forma no ajena a las dificultades de elaboración que se muestran en la atención de Claudia: ella *confiesa*, práctica religiosa en la cual el *entendimiento* no tiene la misma orientación argumentativa que el que puede tener en una terapia. Para el derecho y la legislación los datos que brinda el paciente tienen el carácter de “declaración de parte”, siendo antecedentes “que en lo posible el médico debe tratar de corroborar” y si son suscriptos por el paciente o la persona que los informa adquieren “el valor jurídico de declaración jurada confesional” (Gherzi, C., 1987: 51).

En cuanto al entendimiento por el que pregunta la paciente una de las acepciones de atender en el diccionario de la R.A.E. es *aplicar voluntariamente el entendimiento a un objeto espiritual o sensible*, definición acorde a lo terapéutico.

²⁹Volveremos sobre estos aspectos de los borradores en el Capítulo 3.

La ubicación como objeto de atención y el intercambio de objetos como representaciones de las que se habla entre Claudia y su familia es parte de la problemática presentada en la terapia, según se desprende de los borradores.

El agregado que decidió escribir el narrador en el borrador es un diálogo. El locutor adjudica con el verbo *decir* conjugado en tercera persona una afirmación sobre *los depresivos* y su final. Observamos el presente de discurso como un intento de influir en el interlocutor, y luego del signo / “*Me pregunta a c/ rato si le entiendo*”. El pronombre personal *me* asumido por el locutor como aquel a quien se dirige la interrogación, no hay respuesta a la pregunta, pero se marca la *insistencia* con “*a c/ rato*” (*a cada rato*) que se puede entender como algo que molesta. La pregunta incomoda al enunciador: la paciente que atiende el profesional fue internada luego de un intento de suicidio y sugiere un mal pronóstico, se orienta en ese sentido la palabra *depresivos*: “En efecto, el suicidio no promovido por ningún libro, ese que acontece según las apariencias de forma espontánea, suele estar condicionado casi siempre no por el lamentable estado de un cuerpo arruinado, sino más bien por cualquier trastorno mental, el más frecuente de los cuales es, sin duda alguna, la depresión” (Polaino–Lorente, A., 1994: 450). Más adelante el psiquiatra autor de *Ética y comportamiento suicida* insiste en que la relación entre enfermedad mental y suicidio no es de categorías que se incluyen: “el suicidio no se restringe únicamente a aquellas personas con padecimientos psiquiátricos, a pesar de que en estas sea donde la incidencia de los intentos de suicidio es más alta” (Ibíd.:455).

El *entendimiento* que pide la paciente, el ethos que se construye por la repetición de la pregunta, muestra la falta de elaboración o la necesidad de seguir pensando algunas cosas. Hay episodios pero ella no está directamente implicada. Incluso siendo Claudia misma la agente la culpa es de otro, la significación de las escenas que construye no la afectan, aunque ocupe el lugar del personaje central. El entendimiento es depositado en quien la atiende y ella se reserva el lugar de decidir sobre la atención que necesita no centrándose en elaborar esos pensamientos para hacer una construcción más sólida. Es su forma de enfrentar lo traumático algo más cercano a los afectos que a una construcción que liga

representaciones.

Los borradores sobre Claudia muestran el tema del entendimiento que se focaliza relacionado a la práctica terapéutica y en este caso se liga a la elaboración de la situación que la llevó a la internación pero no directamente. Recordemos que el tema de la atención en psicología está vinculado a la conciencia. Lo que encontramos en los escritos del terapeuta del hospital es que la orientación argumentativa se dirige más al tema de la atención necesaria para la elaboración que a la conceptualización de la situación vivida. El ethos que se construye de la paciente es el de alguien que discute sobre las terapias como paciente sin evaluar que tuvo varios intentos de suicidio y está internada como consecuencia de uno.

A pesar de las pocas entrevistas con Sara, en los borradores encontramos pensamientos del terapeuta entre paréntesis, conceptualizaciones del caso. Esto no se observa en las notas de Claudia, lo que tal vez se deba a que se ponían más en juego aspectos emocionales en la atención. Si tenemos en cuenta lo que registra el terapeuta de lo que dice la paciente y él mismo en los encuentros observamos al analizar el discurso de los borradores algunas indicaciones claras de orientaciones afectivas.

La nota escrita luego de la entrevista del 3/8 dice al final: “No la comprenden / Miente”, todo escrito por el locutor en tercera persona, mostrando un enunciador que afirma entender a la paciente.

En la entrevista del 4/8 que luego tomaremos para analizar otro aspecto leemos en los borradores del profesional:

“Tuvo varios intentos de suicidio...Le digo q´ a mi me interesa lo q´ le pasa / Dice q´ se angustia x q´ no le contesto. Le digo que sí”

El locutor narra un diálogo entre terapeuta y paciente sobre la angustia de esta última y el terapeuta se hace cargo de los motivos que da ésta. En presente de discurso el terapeuta le habla de su interés por lo que le pasa. El enunciador asume el lugar de causar la angustia. Los afectos depresivos son los que expresan la insatisfacción y la tensión de las pulsiones. Además del dolor y la

tristeza se encuentra la angustia (Ey, 1965: 93). Las tonalidades afectivas de la relación terapéutica que establece la paciente ubican al terapeuta en la posición de responder, siendo los registros aquello que permite a través de la escritura elaborar la orientación de la terapia. Es la escritura misma la que posibilita trabajar inmerso en los afectos con una paciente suicida que deja el lugar del entendimiento al terapeuta.

El 7/8 en las notas del profesional observamos aspectos volitivos, no se explicitan los motivos y consideramos, teniendo en cuenta la enunciación, que se relacionan al tema de *no sentirse entendida* de Claudia, influyendo esto en la regulación de la escritura del terapeuta.

“Dice q´ no quiere hablar; ~~que pase el martes~~ / q´ está +
ó- / Le pregunto si paso el martes: dice q´ no sabe si va
a estar, q´ pase”

Las palabras adjudicadas por el locutor a la paciente son “no quiere hablar”. La interrogación sobre la continuidad y periodicidad de la atención es adjudicada al terapeuta y a la paciente una respuesta con una modalidad epistémica expuesta en el verbo modal *saber* que indica duda en “no sabe si va a estar”. Luego la frase “q´ pase” convertiría la modalización en la probabilidad de que esté el martes siguiente (García Negroni, Tordesillas Colado, 2001: 107). De la tachadura en “~~que pase el martes~~” que podemos observar en el borrador podemos inferir la falta de seguridad en el enunciador sobre la continuidad de la atención. El enunciador quiso ser más preciso, no quiso dejar de registrar exactamente cómo fueron las palabras dichas en la situación. Posiblemente esté relacionado al afecto depresivo que vimos antes, a la angustia y a la intención del psicólogo de ser efectivo como terapeuta.

En las notas que contienen la última entrevista con la paciente el 11/8, la que transcribimos más arriba al escribir sobre la competencia con el psiquiatra, el locutor comienza con la frase “Me echa en cara”, que muestra el sentimiento de ofensa causado por lo dicho. Más adelante, en “luego se calma”, lo expuesto presupone un momento anterior en que la paciente no estaba calmada sino enojada, irritada, nerviosa.

Estos aspectos afectivos que extraemos de los borradores del terapeuta evidencian un ethos emotivo. Según las notas del psicólogo podemos pensar que estos aspectos emotivos primaron en la atención y participaron en los motivos por los cuales el modo de abordar lo vivido es este; siendo este contexto el que va consolidando el sentido de suicidio: la primacía de lo afectivo y el entendimiento en el lugar del que atiende, del que mira por ella o la cuida. En este sentido lo emotivo participó en la separación de la atención y el entendimiento.

Otro tema que se focaliza y es importante según se desprende de los borradores del psicólogo es el de la *culpa*, en donde hay un trabajo de conceptualización. Se relaciona con experiencias traumáticas y su elaboración. Ligado a la familia, en un desplazamiento que no se aclara llega al psiquiatra.

En el borrador de la entrevista del 20/7 se habla de una situación traumática vivida por la paciente en la infancia. Está escrito:

“Ella le decía “cruzá”, “no cruces”. El cruzó y lo atropellaron. La madre le echó la culpa a Claudia”.

En la primera frase, Claudia da al hermano sucesivamente mensajes contrarios, en presente, tratando de influir en su conducta. En la segunda frase el sujeto –hermano de Claudia– realizó la acción de *cruzar*, planteado en pretérito indefinido, la acción terminada. El sujeto se vuelve objeto directo luego de la conjunción coordinante “y”, es representado por el pronombre “lo”, y vive pasivamente lo indicado por el verbo *atropellar* conjugado en tercera persona, con un agente que no se da a conocer. La tercer frase narra que la madre le echó la culpa a Claudia: pretérito indefinido, acción terminada. La escena pertenece a la infancia de Claudia y sería activada en el recuerdo más por el tema de la culpa y los afectos familiares que por lo traumático.

En la nota del 21/7

“Ella recuperó el auto y la madre le dijo que era la culpable de que se perdiera la licencia”.

El verbo “recuperó” está conjugado como una acción terminada. En el verbo *ser*, “era” es tercera persona del pretérito imperfecto, hay una pertinencia subjetiva, la acción se trae del pasado al presente. El siguiente verbo, *perder*, “se

perdiera” conjugado en tercera persona del pretérito imperfecto del modo subjuntivo, con el clítico “se” antepuesto que funciona como catáfora de “licencia”. Vemos que la situación se va trayendo del pasado para tener sus efectos en el presente. La escena de la que se habla pertenece a la situación contextual de la internación actual. La orientación de la argumentación está dada por el tema de la culpa y la acusación de la madre. Se observa la construcción de un ethos en el cual la paciente no merece las injustas acusaciones que recibe, por el contrario, ella recuperó el auto.

En la entrevista del 4/8

"Tuvo varios intentos de suicidio, el primero hace 6 años, su marido la engañó / Le echó la culpa al psiquiatra de lo que le paso/".

La primer frase comienza con el verbo *tener* y termina con el verbo *engañar*, ambos en pretérito indefinido, de un pasado acabado. “Tuvo” tiene como sujeto a Claudia, agente de las acciones que se mencionan, los intentos de suicidio. El último verbo de la frase “la engañó” el sujeto es su marido y ella es objeto de la acción. Es Claudia en este caso quien echa la culpa al psiquiatra, y esto puede referirse al primer intento de suicidio o bien al engaño del marido. Los intentos de suicidio, objeto necesario de elaboración a partir de ser motivo de internación en el hospital no son algo que Claudia relacione a si misma. En la construcción del ethos que se desprende de los borradores ella no tuvo que ver con lo que pasó, continuidad de la acusación de la madre que califica como injusta mencionada antes. En las notas sobre la atención de Sara, en cambio, observamos la identificación y la separación como mecanismos importantes y ambos ponen en juego al paciente y sus cuestionamientos personales.

En las dos primeras situaciones relatadas es la madre quien echa la culpa a Claudia y en la última Claudia a su psiquiatra. En la primera narración, la de la infancia, se podría observar la responsabilidad en los hechos de Claudia por los mensajes contrarios. En las otras dos escenas no queda claro en el relato de los borradores la responsabilidad: en ambas situaciones parecen faltar datos para lograr una comprensión de los hechos, quedando delimitado el tema a la influencia

de la culpa en lo psíquico.

Se observa en el decir de la paciente, en las escenas que construye en el relato, que hay un sujeto que culpabiliza a otro y esto comienza en su familia. Este ethos es contrario a la elaboración de un intento de suicidio en el cual la responsabilidad es del propio sujeto y hay una asunción de su parte. El tema de la culpa según se desprende de los borradores es parte de la construcción del ethos en el cual Claudia no tiene que ver con las escenas de las que habla y el que atiende tiene que entender esto. En la nota de la primer entrevista, del 20/7 está escrito que Claudia "dice que la gente no se tendría que sentir culpable". Se desprende de los relatos de los borradores una cantidad de personajes y situaciones en torno a este *sentimiento* de Claudia. "Tendría" pertenece a una modalidad deóntica y muestra la opinión de la paciente sobre la culpa. Esto se puede contrastar con lo que dice de su madre en la entrevista siguiente cuando relata que fue una vez al psiquiatra "él le dijo que ella tenía la culpa y se fue". Claudia vuelve a las terapias y el tema de la culpa es importante en ellas. En los registros del terapeuta se observa que es la *hipótesis sobre la culpa de la paciente* la que orienta la selección de lo que se registra, las palabras escritas por el terapeuta revelan el ethos en el cual la culpa moviliza afectos y hace a la construcción del ethos de la paciente. Este registro nos permite acceder a lo que el terapeuta va viendo en el discurso de la paciente sobre cómo ella elabora lo vivido.

En una parte de la entrevista del 21/7 Claudia describe la situación en que se quemó, desmintiendo algunos aspectos en el encuentro del 28/7 con la confesión. El interés particular en el registro de esta entrevista se debe al engaño en el motivo que llevó a la internación de Claudia.

El 21/7 dice:

"el día q' se quemó tuvo una discusión con su madre x una licencia y un taxi del padre... la madre le dijo q' era la culpable... Les pegó a ella, su marido y su suegra. Luego se fueron todos de compras, ella se quedó limpiando un grabador y se le prendió fuego // Estaba

enojada // A su psiquiatra lo llama desde hace 1 año. Le pide un turno urgente y no va. Me pide un certificado de q' no está loca, para poner en un cuadro // Dice q' lo que pasa es q' tiene mucho carácter”

"La madre le dijo" introduce en el enunciado una locutora que adjudica *culpa*. Tomando en cuenta la modalización de los enunciados, los verbos *discutir* y *pegar* invitan a pensar en una modalidad afectiva, distinto es el caso de *comprar* o *limpiar*. La ausencia de marcas del locutor crea un efecto de objetividad y de verdad al activar el mundo de referencia (Calsamiglia Blancafort, Tusón Valls, 2004: 137). Justamente la falta de esa modalización en el enunciado y en la enunciación podemos relacionarla al pedido que realiza a continuación de un certificado de que no está loca, teniendo en cuenta la importancia del mundo de referencia que activa la paciente. Las palabras léxicas como el sustantivo *culpa* o el adjetivo *loca* tienen un significado inherente –es su semántica– y pueden funcionar independientemente en la lengua –es su sintaxis–, son nucleares. Se diferencian de palabras funcionales que permiten la relación entre las léxicas como por ejemplo determinantes (artículos, pronombres) y conjunciones. Dan la orientación a los argumentos aunque se dificulte leer las marcas de la enunciación.

En el pedido de *certificado* que me hace, en presente de discurso, *me* como deíctico de persona pone en la escena al terapeuta (Kerbrat-Orecchioni, 1997: 88). Un poco antes está escrito que "A su psiquiatra lo llama desde hace un año. Le pide un turno urgente y no va". Todo este tema del certificado está separado del resto de la entrevista con el signo “//” que lo hace independiente. El lector previsto por el escritor puede comprender lexemas como *certificado*, *culpa*, *loca*, enunciaciones como la que refiere el llamado telefónico. Esas expresiones fijan y forman su pensamiento ejerciéndose en forma simultánea e inseparable en la escritura de los cuadernos de apuntes como bosquejo. Al inicio de la doble barra "estaba enojada", al final el motivo del pedido de certificado "para poner en un cuadro". El área del profesional es la salud mental. Se puede pensar en el caso de Claudia, con un gran despliegue de personajes y escenas de un teatro privado,

con el diagnóstico de histeria (García, 2004: 21). Esto no es ajeno a lo expresado en los borradores del terapeuta donde no se explicita el diagnóstico y se acentúa lo emotivo en lo que se registra pasando el enunciador a ser parte del teatro. Es claro que el terapeuta ha construido la hipótesis diagnóstica, pero no está explicitada.

En general en estas notas los verbos están conjugados en presente, del locutor, del escritor, del narrador, del profesional que cuenta la entrevista que acaba de tener. Puede entenderse como un discurso en oposición a relato histórico, mostrándose el carácter descriptivo o explicativo en la frase siguiente de la entrevista con la expresión "lo que pasa" que remite en última instancia al "carácter" ("dice q' lo que pasa es q' tiene mucho carácter"). Esta cita estilo indirecto introducida con el verbo decir en presente muestra que es la explicación de la paciente. Tal vez para el terapeuta son pruebas de la histeria. Para evaluar la relación de la explicación de Claudia con la verdad cabe situarla en la entrevista en que fue dicha, la misma en la que oculta el intento de suicidio, inventa una historia al respecto y pide un certificado de que no está loca.

El caso de "estaba enojada" es distinto, pareciendo ser una explicación del terapeuta, como en el caso de Sara Gómez cuando el terapeuta dice que es decidida. La enunciación del psicólogo no tiene mayor desarrollo en las notas. El pretérito imperfecto que acerca la situación ocurrida al momento actual, la frase escrita luego del relato fallido que realiza la paciente del momento en que se quemó y la doble línea que separa de la frase siguiente muestran un cierre del tema. A pesar de no estar desplegada la idea de la frase aparece en una cadena que puede ser explicativa de la conducta suicida. En los escritos del terapeuta al observar la construcción que se realiza encontramos la conceptualización del paciente, su explicación, y cómo el terapeuta va captando datos que pueden servirle para ver cómo enfrentó el accidentado la situación traumática, sus ocultamientos, engaños y teorizaciones, a la vez que registra lo que es significativo para su conceptualización del caso.

La situación que causó la internación de la paciente no es elaborada en esta entrevista si se contrastan los datos con otras notas, sino que más bien a

partir de los otros registros puede observarse ésta como una construcción que surge de necesidades distintas a la elaboración de un trauma, como podría ser el pedido de un certificado de que no está loca para poner en un cuadro: un engaño, un teatro, una ficción. Son los borradores, el testimonio del terapeuta, los que dejan ver este proceso de elaboración en la paciente. En la frase “me pide un certificado de q’ no está loca, para poner en un cuadro” la negación que precede a “está loca” parece una negación polémica. Como mencionamos antes al tratar el cariño del padre hacia el hijo en el caso de Sara, en este tipo de negación hay un locutor y dos enunciadores puestos en escena. El locutor del pedido del certificado es Claudia, un enunciador dice que está loca y el otro que no. El locutor acuerda con el enunciador que dice que no lo está: la paciente pide al terapeuta que certifique esto... En realidad no es solamente una negación. Hay una *ironía* (Ducrot, 1994: 215–217). En el caso de la frase cuyo locutor es Claudia que pide al terapeuta el certificado de que no está loca hay una *evidencia situacional* (Eco, 1979: 29). El escritor de las notas de borrador, el terapeuta, está involucrado en “me pide”. El ethos de la paciente es el de cuestionar la idea del certificado y de la locura a través de la figura construida en la terapia.

Los temas de la paciente relacionados a su familia tienen en un lugar importante a su hermano y a su hijo. Las relaciones familiares, según observamos también en las notas de Sara Gómez, se focalizan y se entrecruzan con la elaboración de lo traumático.

En la primera entrevista, del 20/7 está escrito:

"Su hno. ni siquiera vino a verla / Dice q’ ahora él le importa 3 carajos"

El deíctico *ahora* remarca el tiempo presente de la preocupación, distinguiendo cuáles son los problemas para ella, según la lectura del terapeuta fijada en los borradores: los problemas familiares. La urgencia está puesta en hechos y situaciones que el terapeuta registra como huellas del caldo de cultivo del intento suicida. Se produce un acercamiento a la situación que la llevó a la internación: es justamente esa historia que ella relata y que él registra porque va viendo que el sentido está ahí.

En esa misma entrevista, un poco más arriba:

“El psiquiatra le decía q’ un chico va sustituyendo a otro en serie / Su hijo tiene 5 años / Me muestra una foto de cuando tenía 2”

Las palabras del psiquiatra traídas del pasado con el verbo *decir* en pretérito imperfecto resuenan en el presente de discurso del verbo *ir* y el gerundio *sustituyendo*. La edad de su hijo con el verbo *tener* en presente y en la oración siguiente el deíctico seguido del verbo en el mismo tiempo verbal del discurso en “me muestra” sugiere un enunciador que comprende la repetición que indica el médico y de la que habló la paciente, ahora citada en este párrafo en tercera persona. Como se mencionó en los borradores, cabía la posibilidad de que la paciente hiciera terapia de familia, continuara atendiéndose con el psiquiatra, continuara atendiéndose conmigo. Es un registro de algo dicho pero cuyo sentido todavía no está claro. Emerge la función “memorística” de la escritura: el terapeuta registra algunas cosas que no entran en la hipótesis que parece va construyendo, pero las registró porque todavía no está seguro. Las huellas de las dudas del terapeuta son rasgos del borrador como género. El tema focalizado son las relaciones familiares.

En síntesis, si tenemos que extraer de la observación de los registros como la paciente conceptualiza el episodio de intento de suicidio y sus consecuencias, corresponde decir que decide no hacerlo escudándose en la atención, el entendimiento y la culpa de otro. Esa conceptualización es sostenida en una construcción ética en la cual los afectos ocupan un lugar importante y ellos mismos ocultan las responsabilidades y los lugares de los personajes en las escenas narradas. Esto no se contradice con la *confesión* del intento de suicidio, en donde el acento parece más puesto en el acto de comunicación y sus efectos que en el entendimiento de lo que se transmite.

El borrador revela el trabajo psíquico de la paciente y a la vez el trabajo interpretativo del terapeuta en un vaivén que va de los aspectos emotivos destacados en los registros a esbozos de conceptualización sobre todo en el tema de la culpa. Las notas registraron la conceptualización sin presentar teorizaciones

y exponiendo un terapeuta que participaba de las escenas construidas. El caso nos dice sobre el género de borrador que es un acercamiento a la conceptualización, algo no plenamente elaborado pero que da información sobre la situación en la que fue escrito. Se destaca el proceso de construcción que se refleja en las escrituras.

3.5 – Conclusiones

Estos textos privados que surgen de la relación terapeuta–paciente son una primera conceptualización escrita por un profesional: su análisis ilumina una palabra que no es completa y está signada por el encuentro y el objetivo de elaboración.

La caracterización del modo en que las pacientes construyeron los acontecimientos por los cuales fueron internadas, las particularidades de los relatos, los focos discursivos de terapeuta y paciente a lo largo de los encuentros y el análisis de los dispositivos enunciativos con la fijación de las personas gramaticales en relación a los episodios narrados y la correspondiente conceptualización en el área de la psicología muestran el trabajo de elaboración en los borradores: las notas personales cumpliendo su función epistémica.

Tomamos dos casos extraídos de los borradores escritos en el período 1992–2010 y encontramos que, más allá de que aparezca o no la conceptualización del hecho vivido, la enunciación está regulada desde el comienzo por la elaboración de lo traumático. La situación que llevó al paciente a la internación es tratada y observamos las diferencias entre una paciente que llega al hospital luego de un accidente y un intento de suicidio que al principio es encubierto.

Las diferencias están dadas por varios factores:

- 1) Los motivos de internación: siendo el primero un accidente y el segundo un intento de suicidio.
- 2) Las características personales y psicológicas de las pacientes y la relación con el terapeuta: el primer caso, una señora de 53 años que se quema en

un accidente. Piensa, habla y pregunta sobre sus problemas familiares y de la situación que vive durante la internación. El segundo caso, una chica de 31 años que llega luego de un intento de suicidio que al principio oculta. Habla de la familia en relación a las culpas sin abordar su lugar en sus planteos. Presenta actitudes actuadoras y poco reflexivas.

- 3) Diferentes reacciones frente a lo vivido: mientras que la primera paciente presenta una modalidad interrogativa, en la segunda hay evasión de los problemas, ocultamientos, no asunción de la responsabilidad propia.
- 4) Diferencias en torno a la necesidad de continuar atendiendo: en la primera paciente no se evaluaba como necesaria la continuidad de la atención. El riesgo suicida en el segundo caso no había disminuido por lo cual era deseable que continuara tratamiento.
- 5) Motivos de la no continuidad de la atención: las hipótesis que se desprenden de los borradores son que en el primer caso la demanda de la paciente de escuchar al terapeuta no es respondida y en el segundo la influencia de lo emotivo dificulta las relaciones con el terapeuta.

Observamos cómo las notas informan sobre la situación del paciente y sus temas en momentos posteriores al episodio caracterizado como traumático que lo llevó a la internación en el Hospital de Quemados. Las notas están orientadas por la escucha del terapeuta dirigida a identificar cómo conceptualizan esa situación. Vimos cómo la elaboración regula la enunciación desde el comienzo. En el caso de Sara, hay un trabajo de elaboración con el psicólogo en torno a sus temas familiares y una construcción ética sobre el sufrimiento por los accidentes. La elaboración en Claudia toma la forma de un proceso marcado por lo afectivo con incertidumbres en relación a la necesidad y continuidad de la atención.

Al analizar el discurso del corpus, éste no se orienta hacia la realización de un diagnóstico de Trastorno de Stress Post Traumático en estos casos, no encontrándose planteos sobre el tema por parte del profesional.

Las huellas en los borradores sobre la manera en que se da la conceptualización del terapeuta en el primer caso tratado se muestran en las

sugerencias de algunas teorizaciones no desarrolladas y pensamientos que no se expresan en las entrevistas. Estas teorizaciones son comprensibles para un profesional del área. En el caso de Claudia, esto no se da debido a que lo emotivo ocupa un lugar central en la relación terapéutica haciendo que se prioricen aspectos de ésta por sobre la elaboración.

El foco discursivo en los encuentros, el tema sobre el cual se produce el esfuerzo de elaboración del psiquismo, se relaciona con situaciones familiares previas reactivadas por lo vivido: en Sara, frente al accidente, *los 3 mosqueteros* que disuelven la culpa; y en el intento de suicidio de Claudia, la idea de que no habría que sentirse culpable. Paralelamente, otros temas se desarrollan y se priorizan como urgentes a lo largo del tratamiento: la enuresis del nieto de Sara, los estudios de su hija, el accidente sufrido por el hermano de Claudia, los tratamientos en el área de Salud Mental de la familia.

En el caso de Sara, no aparecen dudas sobre lo accidental de lo vivido y la construcción se da en torno a su posición frente a esto y sus problemas. Su posición ética es la de elaborar, dialogar y aportar a su familia y a su entorno. Claudia sabe que es suicida y esa forma de conceptualizar regula lo que dice: es la clave bajo la que el relato es armado. Su mensaje es *háganse cargo de mi porque prendo un cigarrillo mientras limpio con alcohol*. Representa su forma de estar en el mundo, es el ethos que se desprende de las notas de entrevista, bajo la forma de la pregunta sobre el entendimiento y sus intentos de manejar su destino fuera de la culpa. En las notas del psicólogo, entonces, en ambos casos podemos observar la importancia de la situación familiar. En el caso del accidente la familia es un apoyo mientras que en el intento de suicidio es parte del problema.

Las notas funcionan como testimonio de la práctica profesional permitiendo construir saberes útiles para dicha práctica, además de evidenciar una dinámica de atención en la que suele faltar tiempo para reflexionar y elaborar las situaciones críticas. El profesional construye junto al paciente el sentido de lo que ocurrió y vuelca en los borradores lo que va extrayendo en lo cotidiano de las entrevistas durante la internación. El psicólogo como principal destinatario de estas notas puede encontrar en ellas las orientaciones para pensar y ordenar el tratamiento de

los pacientes en la medida en que puede ir viendo en ellas el proceso elaborativo del paciente.

El género borrador muestra sus características de ayuda–memoria en lo cotidiano, permite integrar aportes de otras disciplinas que pueden modificar su significación según las lecturas de la interconsulta, da la posibilidad de ordenar e ir construyendo saberes a través de acercamientos en distintos momentos al objeto, elaborar hipótesis que luego serán retomadas o reformuladas. Con el tiempo pierde la seguridad de lo que motivó su escritura y la lectura permite nuevos acercamientos.

Hemos observado que la separación entre discurso e historia, entre presente y pasado nos sirve en el análisis de los borradores a fin de ubicarnos en la situación del paciente y la forma en que focaliza lo vivido. Lo llamado traumático puede convertirse en un hecho con una mayor influencia en la situación actual como en el caso de las entrevistas en que Sara percibe y se refleja en el entorno de internación. Puede haber efectos no deseados, interrupciones o cortes en la vida que estaba desplegando el paciente y reorientaciones de algunos aspectos: se puede observar en las dificultades de Claudia para decidir la continuidad de su atención. La ubicación en discurso permite actualizar lo vivido dándole significados en el contexto de la terapia.

En el estudio de los borradores como un género discursivo, la locución en presente del discurso en las notas del terapeuta escritas con posterioridad al episodio vivido por el paciente permitió observar que la actualización de la situación se da en relación al punto de vista del profesional que está incluido en la relación terapéutica teniendo una participación activa, no solo en las entrevistas, sino también en el entendimiento posterior de la problemática del paciente y de su atención.

Otro aspecto a mencionar a partir del trabajo sobre los borradores de ambos casos es que el despliegue de una narración, de un relato, más o menos determinado por aspectos lógicos o cronológicos, permite una mayor movilización de los afectos que rodean a la situación de internación y elaboración de las situaciones. En el caso del accidente, el sostén dado por las identificaciones y la

inclusión en un colectivo se va construyendo en las entrevistas; en el intento de suicidio se ponen a prueba orientaciones para continuar elaborando.

Analizar la enunciación, las identificaciones y los lugares ocupados por los distintos intervinientes en el relato generado a partir de los encuentros terapeuta-paciente enriquece al campo de la salud mental y analizar el aporte de los borradores en el área ayuda al conocimiento de ese género discursivo.

Capítulo 4 – Comparación de las notas personales con la Historia Clínica

4.1 – Introducción

El objetivo de este capítulo es contrastar la escritura de los borradores con la de la Historia Clínica para mostrar que no hay un pasaje directo de elementos de uno a otro, sino que son dos elaboraciones distintas que responden a dos situaciones comunicativas y enunciativas diferentes.

La escritura de las *historias clínicas* está prescripta con la obligación legal de normativas vigentes siendo un documento médico–legal de primer orden. Señalamos algunos rasgos que muestran su función social y sus características.

Las notas son un registro de datos que no necesariamente el psicólogo vuelca en la Historia Clínica. Resultarán argumentos demostrativos de la hipótesis interpretativa sobre el paciente que el terapeuta comienza a construir. La elaboración en los escritos muestra el punto de vista del profesional, el saber sobre las causas que se construye a partir de las entrevistas.

Esta vez se utilizará como corpus de análisis un caso del momento inicial de la carrera profesional del psicólogo en el Hospital de Quemados apuntado en los cuadernos personales y lo contrastaremos con lo plasmado en la Historia Clínica archivada del paciente que murió, tras una breve internación, en el año 1992.

El eje temático es la construcción de saber. El caso fue elegido por las diferencias en lo mostrado en las notas y en la Historia Clínica acerca del paciente y la situación que lo conduce al hospital. Esto nos permite establecer que los cuadernos personales no necesariamente son un pre–texto con la misma orientación argumentativa que un texto posterior, sino que pueden mostrar una mirada distinta a la del documento archivado de un paciente atendido. Transcribimos el material completo a continuación y adjuntamos las copias al final del trabajo.

4.2.1 – Transcripción de la Historia Clínica de Juan Ross

Hoja 1

JUAN ROSS

HISTORIA CLÍNICA N° 1

2/10/92 EL PTE. DICE SER “NORMAL, AUNQUE UN POCO NERVIOSO”. REFIERE EL ACTO DE INTENTO DE SUICIDIO A “TRES MINUTOS EN LOS Q’ NO SABÍA LO Q’ HACÍA”.

LOS ANTECEDENTES A ÉSTO SERÍAN “HACE 1 AÑO Q’ ESTOY SIN TRABAJO, EN ESTE AÑO ME SEPARÉ DE MI FLIA.” Y UNA DISCUSIÓN CON UN SOBRINO Q’ SALE CON UNA SOBRINA, Y CON QUIEN SE LLEVABA BIEN; Y A QUIEN JUAN AGREDIÓ “YO TUVE LA CULPA, NO SE PORQUE LO ATAQUÉ”. SE MUESTRA COLABORADOR EN LA INTENCIÓN DE “SALIR ADELANTE”. DICE Q’ “AHORA QUIERO VIVIR”. Y “~~N~~ HABLA DE SU TRABAJO COMO ALBAÑIL, VALORIZANDO ESTO CON UN “NO CUALQUIERA PUEDE SABER HACER...”

MARIO

3/10/92 ENTREVISTA FLIAR. C/ LA MADRE DE JUAN Y EL HNO. PEDRO (38 AÑOS) COORDINADA EN CONJUNTO CON EL DR. SUAREZ. SE MANIFIESTA Q’ LE DECÍAN A JUAN Q’ “NO TRABAJARA TANTO”. APARENTEMENTE LA DISCUSIÓN DE JUAN C/ SU SOBRINO → (ANTERIOR A SU INTENTO DE SUICIDIO) TUVO Q’ VER CON ESTE TEMA (EL RELATO DE ESTE EPISODIO ES CONFUSO, Y LA MADRE DICE “NO ESTAR ENTERADA”) // LA MADRE DICE INSISTIR A JUAN EN Q’ NO HAGA “COSAS DE MUJERES” (LAVAR, COCINAR), Q’ EL HACÍA EN MOMENTOS EN Q’ SU PADRE ESTABA INTERNADO Y SU MADRE C/ ÉL. // LA MADRE ECHA “LA CULPA A LA RELIGIÓN ESA” (TESTIGOS DE JEHOVÁ), YA Q’ AL “ABANDONAR LA RELIGIÓN DE LA MADRE” ABANDONA LOS PRECEPTOS DE ÉSTA Y ESO “NO SE DEBE.

Hoja 2

HACER" [EL TEMA GIRA EN TORNO A LA CULPA Q' CIRCULA POR ACTITUDES PERSONALES CONTRAPUESTAS CON MANDATOS]

MARIO

6/10/92 EL PTE. DICE SENTIRSE BIEN. DICE Q' TIENE Q' OBEDECER A LAS CHICAS (ENFERMERAS) Y Q' RECONSTRUIRSE MORALMENTE ("TOTAL NO ME FALTA NADA") DICE NO QUERER VOLVER AL PASADO Y ME PREGUNTA DE Q' TEMA ME INTERESA HABLAR.

MARIO

8/10/92 DICE SENTIRSE BIEN. HABLA DE UNA POSICIÓN EN LA CUAL "HAGO COSAS PARA LOS DEMÁS Y NO PIDO NADA A CAMBIO"... "Y A HORA VERME ASÍ...". SE CONTRAPONA A UNA SITUACIÓN ACTUAL EN LA CUAL NECESITA DE LOS DEMÁS Y "SOBRE TODO DE LA FLIA."

MARIO

10/10/92 ENTREVISTA C/ LA FLIA. PARTICIPA LA MADRE DEL PTE., Y UNA SOBRINA DE JUAN (HIJA DE SU HNA). LA MADRE DICE APOYARSE EN DIOS (IGUAL Q' SU MADRE) → "HAY Q' OBEDECER A LA MADRE". "JUAN TIENE Q' PEDIRLE PERDÓN A DIOS POR LO Q' HIZO". [LA MADRE, EN NOMBRE DE DIOS, DICE A JUAN LO Q' TIENE Q' HACER]. "JUAN SON MIS OJOS" (A VECES DICE ESTO DE SU MARIDO) (JUAN Y UN HERMANO DE 40 AÑOS CON RETARDO MENTAL, SON LOS ÚNICOS 2 (DE 7 HNOS.) Q' VIVEN C/ LOS PADRES; LOS OTROS ESTÁN CASADOS Y VAN A VER A SU PADRE PARA CUIDARLO). "JUAN ES MUY SERVICIAL" (SU MADRE TAMBIÉN DICE SERLO).

MARIO

15/10/92 EL PTE. DICE Q' SE ENCUENTRA BIEN. HABLA UN POCO. CUESTA ENTENDERLE X LA EXPECTORACIÓN Y EL TONO DE VOZ. "ESTOY BIEN", "VOY A SALIR ADELANTE" "ESTOY HACIENDO PROYECTOS" "VOY A

Hoja 3

VISITARLO CUANDO SALGA DE AQUÍ".

MARIO

16/10/92 EL PTE. SE QUEJA DEL FRÍO, DOLORES DE CABEZA, EN EL PECHO. AL HABLAR DE LAS COSAS Q' PIENSA SE REFIERE A LO QUE SIENTE. → SUBJETIVIZA SU ESTADO CORPORAL

MARIO

17/10/92 ENTREVISTA FLIAR. C/ LA MADRE Y EL HNO.: LA MADRE RECIBE LA INFORMACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PTE. Y REMITE SUS POSIBILIDADES DE VIDA A DIOS. SOBRE JUAN DICE "ERA TODO PARA MÍ", ANGUSTIÁNDOSE CON LA IDEA DE SU POSIBLE PÉRDIDA.

MARIO

4.2.2 –Transcripción de las notas sobre Juan Ross

Hoja 1

DR. JUAREZ: TERAPISTA DE PLANTA

(ESTÁ T/ LOS DÍAS)

QUIRÓFANO³⁰MARTES

VIERNES

DRA. CLAUDIA PÉREZ H/C 1

~~GAMA-2~~ JUAN ROSS (31 AÑOS) (10 % B 15 % AB) 26/9 (INGRESO 18/9)

HACE 15 DÍAS TESTIGO DE JEHOVÁ. MADRE: "VOY A SEGUIR LA RELIGIÓN DE LA ABUELA" (CATÓLICA). ³¹ LLEVADO POR UN VECINO. "VOY A HACER LO QUE TENÍA PENSADO": SE QUEMA? ¡ERA UNA NIÑA! HACÍA BIZCOCHUELO. ARREGLOS DE LA CASA. MENOR DE 7 HÑOS. (4 MUJERES, 3 VARONES). 2 DO. HNO. RETRASO MENTAL?. SE QUEMA EN EL BAÑO.

HIP. VECINO LO SACA DE LA RELIGIÓN DE LA MADRE. NO SE CALMA. LA MADRE LO REPUDIA.

PADRE: PIERNA AMPUTADA HACE 5 MESES X GANGRENA, PRODUCIDA POR

30 De "quirófano" se dirigen 2 flechas a "martes" y "viernes" que observamos en los originales.

31 A "llevado" llega una flecha desde "Testigo de Jehová" de la frase anterior.

LEUCEMIA.

HNO. LO CUIDA. → LA MADRE VIENE PERMANENTEMENTE.

QUEMADURA DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES NO LE PERMITE HABLAR MUCHO

DESDE EL 25/9

27/9

29/9 HEMORRAGIA DIGESTIVA. PASA A TERAPIA INTENSIVA 28/9 CAMA 4 CON TUBO DE OXIGENO. SE ESTÁ MATANDO? EDEMATIZADO.

CITADOS PARA VIE 10 HS

1/10 EL PTE ESTÁ MEJOR. (MÉDICO DE GUARDIA)

ENTREV. C/ LA HNA. LA CITO PARA EL VIE EN EL HALL DE ENTRADA.

DICE SER LA ÚNICA QUE SE OCUPA DE ÉL (ELLA Y LA MAMÁ). LOS OTROS NO SE OCUPAN. (ELLA SE TIENE Q' OCUPAR DE LOS HIJOS).

(SON 4) (SE PRESENTA SUFRIENDO, TOMANDO PASTILLAS PARA CALMARSE, Y CON NECESIDAD DE VER A UN NEURÓLOGO).

2/10 ENTREV. CON JUAN ROSS: "SOY NORMAL, SOY UN POCO NERVIOSO". "AHORA QUIERO VIVIR". "FUE UN MOMENTO DE NERVIOS, NUNCA PENSÉ IMAGINÉ Q' IBA A HACER ESTO". "YO VENÍA HACE 1 AÑO, + Ó - SIN TRABAJO, SOY ALBAÑIL, PARA SER ALBAÑIL HAY QUE SABER". "TRATABA DE SEPARARME DE MI FLIA. HACE COMO 1 AÑO ME HABÍA SEPARADO DE MI FLIA., NO SE POR Q'" → APARECE LA CULPA.

"FUERON 3 MINUTOS, ME PUSE NERVIOSO". (CUANDO LLEGO, LO 1^{ERO} Q' M PIDE ES Q' QUIERE ESCUPIR) (LLAMO A LA ENFERMERA Y ESCUPE). "TUVE UNA PELEA CON MI SOBRINO, YO ME LLEVABA BIEN C/ ÉL, YO LO AGREDÍ." "MI SOBRINO SALE CON MI SOBRINA (DE OTRA HERMANA)" "NO SE X Q' LO AGREDÍ, NOS LLEVÁBAMOS BIEN".

VERLO 3/10

3/10 ENTREV. FLIAR C/ LA MADRE Y EL HNO CARLOS MARTIN (38 AÑOS)

Hoja 2

HNOS. NERVIOSOS Y + TRANQUILOS. "LE DECÍA A JUAN Q' NO TRABAJARA

TANTO". "Q' NO HAGA COSAS DE MUJERES: LAVAR LOS PLATOS, COCINAR, ETC" (SOBRE TODO CUANDO EL PADRE FUE 2 MESES INTERNADO POR LA OPERACIÓN DE LA PIERNA). (APARENTEMENTE LA PELEA C/ EL NOVIO DE LA SOBRINA FUE X Q' ESTE LE DIJO Q' NO TRABAJARA TANTO, Q' NO LO AYUDARA EN UN TRABAJO Q' ESTABA HACIENDO)

CITADOS PARA EL 10/10 HS

3/10 LA MÉDICA DE GUARDIA ME INFORMA Q' LA HEMORRAGIA DIGESTIVA (Q' SIGUE) Y LAS QUEMADURAS DE VIAS AEREAS SON LAS SITUACIONES MAS DIFICULTOSAS.

6/10 ME PIDE Q' TRAIGA UN TEMA. TENGO Q' CONSTRUIRME MORALMENTE. NO ME FALTA NADA. PARA Q' VOLVER AL PASADO. NO SÉ DE Q' TEMAS A UD. LE INTERESA HABLAR. CON LA FLIA. ANDA BIEN. YO LE DIGO QUE ME INTERESA SABER CÓMO ESTÁ Y CÓMO EVOLUCIONA. (LAS ENFERMERAS LE DAN ÓRDENES Y LE DICEN QUE SE PORTE BIEN). EL DICE: "TENGO QUE OBEDECER A LAS CHICAS".

7/10 MAR O VIE DICE "ME QUIERO MORIR" (IC FERNÁNDEZ) → CUANDO LLEGÓ DE QUIRÓFANO "ESTOY CANSADO DE LA GENTE".

8/10 "YO SOY EL MÁS CHICO DE TODOS LOS HNOS." "YO NO ME FIJO EN EL BOLSILLO". "HAGO COSAS PARA LOS DEMÁS Y NO PIDO NADA A CAMBIO". "YO SOY ASÍ". "Y AHORA... VERME ASÍ". LE DIGO "COMO QUE NECESITA DE LOS DEMÁS". EMPIEZA A TOSER Y ME DICE QUE ESTÁ CANSADO. ME RETIRO DESPIDIÉNDOME HASTA MAÑANA.

10/10 HIJO DE PERLA (4) → TIENE 4 HIJOS (VIENE LA MAYOR)

MARIA 43 LUIS (DAN) 40 MARCELA 37 PEDRO 35 SILVIA 33 PAULA 32 JUAN 31

(ALDO) NOVIO³² DE LA HIJA DE ELLA (MARTA) DANIELA³³ 17

TESTIGO DE JEHOVÁ³⁴

32 Una flecha une "María" con "novio".

33 Una flecha se dirige de "Daniela" hacia "Marcela".

34 Una flecha va desde "Aldo" a "Testigo de Jehová" y otra sigue de "Testigo de Jehová" a "Juan".

JUAN HABÍA SALIDO DE LA CASA DEL TESTIGO DE JEHOVÁ

"PARA MÍ ES UN OSO"

"JUAN ME DICE QUE NO TRAIGA A DAN"

LO QUE TE DICE TU MADRE NUNCA CONTRADIGAS

JUAN Y LUIS SON LOS 2 HIJOS NO CASADOS.

JUAN PREGUNTA T/ LOS DÍAS POR EL PADRE.

"SERVICIAL"

LE DIGO: "PEDÍLE A DIOS QUE TE PERDONE". (ES UN ARREGLO PARTICULAR E/ ÉL Y DIOS)

PROX VIE 17 10 HS.

"ES UNA MUJERCITA, LOS TRABAJOS Q' HACE

15/10 I/C MÉDICO GUARDIA. NI BIEN DESPRENDA LAS ESCARAS DE VÍAS AÉREAS VA A ANDAR BIEN. "TIENE QUE ANDAR BIEN".

15/10 PTE. CUESTA ENTENDERLO X LA EXPECTORACIÓN. "ESTOY BIEN".

"VOY A SALIR ADELANTE". "VOY A VISITARLO A UD. CUANDO SALGA ¿PUEDE SER?". "HACIENDO PROYECTOS" (MIENTRAS TANTO VENGO YO A VISITARLO)

16/10 JUAN ESTÁ SENTADO EN UNA SILLA, DESNUDO. SE QUEJA DE DOLOR DE CABEZA, DE PECHO Y FRÍO. LUEGO PIDE SI LO PUEDEN ACOSTAR.

(AL DÍA SIGUIENTE DE ESTAR BIEN SE QUEJA DE DOLORES → Q' PIENSA (RESPONDE LO Q' SIENTE)) (SUBJETIVIZA SU ESTADO CORPORAL)

I/C MÉDICA DE GUARDIA: ME DICEN Q' ESTÁ GRAVE POR INSUF. RENAL.

17/10 TESTIGO DE JEHOVÁ: ALDO ROSS

NOVIO DE MARTA: ALDO JUAN LE DICE "MAMI. ME FUI A BUSCAR A ALDO A COMER.

LE TENGO RABIA A ESE HOMBRE. "MI HIJO ERA TODO PARA MÍ".

"DOS MINUTOS FUE" "VOY A HACER LO Q' TENÍA PENSADO".

"HUBIÉRAMOS ESTADO TRANQUILOS LOS DOS". "NO ME FALTABA NADA MAMI"

"SEMANA ANTES LA MADRE LE PIDE "MAMÁ QUIERE UN NIETO TUYO"

"CÁSATE". (ANTES DEL ACCIDENTE) (1 SEMANA ANTES)

"EL SIEMPRE CON SU CARIÑO X SU MADRE".

19/10 EL PTE MUERE A LAS 21HS DE UN PARO CARDÍACO.

4.3 –Marco teórico

Desde el Análisis del Discurso profundizamos en las características de los géneros que trabajamos en este capítulo. Los estudios del género Historia Clínica corresponden a sus aportes en áreas de salud y a su función legal y social. De los escritos personales los trabajos son recientes y el estudio de sus funciones se orienta al reconocimiento de su valor.

Una función primaria de la escritura es dar a los escritos el carácter de objetos culturales–contextualizados, palabra objetivada. Los escritos que aquí comparamos tienen su origen en el área de la salud, en las urgencias del hospital, en la clínica. Esa área es compartida no sólo por médicos y psicólogos sino también por otros profesionales con los cuales realizamos interconsultas. Los escritos–objetos que en este capítulo comparamos son producidos en ese contexto de la clínica. En un nivel filosófico, analítico, tomaremos a Foucault (1953: 84) quien ubica el nacimiento de la clínica mucho antes de terminar el siglo XVIII. Separando *mitos* de *historia real* opone la historicidad de la medicina a un no–sistema, un invariable que llama la *clínica*.

El historiador de las ideas relata: “Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo ni límites, entre Mirada y Palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás y vestido de nuevo en la cuenta de la práctica sino una vez pasado por el esoterismo del saber”. (Ibíd.: 85).

Teniendo en cuenta la escritura que es producto de esa clínica y en otro nivel conceptual el objeto escrito Historia Clínica en el área de Salud Mental busca ser un texto objetivo. La Historia Clínica viene del modelo médico y los psicólogos tratan de adaptarla a sus necesidades y utilizarla. En ocasiones, se toman saberes de la medicina, como por ejemplo en la Historia Clínica Multimodal de Adultos utilizada en Psicología Online (2012) que adjuntamos en los anexos. La

evaluación multiaxial en 5 ejes es un protocolo que se promueve en el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Se utiliza para realizar en Salud Mental un diagnóstico completo: en el primer eje se observan los trastornos clínicos, en el segundo los trastornos de la personalidad, en el tercero las enfermedades médicas, en el cuarto los problemas psicosociales y ambientales y en el quinto se realiza una evaluación de la actividad global que puntúa del 1 al 100 según la gravedad. Para pedir en los organismos estatales pertinentes un certificado de discapacidad mental en la Ciudad de Buenos Aires, además de los estudios y test que corresponden, el médico actuante debe completar un cuadro en el formulario de solicitud con esos ejes de evaluación llenados con los códigos correspondientes del manual, por ejemplo, *F 43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]* es un diagnóstico que corresponde al eje 1, el de los trastornos clínicos. En el ítem 8. *Diagnóstico inicial* de la Historia Clínica de los psicólogos en línea se observa una evaluación de 5 ejes diferente a la del manual norteamericano pero se mantiene el formato de evaluación diagnóstica y los contenidos son similares. Los cinco ejes de los psicólogos son: el primero trastorno identificado, el segundo rasgos o trastornos de la personalidad, carácter, el tercero trastornos somáticos identificados, el cuarto estrés situacional agudo o crónico y el quinto grado de adaptación psicosocial. En otras instituciones hay algunos requisitos diferentes para que una Historia Clínica esté bien confeccionada.

En las historias clínicas psicológicas del Hospital de Quemados se muestran elementos surgidos de lo traumático y conceptos utilizados en las caracterizaciones de la psicopatología corriente. Los registros del terapeuta, sus notas y la Historia Clínica muestran un primer acercamiento a lo que le ocurre al paciente. Se configuran géneros que objetivan lo vivido luego del accidente.

Una definición más general de la Historia Clínica desde una perspectiva jurídica la entiende como un legajo, identificado con los datos personales del paciente, en el cual se procede a realizar un registro de actuaciones médicas (Gherzi, 1987: 50). El paciente es quien la introduce, la registración³⁵ es parte del

35 Más adelante aclaramos el acto de registración.

acto médico y el ente³⁶ la tiene en su poder y la guardará, teniendo el deber de hacerlo por diez años (Ibíd.: 54–7).

El Dr. Ghersi³⁷ caracteriza al facultativo “que asume o se enviste de la calidad del funcionario público en el ejercicio de la medicina hospitalaria, cometido estatal por excelencia, sin perjuicio que habrá que hacer una distinción entre el médico de servicio, que será un agente público y el jefe de guardia, director, etcétera, que constituirá por su jerarquía un verdadero funcionario público”. Luego agrega: “La característica fundamental de los actos médicos, que se incluirán en la historia clínica, revisten la calidad de actos administrativos subjetivos, es decir, producen los efectos jurídicos determinados sobre un sujeto de derecho privado (el paciente). Al decir de Jeze, se trataría de “una manifestación de voluntad, en ejercicio del poder legal, que tiene por objeto constatar una situación general, – individual o hechos– con fuerza de verdad legal.” (Ibíd.: 56). En este sentido podemos entender que el médico hace y escribe con el poder que le otorga el Estado. Esta caracterización jurídica al prescribir orienta la función social de esos documentos.

El autor de las notas y de la Historia Clínica que analizamos es psicólogo y el ejercicio de la psicología se encuentra regulado por la Ley 23.277 del año 1985, reglamentada por el Decreto Nacional 905/95 que rige en nuestro país. La ley establece en el Art. 7, donde puntualiza:

“Los profesionales que ejerzan la psicología podrán:

1. Certificar las prestaciones de servicios que efectúen, así como también las conclusiones de diagnósticos referentes a los estados psíquicos de las personas en consulta.
2. Efectuar interconsultas y/o derivaciones a otros profesionales de la salud cuando la naturaleza del problema así lo requiera.

36 Institución.

37 El Dr. Ghersi es doctor en jurisprudencia.

Las prácticas comunes entre la psicología y la medicina de certificar lo efectuado, diagnosticar, realizar interconsultas o derivar se legalizan a partir de esas fechas. El acto de *registro* en la Historia Clínica es el “acto administrativo medical, por el cual el agente o funcionario público, mediante la forma prescripta en el ordenamiento jurídico administrativo, inserta actos, hechos, acontecimientos y todo evento, que considere necesario para establecer la correlatividad secuencial de los actos médicos en la vida del paciente desde la primera visita hasta que se le extiende el alta o fallece” (Ibíd.: 58). En Salud Mental es práctica común volcar los datos que se extraen de las entrevistas con el paciente o familiares.

Es importante en la función social del género de Historia Clínica el efecto jurídico en cuanto “el acto de registro lo hace el profesional de oficio (...) El tópico más importante es el efecto jurídico que produce el acto registrado, sostenemos que se le otorga fecha cierta, produce efectos frente a terceros –sin perjuicio de que se trata de una presunción *juris tantum*³⁸ sujeta a impugnaciones–, certifica la existencia del acto o hechos y si se tratare de opiniones o dictámenes, obtienen la calificación de razonabilidad científica hasta que se pruebe lo contrario” (Ibíd.: 58). Sin adentrarnos en las condiciones de impugnación, es comprensible que parte del oficio de los profesionales de la salud es escribir produciendo objetos culturales con valor legal, documentos, que son parte de la historia de los pacientes, su Historia Clínica.

La Historia Clínica en Salud Mental es un género que tiene algunos lineamientos precisos y fundamentados. El Dr. Hugo Marietán³⁹ destaca que el objetivo de la información médico psicológica es el diagnóstico preciso: estima que en la Historia Clínica tiene que haber una idea rectora del tema o asunto a esclarecer y que se buscan “los hechos y vivencias de su biografía, anteriores y actuales, que entornados por el conocimiento teórico que apliquemos, nos permita extraer la información que dé un sentido (que tenga cierto encadenamiento lógico)

38 Se establece por ley y admite prueba en contra.

39 El Dr. Hugo Marietán es Psiquiatra, docente universitario de los hospitales neuropsiquiátricos más emblemáticos de Buenos Aires.

que nos lleve a entender o comprender su sufrimiento y/o enfermedad” (Marietan, 1991). La función del diagnóstico en los borradores fue trabajada en el Capítulo 2 observando cómo los borradores funcionaban como pre-texto, con la misma orientación argumentativa que escritos dirigidos a colegas y textos de supervisión. En este capítulo al comparar los borradores con la Historia Clínica encontramos que en el documento se explicitan las ideas que a veces en las notas personales es necesario reponer, pero las explicaciones que dan sentido al sufrimiento del paciente son distintas.

Otro aspecto que incumbe al área de Salud Mental encontramos en la intersección entre lo legal y las prácticas, precisamente la obligatoriedad.

Existe obligación legal de efectuar la Historia Clínica por normativas vigentes: Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales. La ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires dice en su reglamentación: *“La información inherente a la salud, a la propuesta terapéutica realizada y al tratamiento en curso o efectuado a las personas asistidas será brindada por el profesional o equipo tratante, según corresponda. Dicha información estará debidamente registrada en la Historia Clínica correspondiente”* (ley 448, 2003). Mencionando los casos en donde no es habitual la realización de historias clínicas y que, por no haber una obligación legal, no puede haber antijuricidad, Ghersi cita un fallo: “En la especialidad del psicoanálisis, no solo no es obligatorio, sino ni siquiera habitual, que el profesional lleve una historia escrita referente a la enfermedad, evolución y tratamiento del paciente y, frente a ello, carece de relevancia la obligación que para otros casos impone el art. 112 del Código de Ética de la Confederación Médica”. [CNCiv., Sala A, 23/4/75, ED, 63–580]” (Ghersi, 1987: 62). En la jurisprudencia encontramos otro fallo de fecha más cercana orientado argumentativamente en el mismo sentido que el citado por el Dr. Ghersi. Es “M., M. del C. y otro c. G., M. E. y otro.” de la Cámara Civil y Comercial de Junín del 2/7/2009 que dice: “Aún en el caso que se considere exigible a los psicoanalistas la confección de las historias clínicas de sus pacientes...”, dando a entender que el tema hasta ese momento no estaba

resuelto (Alterini, 2009: 661–2).

Marietán destaca otra visión del derecho según la cual las historias clínicas de los hospitales públicos son instrumentos públicos que pueden ser solicitados por el juez; que el art. 156 del Código Penal ampara con el *secreto médico* y llega el psiquiatra a una diferenciación entre lo público y lo privado que de todas formas el juez puede relevar (Marietán, 1991).

En cuanto al acceso a estos legajos, el paciente puede requerir una fotocopia certificada así como cada uno de los médicos que ha actuado y el original queda en manos del hospital (Gherzi, 1987: 54). La Dra. Mónica Francos, abogada, es secretaria de Dirección del Hospital de Quemados e integrante del Comité de Historias Clínicas. A fin de ordenar la ubicación de los legajos dentro del hospital redactó un escrito de circulación interna que se utiliza en el nosocomio. En su opinión –coincidente con Gherzi (1987: 62) que afirma que la Historia Clínica es un elemento de ayuda del profesional– una Historia Clínica bien hecha protege al profesional y a su trabajo. Esto se orienta argumentativamente en el mismo sentido que “el objetivo de la HC es dejar documentada la práctica médica ejercida en un paciente” (Marietán, 1991), donde se puede entender que la Historia Clínica tiene que mostrar, si se actuó conforme a la *buena práctica*, que la práctica médica realizada era la pertinente al caso o que el profesional actuó de acuerdo a las necesidades del paciente.

En la caracterización de la acción médica se pueden distinguir tres etapas: una *investigativa* (dada por los exámenes, exploraciones y la historia clínica), una *judicativa* (con diagnóstico y pronóstico) y, por último, una *operativa* (dada por la terapéutica) siendo la historia clínica tanto un proceso como su expresión final en el expediente (Serani Merlo y Burmester Guzman, 1994: 91) lo cual nos muestra que es necesario completar el documento con todos los actos realizados.

Los conceptos sobre el género de borradores que presentamos en el capítulo sobre el marco teórico nos sirven para reflexionar sobre lo que encontramos al comparar las notas con el texto de la Historia Clínica. Es algo diferente a la génesis textual en donde un texto sería el origen de otro. La idea de *sopORTE de reflexión a la que se renuncia* la observamos en las notas personales

cuando las comparamos con la Historia Clínica, siempre y cuando tengamos la expectativa de encontrar en las notas un texto preparatorio del documento. Algo de lo que se escribe en los borradores que son nuestro corpus está en la Historia Clínica y en ese documento asume otro valor social y legal. Es necesario explicar el porqué de las diferencias entre ambos escritos producidos por el mismo escritor analizando discursivamente la Historia Clínica y teniendo en cuenta la función social del género.

La comparación entre las notas del profesional y el texto de la Historia Clínica muestra que el género que estudiamos es otra cosa que un texto preparatorio en el cual se va conceptualizando algo definitivo, un pre-texto. El legajo del paciente, como vimos, es un texto con características ligadas a su función legal y social mientras que las notas personales se privilegian en la formación profesional en gran parte asociadas a la relación entre la escritura y la formación del pensamiento, a la reflexión del terapeuta sobre el caso. La reflexión sobre el caso presentado en las notas personales tiene una hipótesis diferente a la de la Historia Clínica.

4.4 – El caso – Comparación de las notas personales con la Historia Clínica

4.4.1 – Las diferentes explicaciones

Por las características del Hospital de Quemados y de los pacientes que atiende, los tratamientos que se realizan en la mayoría de los casos no son prolongados, sino que son, más bien, situaciones de urgencia. Esto influye en que los diagnósticos y en ocasiones los lineamientos de los tratamientos no estén exentos de contradicciones, ya que en un breve tiempo inscribe el episodio en una trama jurídica que incluye tanto al paciente como al terapeuta. Los actos médicos se escriben en diferentes textos—objeto contextualizados en este caso de esa forma.

En la nota del 26/9, la primera sobre Juan Ross, observamos algunos datos que fueron tomados de la Historia Clínica del paciente. Los datos que se ven en el

cuaderno personal son: la edad y el porcentaje de la quemadura. Este último se lee como 10 % B –quemadura profunda– y 15 % AB –quemadura intermedia– de la superficie corporal total.⁴⁰ Otro dato que encontramos es el número de Historia Clínica (“H/C 1”).

En las notas correspondientes a la entrevista del 2/10 hay un comentario relacionado a la culpa en el que aparece el signo “→” que utiliza el profesional para indicar una inferencia suya. En la Historia Clínica el día 3/10 el signo “/” lo encontramos en dos ocasiones y es utilizado para indicar que lo que sigue pertenece a otro tema.

Las escrituras no se reducen a aquellas de la lengua escrita: en este caso la criptografía no parece tener por función limitar el número de receptores o excluir cualquier otro lector (Cardona, 1981: 88, 104) ya que la encontramos en las notas personales, pero también en la Historia Clínica. Más bien pensamos que en sus notas el escritor tiene en cuenta al lector previsto que es él mismo en un momento posterior, concepto que mencionamos más arriba de Doquet–Lacoste en relación a los géneros primarios de Bajtin. Este lector previsto lo podemos concebir en el sentido en que Kerbrat–Orecchioni (1980: 32) habla de un alocutario, destinatario propiamente dicho en la consideración del emisor. Es compañero del locutor en la relación de alocución y “las operaciones de codificación están parcialmente determinadas por la imagen de ellas que se construye L”. En el caso de la Historia Clínica, el escritor entiende que el lector puede interpretar los signos ya que no debe como profesional desconocer la sentencia: “la HC se escribe siempre para otro” (Marietán: 1991). En estos signos observamos la definición del género de historias clínicas para el terapeuta de Juan que utiliza grafías que están convencionalizadas en ese medio.

Continuando con el análisis de estos escritos como objetos culturales–contextualizados, observamos algo a destacar en las fechas como marcas del tiempo objetivado de las entrevistas. Las notas del borrador comienzan el 26/9,

40 En el primer capítulo se detallan las características de las quemaduras y en el segundo se amplía el tema y se incluye al final una copia del formulario de admisión que completan los cirujanos.

mientras que las primeras escrituras de la Historia Clínica corresponden al 2/10/92, unos días después.

Es luego de la primera entrevista con el paciente –según se desprende de que en las notas personales del psicólogo es el 2/10 la primer entrevista que comienza “Entrev c/ Juan Ross”– que el terapeuta escribe en la Historia Clínica. El paciente ya había ingresado ocho días antes del 26, el 18/9, según consta en la primera nota tomada: “(ingreso 18/9)”. Hubo al menos una entrevista familiar según se ve en esa misma nota del 26/9: “madre: “voy a seguir...””. La madre sería la persona que emitiría el verbo de decir aquí implícito que introduce la cita de estilo directo (Reyes, 1993: 12). También antes del 2/10/92 hubo una interconsulta o la lectura de datos de la Historia Clínica, según se desprende de los datos médicos de la nota de fecha 29/9.

Esta consideración supone un escritor que piensa en el lector previsto y desea esperar a tener más datos y construir una narración coherente en la Historia Clínica: la figura del enunciatario cobra relevancia. Comenzamos a observar una separación entre las notas personales y la Historia Clínica como escritos con características diferentes en los cuales las primeras admiten el desorden que, en principio, no impide la comprensión del escritor mismo en un momento posterior.

Al observar los papeles de que disponemos notamos que la Historia Clínica se puede leer como algo escrito, a grandes rasgos, en forma clara, prolija y ordenada.

Por ejemplo, la primera frase de la Historia Clínica es: “El pte.dice ser normal, aunque un poco nervioso”. El sujeto, *el pte.*⁴¹, *dice*, verbo introductor de una cita de estilo indirecto (Reyes, 1993: 12). Es un relato en el cual en su entrevista alguien le habla a un psicólogo de sí mismo: lo esperable. La sintaxis de la frase es correcta. Lo “nervioso” se encuentra minimizado por el adjetivo determinativo que cuantifica “un poco” (Giammatteo, Albano, 2006: 68). La relación entre lo “normal” del ser y lo nervioso se encuentra unida por la conjunción subordinante “aunque” que indicaría una concesión (Ibíd.: 76) y puede entenderse la idea transmitida como un *lugar común* (Amossy, Herschberg Perrot,

41 Abreviatura de paciente.

1997: 19). Se comienza a construir el ethos del paciente a través de elementos del discurso directo.

La Historia Clínica es un documento, algo que da identidad y exige una forma. Pero, en tanto historia, podemos pensarla dentro del género de la narración en sentido aristotélico (Chartier, 2000: 62). Efectivamente, ya no es posible dejar de reconocer que la separación entre una historia estructural y cuantificada y una fábula no es tan marcada al escribir historia. En los antiguos relatos había personajes y héroes, y la nueva historia colocaba entidades anónimas y abstractas; el tiempo espontáneo de la conciencia se sustituía por una temporalidad construida, jerarquizada y articulada y el carácter autoexplicativo de la narración era opuesto a la capacidad explicativa de un conocimiento objetivo; todo lo cual no quita las propiedades específicas de la narración histórica (Ibíd.: 63). Esta sintética diferenciación entre antiguos relatos y nueva historia es funcional a la distinción de la Historia Clínica y de los borradores a fin de tener presente la ubicación del carácter explicativo, de las causas, en estos distintos géneros en que intervienen narraciones.

Nuestra Historia Clínica contrasta con las notas del psicólogo que corresponden al mismo paciente. A éstas les faltan datos y es necesario completarlas para comprenderlas. Incluso podemos inferir que tienen sugerencias entre líneas. Por ejemplo, el tema de la relación de Juan con el sobrino que sale con la sobrina, hijos de hermanos de Juan. El 2/10, entre comillas que indican que es la palabra del paciente, está escrito en el borrador: “no se x q’ lo agredí, nos llevábamos bien”. Un poco antes de esto dice: “...yo lo agredí”, subrayado en el manuscrito. Esta pelea parece central en los motivos del intento de suicidio según la Historia Clínica, figurando entre los antecedentes de éste el 2/10/92 bajo la forma “Los antecedentes a esto...”.

Pero la frase del borrador que indicamos en el párrafo anterior cambió en la Historia Clínica a “yo tuve la culpa, no sé por qué lo ataque”. Esto hace a la construcción del ethos del paciente: *ataque* parece referirse a una situación puntual mientras que una persona que *agrede* puede tener la característica de ser agresiva. Para su lectura en un momento posterior el terapeuta subraya la

agresión de la que el paciente se hace cargo pero esta hipótesis no está en el texto legal.

En la Historia Clínica del 2/10 la expresión que manifiesta que la relación con el sobrino es buena es: “con quien se llevaba bien”, escrito justo antes de la parte de la narración de la agresión.

La *culpa* en los borradores como idea del terapeuta se relaciona con la separación de la familia, no con la agresión. Esto lo inferimos, como expresamos antes, en la flecha que conecta. La frase es: ““hace como 1 año me había separado de mi flia., no sé por q” → aparece la culpa””.

En los borradores se actualizan las secuencias de acciones a pesar de no pertenecer al género narrativo (Eco, 1979: 146, 150). En este caso creemos que hay una modificación importante al cambiar el lugar de la culpa en ambas narraciones: la versión en los escritos privados del psicólogo es distinta al documento archivado. La culpa ligada a la familia como hipótesis del terapeuta en los borradores se orienta hacia el entendimiento del acto suicida como la salida de una crisis y no como un problema relacionado con la agresividad, incluso más enfatizada en la Historia Clínica como *ataque*. La hipótesis de la agresividad, como observamos, queda en las notas personales. En opinión de Baechler (1979), el centro de gravedad del suicidio es la conducta que busca y encuentra la solución a un problema existencial, pero haciendo un atentado a la vida del sujeto, lo cual parece ser el caso que nos ocupa.

En otros casos en que comparamos los borradores y la Historia Clínica no es la diferencia en las narraciones lo que se aprecia, sino cómo ambos escritos muestran algo indeterminado de diferente forma. La manifestación que aparece en el borrador de fecha 2/10: “fueron 3 minutos, me puse nervioso” y que en la Historia Clínica se transforma en “tres minutos en los que no sabía lo que hacía” podemos referirla a un “contexto de situación” (Halliday, 1982: 42).

El Hospital de Quemados, por el tipo de pacientes que atiende y por la gravedad de los casos, nos conduce al tema de las representaciones sociales y la comprensión de los acontecimientos en la actualidad siendo que las tendencias recientes de la interpretación de la acción en las ciencias sociales ponen el acento

sobre la importancia del acontecimiento como irrupción en un orden temporal y un estado de cosas (Jodelet, 2008: 54).

El “campo” como marco institucional en que se produce un trozo de lenguaje, el “tenor” como relación entre participantes y el “modo” como canal de comunicación adoptado, “componentes esenciales de un registro” (Halliday, 1982: 48), dan a esos 3 *minutos* un valor esencial ya que hablan de la apreciación de la vida humana para un sujeto que atentó contra sí mismo. No tomaré para el análisis de esto el fragmento del 17/10 en el que dice: “dos minutos fue” ya que no es lo relacionado con el número a lo que atenderemos, sino con el tiempo.

En la cita del borrador que estamos analizando, la primera persona del pronombre personal *me* y las comillas (en “me puse nervioso”) indican que se trata de una reflexión del paciente. La referencia a su estado subjetivo como *nervioso* es con una palabra evaluativa. Se trata de la evaluación del sujeto por él mismo. El pretérito indefinido, *puse*, presenta el suceso en su aspecto como terminado, no se está desarrollando, mientras que en el tiempo lo ubica en el pasado, pertenece a la historia y no al discurso que organiza lo que dice en la categoría de la persona (Giammatteo, Albano, 2006: 39; Maingueneau, 1980: 119). En el enunciado presentado, la separación está en el tiempo de la acción y la reflexión, no en la persona. El estado *nervioso* fue en ese momento, la reflexión continúa.

En la Historia Clínica se anotó lo siguiente: “Refiere el acto de intento de suicidio a “tres minutos en los que no sabía lo que hacía””. *Refiere* conjugado en tercera persona del presente, escrito por el terapeuta en relación con el decir del paciente, muestra que a continuación leeremos algo de lo que fue escuchado. Hay un distanciamiento que se produce al utilizar este verbo introductor de la cita. *Sabía* modifica *hacía*, lo modaliza: el hacer queda subordinado al saber y adquiere importancia la modalidad epistémica. Lo que pertenece al segundo verbo queda relativizado, atenuado, suspendido poniéndose el foco en el primer verbo (Filinich, 1998: 85). Nos muestra el entendimiento del terapeuta sobre lo ocurrido: para el paciente el saber tiene preponderancia y control sobre las acciones.

4.4.2 – La construcción del pensamiento en la escritura de los borradores

Esto nos permite ver características de los géneros que estamos comparando: mientras que las notas privadas acercan un paciente que se dirige al terapeuta hablando de sus nervios, la Historia Clínica muestra un profesional que observa la importancia para el paciente del saber en relación al acto.

En la entrevista del 2/10, en el borrador, dice: “fue un momento de nervios, nunca *pensé*^{*imaginé*} que iba a hacer esto”. En esta ocurrencia observamos como por la escritura se elabora y construye el pensamiento (Doquet–Lacoste en Langage & Societé N° 127, 2009:7). Corresponde al área de la psicología la posibilidad de escribir sobre la relación entre un "estado de nervios", el pensamiento, la imaginación y la acción. Sin embargo, esta nota del psicólogo que leemos en el borrador no pasa a la Historia Clínica, es censurada.

Los verbos de la oración que pertenecen a la actividad cognitiva (*pensé*, *imaginé*) están conjugados en primera persona, en pretérito indefinido, en el aspecto como una actividad que no se está desarrollando, terminada en el tiempo. *Iba a hacer*, en cambio, se dirige desde el pasado de la conjugación del verbo *ir* hacia el presente de la conciencia actual de *esto* (Giammatteo, Albano, 2006: 38–41; Benveniste, 1959: 226–240; García Negroni, 1999: 45–59). El demostrativo *esto* se inserta en el presente del discurso de otra forma que los verbos mencionados cuya conjugación se relaciona con la historia. El acento del discurso lo podemos ubicar en la acción indicada por el verbo *hacer*. El cambio de *pensé* por *imaginé* es algo que trata de recordar el locutor de lo dicho por el enunciador, a eso se debe la tachadura y el reemplazo en los verbos de la ideación.

Nuestro abordaje al estudio de los borradores se realiza utilizando un corpus de un profesional del área de la psicología. El campo sobre escritos precarios, privados, personales está comenzando a ser estudiado como huellas en la construcción de saberes científicos. Se considera la escritura como una ruptura con la enunciación oral y la posibilidad de tomar distancia del objeto, de reflexionar, de conceptualizar como un recurso que viabiliza la escritura (Doquet–Lacoste en Langage & Societé N° 127, 2009: 9–10). Esta idea fue anticipada en el marco teórico al presentar el trabajo que realiza Fenoglio sobre los borradores de

Benveniste pensándolos como lugar de elaboración del pensamiento teórico.

En la ocurrencia “fue un momento de nervios, nunca pensé imaginé que iba a hacer esto”, cita que encontramos en el borrador y ausente en la Historia Clínica, además de la elaboración dada en la elección de un verbo en lugar del otro, podemos considerar la idea de Boileau –*eso que se concibe bien se enuncia claramente*– y la falta del concepto como motivo de la falta de escritura en la Historia Clínica. Posiblemente la falta de claridad sobre el referente de *esto*, sobre el punto de vista y el objeto de la percepción (Filinich, 1998: 70), influyó en la decisión de no escribir nada en la Historia Clínica o bien de esperar a recabar más información sobre el pensamiento y la imaginación en el paciente atendido.

Realizar un análisis genético y pensar la enunciación en cuanto a que la palabra no refleja un estado de cosas, sino que hay una posición de enunciación con locutor, interlocutor y contexto nos permite trazar recorridos entre las notas personales y la Historia Clínica. Las notas personales funcionan de forma diferente al género de borradores entendido como *pre-textos* (Lois, 2001: 2). En ese sentido, no es sólo para la Historia Clínica que se escriben los borradores, no es un borrador que se va a “pulir” en la Historia Clínica. No es tampoco un avance, ni algo menos estructurado o menos acabado. Observamos un texto marcadamente distinto (Ibíd.: 18).

Es otra función en la que hay que profundizar. Las notas personales tienen una conceptualización propia sobre el caso, una imagen del paciente independiente de la Historia Clínica y no están escritas por la necesidad de hacer ésta: dejan ver elaboraciones diferenciadas como en el caso de relacionar el acto suicida más a la imaginación que el pensamiento.

Mientras el terapeuta está escribiendo sus notas –además de recordar lo efectivamente dicho en la entrevista– elabora la idea transmitida y no la vuelca en la Historia Clínica hasta no tener los suficientes elementos para apoyar esa hipótesis. De ahí que la narración de ambos escritos sea bien diferente.

En nuestro caso de nervios, pensamiento e imaginación no podemos considerar la Historia Clínica como el documento acabado hacia el cual se dirige el borrador, un *pre-texto*, lo cual no nos imposibilita tener en cuenta a modo de

ejemplo, que una tachadura en las notas personales de un psicólogo que atendió a un paciente durante el breve intervalo entre el intento de suicidio y la muerte tiene una significación especial, y en este caso no solamente no encontramos en la Historia Clínica la idea de la nota, sino que además en la nota misma la tachadura muestra la dificultad de conceptualizar y un movimiento entre la primera idea luego tachada y la que la sustituye que relacionamos a la función de la memoria. Al tachar *pensé* descarta que sea al pensamiento que está ligada esa acción y eso no está en el documento legal.

De la misma forma que el subrayado de *yo lo agredí*, en *pensé e imaginé* el psicólogo escribió la corrección para un lector previsto en sus borradores, pero no la trasladó al legajo del paciente mostrando que para él el género de borradores admite apreciaciones conceptuales que no corresponden en la Historia Clínica.

Así, desde el Análisis del Discurso observamos la significación de los borradores en la formación profesional. Nos referimos a la nota de los manuscritos del 29/9 donde está escrito: "se está matando?". Esto no solamente no fue escrito en la Historia Clínica sino que, además, no es seguro que esté el signo de pregunta al final de la frase, con lo cual ya no sería una interrogación con modalidad explícita (García Negroni, Tordesillas Colado, 2001: 101), sino que sería una aserción.⁴²

La dificultad de visualizar ese signo de pregunta se da porque en muchas hojas del primer cuaderno de borrador utilizado, en la época del ingreso al hospital, hay una tachadura de lo escrito con una línea que cruza la página en diagonal de derecha a izquierda y de arriba a abajo hecha con la intención de organizar el trabajo profesional. En este caso estaría ubicada sobre una parte del signo de pregunta.

La pregunta "se está matando?" y la afirmación "se está matando" son aplicables a muchos de los casos atendidos en el Hospital de Quemados siendo necesario observar en qué contextos se escriben las frases, tener en cuenta la

42 Escribimos en el capítulo anterior que los *ayuda memoria* con el tiempo pierden precisión y luego se realizan hipótesis sobre el significado de lo escrito.

enunciación. El caso que estamos analizando es el de un suicidio, un acto realizado en el cual la persona no muere en el instante, sino en la internación que sigue para atender sus lesiones y es allí donde se encuentra con el profesional que escucha y escribe.

Las notas del psicólogo abren a la producción de preguntas independientemente de su función preparatoria de otros textos o del lugar que les corresponde en la circulación social. Relanzan interrogantes que las vuelven a ubicar en el momento de su escritura. Ese texto de las notas personales, marca de un pensamiento del psicólogo sobre el paciente atendido no fue escrito en la Historia Clínica a fin de no crear hipótesis sobre el paciente que no tengan el suficiente asidero.

4.4.3 – La polifonía en los textos

En los registros del psicólogo observamos, también, el modo de funcionamiento de la polifonía. En la primer nota del borrador, del 26/9, dice: “voy a hacer lo que tenía pensado”: se quemó? ¡Era una niña! Hacía bizcochuelo, arreglos de la casa. Menor de 7 hnos...”

Como mencionamos más arriba, esa nota parece tener como origen una entrevista familiar, con lo cual podemos considerar que las voces que se presentan son de la familia de Juan. La primer afirmación *voy a hacer lo que tenía pensado* introduce con la conjunción subordinante relativa *lo que* la proposición incluida *tenía pensado* (Giammatteo, Albano, 2006: 74). La acción no está explicitada, pero sí anunciada en el verbo *hacer* y considerada para el futuro. Lo pensado tampoco se aclara pero está representado. El pluscuamperfecto *tenía pensado* es un tiempo verbal relativo o anafórico ya que no se orienta con el tiempo de emisión como los tiempos verbales absolutos o deícticos sino que se orienta según otra referencia: el momento de la acción es la realización de lo que tenía pensado, no importa cuando lo diga. El señalamiento temporal es de anterioridad con respecto al pasado: *cuando lo hice ya lo tenía pensado* (Ibíd., 2006: 38). Lo que claramente se pensó no se nombra.

Esa afirmación –cuyas comillas revelan que es una cita de estilo directo en la cual el verbo de decir está implícito– parece ser atribuida al paciente, por lo que continúa después de los dos puntos. La pregunta “*se quema?*” se refiere a la acción realizada por el paciente. Esa acción está explicitada y conjugada con el verbo *quemar* en el presente de discurso que muestra la pertinencia en la conciencia actual.

La afirmación y la pregunta mencionadas parecen ser expresión de un monólogo con dos voces interiorizadas de terapeuta y paciente separadas por el signo de los dos puntos. Esa separación es relativa a la escritura ya que la utilización del signo “→” nos indicaría, como mencionamos, que es una idea del terapeuta y en esta ocurrencia entendemos que no quiso hacerse cargo de ella.

Este interrogante –al igual que *se está matando?*– muestra las notas funcionando como formadoras del pensamiento más que como borrador de un texto definitivo. En la Historia Clínica no está escrito que hubo premeditación del acto, sino que hay una cita de estilo directo que analizamos más arriba con la frase “tres minutos en los que no sabía lo que hacía”, donde la falta de saber exime de un razonamiento anterior. Tampoco se transcribió en la Historia Clínica la idea de “*pensé imaginé*” analizada antes en la cual observamos que el psicólogo en los borradores relacionó el acto más a la imaginación que al pensamiento. En “*voy a hacer lo que tenía pensado*”: *se quema?*” el terapeuta a partir de la afirmación del paciente sobre su pensamiento se interroga sobre el acto suicida. Estas dudas y aclaraciones del psicólogo sobre *en que está/ba pensando el paciente* no se muestran en el legajo de éste, pero sí en los escritos privados del profesional que en general no se dan a conocer.

A quién corresponden las voces analizando la polifonía del texto es más difícil de saber en lo que continúa del fragmento citado de las notas. A diferencia de la aserción *voy a hacer lo que tenía pensado*, en la afirmación *¡Era una niña!* cambia la modalidad. El escritor da a ver en los signos de exclamación el *énfasis* puesto en lo dicho (García Negroni, Tordesillas Colado, 2001: 97).

Así como en la primera afirmación se podía leer un pensamiento que unía en una acción una idea del pasado con algo proyectado para el futuro, en esta

exclamación podemos escuchar una voz que nombra o da una descripción de algo con el verbo ser conjugado en tiempo pasado. El pretérito indefinido marca una menor pertinencia con el presente del discurso. La primera persona de la frase anterior en la cual locutor y enunciador parecen ser el mismo, contrasta con esta voz que se muestra ajena al objeto representado, de otro tiempo.

Podemos pensar que la exclamación *¡Era una niña!* pudo haber sido dicha por algún familiar, por el terapeuta o por Juan mismo. Parece relacionada con la frase que sigue: *hacía bizcochuelo* con el verbo hacer conjugado en pretérito imperfecto que muestra la pertinencia en el momento actual siendo que la actividad expresada puede ser considerada como del género femenino. El hecho de no nombrar a otro enunciador supone que sigue siendo el mismo. La continuación luego de la coma: *arreglos de la casa* describe una actividad, *arreglos*, en la cual podemos observar la polisemia del lexema. Vimos que en la polisemia se comparten atributos de significación, y los *arreglos de la casa* pueden ser considerados más "masculinos" como por ejemplo arreglos de electricidad o plomería, o bien, los *arreglos de la casa*—dentro de un discurso "sexista"— pueden ser tomados como algo más "femenino", como por ejemplo la decoración de la casa, los colores de las cortinas, etc.

La relación entre el contenido representado de la exclamación y las actividades más o menos femeninas puede continuar en la oración siguiente: "Menor de 7 hnos" que se encuentra subrayada en las notas personales y que podría tener algún carácter explicativo, o bien simplemente comienza una descripción de la familia del paciente. Según un *lugar común* que vincula homosexualidad y debilidad o sobreprotección el menor de siete hermanos podría tener orientación homosexual por ser el más débil o sobreprotegido. Lo que se acentúa es el contenido por el subrayado, como en el caso de "yo lo agredí".

En el día a día del trabajo hospitalario se escuchan distintas voces acerca de los pacientes, opiniones emitidas por distintos participantes del equipo de salud, por familiares y amigos que visitan a los pacientes internados, todo ello permeable a las representaciones sociales.

Las notas sobre Juan informan desde el principio la orientación del

terapeuta en la cual se muestra una relación entre la crisis que tiene que ver con la identidad, lo sexual, los mandatos religiosos y familiares y el acto suicida, diagnóstico de un paciente conflictivo. El 26/9 en “Hip. vecino lo saca de la religión de la madre. No se calma. La madre lo repudia”⁴³ lo explicitado a modo de conclusión del razonamiento no está escrito en la Historia Clínica. El *repudio* de la madre para el terapeuta tuvo un papel en la crisis del acto suicida. Hay mucho material para leer sobre el Complejo de Edipo, los primeros objetos de atracción amorosa, el incesto y el desencadenamiento de la psicosis, tal como lo abordamos en el marco teórico de la introducción. La idea del terapeuta sobre el caso que encontramos en los borradores no se encuentra en la Historia Clínica, siendo un dato significativo para el diagnóstico del paciente y para conocer la interpretación del terapeuta sobre las relaciones familiares. No haberla escrito en el documento se entiende como una forma de no realizar cuestionamientos allí sobre el paciente y su familia que estaban viviendo esa situación trágica.

En la nota fechada el 3/10 hay una entrevista con algunos integrantes de la familia de Juan y surge nuevamente, según el borrador, el tema de “hacer cosas de mujeres”. Es distinto el funcionamiento de la polifonía en los textos de las notas y de la Historia Clínica.

En la primer nota fechada 3/10 dice:

““Q’ no haga cosas de mujeres: lavar los platos, cocinar, etc” (sobre todo cuando el padre fue 2 meses internado por la operación de la pierna)”.

En la Historia Clínica está escrito:

“La madre dice insistir a Juan en q’ no haga “cosas de mujeres” (lavar, cocinar), q’ él hacía en momentos en q’ su padre estaba internado y su madre c/ él”.

A diferencia de las anotaciones que observamos antes –donde encontrábamos más datos sobre la conceptualización del terapeuta en las notas personales que en el legajo del paciente– aquí al observar la adjudicación de las voces en los textos y la descripción de la situación es mayor la información que tenemos de la orientación del psicólogo en el texto legal. En el cuaderno no se

43 Hip. es abreviatura de hipótesis.

aclara que es la madre quien decía a Juan que no haga cosas de mujeres ni que esto pasaba en momentos en que el padre estaba internado y la madre estaba con él. Esto nos aporta datos sobre la situación edípica para la madre: mientras ella está con el padre Juan hace cosas de mujeres.

La entrevista del 10/10 también dejó textos que ofrecen más datos en la Historia Clínica que en las notas. Si nos remitimos a lo escrito en las notas personales y en la Historia Clínica luego de una entrevista determinada encontramos significativas diferencias en la orientación argumentativa y en el interés puesto en la claridad del texto para un lector previsto. Tomando la entrevista con la familia del paciente del 10/10 leemos en las notas alguna oración como “Lo que te dice tu madre nunca contradigas” o la palabra “servicial” en donde no se desarrolla el sentido de la escritura.

Distinto es la frase dicha por el terapeuta “Le digo: "pedíle a Dios que te perdone" (es un arreglo particular e/ él y Dios)” en la cual se muestra que toma distancia del paciente. O la frase: “es una mujercita, los trabajos q’ hace” en la cual se produce que en el borrador están las comillas en el inicio de la cita de estilo directo y el locutor toma distancia del enunciador, pero al final de la frase faltan las comillas haciéndose cargo el locutor de la enunciación.

En la Historia Clínica se detalla con quienes es la entrevista “Entrevista c/ la flia. Participa la madre del pte., y una sobrina de Juan (hija de su hna)” y luego el relato que se hace, a diferencia de los borradores, es claro en la línea argumental y narrativa. “La madre dice apoyarse en Dios (igual q’ su madre) → “hay q’ obedecer a la madre”. Sigue: “Juan tiene q’ pedirle perdón a Dios por lo q’ hizo”. [la madre, en nombre de Dios, dice a Juan lo q’ tiene q’ hacer]” donde el profesional interpreta el dicho de la madre diciendo que en la enunciación se identifica con Dios. En ““Juan son mis ojos” (a veces dice esto de su marido)” el psicólogo alude a la confusión de lugares edípicos en el discurso de la madre. En ““Juan es muy servicial” (su madre también dice serlo)” el profesional se refiere al mecanismo de identificación. Observamos en el documento que con el recurso de paréntesis, corchetes y flechas el profesional da su punto de vista acerca de lo dicho en la entrevista, lo cual no se encuentra en ese borrador. El énfasis está

puesto en los aspectos edípicos y como en la entrevista del 3/10 es mayor la información que tenemos de la orientación del psicólogo en el legajo que en las notas. Esto se puede interpretar como muestra de su pericia volcada en la Historia Clínica en aspectos en los que considera más probables sus hipótesis.

Lo cotidiano reflejado en los textos y el poco grado de planificación posiblemente en ocasiones hacen que la escritura de las notas personales sea “precaria”, que haya falta de precisión y dificultades para el lector en comprender la cualificación de algunas enunciaciones. La precisión como posibilidad de salir de la ambigüedad quizá sea un valor deseable en las escrituras del psicólogo y necesita del tiempo para lograrse, es parte de la formación profesional. La condición de relato de muchos de los tramos de los borradores, la contención del paciente que hace el psicólogo, su valoración inscripta en los textos, la figura del yo enunciador, son factores que han de tenerse en cuenta al analizar estos escritos.

4.4.4 – Las diferencias en los géneros discursivos

Se pueden encontrar rasgos genéricos en las notas, teniendo en cuenta la noción de *género discursivo*. La relación del enunciador con el enunciatario muestra diferencias entre el borrador y la Historia Clínica. En el borrador de fecha 6/10 dice: “Para q volver al pasado. No sé de qué temas a Ud. le interesa hablar”.

En la Historia Clínica del 6/10 dice así: “Dice no querer volver al pasado y me pregunta de q tema me interesa hablar”.

Kerbrat-Orecchioni –como ya mencionamos– sostiene que en la definición del receptor conviene hacer intervenir la relación social y afectiva que mantiene con el locutor y un eje gradual distancia/no distancia que subsumiría a la vez el eje de la intimidad y el de la dominación social (1980: 35–36).

Si analizamos la distancia teniendo en cuenta lo escrito en el borrador y lo escrito en la Historia Clínica notamos que el escritor construye dos imágenes diferentes del paciente.

En el borrador, en la ocurrencia *para qué volver al pasado*, por la sintaxis

misma y a pesar de no tener un signo de interrogación, notamos que el acto ilocucionario (Austin, 1962: 144) puede considerarse interrogativo. La respuesta a la pregunta está implícita en la falta del signo de interrogación que convierte a la frase en una aserción. El locutor realiza la aserción, el enunciador la pregunta (Filinich, 1998: 41). Hay un cambio en el sentido textual de la frase y el valor que adquiere en la comunicación. Esta no está entre comillas, pero sabemos que la enunciación pertenece al paciente, continúa con “no sé de qué temas a Ud. le interesa hablar”, sentencia común dirigida a un terapeuta, el alocutario.

En la Historia Clínica es una cita de estilo indirecto la que contiene la afirmación de que el paciente no quiere volver al pasado. El escritor (el terapeuta) dice que el enunciador (el paciente) no quiere volver al pasado. Lo que en las notas se entiende como una interrogación en la enunciación pasa a ser una afirmación del enunciador en la Historia Clínica.

En “no sé de qué temas a Ud. le interesa hablar”, escrito en el cuaderno, la modalidad epistémica (Filinich, 1998: 70) está indicada por “no se”, negación en primera persona del presente del verbo saber. Esa expresión continúa con la conjunción subordinante relativa “que” (Giammatteo, Albano, 2006: 74) que introduce los temas de interés del terapeuta. En la Historia Clínica se transforma en “me pregunta de q tema me interesa hablar”. El verbo modal *preguntar* y el sujeto modal en primera persona según refleja el deíctico “me” muestran el modo interrogativo (Filinich, 1998: 42, 96). El locutor introduce la pregunta en la enunciación.

En el ejemplo que estamos analizando si pensamos en la transformación de la modalidad, la interrogación pasa a ser una afirmación. Observamos que en el primer caso sería una duda del paciente: *para qué volver al pasado?* y es respondida por el analista en la Historia Clínica interpretando que el paciente no quiere volver al pasado: “dice no querer volver al pasado”.

En el segundo caso en la Historia Clínica el escritor manifiesta que preguntan al analista (enunciario) el tema de su interés: “me pregunta de q tema me interesa hablar”, cuando en realidad en el borrador está escrita una aserción del paciente sobre su desconocimiento de los temas que pueden ser interesantes

para el interlocutor: “no sé de qué temas a Ud. le interesa hablar”. De todas formas en esta última locución cabe interpretar el acto ilocucionario e incluso el acto perlocucionario (Austin, 1962: 153) y puede entenderse la interrogación que manifestó el locutor en la Historia Clínica funcionando aquí el borrador como preparatorio, bosquejo del documento definitivo.

Podemos pensar que el lector previsto de la Historia Clínica debería entender que el paciente no tiene inquietudes. También el paciente muestra, según el escritor de la Historia Clínica, un interés en los temas preferidos por el analista. En cambio, el lector previsto de las notas de entrevista encuentra un paciente que se interroga sobre el valor de volver al pasado y sobre los temas para hablar con el terapeuta.

En el área de Salud Mental es común encontrar escritos que hablan de las imágenes que el paciente muestra del terapeuta y que el terapeuta construye del paciente.

En la comparación entre las notas del terapeuta y la Historia Clínica del paciente archivada en el Hospital nos encontramos en este caso con diferentes imágenes del paciente en cuanto al ethos discursivo entre un paciente que abre interrogantes y uno resuelto, o bien, visto desde las funciones de los escritos en las notas se permiten interrogantes y en el legajo se explicita más el punto de vista del observador.

La Historia Clínica tiene funciones como escrito en las prácticas profesionales de la salud que ya abordamos. De los registros podemos establecer algunas funciones atribuidas de acuerdo al contraste con ese legajo.

El 3/10 está escrito en el borrador: “Le decía a Juan q no trabajará tanto”(…) “(aparentemente la pelea c/el novio de la sobrina fue x q éste le dijo q no trabajara tanto, q no lo ayudara en un trabajo q estaba haciendo)”.

En la Historia Clínica en esa misma fecha dice: “Se manifiesta q le decían a Juan q “no trabajara tanto”. Aparentemente la discusión de Juan c/su sobrino → (anterior a su intento de suicidio) tuvo q ver con este tema (el relato de este episodio es confuso, y la madre dice “no estar enterada”) //...”.

No es la narración ni la forma en que está construido el texto lo que

queremos analizar en este momento, sino el uso de la *evidencialidad* en el fragmento en que se escribe sobre el altercado que fue importante entre los hechos previos al intento de suicidio.

En el discurso indirecto se mantiene el sentido de lo dicho aunque no estén las palabras exactas y es esto lo que buscamos en los borradores y en la Historia Clínica.

Aparentemente tiñe ambas citas con los escrúpulos del escritor acerca de su conocimiento, debilita la aserción (Reyes, 1994: 27, 28). Este adverbio se encuentra en las notas y en la Historia Clínica, pero no solamente esto indica la duda del escritor.

“Se manifiesta que le decían a Juan...” escrito en la Historia Clínica muestra que el origen de la evidencia es un testimonio verbal, siendo que los datos provienen de la entrevista mantenida por el psicólogo (Ibíd.: 27). Dado el impersonal se no está explicitado en el documento a quien se está citando, quién es el agente de la manifestación.

Decían está en plural, mientras que en la nota dice *decía*.

Es posible que uno de los entrevistados ese día haya dicho como dice en el cuaderno: “Le decía a Juan que no trabajara tanto”. *Le decía* indica que el enunciador es la primera o la tercera persona: yo o él. En “se manifiesta q le decían a Juan q “no trabajara tanto”” la enunciación se confunde por *else*, por el *decían* y, además, con la ubicación de las comillas en *no trabajara tanto*. Las comillas que sirven para citar textualmente en este caso oscurecen en lugar de aclarar. El efecto que observamos al comparar los dos textos es que se desplaza lo importante que se trata de transmitir: pasa de la relación entre las personas, la discusión, al tema del trabajo. En este caso las comillas funcionan para distanciar al terapeuta de una situación confusa.

Al leer lo que se narra en ambos textos encontramos diferencias. En la nota dice: “aparentemente la pelea c/el novio de la sobrina fue x q éste le dijo...”. En la Historia Clínica: “aparentemente la discusión de Juan c/su sobrino → (anterior a su intento de suicidio) tuvo q ver con este tema (el relato de este episodio es confuso, y la madre dice “no estar enterada”) //...”

Así como más arriba vimos el cambio de *agredir* por *atacar* aquí encontramos el cambio de *pelea* por *discusión*. Estamos hablando del verbo que caracteriza la acción que relaciona a las personas siendo que la *discusión* queda restringida al ámbito de lo verbal.

En el cuaderno *el novio de la sobrina*. En la Historia Clínica *su sobrino*. En el segundo caso la relación es más cercana a Juan.

La nota dice: *x q éste le dijo*. En la Historia Clínica dice: *tuvo que ver con este tema*. En la nota *porque* funciona como unnexo causal y la causa es algo que se dijo. En la Historia Clínica *tuvo que ver* funciona como conjunción que relaciona, se pierde la causalidad. Esa relación en la Historia Clínica es con el tema, se pierde la enunciación que provocó la pelea.

El análisis de las diferencias del sujeto de la enunciación, de la situación comunicativa y del sentido que se trasmite en la escritura muestra que nos encontramos con versiones algo diferenciadas entre las notas personales escritas por el psicólogo tratante luego de la entrevista y lo que escribió en la Historia Clínica, documento archivado que queda en la institución que atendió al paciente.

En el legajo hay una mayor distancia del profesional tratante que también se muestra donde corresponde al 3/10/92 “La madre echa “la culpa a la religión esa” (Testigos de Jehová), ya q’ al “abandonar la religión de la madre” abandona los preceptos de ésta y eso “no se debe hacer” [el tema gira en torno a la culpa q’ circula por actitudes personales contrapuestas con mandatos]” siendo la madre quien analiza la situación que el psicólogo transcribe y rotula como *actitudes personales contrapuestas con mandatos*. En la Historia Clínica al circunscribir entre corchetes dice *el tema gira*, idea de algo cerrado, sin salida, que no se encuentra en los escritos personales los cuales como observamos abren líneas de pensamiento distintas a las del documento.

Pensar las funciones de la escritura en cuanto al producto acabado y su relación con la palabra, al aporte que brinda en la formación profesional, al momento de la producción, a los géneros discursivos y a las diferencias entre los escritos considerados como documentos y como notas privadas es una forma de comprender el trabajo en el área de Salud Mental.

Una última diferencia señalo entre las notas y la Historia Clínica del paciente se vincula con que las representaciones del escritor sobre el género, (qué escribir y cómo en cada caso) se muestran en el escrito. Al mencionar el análisis genético citamos la frase *el borrador es el otro del texto*. En el caso de *pense*^{imaginé} observamos la función de escribir para pensar. Al trabajar sobre la criptografía vimos que en los borradores *el lector previsto es el mismo escritor en un momento posterior* y afirmamos que el profesional no puede desconocer que *la Historia Clínica se escribe siempre para otro*.

En la nota del 16/10 dice: "I/C⁴⁴ médica de guardia: me dicen q' está grave por insuf. renal". Se sabía que al paciente le quedaban horas de vida. Comparamos las notas con la Historia Clínica del 17/10, luego de una entrevista familiar según lo escrito en el legajo. Como en la entrevista familiar anterior analizada del 10/10, las notas no se detienen en decir las fuentes de las enunciaciones. En cambio sí es notorio cómo el locutor se separa del enunciador, cómo se muestra que son cosas escuchadas por el psicólogo: casi todo son citas de estilo directo, escrito entre comillas⁴⁵. Es la última entrevista, el día anterior a la muerte del paciente.

En las notas está escrito:

17/10 Testigo de Jehová: Aldo Ross

Novio de Marta: Aldo Juan le dice "mami. Me fui a buscar a Aldo a comer".

Le tengo rabia a ese hombre. "Mi hijo era todo para mí".

"Dos minutos fue" "Voy a hacer lo q' tenía pensado".

"Hubiéramos estado tranquilos los dos". "No me faltaba nada mami"

"Semana antes la madre le pide "Mamá quiere un nieto tuyo" "Casate". (Antes del accidente) (1 semana antes)

"El siempre con su cariño x su madre".

En la Historia Clínica:

17/10/92 Entrevista fliar. C/ la madre y el hno.: la madre recibe la

44 I/C es la abreviatura que utilizo de interconsulta.

45 El Discurso Directo e Indirecto en los escritos es trabajado en el Capítulo 1.

información de la gravedad del pte. Y remite sus posibilidades de vida a Dios. Sobre Juan dice “era todo para mí”, angustiándose con la idea de su posible pérdida. Mario

En las notas del terapeuta encontramos un diálogo madre-hijo, una situación edípica confusa con un pedido de la madre. En francés el verbo *demander* significa demanda y pregunta. Es claro según la nota que la madre quería algo de su hijo, pedía, lo llamaba a cierto lugar desde el cual Juan tenía que responder (Lacan, 1956: 287–293). Ya mencionamos un poco antes que tienen un lugar importante los problemas existenciales en el suicidio según el Dr. Polaino-Lorente y el terapeuta muestra un paciente con conflictos.

En la escritura solemne de esa fecha del legajo archivado, la última escritura del psicólogo sobre el paciente, de todo eso no se habla. El locutor no informa a ese otro a quien escribe sobre esos conflictos, probablemente resguardando una imagen de la persona luego del suicidio. Podríamos decir que en las notas personales el locutor desaparece frente a los enunciadores, las voces. Inversamente en la Historia Clínica el locutor prevalece informando de una situación.

Pero quedó algo en lo escrito en el documento, una falla, una hendidura, una falta en la coordinación y coherencia: “era todo para mí”. El tiempo verbal en pasado revela que el objeto ya se perdió. “Angustiándose con la idea de su *posible* pérdida”. La modalidad de lo posible hace que no sea segura la pérdida.

4.5 – Conclusiones

A partir de nuestro análisis del género en este capítulo de comparación con el de historias clínicas realizamos una descripción desde el Análisis del Discurso. Se observan características en las historias clínicas relacionadas con el carácter social y legal del género. El modelo médico se encuentra en el origen de la realización de esos documentos que luego son adoptados por otras disciplinas. En el caso de los escritos personales, los trabajos son relativamente nuevos, su función no está tan claramente delimitada comenzando a valorarse sus aportes.

A fin de profundizar en el estudio del género de borradores, tomamos del corpus un caso del momento inicial de la carrera profesional del psicólogo, a fin de contrastar lo que encontramos en las notas personales con lo plasmado en el legajo archivado. El paciente murió luego de una breve internación, motivada por una autoagresión, en el año 1992.

Utilizando las herramientas del Análisis del Discurso se muestra que las notas no tienen como único fin la planificación de la escritura de un texto definitivo (como podría ser la Historia Clínica), sino que hay una conceptualización sobre el paciente y las circunstancias del acto suicida que difiere en uno y otro caso, uno y otro género. Observamos que las notas no necesariamente son un borrador, un pre-texto de un texto definitivo, a pesar de que en alguna ocasión sí funcionen como tal. Hay relación entre la escritura y el pensamiento que surge. Es posible renunciar a reflexiones de los borradores, textos con ideas propias que no necesariamente se trasladan al legajo institucional del paciente. Las reflexiones de los borradores que no se encuentran en la Historia Clínica no tienen la suficiente fuerza como hipótesis para ser escritas en el documento, surgen, más bien, de datos que es necesario corroborar o requieren adquirir mayor información. La Historia Clínica exige una adaptación a la situación y a las necesidades del paciente que demanda mayor certeza en las hipótesis que las notas personales.

Las historias clínicas del Hospital de Quemados se ligan a hechos traumáticos. Las notas del terapeuta y la Historia Clínica son géneros que surgen de un primer acercamiento y reflexión sobre lo vivido, surgiendo del diálogo de la entrevista con el paciente. En el caso observado hay diferencias importantes entre el borrador y el documento archivado:

- 1) Desde el comienzo las notas informan que el terapeuta relaciona la crisis de identidad, sexual, religiosa y familiar con el acto suicida, dándose importancia al repudio de la madre. Esto no se muestra en la Historia Clínica (HC) del paciente.

- 2) La premeditación del acto suicida está observada y cuestionada en las notas, mientras que en la Historia Clínica se plantea como algo surgido en el

momento.

3) La culpa ligada a la familia como hipótesis del terapeuta en los borradores se orienta hacia el entendimiento del acto suicida como la salida de una crisis. Se sugiere en la Historia Clínica a partir de la enumeración de los antecedentes del acto suicida la relación con dificultades laborales o reacciones agresivas que lo provocarían.

4) La exposición en la Historia Clínica de interpretaciones sobre la familia que no están en los borradores y el menor trabajo en estos sobre las entrevistas familiares muestran una mayor dedicación del profesional a escribir en sus notas personales sobre el paciente que sobre la familia.

5) Hay diferentes imágenes del paciente en cuanto al ethos discursivo de este: se muestra en las notas un paciente que abre interrogantes que no aparece en los legajos donde hay una mayor distancia e intención de objetividad del profesional tratante que se construye como un observador. En las notas prevalece la enunciación del paciente mientras que en la Historia Clínica en ocasiones las afirmaciones del terapeuta orientan el sentido.

6) De las entrevistas con el paciente surgen dos versiones de las cuales el terapeuta eligió una para escribir en cada texto según la funcionalidad que le atribuye a cada uno de los escritos. Como un intento de protección de la imagen del paciente no escribió de sus dificultades y conflictos en el texto legal, pero sí puede inferirse de los borradores y su diferencia con la Historia Clínica un diagnóstico y una explicación del acto suicida.

De las diferencias entre las notas y la Historia Clínica observamos que las primeras admiten el desorden y la falta de datos que es necesario completar. La Historia Clínica es un documento destinado a otro que debe comprenderlas, por lo cual es importante la claridad. En ocasiones pareciera que por falta de esta o falta de seguridad en las hipótesis no se muestra algo de los borradores en el documento legal. La codificación particular dada por los signos no se encuentra solamente en los borradores sino también en el legajo, por lo cual el escritor entiende que es comprensible para otros. El documento legal como género tiene

exigencias en relación al ethos del terapeuta que muestra su pericia y tiene limitaciones por las responsabilidades legales que puedan desprenderse del relato.

Las conceptualizaciones de los borradores tienen un lector previsto distinto que el del texto legal: en los primeros el principal es el escritor mismo en un momento posterior mientras que en la Historia Clínica es otro. Para el profesional el género de borradores admite la escritura de reflexiones diferentes a la Historia Clínica. Este aspecto es importante en la significación de los borradores en la formación profesional. Las notas del psicólogo dejan ver su pensamiento en el momento de la escritura, así como que se trata de un tipo de escrito que no se orienta a la escritura de un texto definitivo sino que busca dejar registro de una nueva reflexión.

Conclusiones

Dado nuestro interés en la problemática de la formación profesional, realizamos un estudio de los registros escritos en el área de la salud mental. Las escrituras profesionales del área de salud mental se concretizan en diferentes géneros discursivos. Contribuimos al conocimiento de las escrituras profesionales con el análisis de las notas privadas de un terapeuta del Hospital de Quemados surgidas a partir de entrevistas a pacientes atendidos desde 1992 hasta 2010 en el área de Psicología. Los casos fueron seleccionados de distintas formas, definidas en cada capítulo en función de objetivos, materiales y corpus formado.

El autor es psicólogo en el hospital desde 1992 y utilizó sus registros de la atención de pacientes, materiales de los cuales extrajimos el corpus. Esta tesis de Análisis del Discurso aporta a comprender los borradores como escritura útil para la formación profesional en el área de Salud Mental.

Nuestro método consistió en observar y analizar la relación entre los borradores y otros textos escritos por el psicólogo sobre el mismo paciente, destinados a colegas y a la supervisión, caracterizar el modo en que el paciente construye el acontecimiento por el que está internado, describir características del relato, transformaciones entre la situación inicial y final en las narraciones, tipos de actos y acciones, contrastar la información presente en las notas personales con la Historia Clínica correspondiente al mismo paciente, observar en los registros los temas abordados identificando el foco discursivo de terapeuta y pacientes a lo largo de los encuentros, analizar dispositivos enunciativos en los escritos: cómo se fijan las personas gramaticales en relación a los episodios narrados, inferir funciones atribuidas por el terapeuta a sus registros escritos.

Utilizando los métodos del Análisis del Discurso identificamos rasgos que orientaron la escritura de los registros ligados a las funciones de los borradores en las cuales nos detenemos en los capítulos: la identificación del diagnóstico, la elaboración de lo traumático y la construcción de saber. Esto se observa en la comparación de las notas personales con lo posteriormente recuperado y en lo escrito sobre la relación con el paciente que involucra posiciones teóricas

vinculadas a la salud mental, la psiquiatría y al psicoanálisis mostrando las representaciones sobre el rol del terapeuta, la función de la entrevista y la mediación institucional. Para ello se tienen en cuenta aspectos estructurales, enunciativos, temáticos y estilísticos de los textos del corpus. Las diferencias constituyen a los borradores como género en comparación con otros lindantes y derivan de las funciones que cumplen. Las notas personales forman parte de una cadena genérica –del campo disciplinar de la Psicología– y son punto de partida de la producción de conocimiento. Mostramos que el ejercicio de la escritura por parte del terapeuta luego de las sesiones tal como se muestra en los borradores es útil al trabajo de elaboración cumpliendo las notas personales una función epistémica. Los registros privados del terapeuta se utilizaron como material de supervisión, para fundamentar una presentación a los colegas, para analizar casos y orientar tratamientos y para la confección de la Historia Clínica requerida por las instituciones sanitarias de la cual se diferencian claramente.

La presentación de la investigación está dividida en cuatro capítulos. El primero expone el marco teórico utilizado para el trabajo y los otros tres corresponden a funciones que muestran la utilidad del género analizado: la orientación del diagnóstico, lo que aportan sobre el conocimiento del trauma en un hospital donde prevalece la atención de urgencias y la construcción del saber que queda de las prácticas realizadas en la institución.

En el capítulo 2, *Los borradores y los escritos en salud mental*, nos preguntamos sobre la manera en que las notas personales registran el proceso de construcción del diagnóstico de los pacientes. Analizamos la relación entre las notas personales y los escritos pertenecientes al área de la salud mental en que se trabajan los diagnósticos: los escritos de supervisión y los de presentación para los colegas. Los borradores funcionan como origen de esa cadena de escritos. Utilizamos como marco distintos abordajes teóricos que son saberes reconocidos por el sector profesional.

El Análisis del Discurso permite comprender cómo en las notas personales las palabras del terapeuta se diferencian de las del paciente: se observa la distancia entre ambos en algunas marcas objetivas, como por ejemplo las comillas

del discurso directo, el funcionamiento de las hipótesis del caso, la construcción de un yo enunciativo del terapeuta y un ethos del paciente, la materialidad de la escritura como prueba. Estos conocimientos son útiles en la transmisión de la enseñanza de la práctica profesional ya que aportan al trabajo sobre el diagnóstico del caso: se muestran las escrituras privadas del terapeuta y las funciones que cumplen en la relación con otros escritos del área. Lo público y lo privado de la terapia, la escucha y lo escrito en los textos, las interconsultas y conceptualizaciones del caso, la escritura como rastro y avance del pensamiento son temas en los que se profundizó en el análisis de los borradores.

Este capítulo trabaja los borradores como tipo de texto ligado a una comunidad discursiva con ciertas prácticas discursivas. Se transmiten saberes en los borradores y se observa la formación profesional entendiendo cómo los escritos privados sirven de base a otros textos en cuanto a los temas que se abordan, de los cuales algunos se conceptualizan después tomando las notas como un inicio. Las notas personales cuentan situaciones cotidianas vividas en el hospital que en los textos destinados a los colegas y en lo expuesto de la supervisión se despliegan y teorizan. Algunas ideas escritas en los borradores son el fundamento de construcciones nuevas pertenecientes al área de salud mental. En ocasiones se alude a lo escrito en los borradores y no se lo cita, dando su status de *notas personales, privadas*. En este capítulo el tema central del trabajo en los borradores es el diagnóstico y cómo las notas aportan en esa reflexión. Se observa cómo el terapeuta argumenta en las distintas producciones a fin de tipificar y armar el caso del paciente atendido en el hospital.

La gran presencia del discurso referido, directo e indirecto, en los borradores se comprende a partir de la problemática del diagnóstico orientando la escritura de las notas personales luego de la entrevista con el paciente. Estas notas fueron tomadas poco tiempo después de la sesión siendo el tiempo de la escritura un acercamiento a ese momento. Las citas se producen por la necesidad de rasgos de objetividad, como *prueba* para diagnosticar. Los datos registrados por escrito son confiables y aportan verosimilitud a la construcción de la narración sobre el caso. La escritura aparece como borramiento de sí misma: construcción

de la realidad. Da garantía que lo que está escrito es verdad. Las notas personales son la base de la elaboración siguiente y muestran que el diagnóstico en salud mental se problematiza y que no es algo clausurante. En este sentido, la comparación entre los textos personales, los destinados a colegas y los de supervisión mostraron los borradores como pre-textos de otros que continúan su orientación argumentativa, a diferencia de lo que observamos en la relación entre las notas personales y la Historia Clínica en el capítulo 4.

El capítulo 3, titulado *La elaboración de lo traumático en los borradores*, surge de la investigación sobre lo reflejado en las notas personales del motivo o forma en que se produjo el accidente que causó la internación. El texto del borrador es una *huella* de las representaciones del terapeuta frente a esa situación traumática ya que en los encuentros con el paciente se produce la construcción de sentido, la elaboración.

Es sabido, por la gravedad y necesaria inmediatez de la atención, en el Hospital de Quemados se trabaja sobre las urgencias: precisamente, en los borradores se analiza lo que se manifiesta como urgente para el paciente. Luego de la situación traumática vivida, de los encuentros en terapia surgen las notas como una primera conceptualización escrita. Su análisis presenta una palabra que no es completa y tiene el objetivo de elaboración que regula desde el comienzo la enunciación.

En esta parte se muestran las características personales y psicológicas de los pacientes y la relación que establecen con el profesional, las diferentes reacciones frente a lo vivido, las necesidades de continuar atendándose en el área de salud mental, los motivos por los cuales se interrumpe la atención del terapeuta, etc. La intelección que observamos en las escrituras está orientada por la escucha del psicólogo dirigida a cómo entiende esa situación.

En ese marco, el discurso del corpus se orienta hacia relevar las construcciones relacionadas a las vivencias particulares de los pacientes. En las notas de las entrevistas se evidencian teorizaciones comprensibles para un profesional del área que no se desarrollan explícitamente y pensamientos del terapeuta no expresados en las entrevistas. En los registros sobre un paciente

puede ser lo emotivo lo preponderante en la relación terapéutica haciendo que se prioricen estos aspectos por sobre la elaboración. Esta muestra sobre los borradores revela que la elaboración y conceptualización no tiene temas o formatos predeterminados, sino que son acordes a la situación del paciente y en relación con éste.

Se observa en los casos presentados una focalización del discurso en situaciones familiares previas, que se reactivan en la situación traumática y que exigen un esfuerzo de elaboración del psiquismo. Así, conflictos previos se enlazan con el “accidente” vivido y la posterior reconstrucción.

Destaquemos que son diferentes las posturas de los dos pacientes analizados: en uno, la posición ética es la de elaborar, dialogar y aportar a su familia y a su entorno luego del accidente vivido (una modalidad interrogativa); mientras que en el otro se observa evasión de los problemas, ocultamientos, no asunción de la responsabilidad propia, poca elaboración y claridad de la necesidad de ayuda luego del intento de suicidio. En el primer caso, propiamente un accidente, la familia es un apoyo, mientras que en el segundo, el intento de suicidio, es parte del problema. En el trabajo sobre los borradores, el Análisis del Discurso muestra la importancia dada a la particularidad del caso. Se presentan las notas como testimonio de las prácticas en salud mental construyendo saberes transmisibles de la práctica profesional al mostrar la dinámica de la atención en el área de psicología que reflexiona y elabora luego de una situación crítica.

El género borrador muestra sus características de *ayuda–memoria* al registrar hipótesis, o huellas de estas, que luego serán retomadas o reformuladas. Con el tiempo, así, se pierde el significado del momento de su escritura, lo que habilita nuevos acercamientos. La separación entre discurso e historia, entre presente y pasado nos ubica en la problemática del paciente y su forma de focalizar lo vivido: el terapeuta trabaja conjuntamente en la elaboración.

En ese marco, el estudio de los borradores como género discursivo permitió vislumbrar cómo la locución en presente de discurso en las notas del terapeuta evidencia que la actualización de la situación se da en relación al punto de vista del profesional. Asimismo, el despliegue de un relato permite una mayor

movilización de los afectos que rodean a la situación de internación y elaboración de las situaciones.

Finalmente, del trabajo sobre la conceptualización en los borradores hallamos que surgen temas comunes en la atención de gente internada en el Hospital de Quemados. Los hechos que por su descripción son llamados traumáticos no siempre producen efectos patógenos, mientras que problemáticas psíquicas anteriores pueden desencadenar situaciones traumáticas. Esto es parte de las posibilidades y dificultades en la atención de los pacientes en el área. Analizar la enunciación, las identificaciones y los lugares ocupados por los distintos intervinientes en el relato generado a partir de los encuentros del terapeuta con el paciente enriquece al campo de la salud mental.

El capítulo 4, *Comparación de las notas personales con la Historia Clínica*, se organiza a partir del contraste entre las notas privadas del terapeuta y lo documentado sobre el paciente, lo que permite conocer más sobre la función social de los géneros discursivos tratados. Así, se caracteriza el género *Historias Clínicas*, a fin de mostramos rasgos relacionados con su función social y aportamos un trabajo sobre el género de los escritos personales ayudando a la delimitación de su función. Vimos el modelo médico en el origen de la realización de los legajos institucionales que luego son adoptados por otras disciplinas. Observamos el aporte a la construcción de saber acerca de los pacientes que otorgan las notas personales.

Las herramientas del Análisis del Discurso permitieron mostrar que las notas no tienen como único fin planificar la escritura de un texto definitivo que sería la Historia Clínica, sino que tienen una conceptualización distinta sobre el paciente y las circunstancias que motivaron su internación. Los borradores no son, al menos no necesariamente, un pre-texto de un texto definitivo que se genera como documento. No solo es evidente la relación entre escritura y pensamiento, sino que es también “renunciar” a reflexiones de los borradores, dado que éstas no necesariamente se trasladan al legajo institucional del paciente.

En ese sentido, observamos que, desde la recepción del paciente, las notas informan que el terapeuta establece hipótesis que no se muestran en el legajo, al

mismo tiempo que se hacen planteos diferentes en la Historia Clínica. Esto incluye interpretaciones sobre las relaciones familiares distintas en ambos textos y una mayor dedicación a la escritura sobre el paciente que sobre la familia. De este modo, se construyen en las notas y en la Historia Clínica diferentes imágenes del paciente en cuanto al ethos discursivo: si las primeras registran un paciente que abre interrogantes, en los legajos esta situación se encuentra velada. En la Historia Clínica, podría decirse, hay una mayor distancia y “objetividad” del profesional tratante como observador. Y si en las notas prevalece la enunciación del paciente, en los documentos son las afirmaciones del terapeuta las que orientan el sentido.

A otro nivel, también es menester destacar como rasgo genérico que los borradores, en tanto escrito privado y abierto, admiten el desorden y la falta de datos mientras que la Historia Clínica –siendo un documento público destinado a otros que deben comprenderla–, exige mayor orden y claridad. Los borradores tienen, así, un lector previsto distinto al del texto legal: en los primeros, el lector principal es el escritor mismo en un momento posterior mientras que en la Historia Clínica es otro. Subrayemos que, contra lo que podría pensarse, la codificación de las notas (sistema de signos) se utiliza también en el legajo, de lo que se deduce que el escritor entiende que este código es comprensible para otros.

Un aspecto importante en el marco de la formación profesional es que, para el psicólogo, el género de borradores admite la escritura de reflexiones diferentes a la Historia Clínica: la lectura de los borradores del terapeuta permiten interrogantes que vuelven a ubicar el pensamiento en el momento de su escritura, nunca definitiva, posible de una nueva reflexión.

En síntesis, dos capítulos dedicamos a comparar la escritura de los borradores con la de textos para colegas, material de supervisión e Historia Clínica, a partir de los cuales llegamos a las siguientes conclusiones sobre el funcionamiento de los borradores como pre-textos en el área de Salud Mental:

- 1) En ocasiones las notas personales son bosquejos de textos definitivos que las retoman.
- 2) A veces las notas personales se diferencian de escritos pertenecientes al mismo

paciente constituyendo hipótesis distintas del caso.

- 3) Las diferentes hipótesis entre las notas personales y otros escritos sobre el mismo paciente se deben a los cambios en el sujeto de la enunciación y la situación enunciativa o bien a las características de los géneros a los cuales dan origen.

Por otro lado, el capítulo en que trabajamos la elaboración y conceptualización en los borradores nos mostró su función epistémica, su lugar en la formación del pensamiento.

Habiendo estudiado desde el Análisis del Discurso tres roles de los escritos personales: diagnóstico, trauma y construcción de saber y cómo cada uno de estos tres factores orienta las escrituras del terapeuta ante el contacto directo con el paciente, pensamos que queda un amplio espectro de escritos vinculados a la salud mental que merece ser estudiado desde la perspectiva del análisis del discurso y desde su especificidad como productos de la cultura escrita.

Bibliografía de Análisis del Discurso

- Amossy, Ruth (2000): *L'argumentation dans le discours*, Paris, Nathan.
- Amossy, Ruth y HerschbergPerrot, Anne (1997): *Estereotipos y clichés*, Buenos Aires, EUDEBA, 1° edición, 4° reimpresión, julio de 2005.
- Austin, J. L. (1962): *Cómo hacer cosas con palabras*, Argentina, Paidós, primera edición, 1971; segunda edición, 2003.
- Aristóteles (345–340 a.C.): *Retórica*, Buenos Aires, Ediciones Libertador, 2004.
- Arnoux, Elvira N. De: “Ejemplo ilustrativo y caso: recorridos destinados a la formación académica y profesional”, ponencia presentada en el “II Congreso Nacional de la Cátedra UNESCO en Lectura y Escritura”, Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile, 5 de octubre de 2009.
- Arnoux, Elvira N. de; di Stefano, Mariana; Pereira, Cecilia (2010): *Materiales clínicos y supervisión: escritos del campo psicoanalítico*. En Parodi, Giovanni (dir.), *Alfabetización académica y profesional en el Siglo XXI: Leer y escribir desde las disciplinas*, Santiago de Chile, Planeta.
- Authier–Revuz, Jacqueline: *Palabras mantenidas a distancia*, en Authier–Revuz, Jacqueline, *Materialités discursives*, Paris, Presses universitaires, 1981. [Traducción del seminario “Introducción al análisis del discurso”. Maestría en Análisis del Discurso, UBA].
- Authier–Revuz, Jacqueline: Heterogeneidad(es) enunciativa(s), en *Langages N° 73*, marzo de 1984. Traducción de Marcela Constenla para el Instituto de Lingüística – UBA.
- Bajtin, Mijail M. (1979): El problema de los géneros discursivos, en *Estética de la creación verbal*, Siglo XXI Editores, 1998.
- Barthes, Roland: Introducción al análisis estructural de los relatos, en Barthes, Roland; Eco, Humberto; Todorov, Tzvetan y otros, *Análisis estructural del relato*, México, Ediciones Coyoacán, primera edición 1996, segunda edición 1997.
- Benveniste, Émile (1959): Las relaciones de tiempo en el verbo francés, en *Bulletín de la Société Linguistique*, LIV, 1959, fasc. 1. [Traducido por Laura Bacelli, supervisado por la prof. Nora Bouvet. Ficha del Seminario “Introducción al análisis

del discurso". Maestría en Análisis del Discurso, UBA].

_____ (1966): Capítulo XIII: Estructura de las relaciones de persona en el verbo, en *Problemas de lingüística general*, Mexico, Siglo XXI editores, decimonovena edición en español, 1997.

Boileau Despréaux, Nicolas (1636–1711). *L'art poétique.*, Paris, Paul Masgana, Libraire–Éditeur, 1840. Disponible en <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5544311c.r=Boileau.langES> [Visitado el 31 de Marzo de 2012].

Bonorino, María Paula; Cuñarro, Mariana (2006–2007): Las relaciones léxicas en los procesos de lectura y escritura. Diagnóstico y propuesta pedagógica. En *Filología Años XXXVIII–XXXIX*, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, 2009.

Boutet, Josiane y Demaziere, Didier (Dir.) (2009): *Langage et société. Écritures scientifiques. Carnets, notes, ébauches. Numéro 127 – mars 2009*, Paris, Maisons des sciences de l'home.

CalsamigliaBlancafort, H. y Tusón Valls, A. (2004): *Las cosas del decir*, Barcelona, Ed. Ariel.

Cardona, Giorgio Raimondo (1981): Sociología de la escritura, en *Antropología de la escritura*, Barcelona, Editorial Gedisa, 1994.

Cassany, Daniel (2008): Metodología para trabajar con géneros discursivos. Lenguajes de Especialidad y terminología: Didáctica y comunicación en ámbitos de especialidad. Disponible en http://www.upf.edu/pdi/daniel_cassany/_pdf/b08/UPVEuskera08.pdf [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

_____ (2008): Una metodología para trabajar con los géneros discursivos de cada disciplina o licenciatura, *Jornadas sobre lenguajes de especialidad y terminología*, Instituto Universitario de Euskera, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Campus de Leioa (Bizkaia), 1–2–08. Actas en prensa. Disponible en http://www.ei.ehu.es/p289-content/eu/contenidos/informacion/euskara_inst_jardunaldiak2008/eu_jar2008/liburua.html [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

Cruse, D. A. (1990): *Lenguaje, Significado y Sentido: Semántica*, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Cuenca, Maria Joseph y Hilferty, Joseph (1999): Cap. 4 “Metáfora y metonimia”, en *Introducción a la lingüística cognitiva*, Barcelona. Ariel.

Chartier, Roger: La historia entre narración y conocimiento, en *Entre poder y placer. Cultura escrita y literaria en la edad moderna*, Madrid, Cátedra. Historia Serie Menor, 2000.

Doquet, Anne (2009): Le terrain des notes. Enquête, notes de terrain et raisonnement de l’anthropologue, en *Langage et société. Écritures scientifiques. Carnets, notes, ébauches. Numéro 127 – mars 2009*, Paris, Maisons des sciences de l’home.

Doquet–Lacoste, Claire (2009): Ecrits intermédiaires, écritures intermittentes. Carnets, notes, bribes de science, en *Langage et société. Écritures scientifiques. Carnets, notes, ébauches. Numéro 127 – mars 2009*, Paris, Maisons des sciences de l’home.

Ducrot, Oswald: *Polifonía y argumentación*, Universidad del Valle – Cali, 1988.

————— : Capítulo 8: Esbozo de una teoría polifónica de la enunciación, en *El decir y lo dicho*, Buenos Aires, Edicial, 1994.

Eco, Humberto (1979): *Lector in fabula*, Editorial Lumen, segunda edición, Barcelona, 1987.

Fenoglio, Irène (2007): Du texte avant le texte. Formes génétiques et marques énonciatives de pré–visions textualisantes, en *Langue Française N° 155, septembre 2007: Avant le texte*, Paris, Larousse/Armand Colin.

Filinich, María Isabel (1998): *Enunciación*, Buenos Aires, EUDEBA, 2001.

Foucault, Michel (1953): “Antigüedad de la clínica”, en *El nacimiento de la clínica*, trad. Francisca Perujo. Mexico, Siglo XXI editores, vigésima edición en español, 2001.

Foucault, Michel (1969): “La formación de los conceptos”, en *La arqueología del saber*, trad. Aurelio Garzón del Camino. Mexico, Siglo XXI editores, sexta edición, 1979.

García Negroni, María Marta (1998): La negación metalingüística, argumentación y

escalaridad, en *Signo & seña*, Facultad de Filosofía y Letras, 1998.

_____ (1999): La distinción pretérito perfecto simple / pretérito perfecto compuesto. Un enfoque discursivo, en *Revista iberoamericana de Discurso y Sociedad* Volumen 1 Número 2, Gedisa, junio de 1999.

García Negroni, María Marta; Tordesillas Colado, Marta (2001): Capítulo 4: La modalidad, en *La enunciación en la lengua*, Madrid, Editorial Gredos.

Gherzi, Carlos A. (1987): Capítulo II: Encuadre jurídico de la historia clínica. Efectos en establecimientos hospitalarios y clínicas privadas, en *Responsabilidad por prestación médico asistencial*, Buenos Aires, Editorial Hammurabi S.R.L., 2° edición, Setiembre de 1992.

Giammatteo, Mabel y Albano, Hilda (2006): *¿Cómo se clasifican las palabras?*, Buenos Aires, Littera ediciones.

Grice, H. P.: *Lógica y Conversación. La búsqueda del significado*, Madrid, Tecnos, 1991.

Halliday, M. A. K. (1982): *El lenguaje como semiótica social*, México, Fondo de Cultura Económica, primera versión española.

Hay Louis (1993): *La escritura viva*, en Fil. XXVII, 1–2.

Jakobson, Roman (1958): *Lingüística y Poética*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1988.

Jodelet, Denise. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *En publicación: Cultura y representaciones sociales, año 3, no. 5*. IIS, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México: México. Septiembre 2008. Acceso al texto completo: <http://www.culturayrs.org.mx/revista/num5/Jodelet.pdf>.

Jouven, Nathalie (Dir.) (2007): *Langue Française 155*, septembre 2007: *Avant le texte*. Paris, Larousse / ArmandColin.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine (1980): *La enunciación de la subjetividad en el lenguaje*, Buenos Aires, Edicial, 3° edición, 1997.

Kovacci, Ofelia: *El comentario gramatical II*, Madrid, Arco/Libros S.A., 1992.

Leblay, Christofe: L'avant-texte comme texte sur le vif. Analyse génétique d'opérations d'écriture en temps réel, en *Langue Française 155*, septembre 2007: *Avant le texte*. Paris, Larousse / ArmandColin.

Lois, Elida (2001): *Génesis de escritura y estudios culturales. Introducción a la crítica genética*. Buenos Aires, Edicial.

Maingueneau, Dominique (1976): Capítulo 3: La enunciación, en *Introducción a los métodos de análisis del discurso, problemas y perspectivas*, Buenos Aires, Hachette.

Maingueneau, Dominique (1980): Cap. III La enunciación en *Introducción a los métodos de análisis del discurso*, Buenos Aires, Hachette.

Morales, O., Cassany, D., Marín, E. y González, C., (2007): Rasgos discursivos y retóricos de casos clínicos odontológicos hispanos: estudio exploratorio. ME. Kuteeva y H. Fanha Martins (eds.), *Teaching and Learning LSP: blurring Boundaries. Proceedings of the 6th Internacional AELFE Conference*, Lisboa, Portugal, del 13 al 15 de septiembre de 2007. Pp. 232–240. Disponible en http://www.academia.edu/2976084/Rasgos_discursivos_y_retoricos_de_casos_clinicos_odontologicos_hispanos_estudio_exploratorio [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

Ong, Walter J.: La escritura reestructura la conciencia, en *Oralidad y escritura*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982.

Perelman, C. (1997): *El imperio retórico. Retórica y argumentación*. Bogotá, Norma.

Plantin, Christian (1996): *La argumentación*. España, Editorial Ariel S.A., 2° edición enero de 2001.

_____ (1998): Les raisons des émotions, en « Raisons des émotions », in M. Bondi (ed.), *Forms of argumentative discourse / Per un analisi linguistica dell' argomentare*. Bologne : CLUEB. P. 3–50, traducción de la 2° parte al francés. En <http://icar.univ-lyon2.fr/Membres/cplantin/Index.htm>.

_____ (2005): Les arts de la preuve, en *L'argumentation: Histoire, théories et perspectives*, Paris, Presses Universitaires de France.

Polaino–Lorente, Aquilino (1994): "Ética y comportamiento suicida", en Polaino–Lorente, Aquilino (dirección editorial), *Manual de Bioética general*, España, Ediciones Rialp S. A., 3° edición Enero de 1997.

Ramírez Vidal, Gerardo (2008): Argumentación, retórica y persuasión, en I.

Introducción al curso, *Curso: retórica griega clásica. Antología de textos*. Mimeo. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, 17 al 26 de Noviembre.

Alterini, Jorge Horacio (Dir.) (2009): JUNIN, DAÑOS Y PERJUICIOS, Responsabilidad del psicólogo – Suicidio de un paciente – Historia clínica – Responsabilidad del médico clínico que le recetó antidepresivos – Responsabilidad extracontractual en La Ley Buenos Aires 2009, Buenos Aires, 2010.

Reyes, Graciela (1993): *Los procedimientos de cita: estilo directo y estilo indirecto*, Madrid, Arco Libros, 1° edición 1993, 2° edición 1995.

————— (1994): *Los procedimientos de cita: citas encubiertas y ecos*, Madrid, Arco Libros.

Serani Merlo y Burmester Guzman, (1994): "Ética, historia clínica y datos informatizados (aspectos epistemológicos, antropológicos y éticos)", en Polaino–Lorente, Aquilino (dirección editorial), *Manual de Bioética general*, España, Ediciones Rialp S. A., 3° edición Enero de 1997.

Todorov, Tzvetan: Las categorías del relato literario, en Barthes, Roland; Eco, Humberto; Todorov, Tzvetan y otros, *Análisis estructural del relato*, México, Ediciones Coyoacán, primera edición 1996, segunda edición 1997.

Zamudio B. y Giammateo M. (1999): Metáfora y cognición, en "*Lenguaje: Teorías y prácticas*". Primer Simposio de la Maestría en Ciencias del Lenguaje 1999. Buenos Aires, Instituto Superior del Profesorado "Joaquín V. González" –2000, 65–74.

Bibliografía del área de la salud mental

American Psychiatric Association (1994): *DSM–IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Edición electrónica, Barcelona, Masson. Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana Pierre Pichot, Director de la edición española Juan J. López–Ibor Aliño, asesoramiento de la versión electrónica Antonio Bulbena Vilarrasa, realización de la versión electrónica Instituto Municipal de Investigación Médica Departamento de Informática Médica,

Barcelona, 1995.

American Psychiatric Association (2012): DSM–5 Development. Disponible en <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> [Visitado el 29 de Noviembre de 2013].

Ey, Henry y otros (1965): *Tratado de psiquiatría*, Masson S.A., 8° edición castellana, 3° reimpresión, Mexico, 1987.

Facultad de Psicología (2010): Revista de Historia de la Psicología en Argentina.

Dimensión Psicológica Implícita en el Relevamiento de Datos Psicológicos Perspectivas Longitudinales (historias clínicas) y Transversales (fichas) en Áreas Profesionales (UBACyT P046, 2008– 2010), Buenos Aires. Disponible en http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/revista_de_historia_psicologia_3.pdf [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

Fractman, Andrés M. (2007): La elaboración. Una perspectiva freudiana, en *Psicoanálisis APdeBa* – Vol. XXIX – N° 1. Disponible en http://www.apdeba.org/images/stories/Publicaciones/Revista_Psicoanalisis/PDFs/2007/1/fractman.pdf [Visitado el 1 de Abril de 2012].

Freud, Sigmund (1905 [1904]): Sobre psicoterapia, en T. VII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1983.

—————(1910): Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica, en T. XI, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 2007.

—————(1912): Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, en T. XII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1980.

—————(1914): Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II), en T. XII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1980.

—————(1914): Introducción del narcisismo, en T. XIV, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

—————(1921): Psicología de las masas y análisis del yo, en T. XVIII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

————— (1926): ¿Pueden los legos ejercer el análisis?. Diálogos con un juez imparcial, en T. XX, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu

editores, 1979.

_____ (1937): Construcciones en el análisis, en T. XXIII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1980.

García, Carolina (2013): “La Asociación Americana de Psiquiatría publica su 'biblia' en pleno debate”, *El país*, Washington, 18 de Mayo. Disponible en http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368744205_051777.html [Visitado el 16 de Febrero de 2014].

García, Germán (2004): *Actualidad del trauma*, Buenos Aires, Grama ediciones, 2005.

Granel, J. A. y Yampey, N. (1978): “Carácter depresivo, accidentes y suicidio”. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo XXXV, N° 2, marzo–abril, 1978.

Lacan, Jacques (1945): El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma, en *Escritos 1*, Buenos Aires, decimotercera edición en español corregida y aumentada, siglo veintiuno editores, 1985.

_____ (1955–1956): Clase del 21 de Marzo y Clase del 18 de Abril de 1956, en El seminario, libro 3, *Las psicosis*, ediciones Paidós, España, 1° reimpresión, 1985.

_____ (1957): El seminario sobre la carta robada, en *Escritos 1*, Buenos Aires, décimotercera edición en español corregida y aumentada, siglo veintiuno editores, 1985.

_____ (1964): Clase del 27 de mayo de 1964, en El seminario, libro 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, ediciones Paidós, Argentina, 1° edición castellana, 1986.

_____ (1969–70): Clase del 21 de enero de 1970, en El seminario, libro 17, *El reverso del psicoanálisis*, ediciones Paidós, Argentina, 1° edición castellana, 1992.

Ley 26.657 (2010): Ley Nacional de Salud Mental, disponible en <http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> [Visitado el 26 de Febrero de 2014].

Ley 448 (2003): Reglamentación de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, disponible en

´<http://www.psicomundo.com/argentina/leyes/448reglamentada.htm>´ [Visitado el 26 de Febrero de 2014].

Marietán, Hugo (1991): La historia clínica: conceptos básicos en *Alcmeon Vol. 1 N° 3*: 401–47, 1991. Disponible en ´http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_12.htm´ [Visitado el 31 de Marzo de 2012].

Organización Mundial de la Salud: *CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.

Psicología Online (2012): Historia clínica multimodal adultos. Disponible en ´<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/genadul.htm>´ [Visitado el 31 de Marzo de 2012].

Ulloa, Fernando (2007): Literatura y Salud Mental, en *1° Jornada Salud Mental y Escritura*, Buenos Aires, Red de Centros de Información y bibliotecas de Salud Mental – CIBISAM Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Ulloa, Fernando: *A la memoria de Fernando Ulloa*, Revista Psyberia, Año 1 Número 1, Julio 2009: 5–8, ISSN 1852–2580. Disponible en ´http://www.fpsico.unr.edu.ar/revista/revista/Revista_Psyberia01.pdf´ [Visitado el 25 de Junio de 2011].

Vernon, M. D.: *Psicología de la percepción*, Buenos Aires, Ediciones Hormé S. A. E., 1967.

Bibliografía general

American Psychiatric Association (1994): *DSM–IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Edición electrónica, Barcelona, Masson. Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana Pierre Pichot, Director de la edición española Juan J. López–Ibor Aliño, asesoramiento de la versión electrónica Antonio Bulbena Vilarrasa, realización de la versión electrónica Instituto Municipal de Investigación Médica Departamento de Informática Médica, Barcelona, 1995.

American Psychiatric Association (2012): *DSM–5 Development*. Disponible en

´<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>´ [Visitado el 29 de Noviembre de 2013].

Amossy, Ruth (2000): *L'argumentation dans le discours*, Paris, Nathan.

Amossy, Ruth y Herschberg Perrot, Anne (1997): *Estereotipos y clichés*, Buenos Aires, EUDEBA, 1° edición, 4° reimpresión, julio de 2005.

Austin, J. L. (1962): *Cómo hacer cosas con palabras*, Argentina, Paidós, primera edición, 1971; segunda edición, 2003.

Aristóteles (345–340 a.C.): *Retórica*, Buenos Aires, Ediciones Libertador, 2004.

Arnoux, Elvira N. De: “Ejemplo ilustrativo y caso: recorridos destinados a la formación académica y profesional”, ponencia presentada en el “II Congreso Nacional de la Cátedra UNESCO en Lectura y Escritura”, Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile, 5 de octubre de 2009.

Arnoux, Elvira N. de; di Stefano, Mariana; Pereira, Cecilia (2010): Materiales clínicos y supervisión: escritos del campo psicoanalítico. En Parodi, Giovanni (dir.), *Alfabetización académica y profesional en el Siglo XXI: Leer y escribir desde las disciplinas*, Santiago de Chile, Planeta.

Authier–Revuz, Jacqueline: Palabras mantenidas a distancia, en Authier–Revuz, Jacqueline, *Materialités discursives*, Paris, Presses universitaires, 1981. [Traducción del seminario “Introducción al análisis del discurso”. Maestría en Análisis del Discurso, UBA].

Authier–Revuz, Jacqueline: Heterogeneidad(es) enunciativa(s), en *Langages N° 73*, marzo de 1984. Traducción de Marcela Constenla para el Instituto de Lingüística – UBA.

Bajtín, Mijail M. (1979): El problema de los géneros discursivos, en *Estética de la creación verbal*, Siglo XXI Editores, 1998.

Barthes, Roland: Introducción al análisis estructural de los relatos, en Barthes, Roland; Eco, Humberto; Todorov, Tzvetan y otros, *Análisis estructural del relato*, México, Ediciones Coyoacán, primera edición 1996, segunda edición 1997.

Benveniste, Émile (1959): Las relaciones de tiempo en el verbo francés, en *Bulletín de la Société Linguistique*, LIV, 1959, fasc. 1. [Traducido por Laura Bacelli, supervisado por la prof. Nora Bouvet. Ficha del Seminario “Introducción al análisis del discurso”. Maestría en Análisis del Discurso, UBA].

_____ (1966): Capítulo XIII: Estructura de las relaciones de persona en el verbo, en *Problemas de lingüística general*, Mexico, Siglo XXI editores, decimonovena edición en español, 1997.

Boileau Despréaux, Nicolas (1636–1711). *L'art poétique.*, Paris, Paul Masgana, Libraire–Éditeur, 1840. Disponible en [‘http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5544311c.r=Boileau.langES’](http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5544311c.r=Boileau.langES) [Visitado el 31 de Marzo de 2012].

Bonorino, María Paula; Cuñarro, Mariana (2006–2007): Las relaciones léxicas en los procesos de lectura y escritura. Diagnóstico y propuesta pedagógica. En *Filología* Años XXXVIII–XXXIX, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, 2009.

Boutet, Josiane y Demaziere, Didier (Dir.) (2009): *Langage et société. Écritures scientifiques. Carnets, notes, ébauches. Numéro 127 – mars 2009*, Paris, Maisons des sciences de l’home.

Calsamiglia Blancafort, H. y Tusón Valls, A. (2004): *Las cosas del decir*, Barcelona, Ed. Ariel.

Cardona, Giorgio Raimondo (1981): Sociología de la escritura, en *Antropología de la escritura*, Barcelona, Editorial Gedisa, 1994.

Cassany, Daniel (2008): Metodología para trabajar con géneros discursivos. Lenguajes de Especialidad y terminología: Didáctica y comunicación en ámbitos de especialidad. Disponible en [‘http://www.upf.edu/pdi/daniel_cassany/_pdf/b08/UPVEuskera08.pdf’](http://www.upf.edu/pdi/daniel_cassany/_pdf/b08/UPVEuskera08.pdf) [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

_____ (2008): Una metodología para trabajar con los géneros discursivos de cada disciplina o licenciatura, *Jornadas sobre lenguajes de especialidad y terminología*, Instituto Universitario de Euskera, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Campus de Leioa (Bizkaia), 1–2–08. Actas en prensa. Disponible en [‘http://www.ei.ehu.es/p289-content/eu/contenidos/informacion/euskara_inst_jardunaldiak2008/eu_jar2008/librua.html’](http://www.ei.ehu.es/p289-content/eu/contenidos/informacion/euskara_inst_jardunaldiak2008/eu_jar2008/librua.html) [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

Cruse, D. A. (1990): *Lenguaje, Significado y Sentido: Semántica*, Facultad de

Filosofía y Letras, UBA.

Cuenca, Maria Joseph y Hilferty, Joseph (1999): Cap. 4 “Metáfora y metonimia”, en *Introducción a la lingüística cognitiva*, Barcelona. Ariel.

Chartier, Roger: La historia entre narración y conocimiento, en *Entre poder y placer. Cultura escrita y literaria en la edad moderna*, Madrid, Cátedra. Historia Serie Menor, 2000.

Doquet, Anne (2009): Le terrain des notes. Enquête, notes de terrain et raisonnement de l’anthropologue, en *Langage et société. Écritures scientifiques. Carnets, notes, ébauches. Numéro 127 – mars 2009*, Paris, Maisons des sciences de l’home.

Doquet–Lacoste, Claire (2009): Ecrits intermédiaires, écritures intermittentes. Carnets, notes, bribes de science, en *Langage et société. Écritures scientifiques. Carnets, notes, ébauches. Numéro 127 – mars 2009*, Paris, Maisons des sciences de l’home.

Ducrot, Oswald: *Polifonía y argumentación*, Universidad del Valle – Cali, 1988.

————— : Capítulo 8: Esbozo de una teoría polifónica de la enunciación, en *El decir y lo dicho*, Buenos Aires, Edicial, 1994.

Eco, Humberto (1979): *Lector in fabula*, Editorial Lumen, segunda edición, Barcelona, 1987.

Ey, Henry y otros (1965): *Tratado de psiquiatría*, Masson S.A., 8° edición castellana, 3° reimpresión, Mexico, 1987.

Facultad de Psicología (2010): Revista de Historia de la Psicología en Argentina. Dimensión Psicológica Implícita en el Relevamiento de Datos Psicológicos Perspectivas Longitudinales (historias clínicas) y Transversales (fichas) en Áreas Profesionales

(UBACyT P046, 2008– 2010), Buenos Aires. Disponible en http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/revista_de_historia_psicologia_3.pdf [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

Fenoglio, Irène (2007): Du texte avant le texte. Formes génétiques et marques énonciatives de pré–visions textualisantes, en *Langue Française N° 155*,

septembre 2007: *Avant le texte*, Paris, Larousse/Armand Colin.

Filinich, María Isabel (1998): *Enunciación*, Buenos Aires, EUDEBA, 2001.

Foucault, Michel (1953): "Antigüedad de la clínica", en *El nacimiento de la clínica*, trad. Francisca Perujo. Mexico, Siglo XXI editores, vigésima edición en español, 2001.

Foucault, Michel (1969): "La formación de los conceptos", en *La arqueología del saber*, trad. Aurelio Garzón del Camino. Mexico, Siglo XXI editores, sexta edición, 1979.

Fractman, Andrés M. (2007): La elaboración. Una perspectiva freudiana, en *Psicoanálisis APdeBa* – Vol. XXIX – N° 1. Disponible en http://www.apdeba.org/images/stories/Publicaciones/Revista_Psicoanalisis/PDFs/2007/1/fractman.pdf [Visitado el 1 de Abril de 2012].

Freud, Sigmund (1905 [1904]): Sobre psicoterapia, en T. VII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1983.

————— (1910): Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica, en T. XI, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 2007.

————— (1912): Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, en T. XII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1980.

————— (1914): Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II), en T. XII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1980.

————— (1914): Introducción del narcisismo, en T. XIV, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

————— (1921): Psicología de las masas y análisis del yo, en T. XVIII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

————— (1926): ¿Pueden los legos ejercer el análisis?. Diálogos con un juez imparcial, en T. XX, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

————— (1937): Construcciones en el análisis, en T. XXIII, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1980.

García, Carolina (2013): “La Asociación Americana de Psiquiatría publica su 'biblia' en pleno debate”, *El país*, Washington, 18 de Mayo. Disponible en ⁶ http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368744205_051777.html ⁷ [Visitado el 16 de Febrero de 2014].

García, Germán (2004): *Actualidad del trauma*, Buenos Aires, Grama ediciones, 2005.

García Negroni, María Marta (1998): La negación metalingüística, argumentación y escalaridad, en *Signo & seña*, Facultad de Filosofía y Letras, 1998.

————— (1999): La distinción pretérito perfecto simple / pretérito perfecto compuesto. Un enfoque discursivo, en *Revista iberoamericana de Discurso y Sociedad* Volumen 1 Número 2, Gedisa, junio de 1999.

García Negroni, María Marta; Tordesillas Colado, Marta (2001): Capítulo 4: La modalidad, en *La enunciación en la lengua*, Madrid, Editorial Gredos.

Gherzi, Carlos A. (1987): Capítulo II: Encuadre jurídico de la historia clínica. Efectos en establecimientos hospitalarios y clínicas privadas, en *Responsabilidad por prestación médico asistencial*, Buenos Aires, Editorial Hammurabi S.R.L., 2^o edición, Setiembre de 1992.

Giammatteo, Mabel y Albano, Hilda (2006): *¿Cómo se clasifican las palabras?*, Buenos Aires, Littera ediciones.

Granel, J. A. y Yampey, N. (1978): “Carácter depresivo, accidentes y suicidio”. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo XXXV, N^o 2, marzo–abril, 1978.

Grice, H. P.: *Lógica y Conversación. La búsqueda del significado*, Madrid, Tecnos, 1991.

Halliday, M. A. K. (1982): *El lenguaje como semiótica social*, México, Fondo de Cultura Económica, primera versión española.

Hay Louis (1993): *La escritura viva*, en Fil. XXVII, 1–2.

Jakobson, Roman (1958): *Lingüística y Poética*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1988.

Jodelet, Denise. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *En publicación: Cultura y representaciones sociales, año 3, no. 5*. IIS, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México: México. Septiembre 2008. Acceso al texto

completo: <http://www.culturayrs.org.mx/revista/num5/Jodelet.pdf>.

Jouven, Nathalie (Dir.) (2007): *Langue Française 155*, septembre 2007: *Avant le texte*. Paris, Larousse / Armand Colin.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine (1980): *La enunciación de la subjetividad en el lenguaje*, Buenos Aires, Edicial, 3° edición, 1997.

Kovacci, Ofelia: *El comentario gramatical II*, Madrid, Arco/Libros S.A., 1992.

Lacan, Jacques (1945): El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma, en *Escritos 1*, Buenos Aires, decimotercera edición en español corregida y aumentada, siglo veintiuno editores, 1985.

————— (1955–1956): Clase del 21 de Marzo y Clase del 18 de Abril de 1956, en El seminario, libro 3, *Las psicosis*, ediciones Paidós, España, 1° reimpresión, 1985.

————— (1957): El seminario sobre la carta robada, en *Escritos 1*, Buenos Aires, décimotercera edición en español corregida y aumentada, siglo veintiuno editores, 1985.

————— (1964): Clase del 27 de mayo de 1964, en El seminario, libro 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, ediciones Paidós, Argentina, 1° edición castellana, 1986.

————— (1969–70): Clase del 21 de enero de 1970, en El seminario, libro 17, *El reverso del psicoanálisis*, ediciones Paidós, Argentina, 1° edición castellana, 1992.

Leblay, Christophe: L'avant-texte comme texte sur le vif. Analyse génétique d'opérations d'écriture en temps réel, en *Langue Française 155*, septembre 2007: *Avant le texte*. Paris, Larousse / Armand Colin.

Ley 26.657 (2010): Ley Nacional de Salud Mental, disponible en <http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> [Visitado el 26 de Febrero de 2014].

Ley 448 (2003): Reglamentación de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, disponible en <http://www.psicomundo.com/argentina/leyes/448reglamentada.htm> [Visitado el 26 de Febrero de 2014].

Lois, Elida (2001): *Génesis de escritura y estudios culturales. Introducción a la crítica genética*. Buenos Aires, Edicial.

Maingueneau, Dominique (1976): Capítulo 3: La enunciación, en *Introducción a los métodos de análisis del discurso, problemas y perspectivas*, Buenos Aires, Hachette.

Maingueneau, Dominique (1980): Cap. III La enunciación en *Introducción a los métodos de análisis del discurso*, Buenos Aires, Hachette.

Marietán, Hugo (1991): La historia clínica: conceptos básicos en *Alcmeon Vol. 1 N° 3*: 401–47, 1991. Disponible en http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_12.htm [Visitado el 31 de Marzo de 2012].

Morales, O., Cassany, D., Marín, E. y González, C., (2007): Rasgos discursivos y retóricos de casos clínicos odontológicos hispanos: estudio exploratorio. ME. Kuteeva y H. Fanha Martins (eds.), *Teaching and Learning LSP: blurring Boundaries*. Proceedings of the 6th Internacional AELFE Conference, Lisboa, Portugal, del 13 al 15 de septiembre de 2007. Pp. 232–240. Disponible en http://www.academia.edu/2976084/Rasgos_discursivos_y_retoricos_de_casos_clinicos_odontologicos_hispanos_estudio_exploratorio [Visitado el 27 de Febrero de 2014].

Organización Mundial de la Salud: *CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.

Ong, Walter J.: Cap. IV. La escritura reestructura la conciencia, en *Oralidad y escritura*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982.

Perelman, C. (1997): *El imperio retórico. Retórica y argumentación*. Bogotá, Norma.

Plantin, Christian (1996): *La argumentación*. España, Editorial Ariel S.A., 2° edición enero de 2001.

_____ (1998): Les raisons des émotions, en « Raisons des émotions », in M. Bondi (ed.), *Forms of argumentative discourse / Per un analisi linguistica dell'argomentare*. Bologne : CLUEB. P. 3–50, traducción de la 2° parte al francés. En <http://icar.univ-lyon2.fr/Membres/cplantin/Index.htm>.

_____ (2005): III.– Preuve, en Chapitre V: Les arts de la preuve, en *L'argumentation: Histoire, théories et perspectives*, Paris, Presses Universitaires de France.

Polaino–Lorente, Aquilino (1994): "29. Ética y comportamiento suicida", en Polaino–Lorente, Aquilino (dirección editorial), *Manual de Bioética general*, España, Ediciones Rialp S. A., 3° edición Enero de 1997.

Porge, Erik (2005): *Transmitir la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión SAIC, 2007.

Psicología Online (2012): Historia clínica multimodal adultos. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/genadol.htm> [Visitado el 31 de Marzo de 2012].

Ramírez Vidal, Gerardo (2008): Argumentación, retórica y persuasión, en I. Introducción al curso, *Curso: retórica griega clásica. Antología de textos*. Mimeo. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, 17 al 26 de Noviembre.

Alterini, Jorge Horacio (Dir.) (2009): JUNIN, DAÑOS Y PERJUICIOS, Responsabilidad del psicólogo – Suicidio de un paciente – Historia clínica – Responsabilidad del médico clínico que le recetó antidepresivos – Responsabilidad extracontractual en La Ley Buenos Aires 2009, Buenos Aires, 2010.

Reyes, Graciela (1993): *Los procedimientos de cita: estilo directo y estilo indirecto*, Madrid, Arco Libros, 1° edición 1993, 2° edición 1995.

_____ (1994): *Los procedimientos de cita: citas encubiertas y ecos*, Madrid, Arco Libros.

Serani Merlo y Burmester Guzman, (1994): "17. Ética, historia clínica y datos informatizados (aspectos epistemológicos, antropológicos y éticos)", en Polaino–Lorente, Aquilino (dirección editorial), *Manual de Bioética general*, España, Ediciones Rialp S. A., 3° edición Enero de 1997.

Todorov, Tzvetan: Las categorías del relato literario, en Barthes, Roland; Eco, Humberto; Todorov, Tzvetan y otros, *Análisis estructural del relato*, México, Ediciones Coyoacán, primera edición 1996, segunda edición 1997.

Ulloa, Fernando (2007): *Literatura y Salud Mental*, en *1° Jornada Salud Mental y Escritura*, Buenos Aires, Red de Centros de Información y bibliotecas de Salud Mental – CIBISAM Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Ulloa, Fernando: *A la memoria de Fernando Ulloa*, Revista Psyberia, Año 1 Número 1, Julio 2009: 5–8, ISSN 1852–2580. Disponible en http://www.fpsico.unr.edu.ar/revista/revista/Revista_Psyberia01.pdf [Visitado el 25 de Junio de 2011].

Vernon, M. D.: *Psicología de la percepción*, Buenos Aires, Ediciones Hormé S. A. E., 1967.

Zamudio B. y Giammateo M. (1999): *Metáfora y cognición*, en *“Lenguaje: Teorías y prácticas*. Primer Simposio de la Maestría en Ciencias del Lenguaje 1999. Buenos Aires, Instituto Superior del Profesorado "Joaquín V. González" –2000, 65–74.

ANEXOS

Anexo 2.1 - TEMAS Y BIBLIOGRAFIA DESTINADA A ARMAR LA PRESENTACIÓN

Presentación para el 11/8/94.

1- Diagnóstico diferencial: dificultades

2- "Vino a visitarme": lugar en que me ubica: como madre?. Me va a hablar de sus viajes: su temor. Su hermano le dijo que estaba mal: deliraba mucho.

Cuestionamiento del lugar que se ocupa para los pacientes: matar a la madre y dar cuenta de ésto en Orestes, "El sacerdote y el bufón" (Descartes)⁴⁶.

No decirle sus síntomas: devolverle su saber (Proposición⁴⁷: algoritmo de la transferencia).

Noción de transferencia (relación a defensa y resistencia)

3- Tema del encuentro en los momentos de delirio. Relación con el juicio de existencia como re-encuentro o re-presentación de algo anterior.

4- Disociación en la cual se evade de la realidad y se va a la fantasía (porque no le gusta la realidad). Posición que toma el sujeto en ésta afirmación. También en la anticipación que va a hacer de su empeoramiento y en el momento en que en el período de delirio me dice "me dejó viajando sólo"

pag. 357 Escritos 1⁴⁸: ¿dice la verdad al decir que se evade de la realidad y viaja?. (poder discrecional del oyente: "Variantes de la cura tipo"⁴⁹: si se va a acordar con el yo del sujeto o su afirmación va a decir algo de él).

5- "Avísele a mi familia que estoy bien, no quiero que me vean mal".

Anticipación de su mal estado.

Invocación: aceptación intelectual con persistencia de lo esencial de la represión

46 Kolakowski, Leszek: El sacerdote y el bufón, en Descartes N° 10, Anáfora editora, marzo de 1992

47 Lacan, Jacques (1967): Proposición del 9 de octubre de 1967 acerca del psicoanalista de la Escuela, en Momentos cruciales de la experiencia analítica, Lacan Jacques y otros, Manantial, 1987

48 Lacan, Jacques (1954): Introducción al comentario de Jean Hyppolite, en Escritos 1, Siglo XXI, decimotercera edición en español, 1985

49 Lacan, Jacques (1955): Variantes de la cura-tipo, en Escritos 1

(nota 2, pag. 254: la negación, tomo XIX⁵⁰).

Relación invocación y denegación: la denegación es una aufhebung de la represión, pero no por ello una aceptación de lo reprimido: presentar el ser bajo el modo de no serlo (se hace consciente, pero la represión subsiste bajo la forma de no aceptación). (Escritos 2, pag. 860/1: Hyppolite)⁵¹.

Hay una aceptación intelectual de sus viajes, los motivos, pero no se acepta la internación.

6- Diferencia entre la negación y el negativismo, de muchos psicóticos (indicio de la desmezcla de pulsiones por débito de los componentes libidinosos, pag. 257⁵²; a tomo VIII, pag 167⁵³: en el inc. falta todo proceso comparable al juzgar, hay esfuerzo de desalojo -atribución y existencia- -represión como estadio intermedio entre el reflejo de defensa y el juicio adverso: comportamiento de la relación de oposición dentro de lo inconciente sirve para entender el negativismo de los neuróticos y enfermos mentales. Represión como forma antecesora del juicio de negación-).

"la negación, como sucesora de la expulsión, pertenece a la pulsión de destrucción, negativismo de muchos psicóticos...". Freud, pag. 256/7⁵⁴.

Expulsión: Hyppolyte, 863⁵⁵.

Escr. 2, pag. 863⁵⁶: negar no es destruir. Freud, última página: para que exista juicio, tiene que haber una primera simbolización.

50 Freud, Sigmund (1925): La negación, en Obras completas, T. XIX, Amorrortu, segunda edición, duodécima reimpresión, 2008

51 Hyppolite, Jean: Comentario hablado sobre la verneinung de Freud, en Lacan, Jacques, Escritos 2, Siglo XXI, decimotercera edición en español, 1985

52 Freud, Sigmund: La negación

53 Freud, Sigmund (1905): El chiste y su relación con lo inconciente, en Obras completas, T. VIII, Amorrortu, sexta reimpresión, 1975

54 Freud, Sigmund: La negación

55 Hyppolite, Jean: Comentario...

56 Hyppolite, Jean: Comentario...

Lo afectivo y lo intelectual: pag. 368⁵⁷.

Distinción del juicio de atribución, relacionado al yo placer, y el juicio de existencia, en el que tuvo que haber una afirmación primordial.

Escr. 2, pag. 863/4⁵⁸: la negación del juicio atributivo y la negación del juicio de existencia como más acá de la negación en el momento en que aparece en su función simbólica.

Existencia es atribuir al sujeto una representación a la que ya no corresponde su objeto.

Placer de denegar resulta de la supresión de los componentes libidinales. En el placer de negar se reprimen los componentes libidinales. (pag. 865⁵⁹)

Creación del símbolo de la negación. pag. 865⁶⁰. Actitud.

origen del juicio y del pensamiento mismo, captado por intermedio de la denegación (866⁶¹)

Respuesta al comentario...: pag. 367⁶²: relación del sujeto con el ser, y no con el mundo (objeto): diferencia de nivel en el sujeto, de la creación simbólica de la negación en rel. con la afirmación primordial.

pag. 372⁶³: Bejahung: condición primordial para que de lo real venga algo a ofrecerse a la revelación del ser. Historia: lugar donde lo reprimido viene a reaparecer.

La verwerfung se opone a la bejahung primaria y constituye como tal lo que es expulsado (pag. 372⁶⁴)

57 Lacan, Jacques: Respuesta...

58 Hyppolite, Jean: Comentario...

59 Hyppolite, Jean: Comentario...

60 Hyppolite, Jean: Comentario...

61 Hyppolite, Jean: Comentario...

62 Lacan, Jacques: Respuesta...

63 Lacan, Jacques: Respuesta...

64 Lacan, Jacques: Respuesta...

- Freud: Pag. 78, tomo XVII⁶⁵ ("Erotismo anal y complejo de castración") Hombre de los lobos: de la castración no quería saber nada en el sentido de la represión. Cercenamiento de la castración. Abolición simbólica. Falta de juicio de existencia (pag. 371⁶⁶).

pag. 373⁶⁷: en la realidad que el sujeto compone, lo real, en cuanto cercenado de la simbolización primordial, está ya. charla solo: alucinación en cuanto que se diferencia del fenómeno interpretativo. (376⁶⁸) Sentimiento de irrealidad y de realidad: lo que hace que el segundo sea sentido como tal es que se produce en el interior del texto simbólico que constituye el registro de la rememoración, mientras que el primero responde a las formas inmemoriales que aparecen sobre el palimpsesto de lo imaginario, cuando el texto interrumpiéndose deja al desnudo el soporte de la reminiscencia (Freud: toda representación reproduce la percepción primera: mito).

ES UNICAMENTE POR LAS ARTICULACIONES SIMBOLICAS QUE LO ENMARAÑAN CON TODO UN MUNDO COMO LA PERCEPCION TOMA SU CARACTER DE REALIDAD. Pero el sujeto no experimentará un sentimiento menos convincente al tropezar con el símbolo que en el origen cercenó de su Bejahung. Ese símbolo no encaja por ello en lo imaginario. Es lo que no existe y ek-siste.

Es la hiancia de un vacío la que constituye el primer paso de todo su movimiento dialéctico.

7- No se descubre en el análisis ningún "no" a partir del inconciente. pag. 866⁶⁹. El yo es siempre desconocimiento (porque reconoce con un "no")

Schreber

65 Freud, Sigmund (1918 [1914]): De la historia de una neurosis infantil, en Obras Completas, T. XVII, Amorrortu, séptima reimpresión, 1979

66 Lacan, Jacques: Respuesta...

67 Lacan, Jacques: Respuesta...

68 Lacan, Jacques: Respuesta...

69 Hyppolite, Jean: Comentario...

Tomo 12:

69⁷⁰, libido (a Narcisismo)

70⁷¹, diagnóstico desde el punto de vista de la libido

62⁷², mecanismo (formación de síntoma) y represión

71⁷³, delirios como investiduras de objeto

Tomo 14 (Narcisismo)

pag. 76/78⁷⁴, discusión con Jung sobre introversión de la libido sobre sus fantasías, y regreso de ella a su yo

Lo inconciente

Tomo 14:

pag. 194⁷⁵ en mas: lenguaje de órgano, diferencias de mecanismos en neurosis y psicosis

TRATAMIENTO POSIBLE DE LAS PSICOSIS

539⁷⁶ - Verwerfung y Bejahung

540⁷⁷ - carta 52 (percepción original: bejahung)

Tomo 1: 275⁷⁸ - forma de huellas

70 Freud, Sigmund (1911 [1910]): Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente, en Obras Completas, T. XII, Amorrortu, sexta reimpresión, 1980

71 Freud, Sigmund: Puntualizaciones...

72 Freud, Sigmund: Puntualizaciones...

73 Freud, Sigmund: Puntualizaciones...

74 Freud, Sigmund (1914): Introducción del narcisismo, en Obras Completas, T. XIV, Amorrortu, sexta reimpresión, 1979

75 Freud, Sigmund (1915): Lo inconciente, en Obras Completas, T. XIV, Amorrortu, sexta reimpresión, 1979

76 Lacan, Jacques (1956): De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis, en Lacan, Jacques, Escritos 2, Siglo XXI, decimotercera edición en español, 1985

77 Lacan, Jacques: De una cuestión...

280⁷⁹ - emociones

540⁸⁰ - desorden

542⁸¹ - desgarramiento subjetivo, dirigido a él, creaciones milagrosas

552⁸² - goce narcisista, Ideal del yo

555/6⁸³ - ste., peligro de delirar con el enfermo, ser

558⁸⁴ - Nombre-del-Padre

564⁸⁵ – ley

78 Freud, Sigmund: Fragmentos de la correspondencia con Fliess, Carta 52 (6 de diciembre de 1896), en Obras Completas, T. 1, Amorrortu, 1982

79 Freud, Sigmund: Carta 52

80 Lacan, Jacques: De una cuestión...

81 Lacan, Jacques: De una cuestión...

82 Lacan, Jacques: De una cuestión...

83 Lacan, Jacques: De una cuestión...

84 Lacan, Jacques: De una cuestión...

85 Lacan, Jacques: De una cuestión...

Anexo 2.2 - PRESENTACIÓN DEL CASO A COLEGAS EL 11/8/94

La afirmación primordial no es otra cosa que afirmar; pero negar es más que querer destruir.

Jean Hyppolite

Voy a hablar sobre el caso de Daniel.

Me es derivado en la sala de hombres a fines de Junio de éste año.

Tiene 43 años; se quema "al producirse una explosión de una garrafa de gas", en distintos lugares del cuerpo, con una superficie y profundidad de AB 26,5 % y B 3,5 %. Vive en Villa Gesell. Ese día veo al paciente cubierto con algunas vendas y Pervinox, acostado sobre las sábanas marrones por éste producto y quejándose: "está todo sucio". No prestaba atención a la frase en éste momento, sino al contexto, a la referencia del mensaje.

Me precipitaba a acordar sobre una realidad que desconocía.

La postura "ingenua" continúa. Al decirme el paciente que lo angustia que su hija, que viene de Villa Gesell, lo vea mal, y se lo transmita a su familia; y me pide que hable con ella para decirle que él está bien, le digo que lo haré...y lo hago.

Luego supe que debía haber escuchado ésto como una invocación, un adelanto de que se pondría mal. Este proceso Freud lo compara a la negación: aceptación intelectual con persistencia de lo esencial de la represión.

También a posteriori supe que la mirada del Otro se relacionaba, en su caso, al desencadenamiento de la psicosis. Lacan dice "que venga Un-padre a ese lugar donde el sujeto no ha podido llamarlo antes. Basta para ello que ese Un-padre se sitúe en posición tercera en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria a-a', es decir yo-objeto o ideal-realidad, interesando al sujeto en el campo de la agresión erotizado que induce".

Dos días después de atender por primera vez a Daniel me acerco. Hay al lado una enfermera, y el paciente me dice que prefiere que lo bañen ahora, y hablar en otro momento.

Esto no me pareció nada raro.

Al pensar el caso, se me ocurre que en esos momentos yo hacía de madre de un obsesivo que tuvo un accidente y se puso mal.

Kolakowski explica: "la versión moderna de la teodicea es el problema de la razón en la historia, ésto es, el problema de si la infelicidad y el sufrimiento del individuo pueden encontrar sentido y justificación en razones universales, en las cuales se apoyaría la historia.

La teodicea pretende justificar el mal de la parte mediante el sabio orden del todo. El convencimiento de que, merced a Dios, o merced a la historia, no ocurre nada inútil en la vida humana favorece nuestra innata pereza...de tal manera que en la praxis vital ésto se convierte en un escudo protector detrás del cual podemos esconder nuestra pasividad frente a los autorreproches y frente a la crítica racional. La teodicea es un método para transformar los hechos en valores".

El 29/5 el paciente dice tener ensueños y no saber cual es la realidad en esos momentos. Al despedirme de él me pregunta si necesito o no unas órdenes.

Comenzaban a aparecer las cosas raras.

Germán García dice que cuando Kolakowski habla de valores, se refiere a librarse del yugo de la madre, un matricidium: "Es la situación de Orestes -escribe-. Después de haber matado a Clitemnestra, Orestes no encuentra protección alguna frente a los dioses, cuya gendarmería le persigue y le veda todo descanso...se ha enfrentado al absoluto en nombre de su propio derecho...Acosado por las furias, busca expiar entre los hombres...Orestes no consigue ganar para si a la mayoría, ya que la mayoría reconoce ese absoluto contra el que él ha procedido, ya que la mayoría aún no ha superado el status infantil".

Germán García afirma que el status infantil es la imposibilidad de una alianza que ponga en cuestión el absoluto de la divinidad y el absoluto de la mayoría...

Comencé a notar que Daniel quería decir algo.

Me dijo que yo era su analista. Me comprometía a escucharlo. Comenzaba a ser un caso. Los hechos comenzaban a convertirse en valores y los dichos en una historia.

Luego me llamará y me echará muchas veces.

Su historia se convirtió en una presentación clínica.

El 2 de Junio pasó a terapia intensiva. Permanecerá allí hasta fines de Junio, en que volverá a la sala.

Su caso puede desarrollarse desde 2 ejes: los viajes; y las emociones fuertes y la familia.

1) Los viajes: Habla del lugar donde está, que lo llevan y lo traen, que está en Villa Gesell. Comienza a hablar de un accidente, que ve siempre al cerrar los ojos, en Plaza de Mayo. Me pregunta si no lo veo. Es un choque, hay chicos, se le clava algo en la pierna. Recomiendo una interconsulta con psiquiatría el 9/6 y vuelvo a hacerlo el 10/7.

El diagnóstico fue muy difícil en éste paciente. El 20/6 yo pensaba que era un obsesivo. El 10/7 pensaba que era un psicótico.

El psiquiatra vino en Julio y le dio unas pastillas. No vino nuevamente.

El 11/6 Daniel delira. Una cámara que lo enfoca porque es amigo de Menem. Me dice que lo dejé viajando sólo.

Aquí comienza a hablar del viaje, y me hace notar que no lo hice con él.

Es en torno a éste significativo que se va a desarrollar el análisis que éste paciente hace conmigo.

Utilizo la palabra análisis en el sentido que Freud la utiliza en Schreber: explicaciones sobre su estado.

El tema del cual hablaba Daniel eran los viajes, era eso lo que le pasaba, era lo que quería que el analista escuchara: la historia de sus viajes.

El paciente me decía que se "iba" para no sentir el sufrimiento. Me lo decía cuando estaba acá. Decía que por momentos se va pero enseguida vuelve. Dice que quizás sea efecto del shock.

En lo inconciente Freud dice que "en la esquizofrenia las palabras son sometidas al...proceso psíquico primario. Son condensadas, y por desplazamiento se transfieren unas a otras sus investiduras completamente; el proceso puede avanzar hasta el punto en que una sola palabra, idonea para ello por múltiples referencias, tome sobre sí la subrogación de una cadena íntegra de pensamientos". Agrega: "Si nos preguntamos que es lo que confiere a la formación

sustitutiva y al síntoma de la esquizofrenia su carácter extraño, caemos en la cuenta de que es el predominio de la referencia a la palabra sobre la referencia a la cosa" y "En la esquizofrenia la investidura de las representaciones-palabra de los objetos se mantiene".

Luego explica: "El sistema Icc. contiene las investiduras de cosa de los objetos, que son investiduras de objeto primarias y genuinas; el sistema Prcc. nace cuando esa representación-cosa es sobreinvertida por el enlace con las representaciones-palabra que le corresponden. Tales sobreinvertidas producen una organización psíquica más alta y posibilitan el relevo del proceso primario por el proceso secundario que gobierna en el interior del Prcc."

Después hablaremos de la afirmación primordial, pero quisiera tomar ahora "De una cuestión preliminar...", donde Lacan dice que "...es sobre el significante sobre el que tiene efecto la Bejahung primordial", y cita la carta 52 de la correspondencia con Fliess, "...donde es aislado en cuanto término de una percepción original bajo el nombre de signo".

En la carta 52 Freud pone entre la percepción y la conciencia 3 tipos de transcripciones:

"Signos de percepción: es la primera transcripción de las percepciones, por completo insusceptible de conciencia..."

Inconciencia: segunda transcripción, ordenada según otros nexos, tal vez causales. Las huellas inconcientes quizás correspondan a recuerdos de conceptos, de igual modo inasequibles a la conciencia.

Preconciencia: ligada a representaciones-palabra, correspondiente a nuestro yo oficial. Desde aquí las investiduras devienen concientes de acuerdo con ciertas reglas".

Luego dice: "...las transcripciones que se siguen unas a otras constituyen la operación psíquica de épocas sucesivas de la vida. En la frontera entre dos de éstas épocas tiene que producirse la traducción del material psíquico. Y me explico las peculiaridades de las psiconeurosis por el hecho de no producirse la traducción para ciertos materiales..."

Volvamos a "Lo inconciente". Freud trata de distinguir mecanismos: "La represión,

en las neurosis de transferencia, rehusa a la representación rechazada la traducción en palabras que debieran permanecer enlazadas con el objeto...".

"...el intento de huida emprendido por el yo, que se exterioriza en el quite de la investidura conciente, sigue siendo lo común (a neurosis narcisistas y de transferencia). Esa huida de parte del yo, se pone en obra en las neurosis narcisistas de manera mucho más radical y profunda".

Al hablar de la esquizofrenia dice que "...la investidura de la representación palabra... constituye el primero de los intentos de restablecimiento o de curación... Estos empeños pretenden reconquistar el objeto perdido... emprenden el camino hacia el objeto pasando por su componente de palabra, debiendo conformarse después con las palabras en lugar de las cosas".

Cuando pregunto a Daniel adonde va: dice que construyó otra realidad con otras personas, más placentera.

En cuanto a las causas de sus "viajes", no sabía si eran por el shock, porque estaba loco o por el golpe que sufrió (se cayó de la cama, estando en la sala, y se pensó en una causalidad neurológica de sus síntomas, que se descartó al realizarse una tomografía que salió normal).

Los médicos apostaban más a la cuestión neurológica, que a la locura.

Daniel dice que probablemente es por la falta del cariño de su familia, que para él "es todo".

Le pregunto si alguna vez le había pasado antes una cosa así, a lo cual contesta que no. Le pregunto si ésto de irse a otro lugar lo asocia con algo. Dice que no.

Su hermano lo llamó "disociación", luego de escuchar sus delirios en UTI, nombre que Daniel adoptó.

En una ocasión me cuenta que éstos días se iba. Estuvo viajando. Fue a Saigón. Subía con 3 pilotos al avión. Lo llevaban de tiro. Le pregunto que es. Me explica, luego de retarme por no saber lo que es, que es cuando un auto está atado a otro que lo lleva. Todavía está en el avión. Esto es un avión-hospital.

A veces dice que ya no estuvo viajando, y luego comienza a delirar; o dice que está bien del bocho, que ya está estabilizado, o que está bien del cerebro, que no tuvo más problemas. Me dice que ya puedo darle el alta: le digo que quiere que le

de el alta. Dice que no, que mi alta no le interesa, que él lo que quiere es salir del hospital; y se queja de tener la espalda escaldada, de estar en cama, etc.. Luego me despido y me dice que vuelva, una o dos veces más, que charlar conmigo le hace bien.

Un día dice que se estuvo portando mal, por eso lo bajaron a la guardia... (luego lo trajeron de nuevo a la sala)...Le pregunto qué hizo: Estuvo escuchando cosas que no debía: la charla de los vecinos, que a él no le interesa; trató de bajarse de la cama 2 veces (y sabe que no puede, ya que sus piernas no lo sostendrían); se comía las gasas (una enfermera dice que el día anterior a la noche estaba mal: se comía las gasas de la mano).

Aquí muestra que cambia de lugar por portarse mal, es decir: escuchar cosas que no debe, hacer cosas que no puede y comerse los elementos que se usan para curarlo.

Le pregunto de que hablaban los vecinos: no recuerda: el campo, unos conejos, el partido de River, repite que no le interesa.

En "De una cuestión preliminar..." Lacan relaciona el desencadenamiento del significante en lo real, a que "...se abrió la quiebra del Nombre-del-Padre -es decir del significante que en el Otro, en cuanto lugar del significante, es el significante del Otro en cuanto lugar de la ley".

En una oportunidad, en que Daniel Ilora, dice que lo hace por el enojo que tuvo el día anterior en quirófano: porque se enojó no pudieron curarlo.

Cuando me despido, dice que le sirvió mi visita para desahogarse y me la agradece.

Al tratar de adaptar el esquema que representa las líneas de condicionamiento del perceptum, a un esquema de la estructura del sujeto al término del proceso psicótico, Lacan dice que "Todo el espesor de la criatura real se interpone para el sujeto entre el goce narcisista de su imagen y la enajenación de la palabra donde el Ideal del yo ha tomado el lugar del Otro".

Pasemos al segundo punto y veamos los textos de Freud.

2) Las emociones fuertes y la familia

En "La negación" Freud distingue a ésta del negativismo: dice que "la afirmación

pertenece al Eros y la negación -sucesora de la expulsión- a la pulsión de destrucción. El gusto de negarlo todo, el negativismo de muchos psicóticos, debe comprenderse probablemente como indicio de la desmezcla de pulsiones por débito de los componentes libidinosos".

En el libro sobre el chiste, dice que en el inconciente falta todo proceso comparable al "juzgar". En lugar de la desestimación por el juicio, se halla la represión (esfuerzo de desalojo). Aquí describe la represión como el estadio intermedio entre el reflejo de defensa y el juicio adverso. Dice que el comportamiento de la relación de oposición dentro de lo inconciente sirve para entender el negativismo de los "neuróticos y enfermos mentales".

En "La negación" dice que el juicio adverso es el sustituto intelectual de la represión, su no es una marca de ella.

Daniel dice que mientras su madre está en el hospital, está más tranquilo. En sus viajes hubo desencuentros con su familia.

Una vez me preguntó si estuve en su casa con ellos.

En los textos sobre la negación, se habla del tema del encuentro. Se distingue el juicio de atribución del de existencia.

El de atribución se refiere a atribuir o desatribuir una propiedad a una cosa. El yo-placer originario quiere introyectarse todo lo bueno y arrojar de sí todo lo malo.

En cuanto al juicio de existencia dice: "Todas las representaciones provienen de percepciones, son repeticiones de éstas".

"El fin del examen de realidad (de objetividad) no es, hallar en la percepción objetiva (real) un objeto que corresponda a lo representado, sino reencontrarlo, convencerse de que todavía está ahí".

Cuando Daniel habla de la causa de sus viajes dice que se iba porque recibía emociones fuertes.

Agrega que le mostraron las manos y no se fue. En otra entrevista dirá que vino su familia y ésto no le produjo nada. Le pregunto por que dice ésto, ésta relación entre las emociones fuertes y sus viajes: dice que cuando vinieron unos amigos de Villa Gesell se puso mal a la noche.

Le pregunto por que esa visita lo puso mal: dice que era un amigo (llora) y que se emocionó. También por una carta que recibió se emocionó. Dice que los amigos lo empujan a que esté bien. Bien por sus hijos (que quedaron solos y son chicos).

En "De una cuestión preliminar..." Lacan dice que "Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, verworfen, precluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto.

Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante".

Lacan se pregunta "¿como puede el Nombre-del-Padre ser llamado por el sujeto al único lugar de donde ha podido advenirle y donde nunca ha estado?" y contesta: "por ninguna otra cosa sino por un padre real, no en absoluto necesariamente por el padre del sujeto, por Un-padre".

Lacan habla de fenómenos de desgarramiento subjetivo, que luego relacionará con manifestaciones que se imponen al sujeto como producidas intencionalmente para él, y con alucinaciones.

En relación a éste estar bien, podemos citar a Freud que dice: "la operación de la función del juicio se posibilita unicamente por ésta vía: que la creación del símbolo de la negación haya permitido al pensar un primer grado de independencia respecto de las consecuencias de la represión y, por tanto, de la compulsión del principio del placer".

Allí lo intelectual se separa de lo afectivo.

Lacan dice que "aquí lo afectivo se concibe como lo que de una simbolización primordial conserva sus efectos hasta en la estructuración discursiva. Pues ésta estructuración, llamada también intelectual, está hecha para traducir bajo forma de desconocimiento lo que esa simbolización debe a la muerte".

Daniel trabaja de portero y sereno en una escuela de la que vive a 4 cuadras. Ahí tiene muchos amigos.

En una oportunidad me pregunta si a mí no me da horror el verlo. Un médico me

dice que parece que el paciente tiene problemas con la familia.

Lacan dice que hay una diferencia de nivel, en el sujeto de la creación simbólica de la negación, en relación con la Bejahung.

Dice que la creación del símbolo ha de concebirse como un momento mítico más que como un momento genético. No se refiere a la constitución del objeto, puesto que incumbe a una relación del sujeto con el ser, y no del sujeto con el mundo.

Dirá que la Verwerfung es lo que se opone a la Bejahung primaria, y constituye como tal lo que es expulsado.

"La verwerfung ha salido al paso de toda manifestación del orden simbólico, es decir a la Bejahung que Freud establece como el proceso primario en que el juicio atributivo toma su raíz...condición primordial para que de lo real venga algo a ofrecerse a la revelación del ser...solo ulteriormente una cosa cualquiera podrá encontrarse allí como ente".

Lacan agregará que solo por la negación de la negación permite el discurso humano regresar a eso, ésto es, una afirmación intelectual.

Hyppolite remarca que en la negación, de lo que se trata, es de presentar el propio ser bajo el modo de no serlo: de eso se trata en esa Aufhebung de la represión. Esa palabra dialéctica de Hegel quiere decir a la vez negar, suprimir y conservar, y en el fondo levantar.

Lacan se pregunta que sucede con lo que no es dejado ser en esa Bejahung: "Freud nos lo ha dicho previamente, lo que el sujeto ha cercenado (verworfen) de la abertura al ser no volverá a encontrarse en su historia, si se designa con ese nombre el lugar donde lo reprimido viene a reaparecer...lo que no ha llegado a la luz de lo simbólico aparece en lo real...así hay que comprender la introducción en el sujeto y la expulsión fuera del sujeto. Es esta última la que constituye lo real en cuanto que es el dominio de lo que subsiste fuera de la simbolización".

El 21/7 fui a atender al paciente. Dijo estar en viaje hacia la salida, que está bien, que se levantó, se bañó y se sentó. Le pregunto si en algún momento viajó: dice que eso ya lo habíamos hablado, que sí. Dice que ya no va a necesitar charlar conmigo, luego dice que mejor que sí, que me de una vuelta.

El 24 voy y no está. Le dieron el alta el día anterior.

Lacan dice que en la realidad que el sujeto compone, lo real, en cuanto cercenado de la simbolización primordial, está ya. Charla solo: es la alucinación en cuanto que se diferencia del fenómeno interpretativo.

Luego habla del sentimiento de irrealidad y del de realidad: "lo que hace que el segundo sea sentido como tal es que se produce en el interior del texto simbólico que constituye el registro de la rememoración, mientras que el primero responde a las formas inmemoriales que aparecen sobre el palimpsesto de lo imaginario, cuando el texto interrumpiéndose deja al desnudo el soporte de la reminiscencia...ES UNICAMENTE POR LAS ARTICULACIONES SIMBOLICAS QUE LO ENMARAÑAN CON TODO UN MUNDO COMO LA PERCEPCION TOMA SU CARACTER DE REALIDAD. Pero el sujeto no experimentará un sentimiento menos convincente al tropezar con el símbolo que en el origen cercenó de su Bejahung. Ese símbolo no encaja por ello en lo imaginario. Es lo que no existe y ek-siste.

Es la hiancia de un vacío la que constituye el primer paso de todo su movimiento dialéctico".

Viajar tiene por lo menos dos significados para Daniel.

Pero no me quedó claro cual era el referente en su historia.

En el hospital, se podría llegar a decir, por ejemplo, que la causa, era la distancia a su familia, a su casa. Eso era lo que Daniel decía: que viajaba porque ésta realidad no le gustaba, y se construía una a su antojo.

Queda una pregunta: si Daniel fuera un psicótico ¿habría que delirar con él?.

Para responderla podemos tomar "De una cuestión preliminar...", en donde Lacan habla de la relación del loco con el semejante y dice que "...al reconocer el drama de la locura, la razón está en lo suyo..., porque es en la relación del hombre con el significante donde ese drama se sitúa.

El peligro que se evocará de delirar con el enfermo no debe intimidarnos, como no lo fue para Freud.

Consideramos con él que conviene escuchar al que habla, cuando se trata de un mensaje que no proviene de un sujeto mas allá del lenguaje, sino de una palabra mas allá del sujeto....Se escuchará ésta palabra que Schreber capta en el

Otro...ley misma del significante: ¡todo sinsentido se anula!."

Lacan vuelve a recordar que el tema de la locura está en la relación con el ser, y no con el objeto: "El ser del hombre no solo no puede comprenderse sin la locura, sino que no sería el ser del hombre si no llevara en sí la locura como el límite de su libertad".

Personalmente, no creo que un hombre sea tan libre como para delirar y alucinar cuando lo decide.

Anexo 2.3 - SUPERVISIÓN CON CARLA (MEDICA PSICOANALISTA)

CASO DEL HOSPITAL

Charla con Carla - 2/9/94

El desarrollo teórico está muy bien.

No cree que haya elementos para diagnosticar una psicosis.

Dice que yo mismo parece que no lo creo, ya que al final digo que no creo que alguien delire y alucine cuando quiere.

Sólo las alucinaciones auditivas son un rasgo patognómico de la psicosis. Son el sello.

En la página ..., cuando el paciente me dice que escucha voces y yo le pregunto por ellas, él me dice que no le interesa de que hablan. Parece que éstas voces son exteriores, no interiores.

Le pregunto si las alucinaciones visuales no sirven para diagnosticar una psicosis. Dice que no. Que Freud describió en la histeria alucinaciones visuales. En el caso de éste paciente pueden ser ensoñaciones visuales. El mismo dice que son ensoñaciones.

Con respecto a la pregunta sobre si hay que delirar con un psicótico, Carla me dice que no hay que hacerlo. El analista puede estar implicado en el delirio.

Me recomienda leer artículos sobre psicosis en los libros de Manantial.

Me cuenta de un artículo muy lindo de Michel Silvestre, en el que dice que decidió hacer hasta el final éste viaje con un psicótico, porque forma parte de su delirio.

25/5/94

MORONE, DANIEL

36

H/C

4

43 años

"Al producirse una explosión de una cámara de gas"
A 26,5% B 3,5% "ESTÁ TODO SUEDO" / LO AV
GUSTA q su ^{HUJA} ~~padre~~ LO USA MAL (NO TIENEN
QUIEN LOS DEFIENDA) ~~LO USA MAL (NO TIENEN
SE LO TRANSMITA A SU FILIA. → ME PIDE
q LA CONVENZA DE q ÉL ESTÁ BIEN →
LE DIGO q VOY A HABLAR q ELLA~~

26/5

MORONE, DANIEL

EN MOV. q LA HIJA y EL
YERMO. LE COMENTO q SU PADRE
ESTA PREOCUPADO x LA REACCION QUE PUEDA
TENER ELLA

27/5

MORONE, DANIEL

DICO MOFENIA ~~padre~~ q LO
DARON AHORA, y HABLAN EN OMO NOMBRE

29/5

MORONE, DANIEL

DICO TONON EN SUONIA, y
NO SABER COMO ES LA REACCION EN ESOS MOM
TOS → AL DESPENTENIR DE ÉL ME PRECUNTA SI
ESTÁ CALIBRADO

NECESITO O NO UNAS ORDENES // ME PI
DO A MI MAMA SU MAMA CUANDO VERA,
A SU MIEDO DE QUE LO VERA COMO UN
MONSTRUO

2/6

MORONE, DANIEL

PAISÉ EL SÁBADO A UTI.

ESTÁ ASERENCO

4/6

MORONE, DANIEL

HABIA DUELO WENTH DAVSE
 ESTO, q' LO LLEVAN / LO TRAEW, q'
 ESTAN EN UN DUE PLATA

9/6

MORONE, DANIEL

Des de luego siem-
 pre en el momento justo. (LLEGABA EL
 KINUSIÓLOGO PARA ATRADIRLO EN EL MISMO
 MOMENTO) COMIENZA A HABLAR DE UN
 ACCIDENTE, q' SE SIEMPRE AL CORRAL LOS OJOS,
 EN PLAZA DE MAYO. ES UN CHOCYE, HAY CHICOS,
 SE LO CUBRA ALGO EN LA TIENNA. PARECE
 ESTAR DOLIENDO. NO RECUERDA SI A MI
 NO ME DA HORROR EL VUELVO. / DOLIDA 3/0
 ACCIDENTE q' NO PARECE SER EL q' VIVIO.
 RECOMIENDO UNA 1/2 CON PSICUIATRIA

11/6

MORONE, DANIEL

DOLIDA / UNA CAMBIA
 q' LO ENFOCA X q' ES ANGO DE
 MUY / NO DICO q' LO DOTO UNA DA-
 DO SO LO

MORONE, DANIEL

16/6

LO PREGUNTO A LA
 FIA (AL FINAL) DICE Q SU MADRE Y SU HERMANA
 ESTÁN ACA, Q SU MADRE TIENE UN DTO A
 20 METROS, Q SU ESPOSA YA SE FUE
 Q IR // "¿CUANTO HACÍA Q NO NOS
 VEÍAMOS?" DICE Q SE "IBA" PARA NO
 SENTIR EL SUFRIMIENTO / Q AHORA YA
 ESTÁ ACA, POR MOMENTOS SE VA PERO
 ENSEGUIDA VUELVE. (DICE Q QUIZÁS SEA
 EFECTO DEL SHOCK) // LO PREGUNTO AGORRA
 VA: DICE Q CONSTRUYÓ OTRA REALIDAD
 CON OTRAS PERSONAS, MAS ILACANTONA. //
 DICE Q SU MADRE TIENE UN DTO A 20 m
 DEL HOTEL.

18/6

MORONE, DANIEL

ESTABA BIEN // RECUERDA
 DICE ESTABA + TRANQUILO
 LO, ESTABA ASUSTADO X Q NO SABÍA SI
 SUS "VIAJOS" ERAN X EL SHOCK, X EL GOLPE
 O X Q ESTABA LOCO. // DICE Q PROBABLEMENTE
 ERA X LA FALTA DEL CAMIZO DE SU FAMILIA (Q
 PARA EL "ES TODO" AHORA Q SU MADRE (80
 AÑOS) ESTÁ AQUI, ESTÁ + TRANQUILO // EN SUS
 VIAJOS HUBO DE SEPARARSE DE SU FAMILIA
 // SUPRIMO EL DOLOR

20/6

MORONE, DANIEL

¿YA VAMOS A HABLAR... (HACER SÍNTESIS) LO
 PREGUNTO SI PUEDE SEPARARSE → DICE Q LOS MÉDICOS
 LO TIENEN Q AUTORIZAN / ME PIDE HABLAR CON
 EL MÉDICO // I/C DICE A LA MÉDICA Q PREFERE HABLAR
 CON EL MÉDICO Q CON EL PSICÓLOGO. (X SU UBICAC
 CION EN LA AGRESIVIDAD) ESPECULAN PARECE
 SER UN OBSESIVO)

24/6 MORONE, DANIEL

DE ALTA

con + ánimo y a veces con monos/
de x momentos se desorienta / me
pregunta si yo hablo q los otros médicos
(¿si yo estoy orientado sobre su estado?)
HABLAMOS DE LA POSIBILIDAD DE
PASE A LA SALA → dice q está mejor
y q quiere hacerlo (dice q lo ha su-
lado de esto) / tiene sueño constante
muerte // LA CURA LLEVA MUCHO TIEMPO

26/6 MORONE, DANIEL

dice, si ANTONA ESTÁ BIEN DIZ
BOCHU, q YA ESTÁ ESTABILIZADO // LO AN-
GUNTO SI ALGUNA VEZ LE HABÍA PASADO AN-
TES UNA COSA ASÍ: dice q NO // LO PRO-
CUNTO X q PIENSA q LO PASÓ → "NO SE,
q SE PROCUPE EL MÉDICO"

28/6 MORONE, DANIEL

dicen q ya no estuvo
viajando / hacer silencio, para los otros / me
pregunta si estuvo x su casa con su familia.

1/7 MORONE, DANIEL

dicen q ya está aquí / q
lo mostraron las manos y no se fue /
dicen q se iba x q recibía emociones
fuertes // lo preguntó si esto de irse a
otro lugar lo asocia a algo / dicen q no,
me pregunta si saco alguna conclusión (hacer
su teoría de lo q lo pasa)

HABIA DE SU "DISOCIACIÓN" ANTES SE SINTIÓ MEDIO BIEN, PERO LUEGO LE PASÓ SU HIJO. LE CUENTA QUE CUANDO ESTUVO EN TERAPIA ESTABA MUY DISOCIADO / NO PROCURABA SI VINO A VISITARLO (AL LUGAR) / SE VA A OTRA CASA

RAMIREZ

UNA ENFERMERA
 DICEN YA AYUN A LA NOCHE ESTABA
 MAL. SE ESTA COMIENDO LAS GASAS
 DE LA MANO // IC
 EL PROBLEMA ES NEUROLOGICO,
 NO PSIQUIATRICO. // dice q se ESTU
 PORTANDO MAL, POR ESO LO BAJARON
 A LA GUARDIA... (LUEGO LO TRAJE
 ROW DE NUEVO) // q hizo? ESTUVO
 ESCUCHANDO COSAS q NO DEBIA:
 LA CHARLA DE LOS VECINOS, q A
 EL NO LE INTERESA; MANTO DE BA
 TARSE DE LA CAMA 2 VECES (Y SA
 BE q NO PUEDE, YA q SUS PIERN
 WAS NO LO SOSTENIAN); SE COMIA
 LAS GASAS. // ME DESPEDIRO ME AGRADUO //
 AL LUGAR ME DICEN q LO DESPERTE (AL DE
 CIR SU NOMBRE) // DE q HABLABAN
 LOS VECINOS: NO RECUERDA. EL CAMPO,
 UNOS COMEDOS, EL PARTIDO DE RIVER
 (NO LE INTERESA)

BALBUENA, GIRA LOS OJOS. DE
 PRONTO ABRE LOS OJOS Y ME SALUDA. VUELVO
 A ENTRECEBRAR LOS OJOS. // dice q ESTOS DIAS
 SE IBA. ESTUVO VIAJANDO. // ^{AL A SALIDA} SUBIA CON 3
 PILOTOS AL AVION / LO LLEVABAN DE TIRO /
 TOGAVIA ESTA EN EL AVION / ESTO ES
 UN AVION HOSPITAL. // POR LA FALTA DE
 PNEUMONIA EN SU DOLOR. PARECE SER UNA
 PSICOSIS // SE RECOMIENDA HACER UNA INTEN
 CONSULTA

RE q HABLAMOS EN OTRO MOMENTO → DICE q
YA VAMOS A HABER → SU "DISPIERTA" Y ME SALU
DA (EN FUNERIA YA PASO ESTO UNA VEZ)
* LO PREGUNTO q ES Y ME EXPLICA (¿COMO NO SABE
LO q ES!)

NO HACE REFERENCIA A SU
15/7 MORONE, DANIEL
DICE q ESTA BIEN DEL
CORAZON, q NO TUVO + PROBLEMAS, q VIENE
SU FLIA. Y ESTO NO LE PRODUJO NADA
VA NOMBRANDO A SU FLIA q VIENE. LO PREGUNTO
CUNTO x q DICE ESTO, ESTA ROTACION DICE
q CUANDO VIERON UNOS ~~PROBLEMAS~~
AMIGOS DE MAN POR PLATA SE PUSO
MAL, q ESTO PASO HACER COMO UN MES
(SE PUSO MAL A LA NOCHE) → DICE q
YA PUEDO DARLE EL ALTA → LO DICE q
QUIERO q LE DE EL ALTA. DICE q

NO, q MI ALTA NO LE INTERESA,
q EL LO q QUIERE ES SALIR DEL
HOSPITAL (SU FUERA DE TENER LA
ESPALDA ESCALINADA, DE LA CAMA, ETC)
LOCO ME DESPIDO Y ME DICE q
VUELVA, 1 o 2 VECES +, q HABRAN
LIAN CONMIGO LO HACER BIEN.


LO PREGUNTO X LA VISITA
ESA q' LO HABIA PUESTO MAL; DICE q' ERA
UN AMIGO (LORA) q' SE ENOJO. TAMBIEN
X UNA CARTA q' RECIBIO. ALER q' LOS
AMIGOS LO EMPujan A q' ESTO BIEN. BIEN

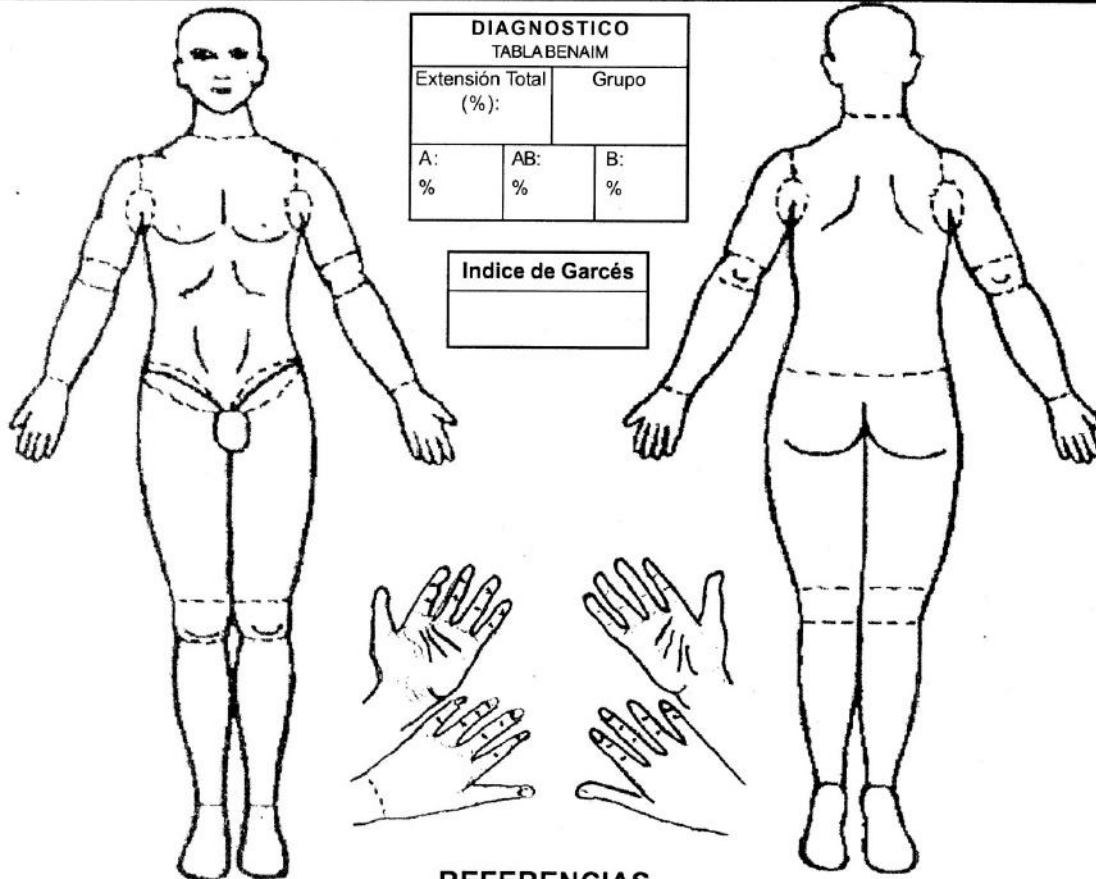
X SUS HIJOS (q' QUEDARON SOLOS) // DICE
(SUN CHICOS) q' SU COMPARTAMENTO ESTÁ LLORANDO X
EL ENOJO q' TUVO AYOR EN QUIRO FANS
POR q' SE ENOJO NO PUDIERON CURARLO,
DICE q' LE SIRVIÓ MI VISITA PARA
DUTARLO GANSE Y ME LA AGRADECU // TRASHIA
DE PONTONO Y SERONO EN UNA ESCUELA.
(VIAJA A Y CURARAS) AHI TIENE MUCHOS AMIGOS, q' LO EMPujan
A q' ESTO BIEN, EL LLORA X ESTO.
[Llamado AL LUGAR DE PONTON NO ESTABA]

HASTA LOS 22 años
DICE ESTABA EN VIAJE
HACIA LA SALIDA. // AL PRINCIPIO DICE q' ESTABA
BIEN, q' SE LEVANTO ~~SE ENOJO~~ SE BANO Y
SE SINTO // LE PREGUNTO SI EN ALGUN MOMENTO
VIATO. DICE q' ESO YA LO HABIANOS HABLADO
q' SI. DICE q' YA NO VA A NECESITAMI CHATARRA
COM MICO, LUEGO DICE q' MORA q' SI, q'
~~SI~~ ME DE UNA VUELTA

ALTA EL
NO ESTA.

ANEXO 3.1 FORMULARIO DE ADMISIÓN

 G.C.B.A.	MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE QUEMADOS	1	FOLIO						
	HISTORIA CLINICA ADMISION QUEMADOS	CAMA N°	UNIDAD						
APELLIDO NOMBRES H.C. N°									
Edad Nacionalidad Sexo Estado Civil Profesión									
Domicilio Tel.									
Cobertura Social o ART Intervino Ag. Ch. N° Seccional									
DNI Fecha de Nacimiento									
Historia Clínica realizada por el Dr.			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">Día</th> <th style="width:33%;">Mes</th> <th style="width:33%;">Año</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año							
Antecedentes familiares:									
Antecedentes personales:									
Enfermedad actual:									
	FECHA	HORA	LUGAR						
Quemadura			ATENDIDO POR EL DOCTOR						
Primera cura									
Primera consulta al Hospital									
Fecha de internación en el Hospital									
Forma en que se produjo el accidente:									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">ACCIDENTE</td> </tr> </table>				ACCIDENTE					
ACCIDENTE									
DOMESTICO <input type="radio"/> TRABAJO <input type="radio"/> PUBLICO <input type="radio"/> AUTOAGRESION <input type="radio"/> AGRESION POR TERCEROS <input type="radio"/>									
(Marcar con una cruz el que corresponda)									
Etiología									
Estado actual									



DIAGNOSTICO TABLA BENAIM		
Extensión Total (%)		Grupo
A: %	AB: %	B: %

Indice de Garcés

REFERENCIAS

QUEMADURA SUPERFICIAL Eritema	QUEMADURA SUPERFICIAL Flictena	QUEMADURA INTERMEDIA ("AB" - 2do. Grado)	QUEMADURA PROFUNDA ("B" - 3er. Grado)

Lund y Brower / Edad	0-1	2-4	5-9	10-14	Adulto
Cabeza	20	19	15	13	9
Tronco	31	32	32	32	36
Miembro Sup. (c/u)	9	9	9	9	9
Miembro Inf. (c/u)	15	15	17	18	18

Grupos de Gravedad: Tabla de Benaim (Válida entre 12 y 60 años)

Tipo de Quemadura	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Leve	Moderado		Grave	Crítico
Porcentaje de A	Hasta 10	11 a 30	31 a 60	más de 61
Porcentaje de AB	Hasta 5	6 a 15	16 a 40	más de 41
Porcentaje de B	Hasta 1	2 a 5	6 a 30	más de 31

INDICE DE GARCÉS (Válido para cualquier edad)

40 - Edad del paciente + % "A" x1 + % "AB" x2 + % "B" x3 para menores de 20 años

Edad del paciente + % "A" x1 + % "AB" x2 + % "B" x3 para mayores de 20 años

De 21 a 60 puntos = Grupo I (leve)

De 61 a 90 puntos = Grupo II (moderado)

De 91 a 120 puntos = Grupo III (grave)

Más de 120 puntos = Grupo IV (crítico)

PROCEDIMIENTO

Cirujano: Ayudante: Anestesiólogo: Enfermera/o:

Descripción:

Próxima citación:

Firma y Sello Cirujano

Firma y Sello Anestesiólogo

3.6.1 - Notas sobre Gomez Sara Etelvina

28/7

220

Gomez Sara Etelvina

H/C

532569

INFORME 2 7-79 53 AÑOS // AL REUNIRSE A BOTELLA DE SOLVENTES, ESTE SE INFLAMO A 156°C. LA PIEL SE PAVEN... HAY UNA GRAN CULPA Y RUMOR.

28/7

Gomez Sara

INFORME DEL NIÑO A LOS AÑOS

28/7

28/7
POR
QUE
NO
SABE
X
C
C
E

Sara Gomez

SU NIETO DE 6 AÑOS TIENE EMUROTIS Y VA A UN PSICÓLOGO // SU MADRE HIZO 2 AÑOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA Y ELLOS LA DESALMENTARON, PORQUE LOS PSICÓLOGOS NO TIENEN TRABAJO Y NO GANAN PLATA // ESTA CONTENTA X Q LE DIERON UNA CASA Y LE DIERON UNA HIPOTECA EL PROBLEMA DE SU NIETO TIENE Q VER CON EL HECHO DE SER DECIDIDO, Y

ROBERTO AL PADRE, EL CUAL NO ES MUY
CARINOSO CON SU HIJO // ELLA ES MUY INDE-
PENDIENTE Y DECIDIDA // SU YORNO TAMBIEN
TIENE ENFERMEDAD => NO PREGUNTA SI SONA
HEREDITARIO (EL CHICO SE AVORRONZA,
ELLA TAMBIEN) EL CHICO DICE Q' SU HIJO
PIS X Q' LE GUSTA, PERO NO SE DA CUEN-
TA, ¿COMO PUEDE GUSTARLE ALGO DE
LO Q' NO SE DE CUENTA? // "En mi
FAMILIA somos como los 3 mosquitos" (rosas para)

30/7

NO
9/30
N/A
10/30
2/30
PA
S
V
S
CON
C
Y
EST
SE

Sara Gomez

HABLA MUY BOWA DE LOS OMBOS
DE SU IMPOSIBILIDAD DE HACER ALGO POR ELLO
NO QUERER LO QUE NO SE

5/8 Sara Gomez

EL ACCIDENTO LE DIO MARCAS
EN LAS PIERNAS // ME PIDE Q LE HABLE, A
A ELLA LE GUSTA CHARLAN // HABLA DE PROVERBOS
LOS ACCIDENTOS // BUSCA IGUINIAS CON LA PERSONA
DE LA CAMA DE AL LADO, CON SU FAMILIA // DICE
Q VIVIA SI LE VOY A HACER (LA INTERRUMPO
LE DIGO Q MAÑANA SEGUIMOS CHARLANDO)
ME DUELA SUERTE

3.6.2 - Notas sobre Claudia Perez

Claudia Perez 20/7 31 años ingreso
 14/7/95 H/C 111.111 " mientras un
 PIAMA con ALCOHOL EN CONDICION
 CIGARRILLO = AB 17% B 1% C/21
 HACE 10 años se atiende con un
 PSICUATRA. VA y se atiende, LOCO
 INTERRUMPE / tiene 1 hermano 6
 años menor q' ella. cuando ella
 tenía 12, iba a cruzar una calle
 en la q' circulaban pocos autos,
 con él. ella lo decía "CRUZA", "NO
 CRUCOS". EL CRUZÓ y LO ATROPELLARON.
 LA MADRE LO ECHO LA CULPA A MONICA
 NICA / EL PSICUATRA LE DECIA q'
 un chico VA SUSMUY UNDO A
 OTRO EN SUITE / se hizo tiene 5
 años. / me muestra una FOTO de
 cuando tenía 2. / dice q' la gente
 no se tendría q' sentir culpable /
 su hijo. ni siquiera vino a verla,
 dice q' AHORA EL LE IMPORTA 3
 CARAZOS

su marido se
 con ella con el mismo parámetro
 y ella ella se atrevió a todo los
 2 años su marido se esforzó a
 atender con él los meses dos
 los, cuando a ella se le pasó
 con un poco las fobias, por la
 fobia de tocar cualquier cosa.
 Su marido se atrevió a tocar y
 luego dijo su madre fue una vez
 él le dijo y ella tenía la culpa
 y se fue. El día que se fueron tuvo
 una discusión con su madre, a una
 licencia y un taxi por tanto que
 esta horrible loco. Ella recuerda
 el auto y la madre lo dijo y
 era la culpable de se perdiera
 la licencia. Los pegó a ella, su
 marido y su suegra. Luego se fue
 por unos días de compras, ella se fue
 a comprar un grabador y se lo
 trajo luego fue / estaba mostrando
 a su psicóloga lo que había dicho
 hacer y todo lo pidió un tiempo
 urgente y no ya. Me puse a
 criticarlo y no esta loca,
 para poder en un momento / decir
 que lo que pasar es diferente mucho
 carácter / su marido es como
 su padre. Su madre no puede con
 controlarlo y ella si se hizo un ac
 a su madre la manija / lleva el

DOJANLA A ELLA CALIENTE, EL ES
DOLOR ENTO DICO DE AHORA TROCO
PA DICO A A IR A VIVIR EN
SALVA. SU MARIDO ESTA EN LO DO
SU SUCCRA/EL NIÑO. ELLA LE PIDIO A
UNA AMIGA IR A UN NEN PO A LA CASA

Claudia Perez 24/7 me pido q venga
+ tarde / cuando voy luego me
dico q tiene dolor, pidio un cal
manto y lo esta esperando / quedá
mos en trasera el manto

Claudia Perez 28/7 confiesa q
SE PRUNDO FUEGO / AYUN SE LO DICO
A UN ENFERMERO. ME PIDO VUN
A SU NIÑO. LE DICO A Ramirez
LO AUTORIZA A q venga a LAS 18hs/
dico q todos los reactivos terminan su vida
DOSO / ME PREGUNTA A GRATO SI LE
EN NEN DO

31/7

Claudia Perez

EST... PIENSA... SALIR DE ACA

COMPAÑIA DE PLCA. AC
 CON SU MARIDO Y SU HIJO. LOS
 DUNAS MURIERON. // EL ASQUEROSO
 ADVINO A UN FUER. DE
 SI NO LA CUIDABAN ELA IBA
 A INTENTAR SUICIDARSE // LE DICE
~~QUE SUS PROBLEMAS SON SUS PROBLEMAS~~
 Y LOS DE YO SON SU FUER. LOS SUYOS

CLAUDIA

Claudia Perez

SDAD

21-20-18-15 3/1

2 HIASAS / AYON

VIA SU MARIPO Y SE ENFOJA
CON ELLA / DICO Q HIZO UN
PACTO DE NO HACER, Q HABLA
SEGUN QUIERA, Q QUIERE HA
BLE + CONSIGO CUANDO SE EN
CONSUENOS EXTREMOS DE DIFER
FORMAS QUIERE Q LA SIGA HAN
D EN LA SALA / NO LA COMPROVA
MUNDO

Claudia Perez

4/1. HUBO VARIOS INTENTOS
DE SUICIDIO, EL PRIMERO HACIA 6 AÑOS, SU
MUNDO LA ENCAÑO / LE ECHO LA CULPA

AL PSICUINTRA DE LO q LO PASO /
ME DICO q YO CONFITO CON EI /
LE DICO q A MI NO INTERESA LO
q LO PASA / DICO q SE AUGUSTIN
X q NO LE CONFUSTO. LO DICO q SI

[Redacted]

[Redacted]

Claudia Perez

[Redacted]

quiere irse; ~~lo que me interesa~~
q ESTÁ + o - / LE PREGUNTO SI
PASO EL NANTOS: DICO q NO SATE
SI VA A ESTAR, q PASO

DICO q NO

Claudia Perez

11/8 no ecua en

CANA q' CRINCO AL PSIQUIATRA
DICO q' AL SALIR SUGUIRA ATANDE
DOSE CON EL. WOTAS SU CALUNA
HABLA DE SUS CASAS. / q' UPTA OJ
EN q' LA PUUDO ADU-DUT X CONSUT.
EXT. / CUANTA ALECOOTAS DE LA JALA

Claudia Perez

18-8
ACTA EL 17/8/95

31/3/12



- [Inicio](#)
- [Artículos](#)
- [Aula Virtual](#)
- [Autoayuda](#)
- [Boletines](#)
- [Chat](#)
- [Consejo Online](#)
- [Cursos](#)
- [Enlaces](#)
- [Foros](#)
- [Infantil](#)

- [Libros Gratis](#)
- [Mapa Web](#)
- [Monografías](#)
- [Ofertas de Empleo](#)
- [P.I.R](#)
- [Profesionales](#)
- [Publicitar](#)
- [Quiénes Somos](#)
- [Test](#)

[Psicología OnlineESMUBedaMultimodal](#)Historia Clínica Adultos

[Psicólogos en línea Ahora](#) 5 Psicólogos están en línea. Pregunte y obtenga su respuesta ya! [JustAnswer.es/Salud-Mental](#)

[Polly Gallacher](#) Psicología integrativa Cuerpo - Mente - Espíritu. Consulta gratis [www.pollygallacher.com](#)

[Test de la Personalidad](#) Pruebas, Cuestionarios y Encuestas de Varios Temas. ¡Regístrate Hoy! [www.Facebox](#) Anuncios Google

HISTORIA CLINICA MULTIMODAL DE ADULTOS

Nombre: Edad: Fecha:
 Profesión: Estado civil: Domicilio:
 Telefono: N°HªClínica:

1. MOTIVO DE CONSULTA:

2. FACTORES DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL:

3. ANTECEDENTES PERSONALES:

- 3.1. Estado somático actual y pasado. Hábitos de salud y dieta
- 3.2. Antecedentes de trastornos psíquicos

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- 4.1. Composición familiar: Sexo, Edad, Parentesco, Profesión
- 4.2. Trastornos somáticos actuales y pasados relevantes
- 4.3. Antecedentes actuales y pasados de trastornos psíquicos

5. VALORACION DEL SOPORTE SOCIO-FAMILIARES:

- 5.1. Reacción y/o apoyo familiar al trastorno actual
- 5.2. Calidad y cantidad de relaciones sociales
- 5.3. Problemas y satisfacción conyugal o de pareja
- 5.4. Problemas y satisfacción laboral-estudios

6. OTRAS OBSERVACIONES:

7. RESUMEN MULTIMODAL DE AREAS IMPLICADAS:

**Nota: Este apartado puede servir de resumen de áreas implicadas recogidas a través de los apartados anteriores, o como guía para profundizar aún más en determinados aspectos no recogidos anteriormente

- 7.1. Area cognitiva:
 - Preocupaciones más frecuentes y molestas
 - Conciencia y modelo de enfermedad del paciente-familia
 - Ideación suicida. Actitud ante la vida. Ganas de vivir y razones de ello
 - Trastornos del pensamiento y de otras actividades mentales (alucinaciones, delirios..)
 - Autovaloración personal: Aspectos más positivos y negativos de si-mismo
 - Satisfacción con la imagen/aspecto corporal
 - Sueños y fantasías más frecuentes (agradables y desagradables)
 - Expectativas de tratamiento (a qué causa atribuye su malestar y cual cree que es la intervención a desarrollar y el papel que le corresponde en la misma)
- 7.2. Area afectiva:
 - Estado de ánimo actual más frecuente
 - Principales temores actuales
 - Principales desencadenantes de ira actuales
 - Situaciones, actividades y personas con las que se siente más tranquilo y más alterado
 - Como suele expresar sus emociones más intensas (amor, ira..) y a quién
- 7.3. Area somática
 - Preocupaciones respecto al funcionamiento físico
 - Medicamentos consumidos durante los últimos seis meses
 - Problemas de hábitos de salud: Ejercicio, dieta, peso, tabaco, alcohol y otras drogas
 - Enfermedades actuales: diagnósticos y tratamientos en curso
 - Sensaciones y molestias corporales
 - Satisfacción y problemas sexuales
- 7.4. Area interpersonal:
 - Relaciones, problemas y satisfacción laboral/estudios
 - Relaciones familiares: problemas y apoyos de quién-como
 - Relaciones de pareja: problemas y áreas de satisfacción
 - Relaciones sociales: cantidad/calidad de amistades
 - Relaciones con servicios de apoyo (servicios sociales, médicos..)
- 7.5. Area conductual:
 - Como afronta sus dificultades motivo de consulta: Que hace y evita al respecto
 - Hábitos que desearía aumentar o disminuir
 - Actividades más gratificantes-reforzantes y desagradables-aversivas, actualmente

8. DIAGNOSTICO INICIAL

- Nota: Se puede profundizar aún más en el mismo mediante las guías multimodales de segundo orden
- Eje I (Trastorno identificado: por ejemplo depresión, anorexia nerviosa..etc)
- Eje II (Rasgos o trastornos de la personalidad. Caracter. Por ejemplo: obsesivo, histriónico, etc)
- Eje III (Trastornos somáticos identificados. Por ejemplo: hernia discal)

- Eje IV (Estrés situacional agudo o crónico. Por ejemplo: Graves problemas de relación conyugal y situación de despido laboral vivida depresivamente)
- Eje V (Grado de adaptación psicosocial. Por ejemplo: Bien adaptado socialmente con amigos y presencia de problemas con compañeros de trabajo)

Psicólogos en línea Ahora 5 Psicólogos están en línea. Pregunte y obtenga su respuesta ya! JustAnswer.es/Salud-Mental

Implantes Dentales \$450 y 6 cuotas. Tel 0-800-888-3368 Compare presupuesto y calidad final www.dentaliaonline.com

Tratamiento Ansiedad Belgrano Capital Federal 4545-3494 / 15-5-646-8987 www.licenciadacatalinaporras.com

Anuncios Google



Si Eres Psicólogo... y Ofreces Terapia Online

INSCRIBETE GRATIS EN NUESTRO DIRECTORIO DE TERAPIA ONLINE

www.psicologos-online.net

Más Información
Clic aquí...

- [Condiciones de Uso](#)
- [Política de Privacidad](#)

Copyright © 1997 - 2010 [Clínica de Psicología "V.mars" - www.psicologia-online.com]. Todos los derechos reservados.

Psicologia-online.com es una propuesta de la Clínica Mars, con carácter divulgativo, atencional, investigador y formativo, que ofrece un acercamiento psicológico y científico, a los problemas del ser humano.

<p>M.C.B.A.</p>	CLINICA PSICOSOMATICA	29b
2	continuación JUAN ROSS	Historia clínica N° 1

2/10/92 EL PTE. DICE SER "NORMAL, AUNQUE UN POCO NERVIOSO".
REFIERE EL ACTO DE INTENTO DE SUICIDIO A "TRES
MINUTOS EN LOS Q. NO SABIA LO Q. HACIA".
LOS ANTECEDENTES A ESTO SERIAN HACER 1 AÑO
Q. ESTOY SIN TRABAJO, EN ESTE AÑO ME SEPARÉ
DE MI FLIA" Y UNA DISCUSIÓN CON 1 SOBRIÑO Q.
SALU CON UNA SOBRIINA, Y CON QUIEN SE LLEVABA
BIEN; Y A QUIEN JUAN AGREDIÓ "YO TUVE LA
CULPA, NO SE PORQ. LO ATAQUE". SE MUESTRA COLA-
BORADOR EN LA INTENCION DE "SALIR ADELANTO". DICE
Q. "AHORA QUIERO VIVIR" ~~Y~~ HABLA DE SU TRABAJO
COMO ALBAÑIL, VALORIZANDO ESTO CON UN "NO CUALQUIE-
RA PUEDE SABER HACER..."

MARIO

3/10/92 ENTREVISTA PLAR. Q. LA MADRE DE JUAN Y EL HNO. PEDRO (38 AÑOS)
COORDINADA EN CONJUNTO CON EL DR. SUAREZ, SE MANIFES-
TA Q. LE DICIAN A JUAN Q. "NO TRABAJARA TANTO" APAREN-
TAMENTE LA DISCUSION DE JUAN Q. SU SOBRIÑO ^{AUTORIZA A SU INTENTO} TUVO Q. VOLT
CON ESTO TOMA (EL ROZATO DE ESTO EPISODIO ES CONFUSO,
Y LA MADRE DICE "NO ESTAR ENTENDIDA") // LA MADRE DICE INSISTE
A JUAN EN Q. NO HAGA COSAS DE MUJERES (LAVAR, COCINAR), Q.
EL HACIA EN MOMENTOS EN Q. SU PADRE ESTABA INDEBILITADO Y
SU MADRE Y EL. // LA MADRE ECHA LA CULPA A LA RELIGION ESA
(TESTIGOS DE JEHOVA), YA Q. AL "ABANDONAR LA RELIGION DE
LA MADRE ABANDONA LOS PROCEPTOS DE ESTA Y ESO NO SE DEBE



HACER". [EL TOMA GIRA EN TORNO A LA CULPA q̄ CIRCULA POR ACTITUDES PERSONALES CONTRAPUESTAS CON MANDATOS]

MARIO

6/10/92. EL PTO. DICE SENTIRSE BIEN. DICE q̄ TIENE q̄ OBEDECER A LAS CHICAS (ENFERMERAS) Y q̄ TIENE q̄ RECONSTRUIRSE MORALMENTE ("TOTAL... NO ME FALTA NADA") DICE NO QUERER VOLVER AL PASADO Y ME PREGUNTA DO q̄ TOMA ME INTERESA HABLAR.

MARIO

8/10/92 DICE SENTIRSE BIEN. HABLA DE UNA POSICION EN LA CUAL "HAGO COSAS PARA LOS DEMAS Y NO PIDO NADA A CAMBIO" -- "Y AHORA VORME ASI." SE CONTRASTA A UNA SITUACION ACTUAL EN LA CUAL NECESITA DE LOS DEMAS Y "SIENTE FOMO DE LA FLIA."

MARIO

10/10/92 ENTREVISTA q̄ LA FLIA. PARTICIPA LA MADRE DEL PTO. Y UNA SOBRINA DE JUAN (HIJA DE SU HVA). LA MADRE DICE APOYARSE EN DIOS (IGUAL q̄ SU MADRE) → "HAY q̄ OBEDECER A LA MADRE". "JUAN TIENE q̄ PEDIRLE PERDON A DIOS POR LO q̄ HIZO". [LA MADRE, EN NOMBRE DE DIOS, DICE A Juan LO q̄ TIENE q̄ HACER]. "JUAN SON MIS OJOS" (A VOZES DICE ESTO DE SU MARIDO). (JUAN Y UN HERMANO DE 40 AÑOS CON RETARDO MENTAL, SON LOS UNICOS 2 DE 7 HIJOS) q̄ VIVEN q̄ LOS PADRES; LOS OTROS ESTAN CASADOS Y VAN A VER A SU PADRE PARA CUIDARLO). "JUAN ES MUY SERVICIAL" (SU MADRE TAMBIEN DICE SERLO).

MARIO

15/10/92 EL PTO. DICE q̄ SE ENCUENTRA BIEN. HABLA UN POCO. CUESTA ENTENDERLE X LA EXPECTACION. Y EL TONO DE VOZ "ESTOY BIEN". "VOY A SALIR ADIANTER" "ESTOY HACIENDO PROYECTOS." "VOY A



M.C.B.A.

3

CLINICA PSICOSOMATICA

Continuación
JUAN ROSS

29b

Historia clínica No
1

VISITARLO CUANDO SALGA DE AQUI

MARIO

16/10/92 EL PTO. SE QUEJA DEL FRÍO, DOLORS DE CABEZA, EN EL PECHO. AL HABLAR DE LAS COSAS Q. TIENSA SE REFIERE A LO Q. SIENDE → SUBJETIVIZA SU ESTADO CORPORAL

MARIO

17/10/92 ENTREVISTA FAMIL. Q. LA MADRE Y EL HNO.; LA MADRE RECIBE LA INFORMACIÓN DE LA GRAVIDAD DEL PTO. Y REVISTE SUS POSICIONAMOS DE VIDA A DIOS. SOBRE JUAN DICE "ERA TODO PARA MI", ANGSTIÁNDOSE CON LA IDEA DE SU POSIBLE PÉRDIDA

MARIO

4.6 - Notas sobre Juan Ross

DR. JUAREZ : TUNAPISMA DE PLANTA (ESTR./LOS DIAS)

QUIROFANO (MAMA) (VIERVES)

DRA. CLAUDIA PEREZ H/C 1

CASA 2

JUAN ROSS (31 AÑOS) (10% B 15% AB) 26/9 (INGRESO 18/9)

HACE 15 DIAS TESTIGO DE JENOVA, MADRE: "VOY A SEGUIR LA RELIGION DE LA ABUELA" (CATOLICA) - LLEVADO X UN VECINO.

"VOY A HACER LO q TENIA PENSADO": SE QUEMA? ERA UNA NIÑA! HACIA BIZCOCHUELO, ARRUGLOS DE LA CASA.

MEJOR DE 7 AÑOS. (4 MUJERES, 3 VARONES). 2 DO. HNO RUMASO MUNDAL? SE QUEMA EN EL BAÑO.

HIP. VECINO LO SACA DE LA RELIGION DE LA MADRE. NO SE CALMA. LA MADRE LO REPUDIABA.

PADRE: PIERNA AMPUTADA HACKE 5 MUJES X GARGANTA, PASABA X LLEVO DA.

HNO LO CUIDA. -> LA MADRE VIENE PERMANENTEMENTE.

QUERADURA DE VIAS AERIAS SUPERIORES NO LO PERMITE HAYIA MUCHO.

27/9 HEMORRAGIA DIGESTIVA - PASA A TUNAPIA INTENSIVA 28/9 (CASA 4) CON TUDO DE OR (GENO. SE ESTA MANDO EDEMATIZADO. AMBOS PARA VIE 10/11)

1/10 EL PR ESTÁ MEJOR. (MÉDICO DE GUARDIA)

ENTREV. C/ LA HNA. LACTO PARA EL VIE. EN EL HALL DE ENTRADA. DICEN SER LA ÚNICA q SE OCUPA DE EL (ELLA Y LA MAMA). LOS OTRAS NO SE OCUPAN. (ELLA SE TIENE q OCUPAR DE LOS HIJOS). (SOL 4) (SE PRESENTA SUFRIDO, TOMANDO PASTILLAS PARA CALMARSE y con necesidades de VIVIR A UN NEURÓLOGO).

2/10 ENTREV. C/ JUAN ROSS:

"SOY NORMAL, SOY UN POCO NEUVIOSO" AHORA QUIERO VIVIR. "FUE UN MOMENTO DE NERVIOS, NUNCA PENSE q IBA A HACER ESTO". "YO VENIA HACKE 1 AÑO +5- SIN TRABAJO, SOY ALBAÑIL, PARA SER ALBAÑIL HAY q SABER". "TRATABA DE SEPARARME DE MI FLIA. HACKE COMO 1 AÑO ME HABIA SEPARADO DE MI FLIA, NO SE POR q -> APARECE CULPA.

"FUERON 3 MINUTOS, ME PUSE NERVIOSO". (CUANDO LUGO, LO LLEVO q ME PIDE ES q QUIERO ESCUPIR) (LLAMO A LA ENFERMERA Y ESCUPE). "TUVE UNA PELGA CON MI SOBRINO, YO ME LLEVABA BIEN C/ EL, YO LO AGREDI". MI SOBRINO SALI CON MI SOBRINA (DE OTRA HUMANA) "NO SE X q LO AGREDI, NOS LLEVABAMOS BIEN".

VIENE 3/10

3/10 ENTREV. FLIA C/ LA MADRE Y EL HNO PEDRO (38 AÑOS)

Hnos. nerviosos y tranquilos. "LE DECIA A JUAN q' NO TRABAJARA MAS" q' NO HAGA COSAS DE MUJERES: LAVA LOS PLATOS, COCINAR, ETC" (SOBRE TODO CUANDO EL PADRE FUE 2 MESES INTERNADO A LA OPERACION DE LA PIERNA). (APARTE MIENTRAS LA PIELA Y EL NOVIO DE LA SOBRINA FUE X q' ESTO LE DICE q' NO TRABAJARA MAS, q' NO LO AYUDARA EN UN MOMENTO q' ESTABA HACIENDO) CITADOS PARA EL 10/10/14

3/10 LA MEDICA DE GUARDIA ME INFORMA q' LA HEMORRAGIA DIGESTIVA (q' SIGUE) Y LAS QUIMADURAS DE VIAS AEREAS SON LAS SINTOMAS + DIFICULTOSAS.

6/10 ME PIDE q' TRAIGA UN TAMA. TUNGO q' CONSERVARE MI MORALMENTE A q' NO FALTE NADA. PARA q' VOLVER AL PASADO. NO SE DE q' TUNAS A UD. LE INTERESA HABLAR CON LA FIA. MUDA BIEN. YO LE DICO q' ME INTERESA SABER COMO ESTA Y COMO EVOLUCIONA. (LAS ENFERMERAS LE DAN DORADOS Y LE DICEN q' SE PORTA BIEN). EL DICE: "TUNGO q' OBEDECER A LAS CHICAS"

7/10 MAMA ME DICE "ME QUIERO MORIR" (IC FERNANDEZ) -> CUMPLIENDO DESQUERAS ESTO CASADO DE LA OTRA.

8/10 YO SOY EL MAS CHICO DE TODOS LOS HIJOS. "YO NO ME FIZO EN EL BOLILLO" "HAGO COSAS PARA LOS DEMAS Y NO ADO NADA A CAMBIO." "YO SOY ASI." Y AHORA... "VOLVEME ASI" LE DICO COMO q' NECESITA DE LOS DEMAS. EMPIEZA A TOSER Y ME DICE q' ESTA CASADO. ME AVIATO DESPIDIENDOME HASTA MAÑANA.

10/10 HIJOS DE PERLA LUIS (DAN) MARCELA DANIELA (4) -> HICIE 4 HIJOS (VIENE LA MAYOR) ALDO 43 MARTA 40 MARCELA 37 PEDRO 35 SILVIA 33 PAULA 32 JUAN 31

ALDO NOVIO DE LA HIJA DE LA FIA (MARTA)

JUAN MAMA SAIDO DE LA CASA DE LOS TIRAJOS DE JERUSALEM

"PARA MI ES MI OJO" "JUAN ME DICE q' NO TRAJA A DAN"

LO q' ME DICE TRAJABLE NUNCA COMUNITARIO SON LOS 2 HIJOS NO CASADOS.

JUAN PREGUNT/LOS DIAS POR EL PADRE.

SIMPLICIALE LE DICE "PERDIE A DIOS q' ME PERDIERE" (ES UN AMOR LO PARE. EL EL PADRE VIE 17 10/14 Y DIOS)

"ES UN A MURMURATA, LOS TRABAJOS q' HACER

15/10 IC MUSICO CAMBIA BIEN DENTRO LAS ESCENAS DE VIAS AEREAS VA A ANDAR BIEN. "MELE q' ANDAR BIEN"

15/10 PUE. WESTA EN UN DORLO X LA EXPECTORACION. "ESTOY BIEN" VOY A SALIR ADELANTE. VOY A VISITARLO A UD. CUANDO SALGA q' PUEDE SER? "HACIENDO PROYECTOS" (MIENTRAS TANTO VUNGO YO A VISITARLO)

16/10 JUAN ESTA SENTADO EN UNA SILLA, DURANDO. SE QUISA DE DOLOR DE CABEZA, DE Pecho Y FRIO. LUNGO PUE SI LO PUERAN ADESTAR. (ALORA SIAMIENTRE DE ESTAR BIEN SE QUISA DE DOLOR q' PUEDE q' PUEDE) (CONDUCTIVA EN ESTADO COMPOSITO) IC MUSICA DE GUARDIA: ME DICE q' ESTA GRAVE + USUP. ALMA.

17/10 MUSICO DE JERUSALEM: ALDO ROSS

NOVIO DE MARTA: ALDO - JUAN LE DICE "MAMA ME FUI A BUSCAR A ALDO A CONOR"

LE TUNGO RAIBIA A ESE CHAMBO. "ME NIZO ERA TODA PARA MI"

"LOS NUVIOS FUE" "VOY A HACER LO q' TUNIA PENSADO"

"HUBIERAMOS ESTADO TRANQUILOS LOS DOS." "NO ME FACIARIA NADA MAMA"

"SEMANA ANTES LA MAMA LE PIDE "MAMA QUIERE UN NIETO TUYO" "CASAR" (ANTES DE ADESTAR) (A SEMANA ANTES)

"EL SIEMPRE CON SU CAROJO X SU MAMA"

19/10 EL PUE MUERE A LAS 21 16 LE UN PARE CASADO.