

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL
PRÁCTICAS PRE- PROFESIONALES**

CONTEXTO DE SALUD Y SANITARISTA

**“EL REGISTRO DEL CASO
EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
DEL SERVICIO DE PSICOPATOLOGÍA
DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS”**

**Autora:
RAMALLO, M. VERÓNICA**

**Co- asesora:
Mgter. ANA CASTRO**

**Docente Supervisora y Responsable:
Mgter. MARICEL COSTA**

Miembros del Tribunal Evaluador:

Córdoba, 2013

RESUMEN

Título: “El Registro del Caso en las Historias Clínicas del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas”.

Autora: Ramallo, María Verónica.

Filiación Institucional: Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Córdoba.

Resumen: El objetivo general del presente trabajo de sistematización consiste en indagar la manera en que se registra el caso en las historias clínicas de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas. En base a este objetivo se plantearon tres ejes que atraviesan, determinan y constituyen a la Historia Clínica, la dimensión legal- deontológica, la dimensión ética y la escritura del caso.

En cuanto al aspecto metodológico, se utilizó un enfoque cualitativo, cuyas técnicas de recolección de datos fueron: observación participante, registro del diario de campo, estudio de casos, y entrevistas semi-estructuradas a los profesionales del Servicio.

A partir del análisis de datos obtenidos se concluye en la importancia de establecer pautas para un registro formal de la escritura del caso, que ponga límites a la especulación subjetiva propia de la escritura; destacando así el valor legal- deontológico de la Historia Clínica, la que a su vez se encuentra atravesada por el posicionamiento ético de los profesionales ante el registro- escrito de la misma.

Palabras Claves: Historia Clínica, Dimensión Legal- Deontológica, Dimensión Ética, Escritura del Caso, Pautas.

.....
Firma del Estudiante

.....
Firma del Co-Asesor

.....
Firma del Asesor

ABSTRACT

Title: "registration of the case in the clinical records of Psychopathology Service from Hospital Nacional de Clínicas"

Author: Ramallo, María Verónica.

Institutional Affiliation: Faculty of Psychology – Universidad Nacional de Córdoba.

Abstract: The general objective of this systematization work is to inquire how the case is recorded in the medical records of adult patients treated for Outpatients Psychopathology Service of Hospital Nacional de Clínicas.

Based on this objective proposed three axes that cross, and are determined to medical records, legal-ethical dimension, the ethical dimension of the case and writing.

In terms of methodology, we used a qualitative approach whose techniques of data collection were participant observation, field journal record, case studies, and semi-structured interviews with service professionals.

From the analysis of data obtained it is concluded the importance of establishing guidelines for writing formal record of the case, to put limits on speculation of writing own opinion; highlighting the legal-deontological of the medical history, which is crossed by the ethical positioning of the professionals to the written record of it.

Keywords: clinical history, Legal-Deontology Dimension, Dimension Ethics Case Writing, Guidelines.

.....

Signature of Student

.....

Signature of Co-Advisory

.....

Signature of Advisory

Agradecimientos

Un cálido agradecimiento a la Lic. Beatriz Gutiérrez, por su indudable aceptación al incorporarme al Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.

A la Lic. Ana Castro, por su predisposición, su orientación, y porque cada una de sus observaciones me estimularon hacia el aprendizaje y la búsqueda de conocimiento.

A la Dra. Isabel Belizán por su confianza, por impulsarme a abandonar mis miedos y a re-significar mis conocimientos y por hacer de cada crítica una reflexión hacia la superación personal y a la construcción del rol profesional.

Al Lic. Del Boca, por su aceptación y enseñanza clínica en cada admisión.

A la Lic. Silvana Tulían por ayudarme a entender una orientación psicoterapéutica diferente para pensar el tratamiento, y por hacer de las diferencias un lugar de encuentro.

Al Secretario Julio Cosiansi, por escucharme, por su complicidad y su ayuda en la inserción de los espacios de observación.

A mis compañeros Walter y Sonia, por su sostén, sus palabras, sus reflexiones y por todo lo que significaron para mi durante el transcurso de esta práctica.

A la Universidad Nacional de Córdoba, a la Facultad de Psicología y en ella a todos y cada uno de los profesores que dejaron su impronta en mi formación académica.

Personalmente quiero agradecer a mi familia, que de muchas maneras, relacionadas con el amor, la contención y la inteligencia, han habitado conmigo estas páginas, en especial mis hermanas Laly y Gaby, quienes me brindan su apoyo incondicional en cada momento de mi vida. A Gino, por su compañía en las largas noches de invierno. Y a mis amigas Lili y Ro, por hacer de mis tragedias una comedia Dantesca, ¡ellas saben!

Y dedico este trabajo, a quién con su inmenso amor y alegría llena mi vida,

a Manuel.

A todos, **!!!MUCHAS GRACIAS!!!...**

ÍNDICE

I.	Introducción	7
II.	Contextualización	
	1. Contexto General	10
	2. Contexto Local	13
	3. Relato de la experiencia	19
III.	Focalización	
	1. Fundamentación	26
	2. Eje de Sistematización	28
	3. Planteamiento de Objetivos	28
	4. Estrategia Teórico- Metodológica	
	a. Marco Conceptual	29
	▪ La historia clínica: su historia y utilización	30
	▪ Abordaje legal- deontológico de la historia clínica...	36
	▪ La dimensión ética y su relación con el psicoanálisis	44
	▪ El registro del caso, su especificidad y escritura.....	48
	b. Aspectos Metodológico	55
	5. Análisis Interpretativo de los datos	58
	▪ Análisis del marco legal- deontológico de la historia clínica	59
	▪ El “posicionamiento ético” en el registro del caso en las	
	historias clínicas	71
	▪ El registro del caso en las historias clínicas	78
	6. Conclusiones	106
	7. Propuestas	
	▪ De Aplicación	116
	▪ De Investigación	117
IV.	Reflexiones Finales	119
V.	Bibliografía	122
VI.	Anexo	128

INTRODUCCIÓN

*“Oh, María, sin pecado concebida, rogad por nosotros,
que a vos recurrimos. Amén”*

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se procura sistematizar la práctica realizada en el Hospital Nacional de Clínicas, en el Servicio de Psicopatología, más específicamente, en las Áreas de Admisión General, Psicoterapia Individual y Psicofarmacología en el marco de las Prácticas Pre- Profesionales del Contexto Salud y Sanitarista, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Se pretende indagar como se registra el caso en las historias clínicas de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo del Servicio de Psicopatología. Para ello, el trabajo se estructura del siguiente modo:

En primer lugar, se presenta la *Contextualización* de la institución, en donde se describe el hospital en su generalidad, y posteriormente se especifica sobre el Servicio de Psicopatología. Luego se realiza un breve *Relato de la Experiencia*, en la cual se describen las actividades llevadas a cabo, tanto en el hospital como en la facultad, incluyendo algunas impresiones subjetivas en relación a las mismas.

En segundo lugar, en la *Focalización* se explicita el *Eje de sistematización* de la práctica, y la *Fundamentación* acerca de los motivos que me permitieron realizar dicha elección. Asimismo, se plantea el *Objetivo General* y los *Objetivos Específicos*, en relación al eje propuesto.

El *Marco Conceptual*, se subdivide en cuatro ejes. El primero se denomina “La historia clínica: su historia y utilización”, y comprende el desarrollo de los antecedentes de la historia clínica, desde la medicina hasta su utilización como instrumento terapéutico en el campo de la psicopatología.

En el segundo eje, “Abordaje legal- deontológico de la historia clínica”, se desarrollan los aspectos legales y deontológicos que atraviesan a la historia clínica.

El tercer eje, “La dimensión ética y su relación con el psicoanálisis”, aborda el posicionamiento ético del psicólogo, y la originalidad del psicoanálisis al establecer una ética que le es propia.

El cuarto eje se titula, “El registro del caso, su especificidad y escritura”, se profundiza con respecto a la especificidad del registro del caso, diferenciándolo de la

historia clínica. Como así también, de desarrollan algunas pautas para el recorte y presentación del caso clínico.

En cuanto a los *Aspectos Metodológicos*, para alcanzar los objetivos planteados, se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos: observación participante, registro en el diario de campo, estudio de casos sobre las historias clínicas, y entrevistas semi-estructuradas a profesionales que realizan tratamiento a adultos por Consultorio Externo.

En el *Análisis Interpretativo de los Datos*, se apunta a responder lo planteado en el eje de sistematización, articulando la teoría referida en el Marco Conceptual con los datos obtenidos mediante las técnicas de recolección. A partir de los objetivos específicos, el análisis se subdivide en tres ejes, el primero “Análisis del marco legal-deontológico de la historia clínica”, el segundo “El posicionamiento ético en el registro del caso en las historias y clínicas”, y finalmente “El registro del caso en las historias clínicas”, en donde se incluyen pautas para un registro formal de la escritura del caso en las historias clínicas.

De este análisis se desprenden las *Conclusiones* relativas al eje. También se sugieren *Propuestas de Aplicación e Investigación*, con la intención de continuar investigando, teniendo en cuenta la escasa bibliografía referida específicamente al tema de la escritura o registro del caso en las historias clínicas.

Se continúa con las *Consideraciones Finales* sobre la experiencia de realizar una Práctica Pre- Profesional, en una prestigiosa institución, el Hospital Nacional de Clínicas.

Se consigna la *Bibliografía* utilizada, según normas APA (2001). Por último, se adjunta un *Anexo*, donde incluyen la ficha de admisión y el consentimiento informado del Servicio de Psicopatología, y la Ley 26.742 “Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”, esta última por razones de extensión del trabajo se encuentra en CD.

CONTEXTUALIZACIÓN

II. CONTEXTUALIZACIÓN

1. Contexto General: La Institución

*“Las instituciones son un referente
a la búsqueda del sentido contra el malestar”
M.E. Novotny*

El Hospital Nacional de Clínicas nace como Hospital- Escuela, ante la creación y puesta en marcha de la Facultad de Ciencias Médicas, el 10 de Octubre de 1877. Anteriormente fue el Hospital San Roque, quien tomó la responsabilidad de esa función, dictándose allí las cátedras de la primera curricula.

Fue en 1880, que dicha Facultad designó una Comisión, cuyos integrantes gestionaron la adjudicación del terreno en la calle Santa Rosa y el Río Primero. En 1882, comienza la construcción de acuerdo al plano realizado por el Ing. Rafael Aranda, copia del Hospital Escuela de Lugo (Italia), considerado un modelo para su época.

En noviembre de 1883, el Gobierno de la Nación designó una Comisión para dirigir la marcha de la obra, que estuvo integrada por el Dr. Miguel Juárez Celman y el Decano, Prof. Luis Rossi. La construcción del hospital, recién comenzó en 1885. A pesar de los promisorios comienzos, la crisis internacional de 1890, también afectó el crecimiento económico de nuestro país, razón por lo cual, las obras del hospital quedaron paralizadas.

El proyecto tardó treinta años en concretarse. Con dificultades y atrasos, el Hospital Nacional de Clínicas, se entregó oficialmente a la Facultad de Ciencias Médicas, el 24 de mayo de 1913, año en que la Universidad cumplía su tercer siglo de existencia, dependiendo del Honorable Consejo Superior, tanto en lo administrativo-económico, como en lo técnico. Es a partir de 1918, que se reglamenta el funcionamiento del hospital, comenzando a depender de la Facultad de Ciencias Médicas, quién ejerce su función fiscalizadora.

La dirección general del Hospital estuvo a cargo de una comisión, regida por el Director Prof. Dr. Pedro Vella, Catedrático de Clínica Quirúrgica, quien llevo adelante por primera vez las funciones principales que se proponía la institución, a saber: asistencia, docencia, investigación y prevención.

Pero un año después de su inauguración, se consideró insuficiente para responder a las necesidades asistenciales de la población y a los requerimientos de la enseñanza, ya que los pabellones resultaron exiguos para las cátedras, gabinetes y laboratorios complementarios de los servicios. A raíz de esto, en 1925 se comenzaron a gestionar los medios para ampliar el nosocomio, buscando la reagrupación y funcionalidad de las especialidades. Se inician así, una serie de remodelaciones que finalizan en 1988, con motivo del 75° Aniversario de la inauguración del Hospital, siguiendo los criterios de las modernas exigencias hospitalarias.

En relación a las modificaciones económicas, se transforma en Hospital de Auto Gestión por Decreto 1578/ 1993 del Poder Ejecutivo Nacional. A partir del cual, se autoriza al hospital a cobrar los servicios a las personas con capacidad de pago y administrar los ingresos que percibe por el cobro de las prestaciones a partir de 1997; convirtiéndose así, en un hospital de gestión descentralizada, donde el bono contribución, paso a ser el arancel obligatorio para los usuarios. Sin embargo, se tiene en cuenta la situación socio- económica particular que manifiestan algunos pacientes, que les impide afrontar el costo del bono, en estos casos el paciente puede dirigirse al Jefe del Servicio correspondiente y solicitar eximición del pago. A pesar de todo esto, el Hospital no deja de tener asociado, en forma histórica, las características de lo “público” y la “excelencia”. (Asís, Escudero y Reyna, 2008).

Se considera al Hospital Nacional de Clínicas, como un hospital público polivalente de cuarta complejidad. Esta última caracterización está dada porque el nosocomio cuenta con la prestación de los siguientes servicios: Psicopatología, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología, Urología, Deontología, Cirugía, y Clínica Médica, que a su vez comprende, Cardiología, Nefrología, Gastroenterología, Reumatología, Oncología, Nutrición y Diabetes.

Las funciones del Hospital Nacional de Clínicas son de asistencia, docencia e investigación. La asistencia esta focalizada en la atención y rehabilitación de personas

que presentan alguna alteración a nivel orgánico y/o psíquico a través de una asistencia integral de todos los servicios que cuenta.

Las actividades de docencia e investigación le dan la característica de Hospital-Escuela, contando con veintiuna cátedras y grupos de pasantes de diferentes disciplinas de la salud, tales como medicina, psiquiatría y psicología, que a diario realizan actividades supervisadas por profesionales del Hospital contribuyendo al aprendizaje y formación de los alumnos de la Universidad Nacional de Córdoba.

A las funciones mencionadas, se puede agregar, la de Extensión Universitaria, que la Universidad Nacional de Córdoba realiza a través del Hospital Nacional de Clínicas. Entendiendo esto en función de que la Universidad, como institución social, busca satisfacer las demandas sociales que surgen, por medio de la formación de los sujetos como integrantes activos de esa comunidad, concentrando sus actividades y estableciendo vías de comunicación, a través de la Extensión.

Por otra parte, podemos destacar que conjuntamente, el Hospital General San Martín de Buenos Aires y el Hospital Nacional de Clínicas, constituyen los únicos hospitales escuelas universitarios polivalentes del país, creados para tal fin. Recordando además, que este último cuenta con tres importantes museos:

- Museo Anatómico Pedro Ara
- Museo Histórico de Anatomía Patológica
- Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas

Y sin dejar de lado que, el Hospital dio su nombre al conocido barrio Clínicas, fuertemente ligado a la historia estudiantil cordobesa y a su compromiso con la vida política y social del país, siendo cuna de la Reforma Universitaria de 1918.

2. Contexto local: Servicio de Psicopatología

Durante la década de 1960 – 1970, el Dr. Ricardo Podio, profesor de medicina interna, comenzó a desarrollar junto a otros profesionales y estudiantes, el Servicio de Psicopatología. Pero durante la dictadura militar, con el golpe de estado de 1976, se prohibió el ejercicio del psicoanálisis y de la psicoterapia, generando la dispersión de este grupo de profesionales, algunos de los cuales fueron exiliados, quedando así inhabilitado dicho Servicio.

En el año 1983, con el advenimiento de la democracia, es convocada a trabajar en el Servicio de Cobalto-Terapia, la Lic. Beatriz Gutiérrez. Las intervenciones se circunscribían en apoyo psicológico a pacientes oncológicos, visitas domiciliarias una vez obtenida el alta y contención psicológica a familiares.

A raíz del incremento en la demanda de atención, el Servicio convoca a profesionales psicólogos conformándose un equipo de trabajo. En el año 1987 la Dirección del Hospital, dicta una resolución, que tenía como objeto dar coordinación a estos profesionales y dejar constituida oficialmente el área de Salud Mental, que pertenecía al Servicio de Clínica Médica. En estos primeros momentos este servicio no contaba con un espacio físico específico, ni con un nombramiento oficial de sus profesionales.

Hacia el año 1993, se traslada la Cátedra de Clínica Psiquiátrica, del Hospital Neuropsiquiátrico, al Hospital Nacional de Clínicas, para hacerse cargo del Servicio de Salud Mental, que funcionaba bajo la dirección de la Lic. Beatriz Gutiérrez, y queda así incorporado al organigrama del Hospital. En 1995, queda definitivamente constituido el mismo, bajo el nombre de Servicio de Psicopatología. En aquel momento el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Juri, nombra al Dr. Willington como jefe del servicio, pasando a depender de la dirección del Hospital y no de la cátedra de psiquiatría.

El servicio queda conformado de la siguiente manera:

- ✓ Jefe del Servicio de Psicopatología
- ✓ Subjefe del Servicio de Psicopatología

Dividido en las siguientes áreas:

- ✓ Consultorio Externo
- ✓ Orientación Vocacional
- ✓ Trastornos de la conducta alimentaria
- ✓ Infanto- Juvenil.

Actualmente el Servicio, está integrado por psicólogos, psiquiatras, psicopedagogas, secretarios, practicantes de la Facultad de Psicología y residentes de psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas, ambas de la Universidad Nacional de Córdoba. En el mismo se desarrollan actividades asistenciales, de investigación, de docencia y prevención.

Entre las actividades de asistencia se encuentran:

- El Área de Consultorio Externo que incluye:
 - ✓ Área de Admisión: para realizar un diagnóstico inicial y una indicación terapéutica apropiada.
 - ✓ Área de Sexología.
 - ✓ Psicoterapia individual.
 - ✓ Terapia de grupo.
 - ✓ Área de Psicodiagnóstico.
 - ✓ Área de Psicofarmacología.
- Áreas específicas:
 - ✓ Área de trastornos de la alimentación, en la que se realizan tareas de admisión, psicoterapia individual, grupos terapéuticos, grupos psicoeducativos, reuniones de padres, talleres recreativos. Se trabaja interdisciplinariamente con psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, nutricionistas y médicos clínicos.
 - ✓ Área de Problemas de Aprendizaje, donde se efectúan procesos de orientación y reorientación vocacional.
 - ✓ Área de psicología Infanto- Juvenil.

- Área de enlace:
 - ✓ Área de Interconsulta médico- psicológica.
 - ✓ Área de Psicodermatología (pacientes derivados por el sector de dermatología con el pedido de interconsulta).
 - ✓ Área de Psicooncología y cuidados paliativos.
 - ✓ Área de Psicoprofilaxis Quirúrgica (a pacientes que están en vísperas de ser intervenidos quirúrgicamente).
 - ✓ Área de VIH Sida - (interconsulta a pacientes con estas patologías, que concurren al Hospital en forma regular).
 - ✓ Área de Psicodiagnóstico (Neurología).
 - ✓ Guardia Psiquiátrica diaria durante las 24 horas.

Entre las actividades de docencia e investigación encontramos:

- Docencia y capacitación:
 - ✓ Residencia Psiquiátrica.
 - ✓ Cursos de post grado: Gestalt, Psicoprofilaxis Quirúrgica, Psicooncología y Cuidados Paliativos, Psicofarmacología, etc.)
 - ✓ Curso de especialización en Psiquiatría.
 - ✓ Curso de actualización en el servicio.
 - ✓ Ateneos
 - ✓ Residencias Psiquiátricas y prácticas de la Facultad de Psicología
- Área de investigación:
 - ✓ Análisis de datos epidemiológicos.

Se deben destacar tres actividades de capacitación a las que pueden concurrir los practicantes y residentes

- Ateneos

Son reuniones que se llevan a cabo todos los miércoles a las 11hs., en el aula Dr. Massanet, donde acuden los residentes y practicantes del Servicio. Se dan pautas respecto al funcionamiento del mismo, como así también se efectúan presentaciones de casos dando lugar a debates en torno a los mismos. El Servicio de Psicopatología, es muy variado en cuanto a las orientaciones terapéuticas de los distintos profesionales, situación que es respetada en las reuniones y debates.

▪ Entrevista de Admisión

Se brinda asistencia psicológica y/o psiquiátrica, a través de los Consultorios Externos, a todo paciente que concurre por iniciativa propia o por derivaciones de terceros. Las entrevistas de admisión tienen lugar los días lunes, jueves y viernes, (Admisión General) desde las 8:30hs a 12:00hs y los días martes (Admisión de Infanto-Juvenil y T.C.A.) de 9:30hs a 12hs. Los pacientes que sacaron turno para un determinado día, son recibidos por los secretarios y registrados según el orden de llegada, posteriormente son atendidos en ese orden por los admisores.

Al inicio de la entrevista el admisor establece el encuadre (objetivos de la entrevista de admisión, el tiempo de la misma, rol del admisor) y explica la consigna (recoger algunos datos y saber el motivo de la consulta para realizar la derivación correspondiente). Al mismo tiempo se llena una ficha del Servicio de Psicopatología, que se incluye dentro de la historia clínica general del Hospital y una ficha de admisiones, que se incorpora a la historia clínica del paciente dentro del Servicio. En donde cabe destacar, que el diagnóstico presuntivo, no se realiza en base a las estructuras psíquicas, sino que se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV) y que la línea teórica que sustenta el accionar terapéutico en el Servicio, es de índole dinámica, siendo la estrategia técnica, la psicoterapia de objetivos limitados, “Psicoterapia Focalizada”, que pueden ser de orientación cognitiva, psicoanalítica o gestáltica, de abordaje individual y/o grupal.

Desde el inicio de la entrevista se piensa en la derivación, teniendo en cuenta, la accesibilidad de turnos, la experiencia, la especialización del terapeuta y las necesidades del paciente.

Las derivaciones posibles dentro del Servicio de Psicopatología son a:

- ✓ Un psicólogo para la realización de una psicoterapia individual.
- ✓ Un psiquiatra para realizar control de medicación y/o psicoterapia individual
- ✓ Alguna área del Servicio (Trastornos de la alimentación, Psicodiagnóstico, etc.).
- ✓ Otra Institución (Neuropsiquiátrico, IPAD, etc.)
- ✓ No derivarlo por no considerarlo necesario, siendo no admitido.

En el momento de la derivación se le entrega al paciente, el turno con el detalle de día, hora y profesional designado. En la admisión puede ocurrir que el profesional considere necesario la administración de un psicofármaco. Si se trata de un psiquiatra él mismo realiza la prescripción; de ser un psicólogo, el admisor realiza una interconsulta.

Cuando el paciente es admitido, y comienza su tratamiento por Consultorio Externo, el profesional tratante debe tener en cuenta las siguientes normativas, las cuales se encuentran en concordancia con la Leyes de Salud Mental:

- ✓ El número máximo de sesiones son doce.
- ✓ El paciente puede ser derivado a un grupo terapéutico antes de cumplir las mismas.
- ✓ En caso de que requiera más sesiones, hasta un máximo de cuatro sesiones más de las permitidas, deben ser aprobadas por el profesional supervisor.
- ✓ En el caso de ser más de dieciséis sesiones, deberán ser aprobados por el Jefe de Servicio.
- ✓ La supervisión es obligatoria para todos los profesionales
- ✓ Cuando esté aprobado el pase a tratamiento grupal, el profesional tratante debe avisarle al terapeuta grupal sobre dicho paciente.
- ✓ La interconsulta es necesaria entre psicólogos y psiquiatras del mismo paciente.
- ✓ A la tercera inasistencia consecutiva en el mes, el paciente será dado de baja.

▪ Áreas de Enlace:

Psicodiagnóstico

El servicio de psicodiagnóstico está compuesto por un equipo de cuatro licenciadas en psicología y un supervisor. Se realizan evaluaciones psicológicas, como aptos psicológicos para ingreso laboral, portación de armas, valoraciones cognitivas y psicodiagnósticos propiamente dichos.

Los encuentros suelen extenderse desde uno a cuatro, o más dependiendo de las necesidades de cada caso. Se utilizan diversos test, proyectivos como no proyectivos. El cierre del proceso generalmente termina con la confección del informe.

Psicoprofilaxis Quirúrgica y Psicooncología

En la primera área, se realizan entrevistas a pacientes que van a ser o fueron intervenidos quirúrgicamente. La finalidad del pre- quirúrgico es trabajar aspectos del paciente para enfrentar la cirugía, por ejemplo, el manejo de la información sobre la misma, la ansiedad y los aspectos transferenciales hacia la institución y los médicos. En el post- quirúrgico se trata de valorar la adherencia al tratamiento y a las indicaciones médicas. Por su parte, en psicooncología se realizan visitas a las salas de pacientes, que se encuentran internados realizando tratamiento quimio- terapéutico. En estas áreas, se realiza una psicoterapia focalizada y se trabaja interdisciplinariamente con el /los médicos.

Interconsulta Médico- Psicológica

Esta área se propone, el contacto regular entre la medicina general y los profesionales de salud mental, a través de una consulta, que reúne a un psicoterapeuta con un médico, para abordar una problemática originada en un paciente internado o ambulatorio. Esta se solicita ante determinadas manifestaciones psíquicas del paciente, que son percibidas por los profesionales intervinientes o el personal de enfermería a cargo de su tratamiento.

3. Relato de la experiencia

“Necesaria es la experiencia para saber cualquier cosa”

Séneca

Mi experiencia comienza el 9 de abril del corriente año, en ese primer encuentro de Capacitación General de las Prácticas Pre- Profesionales en el Contexto de Salud y Sanitarista, mi nombre en la lista de asistencia me dio la seguridad que integraba el grupo seleccionado y que esta práctica comenzaba a ser parte innegable de mi realidad.

A partir de estos encuentros de Capacitación General, fui profundizando mi conocimiento sobre aspectos puntuales tales como: el reglamento de las prácticas pre-profesionales, la ética del practicante, las leyes de salud mental, el significado de la supervisión, y sobre todo la complejidad de los espacios institucionales y sus producciones subjetivas y como estas se entrecruzarían con nuestras expectativas y subjetividades. Aspectos que hasta entonces, no dimensionaba la importancia que tendrían en mi práctica posterior.

Uno de los momentos más significativos de esta primera etapa, fue la asignación de los grupos de Supervisión semanal y la elección de los lugares de práctica, lo que me generaba muchísima ansiedad, fantasías y expectativas relativas a la institución a la cual sería asignada, al grupo de practicantes con los cuales trabajaría y al rol que debería desempeñar.

En relación a la elección de los lugares de práctica, retomo las palabras escritas en mi segunda nota de fundamentación, palabras que resignifican mi experiencia posterior, ya que en ella hacía alusión a un *“espacio abierto, un interrogante”*, teniendo en cuenta que en nuestro ejercicio profesional no siempre trabajaremos en función de nuestras expectativas o deseos, dado que nuestra subjetividad se encontrará atravesada por la de los otros e incluso por el marco institucional en el cual ejerzamos, tratando de esta manera de mantener una actitud de apertura hacia la experiencia.

Fue este espacio abierto, este interrogante, lo que me permitió, a nivel personal, adaptarme al lugar asignado para mi práctica, *“El Hospital Nacional de Clínicas”*, lo

que fue acompañado por el cálido y cordial recibimiento de los miembros del “*Servicio de Psicopatología*”, como así también de la presencia, amabilidad y predisposición de mis compañeras de prácticas al ingresar al hospital; sumado a todo esto, el prestigio y reconocimiento social de esta institución, en su larga trayectoria, como formadora de profesionales de la salud.

Desde el inicio percibí que mi rol como practicante debía ser flexible para adaptarme a las variables institucionales tales como espacio físico, disponibilidad horaria y actitud activa para insertarme en los espacios de observación, y para enfrentar el desafío de una búsqueda de conocimiento permanente.

Comienzo el desarrollo de la práctica en el Área de Admisión General asistiendo como observadora participante; los primeros meses transcurrieron principalmente en este espacio, lo cual implicó aprender el manejo de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, la semiología psiquiátrica detallada en la ficha de admisión, y la importancia de escribir textualmente el motivo de consulta, todo esto permite establecer un diagnóstico presuntivo del paciente, sin olvidar además, las características del encuadre para la entrevista de admisión. Finalizada dicha entrevista, el profesional interviniente intercambia opiniones con los practicantes, con la intención de compartir su conocimiento con respecto al diagnóstico, la derivación, u otros aspectos de interés.

Pude participar en las admisiones del Área Infanto- Juvenil y Trastorno de Conducta Alimentaria (T.C.A.), asistiendo también en calidad de observadora participante. Los pacientes menores de 18 años, asisten acompañados por sus padres. La dinámica de la entrevista consiste en indagar el motivo de consulta, guiándose para tal fin por los ítems de la ficha de admisión. Se elabora un diagnóstico y se hace la derivación pertinente. En el caso de T.C.A. se le explica al paciente que se trabaja en equipos interdisciplinarios integrados por el médico clínico, la nutricionista, la psicóloga, y el psiquiatra, esclareciendo que el objetivo de trabajo son los hábitos alimentarios y no las dietas.

En función de mi interés por las demandas observadas de cada uno de los pacientes, en las entrevistas de admisión, solicito a los distintos profesionales la posibilidad de observar los tratamientos individuales de pacientes adultos, siendo condición necesaria la asistencia a las dieciséis sesiones a las que asistirá el paciente, para no modificar el encuadre propuesto inicialmente.

Tuve la posibilidad de observar tratamientos de orientación Gestáltica, lo cual me llevó a indagar sobre conceptos básicos de la Gestalt, modificando mi perspectiva con respecto las técnicas que utiliza en relación a su efectividad para los tratamientos, de acuerdo a la demanda del paciente. También, pude observar tratamientos de orientación Psicoanalítica, llevados a cabo por una Psiquiatría, siendo un desafío el estudio del caso para cada sesión, y su posterior discusión conjuntamente con mis compañeros de práctica; esto también me permitió el acercamiento a conocimientos generales sobre los efectos de la medicación, y la necesidad de su prescripción en determinados pacientes, por ejemplo en caso de depresiones recurrentes crónicas con ideación y/o planificación suicida; pero a su vez, se me plantea un nuevo interrogante, ¿Cuáles serían los verdaderos resultados de la psicoterapia, cuándo los síntomas son atenuados por efecto de la medicación? pregunta que me genera un nuevo desafío de investigación, y quizás sea revisada en mi futuro profesional.

Estos tratamientos me permitieron observar el proceso que atravesaron estos pacientes en la búsqueda de “su verdad”, acompañada por las ansiedades y el dolor psíquico que esta genera, permitiéndome reconocer el límite en el tratamiento como “la verdad posible del paciente”. A su vez, pude observar cómo esta era abordada desde los diferentes tipos de intervenciones que realizaban las profesionales de acuerdo a su línea teórica, confirmando así mi interés por la clínica psicoanalítica.

Asimismo, el observar un tratamiento infanto- juvenil, en el Servicio de Pediatría del Hospital, me llevó a retomar conceptos de psicología evolutiva de la niñez en relación al dibujo del niño y al desarrollo evolutivo; permitiéndome un acercamiento a las diferentes técnicas para el tratamiento infantil, y la importancia de la entrevista con los padres. Esto me permitió comparar y perfilar más mi interés por las problemáticas que presentan los pacientes adultos.

La aproximación a la Psiquiatría, a través de la observación de entrevistas de Control de Medicación, me llevó a la necesidad de recurrir al Vademécum con la finalidad de comprender los efectos de la medicación que había sido prescrita, llamándome la atención que los profesionales señalaban al paciente que la medicación sin psicoterapia no funcionaba, que era importante el complemento de ambas.

Al Área de Psicoprofilaxis Quirúrgica, asistí como observadora participante con la supervisión de la psicóloga a cargo. La actividad consiste en la visita a sala de internación, a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente (pre- quirúrgico o entrevista pre- operatoria) y los días posteriores a tal intervención (post- quirúrgico o entrevista post- operatoria). Se trata de un diálogo apacible y relajado con el paciente, en el que se busca disipar sus miedos y fantasías en relación a la cirugía, desde el manejo de la información que el paciente tiene, lo cual a su vez permite evaluar los niveles de ansiedad y la transferencia ampliada hacia los profesionales y la institución. De esta experiencia destaco un caso en particular de una paciente en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), donde sentí que el contacto (tomar su mano) y una mirada tranquila, era lo único que podía brindar en ese momento, en donde la palabra del otro, herramienta del análisis, se corre de la escena y se torna insuficiente. Situación que a su vez, fue acompañada por un intenso sentimiento de angustia, que me llevo a preguntarme por las potencialidades y las limitaciones del psicoanálisis ante la cotidianidad de la muerte en los ámbitos hospitalarios.

En relación a los Ateneos Clínicos, los tres primeros a los cuales asistí se llevaron a cabo en el mes de agosto; el primero permitió un intercambio dinámico entre nuestros conocimientos (como pasantes de psicología) y los provenientes de la medicina psiquiátrica, estableciendo interesantes debates; el segundo fue un recorrido intenso por los ejes DSM-IV y el CIE-10 y el tercero apuntó a la enseñanza de la semiología psiquiátrica de la ficha de admisión del Servicio. Este conocimiento me ha aportado más herramientas para entender y establecer diagnósticos clínicos en el ámbito institucional, reconociendo la importancia de los síntomas y signos que presenta el paciente.

Los otros dos se desarrollaron en el mes de septiembre y octubre, donde se debatió sobre la importancia de la Historia Clínica y el Consentimiento Informado, brindándome información en relación al tema de mi sistematización, y permitiendo el intercambio de opiniones de los profesionales entre los cuales pude participar. Estos Ateneos se destacaron por ser un espacio de participación activa.

Hacia el final de la práctica se nos invita a participar en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital; el ingreso de los profesionales especialistas, los residentes, los PFO (Práctica Final Obligatoria), las enfermeras y los practicantes del Servicio de Psicopatología, es a las ocho menos diez de la mañana, se comienza con las actualizaciones, las cuales consisten en exponer sobre alguna temática que generó algún interrogante en el Equipo, en mi caso el miércoles anterior, ya que los practicantes fuimos divididos en grupos de dos para cubrir todos los días de la semana, se continúa con la atención en Consultorio Externo en donde observamos las entrevistas que realizan los médicos para posteriormente brindar nuestra opinión, al finalizar la jornada se realiza el cierre de la actividad, exponiendo dudas, comentarios, o casos que llamaron la atención. El trabajo conjunto con los médicos especialistas en Medicina Familiar, me permitió tener una visión de la medicina holística con un abordaje integral de la problemática del paciente; dando cuenta que el trabajo interdisciplinario es posible, cuando cada disciplina reconoce sus alcances y limitaciones y las integra a los otros saberes.

El recorrido por las diferentes Áreas del Servicio de Psicopatología y del Hospital en general, han colmado mis expectativas, al presentarme como aspirante a esta práctica, de contar con una capacitación y entrenamiento en técnicas, instrumentos y herramientas prácticas que me permitan el abordaje de las problemáticas de la salud mental, desde diferentes enfoques teóricos y bajo condiciones de supervisión.

Rescato y valorizo este espacio de transición académica con inserción práctica en la realidad profesional, en el marco de una formación ética de espíritu crítico ya que apunta al reconocimiento de la autonomía de mis futuras acciones, como así también deontológico en tanto responsabilidad profesional y compromiso con los demás; pero sobre todo, me permitió ir construyendo mi rol como futura profesional

Resignifico, desde mi lugar de practicante, mi experiencia vivida en el “*Hospital Nacional de Clínicas*”, como una usina de conocimiento, que trasciende aún el ámbito institucional, generando y posibilitando nuevos interrogantes para nuevos conocimientos, revelándose para mí, como un *espacio abierto*, donde lo que trasciende es la búsqueda del saber que habita en cada uno de nosotros, confirmándome aquella frase freudiana que tome como eje central de mi práctica, y como inspiración personal durante el transcurso de este tiempo de aprendizaje,

“Solo la propia y personal experiencia hace al hombre sabio” (Freud, 1914).

FOCALIZACIÓN

III. FOCALIZACIÓN

1. Fundamentación

*Yo no busco temas,
dejo que los temas me busquen y yo los eludo,
pero si el tema insiste, yo me resigno y escribo”
J.L.Borges.*

A partir de mi aproximación, al Área de Admisión del *Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas*, realicé una observación orientada a identificar su organización, el modo de funcionamiento del área, sus dificultades y los recursos con los que cuenta.

Advirtiendo de esta manera una dificultad habitual, al momento de leer una historia clínica, ya sea para la supervisión de un caso, para el control de la medicación, o para la continuación de un tratamiento, ésta es enunciada como una dificultad, en *“la escritura del caso clínico”*, en el inconveniente de realizar un registro formal- escrito de la evolución del paciente. Esto es expresado en las palabras de algunos profesionales, *“Hemos leído cada historia clínica, que parecen novelas”*. (Diario de campo, 19/06/12). *“No se entiende, no se redacta en un lenguaje adecuado, sino como habla mi vecina que no es psicóloga ni psiquiatra”*. (Diario de campo, 27/06/12).

Esta situación limita la transmisión de la información o la restringe al lenguaje o al intercambio verbal entre psicólogos y psiquiatras, haciéndola insuficiente por una doble razón: primero, porque al no dejar un registro escrito de la evolución del paciente, se pierde la información de momentos pasados, importantes para reconocer aquellas situaciones que se repiten en dicha evolución; segundo, el profesional pierde parcialmente el entrenamiento en la planificación y evolución sistemática de su trabajo profesional.

“Se corre además el riesgo de convertir al paciente en el archivo de su propia historia clínica.” (Kuras de Mauer, Resnizky 2004, p.75).

Esto destaca la importancia de dejar un registro, una transcripción de lo ocurrido, a través de ese escrito que informa, describe y advierte, que es el registro del caso en la historia clínica. Historia que hace de nexo, para el intercambio de información escrita, entre los profesionales del equipo terapéutico, y que a su vez, documenta ese encuentro entre el profesional y el paciente.

A partir de esta observación y de la revisión bibliográfica, que orientan mi elección del tema de sistematización, puedo distinguir como propósito personal, mi interés por saber que debo escribir al momento de registrar un caso, que permita su utilización a los fines terapéuticos, sin exponer al paciente a la manera de un reality show, donde se desdibujan las fronteras entre lo público y lo privado. Con la intención que esto me sirva tanto en mis registros de diario de campo, como en mi futura labor profesional.

Como propósito teóricos o de investigación, puedo destacar la necesidad de realizar un estudio de tipo exploratorio, debido a los escasos trabajos de investigación, y la falta de bibliografía referida específicamente al tema de la escritura del caso clínico, como así también al análisis de las dimensiones legal-deontológica y ética, que deben tenerse en cuenta al momento de realizar un registro escrito del caso clínico.

A los fines prácticos: contribuir a pensar en una escritura formal del caso en las historias clínicas, que considero deberían ser un eje para el intercambio de la información escrita, donde converja el trabajo conjunto de los diversos profesionales, que utilizan distintos lenguajes técnicos, modelos de acción y objetivos de intervención; pero que tienen en común el objetivo, de asistir al paciente, de la manera más efectiva posible. De este modo, poder realizar un aporte a la institución, como una forma superadora de resolver dicha dificultad, y con la esperanza de aprovechar esta instancia de práctica como un primer acercamiento al ejercicio profesional y como un espacio de capacitación y aprendizaje.

2. Eje de Sistematización

La pregunta que insiste como eje de mi trabajo es:

¿Cómo se registra el caso en las historias clínicas de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas?

3. Planteamiento de Objetivo

Objetivo General:

- ✓ Indagar la manera en que se registra el caso en las historias clínicas de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar los criterios de registro que subyacen en la elaboración de las historias clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.
- ✓ Analizar la dimensión legal- deontológica en la elaboración de las historias clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.
- ✓ Describir como los profesionales contemplan la dimensión ética en el registro de las historias clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.
- ✓ Proponer pautas para el registro formal de la escritura del caso en las historias clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.

4. Estrategia Teórico- Metodológica

a. Marco Conceptual

*“Escribo desde lo que desconozco,
desde lo que no comprendo, desde lo que me afecta.
Escribo para reconocer esos desconocimientos que están ahí
y ante los que no quisiera permanecer ciego”.*
Tomás Eloy Martínez

El presente marco conceptual, se subdivide en cuatro ejes. El primero se denomina “La historia clínica: su historia y utilización”, y comprende el desarrollo de los antecedentes de la historia clínica, desde la medicina hasta su utilización como instrumento terapéutico en el campo de la psicopatología. Y una primera aproximación al concepto de historia clínica.

En el segundo eje, “Abordaje legal- deontológico de la historia clínica”, se desarrollan los aspectos legales y deontológicos, que atraviesan a la historia clínica, desde un marco legal que da cuenta de los derechos del paciente, y de la responsabilidad profesional en el momento de la elaboración de dicho documento. Desarrollando el concepto legal que hace referencia a la misma.

El tercer eje, “La dimensión ética y su relación con el psicoanálisis”, aborda la temática de la ética diferenciándola de la moral, teniendo en cuenta el posicionamiento ético del psicólogo, y la originalidad del psicoanálisis al establecer una ética en torno a la subjetividad que le es propia y no subordinada al mandato del superyó.

El cuarto eje se titula, “El registro del caso, su especificidad y escritura”, se profundiza con respecto a la especificidad del registro del caso, diferenciándolo de la historia clínica, como dependiente de una determinada teoría y de la subjetividad presente en el recorte que el analista hace en su trabajo de escritura. Como así también, se desarrollan algunas pautas para el recorte y presentación del caso clínico.

La historia clínica: su historia y utilización

Rastrear los antecedentes de la historia clínica implica ingresar al campo de la medicina, donde la estructura y la utilidad de la misma, se ha desarrollado paralelamente al concepto de salud y enfermedad, en la cual siempre han estado presentes la narración de la enfermedad y la actitud terapéutica a seguir, ambas procedentes de una recogida de datos sistemáticos. (Lain Entralgo¹, 1961).

Inicialmente, en el Medievo se la llamaba “*consilia*”, ya que en cuyo contenido, sólo se señalaban consejos. Posteriormente se la llamó “*observationes*”, porque en la misma se describía lo observado; esta se utilizó desde el siglo XV hasta el siglo XVIII, donde se amplían las observaciones y descripciones de las enfermedades epidémicas y se hace una “*historia clínica epidémica*”, relacionando la enfermedad con las condiciones medio ambientales.

Durante siglos, los datos reflejados en la historia clínica son individuales. Al principio solo reflejaron síntomas o un conjunto de síntomas; luego se identificó la enfermedad como aguda o crónica y los tipos de fiebre: es la “*historia clínica patocrónica*”.

Es a finales del siglo XVIII, cuando se introduce la observación anatómica, la observación clínica, la observación epidemiológica, la administración intravenosa de medicamentos y la observación necrótica, creándose la “*historia clínica moderna*”. Ulteriormente se reflejaron los antecedentes buscando el origen de la enfermedad; y es a partir de finales del siglo XX, cuando se introducen las pruebas funcionales y exploratorias complementarias. (Del Olmo Romero Nieva, 2008).

En la actualidad la asistencia de los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios, generan una serie de información médica y administrativa perteneciente a los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica, la cual ha sido definida por Lain Entralgo (1961) como, “*el documento fundamental y elemental del saber médico, donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico, para obtener el*

Notas:

¹ Lain Entralgo, Pedro: Urrea de Gaén, 1908 - Madrid, 2001. Ensayista y médico español. Autor prolífico, se le considera el iniciador y el máximo representante de la historia de la medicina en España. Realizó estudios de su especialidad en Zaragoza, Valencia y Madrid, orientándose hacia la psiquiatría

diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad”. (Laín Entralgo, en Vallejo Rubiola 2006 p.66).

En psiquiatría, la información del paciente que permite llegar a un diagnóstico, procede del resultado de la entrevista clínica que comprende la anamnesis, la exploración psicopatológica, la exploración física y exploraciones complementarias. Es así que, la psiquiatría en tanto rama de la medicina, se muestra abierta a diferentes discursos como el filosófico y el psicoanalítico, permitiendo la posibilidad de inclusión de la dimensión subjetiva además de la objetiva, propia de la medicina organicista clásica. (Vallejo Rubiola, 2006).

Precisamente es esta convergencia de la psiquiatría con la complejidad del campo de la psicopatología, la que establece la necesidad de revisar el interés de la historia clínica desde diversas perspectivas. En función de ello, esta herramienta terapéutica originaria de la medicina, tomará relevancia para cada profesional perteneciente a las distintas disciplinas que en este campo confluyen, en la medida que contribuya a ordenar el saber surgido de la observación y el estudio de casos clínicos.

Según lo establecido por Baumgart (2008), la historia clínica es un importante *documento*, cuya función principal es ser un *instrumento terapéutico*, ya que será utilizada por el médico, el psicólogo, el psiquiatra y demás profesionales del campo de la salud, es decir, que permite una atención continuada de los pacientes por profesionales distintos, destacando así su valor asistencial.

Siguiendo a la autora, entre otras funciones se pueden destacar: su aplicación *docente*, ya que permite la enseñanza en los ateneos, donde se transmite la historia de una patología, se trabaja sobre un historial que es el caso de un paciente, a través de este documento, de este instrumento de transmisión que es la historia clínica, y que nos sirve para indagar aspectos muy importantes de la psicopatología.

Desde la función de *investigación*, se pueden diseñarse historias clínicas específicas para investigar un tema, o un determinado aspecto de un tema, a los efectos de destacar, profundizar o detallar, el estudio de una determinada patología o aspecto de ella. Esta especificidad está relacionada con una mayor estructuración de la historia clínica, la cual a su vez tiene que ver con la actitud del entrevistador, ya que si administra la entrevista más activamente, buscando mayor precisión, ésta será dirigida y la historia más estructurada.

En tanto su función *administrativa*, de la historia clínica, está relacionada con la planificación y distribución de los recursos de salud, por ejemplo el nombramiento de personal profesional que se asigna a un hospital, y que se hace sobre la base de cuestiones que son estadísticas. Lo cual determina que hay personal administrativo que accede a la historia clínica, de hecho tanto en hospitales públicos como privados esto es así.

Además de las funciones mencionadas, Del Olmo Romero Nieva (2008), destaca la utilidad de las historias clínicas, en los *estudios epidemiológicos y de salud pública*, como son los estudios de prevalencia o incidencias de las enfermedades. Como así también, su utilización en casos *jurídicos- legales*, relacionados con la atención de la salud, desde la evaluación de la responsabilidad civil profesional, hasta la tramitación de expedientes administrativos como por ejemplo las incapacidades; pudiendo a su vez, ser requeridas por un juez o un forense, desde el punto de vista legal.

Retomando lo señalado por Baumgart (2008), sobre la *utilización terapéutica* de la historia clínica, esta es un instrumento de fundamental importancia, sobre todo cuando se trata de un tratamiento seguido en un marco institucional, o por un paciente que tiene un padecimiento de larga duración y que puede ser atendido por distintos profesionales. Razón por la cual, es imprescindible tener en cuenta aspectos claves en la confección de la historia clínica.

La primera parte de toda historia clínica, son los datos de filiación o datos personales del paciente, aunque en ocasiones estos datos han sido previamente tomados por personal administrativo, Soria, Labad y Rojo (2006), aconsejan recogerlos y completarlos al principio de la entrevista. Entre los datos que tienen que recopilarse deben incluirse: nombre y apellido, edad, sexo, domicilio, estado civil, nivel cultural y educación, profesión, situación laboral y socioeconómica actual. Según estos autores, al recoger esta información nos podemos hacer una idea del grado de colaboración y capacidad de comprensión del paciente; como así también nos permitirá planificar la entrevista y plantearnos que antecedentes personales pueden ser importantes. Destacan a su vez, que estos datos están íntimamente ligados a los aspectos legales, ya que hay una necesaria e imprescindible definición de la identidad del titular de la historia clínica.

Un componente importante a tener en cuenta según Baumgart (2008), es el motivo de consulta, el cual es interrogado de distintas maneras y consignado según como piense la consulta el entrevistador. Es así que, encontramos desde entrevistas totalmente libres que puede realizar el psicólogo, cuya actitud es transcribir literalmente el discurso del paciente y la actitud del psiquiatra que realiza el diagnóstico según el DSM-IV o el CIE-10, el cual registrara exclusivamente signos y síntomas, por ejemplo: angustia, miedos, insomnios, o términos más específicos de semiología psiquiátrica como hipertimia, hipobulia, alucinaciones, bradipsiquia, etcétera. Pero más allá de estas diferencias, siempre se debe constatar qué es lo que lo trae al paciente, qué es lo que causa que esté en ese lugar, ya sea un consultorio, un hospital o un centro asistencial, esto es lo más importante porque es lo que desde el punto de vista del tratamiento, tomará sentido en relación a todo lo demás o dará sentido al contenido de la historia clínica.

Luego se continúa con lo que se denomina clásicamente como antecedentes, los cuales provienen de la historia clínica médica que los designa como antecedentes de la enfermedad actual. Aquí se pueden registrar los antecedentes del motivo de consulta y esto hace a la historia del padecimiento, por ejemplo, cuando ocurrió aquello por lo que consulta el paciente, desde cuando le pasa, si hubo consultas anteriores por algún motivo parecido o distinto, si pensó en consultar o si no lo hizo, en este último caso a que se debió la negativa, etcétera. Resulta más conveniente hacer un seguimiento de los acontecimientos y luego preguntar por los antecedentes familiares.

En relación a los antecedentes familiares, se interroga si en la familia del paciente hubo antecedentes similares al motivo de consulta, esto le interesa tanto al psicólogo que lo puede abordar desde el punto de vista de las identificaciones, como al psiquiatra que le interesa pensar en los aspectos hereditarios; esta información acerca de la familia puede estar graficada a través del genograma, como señalan McGoldrick y Gerson (1985), “...proporcionan una rápida Gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.” (McGoldrick y Gerson, en Cebeiro 2011 p.18). Además, cuando se revisa una historia clínica, el genograma permite al terapeuta obtener una vista rápida, tanto del cuadro situacional, ya que centra el motivo de consulta, como de la problemática del

grupo familiar, sin tener la necesidad de leer abundante material descriptivo del caso. (Cebeiro, 2011).

Seguido a los antecedentes, se describe lo que en la historia clínica médica se conoce con el nombre de estado actual y que “específicamente en psiquiatría” se llama examen semiológico. Dependiendo del sentido que se le dé a la historia clínica, el motivo de consulta, puede estar directamente relacionado con el examen semiológico o no, así por ejemplo, si se trata de un psicólogo clínico probablemente estará más interesado en transmitir el sentido del delirio y no la semiología, por el contrario al psiquiatra le interesará clasificar si el contenido del delirio es megalómano, persecutorio o de ruina.

Conjuntamente, para clarificar el diagnóstico se pueden hacer exámenes complementarios, que pueden consistir en la aplicación de un psicodiagnóstico compuesto por una batería de test, en exámenes tecnológicos como son la resonancia magnética, la tomografía computada o un electroencefalograma, como así también, la evaluación de enfermedades como el SIDA, o exámenes de laboratorio de rutina, que pueden determinar por ejemplo si un paciente es anémico, y quizás a esto se deba que el paciente diga que viene porque no tiene ganas de hacer nada y que le falta energía, lo cual nos podría hacer descartar un diagnóstico de depresión.

Una vez obtenidos todos estos elementos, se puede realizar un diagnóstico, que en principio será presuntivo, porque en una primera entrevista no se puede pretender un diagnóstico definitivo, así mismo este diagnóstico puede variar con el tiempo, pues el paciente puede consultar en este momento por un motivo particular, y haber consultado o consultar posteriormente por otro motivo.

Este diagnóstico presuntivo, puede ir acompañado de un diagnóstico diferencial, que le otorgue mayor precisión, ya que una sintomatología puede responder a varios cuadros, y se debe elegir uno presuponiendo que puede tratarse de otros diagnósticos, dando lugar a que el que vaya a continuar con la historia clínica reconsidere esta evaluación.

También puede realizarse un diagnóstico dinámico, desde la nosografía psicoanalítica, donde se observan supuesta causas desencadenantes, definición del

conflicto, mecanismos de defensa, organización estable de la personalidad o diagnóstico de personalidad, modalidades de relación objetal, etcétera.

A partir del diagnóstico que se realice en función la situación total del paciente, “...comprendiendo la estructura dinámica esencial de su problemática, se elabora un plan de abordaje individualizado...” (Fiorini, 2002 p. 30). Esta planificación se realizara en base a ciertos aspectos dinámicos básicos del cuadro; por ejemplo: ¿a qué áreas de conflictos parecen ligarse más directamente los síntomas?, ¿Cuáles de las defensas resulta conveniente atacar y qué otras debe tenderse a fortalecer?, para Fiorini (2002), la planificación debe realizarse antes del tratamiento y se extiende hasta la etapa final de evaluación y resultados.

La parte primordial de la historia clínica, según lo destaca Baumgart (2008), es la *evolución*, porque permite un conocimiento acerca del curso de la enfermedad en el sentido longitudinal. Aquí, se deben registrar todas las novedades, cambios en la sintomatología, mejorías o complicaciones, cambios de indicaciones en lo farmacológico o psicoterapéutico. Por ejemplo: inicio de un tratamiento familiar, derivaciones a otros profesionales o instituciones, cambios de profesional, inicio de acompañamiento terapéutico, interrupciones en la continuidad del tratamiento y sus motivos, abandono del mismo o alta y su fundamentación.

Para realizar una evolución correcta, se requiere de una periodicidad adecuada a los cambios que se producen, por ejemplo, un paciente que se encuentra internado, requerirá de una evolución diaria y constituida por el aporte de varios profesionales. Si se trata de un paciente estabilizado durante una internación, podría ser suficiente una evolución mensual. En un tratamiento ambulatorio, por consultorio externo, se realizaría semanalmente o acorde a las novedades que presenta la evolución del caso.

La última parte de la historia clínica es la *epicrisis*, que quiere decir, “por encima de la crisis” y se trata del registro final en forma de resumen, de las consideraciones del caso. Esta *epicrisis* en la práctica suele solicitarse por diversos motivos, tan variados como la utilización que se haga de la historia clínica.

En este resumen final, es de radical importancia, el registro que se haya realizado del caso durante la evolución del mismo en la historia clínica. Registro que

inscribe la especificidad del caso, cuya construcción depende explícitamente de una teoría, a diferencia de la historia clínica.

Sobre la especificidad del caso, que lo diferencia del material clínico y del historial, encontramos los aportes de la Lic. Azaretto. Según la autora, “...ubicamos el caso entre lo universal y lo singular. Las reglas de lectura ubican los indicios y son ellas las que le aportan sentido”. (Azaretto en Jardón 2011 p.84). Esto significa que el registro del caso ilustra una determinada teoría, que a su vez conlleva un trabajo de construcción y de lectura, a la luz de un marco conceptual determinado.

Es por ello, que el material clínico, no posee una relación unívoca con el caso clínico, al contrario el mismo material, puede ser objeto de la construcción de diferentes casos clínicos, dependiendo de la teoría con que se lo aborde. Con lo cual podemos decir, siguiendo a la autora, “que el caso no es sinónimo de historial clínico”. (Ob.cit).

Antes de abordar los aspectos puntuales del registro del caso clínico, se consideran las dimensiones legales -deontológicas y éticas, que atraviesan a la historia clínica y en consecuencia al caso clínico. Destacando que en nuestro país la historia clínica, no estaba regida por leyes específicas hasta la promulgación de la ley 26.529, el 19 de noviembre del año 2009.

Abordaje legal- deontológico de la historia clínica

La Historia Clínica, como documento sanitario que surge durante el desarrollo de la relación médico- paciente, requiere inexorablemente de una regulación uniforme y unívoca, de orden público a nivel nacional. Ya que la misma forma parte de los derechos del paciente, basados en el principio de la autonomía de la voluntad, que se refleja en términos normativos, en el derecho a la autodeterminación personal. (Aizenberg² 2009).

Notas:

²Aizenberg, Marisa: Dra. en abogacía - Directora Académica del Observatorio de Salud – Facultad de Derecho – UBA.

Dentro de este marco legal, la Ley 26.529, establece en su art. 12 la *“Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”*.

De esta definición se desprende, que la confección de la historia clínica es obligatoria en términos jurídicos, además de configurar un deber en términos éticos-profesionales, estableciendo que debe ser completada en orden cronológico, con la consiguiente foliatura de sus hojas, dado que el orden temporal de cada una de las anotaciones permite evaluar integralmente la evolución del paciente, así como los actos desarrollados por los profesionales o auxiliares de la salud.

La ley enumera a título enunciativo los asientos que deben registrarse. Al respecto incluye, todos los actos médicos realizados o indicados, incluyendo a aquellos afines con el diagnóstico presuntivo; los datos que individualizan al paciente y su grupo familiar; datos de identificación del profesional que interviene y su especialidad; y los antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente.

Siendo importante destacar que, el inc. d) del art. 15 determina, que los registros de los actos llevados a cabo tanto por profesionales como por auxiliares, deben ser claros y precisos, para que cualquier profesional interviniente en la atención del paciente pueda comprender cada uno de los actos llevados a cabo.

También debe tenerse en cuenta en la confección de la misma, lo señalado en el art. 16, que asienta la integridad de la historia clínica, en el sentido de que dicha historia, no solo se encuentra conformada por los respectivos asientos, sino que se complementa con otros documentos sanitarios, como son los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, los estudios o prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, y demás documentos mencionados en el respectivo artículo. Además, el art. 17 destaca la unicidad de la historia clínica, al exigir la confección de un único documento para cada establecimiento de salud público o privado; identificando al paciente con una clave uniforme que debe ser comunicada al mismo.

Con respecto a la titularidad de la historia clínica la ley se la otorgada al paciente, constituyendo en depositarios de la misma, a los establecimientos asistenciales

públicos y privados y a los profesionales de la salud, en su carácter de propietarios de sus consultorios profesionales, exigiéndoles a éstos la guarda y custodia de la misma durante un plazo de 10 años, a contar desde la última actuación en la historia clínica; y tomando todos los recaudos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella, por parte de personas no autorizadas, garantizando así su inviolabilidad.

Puesto que la información contenida en la historia clínica, es sin duda alguna, propiedad exclusiva del paciente, éste junto con su representante legal en caso de ser incapaz, es el primer legitimado para solicitarla. La ley también le otorga legitimación, con autorización del paciente, al cónyuge o persona que conviva con él en unión de hecho, sean o no del mismo sexo, así como a los herederos forzosos y los profesionales del arte de curar.

El incumplimiento de estas obligaciones por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales, de acuerdo a lo señalado en el art. 21 de dicha ley, constituyen una falta grave, si bien no hay un perjuicio de la responsabilidad penal o civil, pueden ser objeto de sanciones previstas en la jurisdicción nacional en el título VIII de la Ley 17.132, donde expresa que las infracciones a dicha ley, como así también, a las reglamentaciones y disposiciones complementarias, serán penadas por los organismos competentes con: apercibimientos; inhabilitación del ejercicio o suspensión temporaria de la matrícula; clausura total o parcial, temporaria o definitiva, del consultorio, clínica, instituto, sanatorio o cualquier otro establecimiento, donde actuaren personas que hayan cometido la infracción. (Art. 126).

Cabe mencionar que la presente ley, ha sido modificada por la Ley 26.742 promulgada el 24 de mayo del corriente año, sin producir modificaciones en el capítulo IV “De la Historia Clínica”. Pero si en relación a uno de los documentos que la comprenden, es decir, el Consentimiento Informado.

“Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecta a:...” (Art. 2 Ley 26.742)

El art. 2 de ésta ley, modifica el art. 5 de la ley 26.529, asentando que el paciente tiene derecho de recibir información en torno a su estado de salud; a los procedimientos y objetivos perseguidos; como así mismo a los beneficios, riesgos, molestias y efectos adversos; a los procedimientos alternativos y sus consecuencias; y al derecho que lo asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal; pero también a recibir cuidados paliativos integrales, en el proceso de atención de su enfermedad.

Deja claro además, que es decisión del paciente consentir o rechazar los tratamientos indicados, y que el profesional actuante debe acatar tal decisión y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando todas las modalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad.

Dentro del mismo marco legal de los derechos del paciente, y específicamente en el campo de la Salud Mental, la Ley Nacional 26.657/10, *“que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...”*. (Art. 1); en su art. 7 inc. g) establece que es derecho del asistido, su abogado o familiar que este designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; como asimismo, de ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que posee, del estado de su salud y del tratamiento a seguir, de acuerdo a las normas del consentimiento informado y teniendo en cuenta, que en caso de no ser comprendidas por él, deberán comunicarse a un familiar, tutor, o representante legal.

Por su parte la Ley Provincial 9.848/10, que igualmente tiene por objeto garantizar el derecho de la población a la salud mental, la atención de la misma sin ningún tipo de exclusión, llevada a cabo por expertos y como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud; en su Anexo I³, principio 19 asienta el, *“Acceso a la información: 1) El paciente (...) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución...”*, salvo cuando se pueda poner en riesgo la salud del paciente o la seguridad de terceros, en este caso se le informará a su representante personal y/o al

Notas:

³Anexo I: Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Organización de las Naciones Unidas- ONU.

defensor del paciente, dentro del carácter confidencial del mismo, resguardado en el principio 6, *“se respetará el derecho que tienen todas las personas (...) a que se trate confidencialmente la información que les concierne”*.

También se tiene en cuenta, en el principio 11 de dicho anexo el *“Consentimiento para el tratamiento: 2) Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente, sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que este entienda, acerca de:...”*; diagnóstico, evolución, pronóstico, método y la duración y beneficios esperables, como así también otras modalidades de tratamiento, los dolores, incomodidades, riesgos y secuelas del tratamiento propuesto. El paciente puede solicitar ser acompañado por una persona de su elección al momento de dar su consentimiento, y también tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento o a impedirlo.

Además, de estas leyes instituidas, hay que considerar como previa a la elaboración de una historia clínica, las condiciones legales- deontológicas y éticas, establecidas para ejercer de manera responsable y profesionalmente de este tipo de tareas. Dentro del ámbito específico de la psicología, la Resolución Nacional 2.447 y la Ley Provincial 7.106, son las que habilitan al ejercicio profesional de la psicología, autorizando a aquellas personas que como consecuencia de haber recibido una formación universitaria adecuada, posean un título habilitante, con previa obtención de la matrícula profesional.

Estas cuestiones relativas a la responsabilidad profesional, tiene como eje a la Deontología, cuyo significado *“procede del griego deon, -ontos, el deber, y logos, tratado. Ciencia o tratado de los deberes”*. (Sapiens 1987 p.227); en términos generales se ocupa del estudio de los deberes y de las descripciones de las normas para las profesiones. Esto implica recurrir a los Códigos de Ética, cuya finalidad es brindar instrumentos idóneos para un ejercicio responsable, a través de *“cuerpos normativos, ordenados sistemáticamente y guiado por principios, que al poseer sanción pública adquieren fuerza de ley”* (Degiorgi 2010 p.212).

“Los principios son normas de carácter vinculante, que adquieren especial relevancia en la interpretación de una situación, ayudándonos de manera determinante en la decisión para resolver un caso concreto”. (Dworkin en Degiorgi 2010 p.213). Los

principios éticos generales, comunes a todos los códigos de ética que regulan el accionar responsable del ejercicio profesional, y que tiene como meta proteger el bienestar, la dignidad y la libertad de las personas, son:

El principio de Consentimiento Informado, se basa en la autonomía de las personas, y establece la obligación que tiene el psicólogo de informar al paciente, de los aspectos más importantes de la relación que se establecerá entre ellos, haciendo referencia a los medios, propósitos, objetivos, métodos, técnicas, duración y honorarios, para que el paciente decida entre las opciones de tratamiento que se puedan ofrecer en cada ocasión; ya que el mismo tiene derecho a elegir el tratamiento.

Este consentimiento debe ser totalmente voluntario, la persona debe ser racional, para comprender el alcance de sus actos; y estar capacitada legalmente para poder autorizarlo. Sin embargo, el psicólogo tiene la obligación de informar al paciente, siempre o en cualquier circunstancia, teniendo en cuenta sus posibilidades de comprensión, incluso en caso de incapacidad, déficit cognitivos, ausencia de conciencia de enfermedad, etc. En estos casos se informará también al representante legal.

Este principio también afecta a la redacción de las historias clínicas, de acuerdo a los aportes de Pérez, Muñoz y Ausín, para la elaboración de los informes psicológicos,

“...el cliente debe consentir la elaboración del informe y aceptar, igualmente, la información incluida en él. Para que este consentimiento pueda denominarse informado, el cliente debe recibir la suficiente información relativa a la necesidad y posibles usos del informe y de la información y documentación incluida en el mismo. Esta norma tiene excepciones cuando el cliente se encuentra incapacitado, es menor o ha nombrado unos representantes legales que ejercen sus funciones”. (Pérez, Muñoz, Ausín, 2003 p.56).

El otro principio es el Derecho a la Privacidad, que es patrimonio de todos los seres humanos.

“El mismo consiste en el derecho que tiene toda persona a guardar “para sí misma” toda información referida a su vida privada. Sus

pensamientos, emociones, opiniones, creencias o valores le pertenecen y nadie bajo ninguna razón o pretexto, está autorizado a entrometerse en su vida íntima o violar este derecho”. (Degiorgi 2010 p.214).

De este derecho se desprende el requisito de “Confidencialidad” de la información, transformándose en una normativa para todos los códigos de ética que regulan el ejercicio profesional, bajo la figura legal del “Secreto Profesional”. Dicho secreto, determina la obligación del psicólogo de mantener la más absoluta reserva de la información que haya obtenido acerca de una persona, en el ejercicio de su accionar profesional. Y que solo podrá ser eximido por el consentimiento expreso del cliente, o su representante legal, o mediante requerimiento judicial.

Dicha normativa se centra por un lado, en el resguardo de la subjetividad del cliente, y en su derecho a la confidencialidad de los datos referentes a su salud, ya que nadie puede acceder a ellos sin una autorización legal previa. Y por otro lado, en la utilización que haga el profesional de esta información; él cual deberá tomar todos los recaudos necesarios al volcar dicha información en los registros de las historias clínicas, de manera que se garantice la confidencialidad y se respete la dignidad, la libertad, la autonomía y la intimidad del paciente, se trate de una persona o un grupo. Estas obligaciones deben tenerse presente al decidir, que información puede solicitarse al paciente, y que tipo de información personal puede o debe ser revelada en un informe. A la hora de recabar la información, el psicólogo está obligado a respetar la intimidad del paciente y únicamente recabará la información necesaria para desempeñar su labor. Razón por lo cual, en las historias clínicas “...se recogerá únicamente información pertinente del paciente o cliente y se tendrá especial cuidado a la hora de poner por escrito cuestiones de la vida privada de la persona evaluada”. (Pérez, Muños y Ausín 2003 p.51).

Del mismo modo, las historias clínicas, que se utilicen con fines didácticos o ilustrativos, no deberán revelar la identidad de los interesados. Y en el caso de compartir información confidencial con otros profesionales, el secreto profesional se extiende a todos ellos.

Solo se podrá revelar la información obtenida bajo secreto profesional, en situaciones límites⁴ o cuando “medie justa causa”, caso contrario se incurre en una violación a dicho normativa. Es decir, que la ilegitimidad del hecho, sujeto sanción penal, resulta que el secreto sea revelado sin justa causa.⁵

Entonces, *“justa causa consistirá en un verdadero estado de necesidad en el cual se legitima la revelación por evitar un mal mayor.”*⁶ (Navarro 1998 p.220). Siendo, causas constitutivas de justa causa, el consentimiento del interesado; o cuando la ley acuerda un predominio de los intereses jurídicos, por encima del interés del secreto, obligando al profesional a denunciar, o para no incurrir en una denuncia de encubrimiento⁷. *“Pero toda obligación de denunciar no existe nunca siempre que medie el secreto profesional”*.⁸ (Ob. cit).

Finalmente, el principio de Honestidad Intelectual, que es el reconocimiento de los límites, por parte del profesional en el ejercicio de su práctica. En relación al reconocimiento de su propia competencia, es decir, no tomará casos, situaciones o problemas, para los que no esté capacitado o tenga idoneidad suficiente. Igualmente, deberá reconocer los límites de su propia personalidad, donde sus problemas personales pudieran interferir negativamente en cualquiera de las acciones profesionales. Además, de los límites propios de la disciplina o profesión, no utilizará métodos o técnicas que no estén autorizados científicamente.

A estos aspectos básicos, debe añadirse la necesidad de mantener una formación continuada y una actualización profesional. Por otra parte, el psicólogo debe ser consciente de su nivel de competencia profesional y sus limitaciones a la hora de emprender la elaboración de cualquier tipo de informe clínico. (Pérez, Muñoz y Ausín 2003).

Notas:

⁴ Ver: Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe.P.R.A)

⁵ Delitos contra la libertad, art. 156 la revelación de secretos; Código Penal de la Nación Argentina.

⁶ Sobre el estado de necesidad, art. 34 del Código Penal manifiesta: *“No son punibles...3) el que causare un mal por evitar otro mayor inminente a que ha sido extraño”*.

⁷ Art. 277 del Código Penal: *“Será reprimido con prisión (...) el que omitiere denunciar un delito estando obligado a hacerlo”*.

⁸ Art. 244 del Código Penal de la Nación Argentina.

Si bien, la Deontología y dentro de ella el Código de Ética, establecen las normas y valores, que orientan y promueven un ejercicio responsable de la profesión, hay que señalar un aspecto de gran relevancia, “el posicionamiento ético” que el profesional adopte frente a estas normas en el ejercicio de su práctica. Ya que su accionar, siempre va a estar determinado por sus elecciones éticas, que incidirán en los resultados alcanzados.

La dimensión ética y su relación con el psicoanálisis

Los términos Ética y Moral, se hacen presente en el campo de la Deontología, y si bien tienen la misma significación etimológica, sus raíces son diferentes. Hermosilla señala, que la ética proviene del griego “ethos” y moral del latín “moralis”, ambos en sentido amplio significan costumbre, pero tienen connotaciones diferentes. Siguiendo a la autora, se denomina

“moral, a aquellas normas [costumbres o reglas de conducta] aceptadas por un grupo humano en un tiempo histórico y en una geografía determinada; la ética, en cambio, requiere un ejercicio reflexivo, donde la norma es tomada y elegida con asunción de la responsabilidad sobre los efectos del [accionar profesional]”. (Hermosilla 2002 p.247).

Es por ello, que el “posicionamiento ético” del psicólogo, se pone en juego de manera permanente, cuando debe acatar o no una norma establecida; al tener que elegir una, cuando dos de ellas entran en colisión; o cuando debe decidir ante la ausencia de la misma. Por lo tanto, la ética es un desafío a enfrentar. Desafío que también se hace presente desde el punto de vista deontológico, ya que en el Código de Ética⁹ también nos plantea un dilema cuando establece en su preámbulo: “...en caso de contradicción aun parcial, entre dos bienes protegidos procederá a optar por el de mayor jerarquía...”.

Notas:

⁹ Código de Ética del Consejo de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

En consecuencia, reflexionar sobre “La Ética” aplicada al ejercicio de la profesión del psicólogo, implica siempre, pensarla desde la subjetividad presente en el debate entre la necesidad de tomar decisiones y el riesgo a equivocarnos. Y si tenemos en cuenta que nuestro conocimiento de la realidad siempre será parcial, teñido de subjetividad y limitado por situaciones personales, culturales e históricas, es lógico afirmar que *“En la búsqueda de una certeza ética que garantice un correcto accionar pareciera que solo nos queda el deseo o la aspiración a lograrlo fugazmente...”*. (Peralta 2010 p.261).

Según lo desarrollado por el autor, anteriormente mencionado, es por esto que la capacidad de decidir y elegir una acción correcta y adecuada es individual y depende de cada uno de nosotros, porque los valores éticos y las normas deontológicas solo nos brindan una guía, una orientación en el ejercicio responsable de la profesión.

Por otra parte, cabe destacar la relación que se instaura entre el psicoanálisis, como construcción teórica y clínica y la ética; ya que como indica la Lic. Gómez (2010), el psicoanálisis es una teoría sobre el sujeto, con una ética que le es propia. Esta relación no supone una reducción de un campo al otro, sino el reconocimiento de la interdependencia de ambos.

La originalidad del psicoanálisis con respecto a la ética es haberle dado subjetividad a la historia singular de los valores, ideales e ideologías, concibiendo al trabajo analítico, como aquel que permitiría que cada quién pudiera evitar una subjetividad subordinada al superyó, donde también el analista, deberá vislumbrar y prevenir la emergencia de este juez implacable en su práctica, ya que éste, en la concepción freudiana, es el mayor obstáculo ético. (Melgar, 2004).

Si bien, Freud no se ocupó explícitamente de la ética psicoanalítica, esta aparece en forma implícita tanto en sus inquietudes técnicas como en sus teorizaciones en relación al sujeto. Es así, que el descubrimiento del inconsciente, de la sexualidad infantil y el complejo de Edipo, del conflicto psíquico entre los deseos prohibidos y la amenaza de castigo, inauguran otra dimensión ética de la condición humana. Pero, *“no se trata de que la ética del análisis sea meramente subsidiaria de una posición teórica o de un “esquema referencial”: el analista también se encuentra atravesado en su práctica por transferencias, filiaciones y lecturas”*. (Dujovne, 2004 p. 587).

Como así también, se encuentra atravesado, por ley moral y su inscripción subjetiva, la cual es inseparable de su posición ética. Ley moral que se instala a partir de la represión del complejo de Edipo, y cuyo heredero “el superyó”, funciona como garante del orden moral, ya que dicha instancia encarna una ley y prohíbe su transgresión, cumpliendo así una función de protector, pero siendo a su vez, origen del sentimiento de culpabilidad inconsciente, por efecto los deseos reprimidos; sentimiento que se incrementa aun mas, cuándo el yo del sujeto, se somete a las exigencias del superyó. Esta aparente paradoja muestra la imposibilidad estructural de cumplir con el mandato superyoico, que *“hunde sus raíces en el ello”*. (Ob.cit).

Por eso, Freud sustituye el imperativo de la ley moral, asentado en el superyó, por el imperativo freudiano *“donde ello era, yo debe advenir”*, y así ubica al campo ético del análisis fuera del mandato superyoico (de la ley moral), situando en la noción de estructura la consecuencia y no el objetivo de lo ético; siendo el objetivo del análisis, el advenimiento del yo, es decir, que el sujeto pueda cuestionar esta ley insensata, y encontrar su verdad.

Por lo tanto, y siguiendo los aportes de Rappoport de Aisemberg (2004), la ética del análisis es la búsqueda de la verdad, *“de la verdad posible”*, la del paciente. Lo que implica también reconocer la lucha contra esta verdad, porque es difícil de soportar o aceptar, debido a las ansiedades y al dolor psíquico que esta despierta. Esto ocurre tanto, por parte del paciente en la transferencia, como por parte del analista en la contratransferencia; De ahí la importancia de las reglas técnicas en psicoanálisis, donde la subjetivación de lo ideológico y lo ético, juega un papel inevitable.

Los dos pilares de la ética psicoanalítica, son la neutralidad y la abstinencia ideológica, para Melgar (2004), se trata de abstenerse de influenciar con las convicciones sociales, religiosas, sexuales, filosóficas, morales, etc.; *“...en la medida en que su abstinencia de juicio del otro sería del carácter de la moral y no de la ética”*. (Bleichmar, 2011 p. 491); y de lo que se trata en psicoanálisis es de su inscripción en el marco de la ética y no de la moral; en cuanto a la neutralidad, ésta se refiere a la posición del analista, a no adoctrinar con sus ideas, con sus ideologías.

“El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal”

cualquiera, y abstenerse de todo consejo; neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa bajo la fórmula “no entrar en el juego del paciente”; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, a no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o un determinado tipo de significaciones” (Laplanche y Pontalis 1996 p 267).

Al decir de Rappoport de Aisemberg (2004), la neutralidad es una aspiración, quizás un ideal imposible a seguir, pero es la razón de ser del analista, que se sostiene a través del autoanálisis o reanálisis de las ideologías y de la contratransferencia; sabiendo además que la transferencia a la que da lugar, debe ser usada solo para comprender al paciente y ayudarlo a explorar su inconsciente, evitando su abuso, rechazando todo poder que pueda ejercer sobre él.

Igualmente, Chemama y Vandermersch (2004), establecen que debe quedar claro que el analista no puede orientar la vida del paciente en función de sus propios valores, *“No buscamos ni forjar por él su destino, ni inculcarle nuestros ideales, ni modelarlo a nuestra imagen con el orgullo de un Creador”*. (Freud, en Chemama y Vandermersch, 2004 p.457).

En Malestar en la Cultura, Freud alude a esta situación, *“(…) a los vínculos recíprocos entre los seres humanos se resumen bajo el nombre de ética”*. (Freud, 1930 p.137). Posteriormente dice, *“(…) la ética se dirige aquel punto que fácilmente se reconoce como la desolladura de toda cultura”* (Ob. cit.), desolladura, porque la ética queda desnuda en su falta de fundamento, y que la cultural intenta recubrir de manera siempre fallida.

La cita continua, *“La ética ha de concebirse entonces como un ensayo terapéutico, como un empeño de alcanzar por mandamiento del superyó lo que hasta ese momento el restante trabajo cultural no ha conseguido”* (Ob.cit), el ensayo terapéutico pareciera estar del lado del superyó, pero en psicoanálisis la ética no pasa por la moral ni por el mandato superyoico, ya que es esta falta de fundamento que deja desnuda la moral cultural, la que permitiría una *“ética”* basada en la determinación *“psicoanalítica”*. (Dujovne, 2004).

El registro del caso, su especificidad y escritura

Retomando lo desarrollado en el primer eje, con respecto a los aportes de la Lic. Azaretto (2011), en relación a la especificidad del caso clínico, como diferente al material clínico y al historial, los cuales pueden ser objeto de la construcción de diferentes casos, dependiendo de la teoría con la cual se lo aborde, por ejemplo, *“Freud hace del historial caso cuando, (...) el historial de Juanito le sirve de soporte para corroborar las teorías sexuales infantiles”* (Azaretto en Jardón, 2011 p. 84).

A partir de esto, Jardón (2011) establece, que la especificidad del caso y su construcción, dependen explícitamente de una teoría a diferencia de la historia clínica, entonces, existirían dos modalidades de registro formal de documentación, el caso clínico y la historia clínica. Afirma que el registro por excelencia sería la historia clínica, pero por otra parte, el caso clínico sería otro registro de formalización, que también documenta el encuentro entre el médico y el paciente.

A su vez, cabe destacar que cuando hablamos de caso clínico, no lo podemos pensar sin el trabajo de escritura que este implica, ya que solo la atención de un paciente, no nos garantiza la construcción de un caso clínico. Por esto, se hace hincapié en el registro del mismo, como un documento que da cuenta de la práctica clínica. (Ob.cit).

Ahora bien, según el Diccionario de Lengua Española, la palabra *“caso”*, tiene entre sus variadas acepciones las siguientes: *“acontecimiento, suceso, asunto o situación determinada, problema planteado o pregunta hecha, relato de un hecho real o ficticio que se utiliza como ejemplo”*; por su parte, en el sentido médico nos remite a *“cada una de las invasiones individuales de una enfermedad”*. (R.A.E., 2001 versión en línea).

En cualquiera de estos significados la noción de *“caso”* conduce a una existencia concreta e individual; y en este sentido, según Guzmán (2010), no representa una dificultad para el psicoanálisis, ya que cuando éste se refiere a *“un caso”*, se delimita igualmente un espacio y un tiempo para un acontecimiento determinado, para una existencia concreta (real o ficticia), la cual al plantear una interrogante clínica, se

espera que sea respondida o aclarada (en la mejor de las situaciones), durante el desarrollo del caso por aquél analista que la propone.

Obviamente, la práctica casuística en la clínica psicoanalista no aparece de la nada y en forma natural, sino que surge del discurso propio del campo de la medicina del siglo XIX con Covisart; éste médico, quien crea y desarrolla la anatomía- clínica en el hospital de la Charité, construía sus casos clínicos en la cabecera del enfermo, a partir de la observación y anotación de los síntomas, discusiones con los alumnos y exposición de resultados. (Roudinesco, 1988).

Esto sería el antecedente inmediato de la presentación de enfermos, frente a un auditorio de médicos y estudiantes; herramienta que posteriormente será utilizada por psiquiatras como Pinel, Esquirol, Charcot, Kraepelin, para el reconocimiento y la clasificación nosográfica de pacientes psiquiátricos y que fuera, posteriormente, adoptada por Lacan, con una variación en su práctica, en el sentido de la no reducción del enfermo a la posición de objeto, sino de la escucha de lo real de su sufrimiento. (Gómez, 2009).

Pero antes de Lacan, Freud ya había encontrado en *“la escritura del caso clínico”*, un modo de transmisión de su teoría y de su praxis clínica. Es así que, sus cinco casos clínicos, Dora, Juanito, Schreber, El Hombre de las Ratas y El Hombre de los Lobos, representan el modo en que un caso, puede transmitir una enseñanza fundamental, al demostrar la lógica del inconsciente funcionando y no “un mito individual”, que sería una simple “historización” del sujeto; es decir, lo que Freud intenta es pasar del puro relato o narración terapéutica, a la lógica de “los dichos del inconsciente” (Ob.cit).

En sus “palabras preliminares”, en El Caso Dora, Freud (1905), explica como se debe analizar ese saber que se recoge a través del tratamiento. Teniendo en cuenta, que tanto los sueños como los síntomas se presentan como un enigma, y que pueden ser develados por medio del método de la asociación libre; por lo cual, propone descomponerlo en diversos elementos y encontrar una articulación de Einfällen, es decir, de pensamientos, ideas, etc.

“Al escribir “caso”, Fall (literalmente “lo que cae”), Freud hace resonar en el cristal de la lengua alemana Einfall (idea, ocurrencia).

Entonces, por un lado el caso es, literalmente, lo que cae. Por el otro, aquello que se articula en ideas, pensamientos “que vienen a la mente”.

(Palomera en Gómez, 2010 p.129).

De este modo, en la escritura o presentación de un caso, la hipótesis de partida tendrá diferentes resultados según los objetivos planteados, por ejemplo, ilustrar un punto teórico, indagar sobre un tema inédito, analizar alguna particularidad clínica. A su vez, esta hipótesis estará atravesada por la posición del sujeto en relación a su deseo de saber. Así, el caso Dora podrá leerse, como el caso Freud en su relación con la pregunta por la feminidad y por el padre. Entonces, *“cada caso que el psicoanalista construya podrá leerse como el efecto del deseo de quien lo presenta sobre el sujeto de la experiencia”*. (Bassols en Gómez, 2010 p. 130).

Es así que, *la escritura* que produce el analista, intenta dar cuenta subjetivamente de ese contexto, donde se ponen en juego sus propios procesos mentales y los del analizado, sin olvidar el discurso teórico, clínico y técnico de la disciplina; para que en el ámbito de esta dimensión subjetiva, en el caso de la transmisión clínica, la voz de los analizados no se confunda ni funda con la suya propia; y de esta manera, la dramática del dialogo analítico en la sesión, se transforme en una narración que no pierda su dimensión teórica y conceptual. (Vinocur de Fischbein, 2002).

Al decir de Glocer Fiorini (2002), en el proceso de escritura, se pone en juego la transmisión de una experiencia, que se desarrolla en un ámbito muy especial, como es el de la práctica psicoanalítica. Ya que ésta supone, una relación de la escritura con la asociación libre, poniendo en escena la correlación entre transmisión escrita y procesos inconscientes. Hay en la clínica una pluralidad de hechos psíquicos, difícilmente transmisibles y que tiene que ver con esa trama inconsciente que se teje entre el analista y el analizado.

Pero según lo señalado por la autora, la escritura en psicoanálisis requiere a su vez, de un alto grado de formalización, porque debe unirse a la clínica, y esta pone un límite a la especulación, porque hay verdades provisionales que están destinadas a ser destruidas, modificadas o complejizadas, con momentos deconstructivos y otros de establecimiento de relaciones y articulaciones. Y es a través de la escritura, que se pueden crear estas nuevas realidades.

Por su parte, Paulucci (2002), extiende la escritura a la clínica psicoanalítica misma, pensándola como una clínica en términos de escritura; cuya producción es singular, subjetiva y parcial. Singular, porque no es universalizable; subjetiva, porque no tiene una única lectura y no está ligada a una certeza y no puede atravesar no solo la opacidad del pensamiento, sino la ambigüedad propia de las palabras. Y además es parcial, lo cual implica una pérdida con relación al referente, en este caso el referente del que intenta dar cuenta es el científico.

Ya Freud, nos advierte que sus historiales carecen del sello científico y que presentan más bien un aspecto literario.

“Asimismo, aconseja la modalidad de registro de lo acontecido en las sesiones en un tiempo diferido –final del día-, privilegiando así una retranscripción que se apoya en la memoria inconsciente del analista, vinculada al recorte de su escucha por encima del ideal de exactitud material, inscribiéndose cierta dimensión de pérdida”. (Paulucci, 2002 p. 934)

Además, en el ordenamiento de un caso se articulan tres vertientes que nunca coinciden y que obedecen a las siguientes temporalidades:

- *“El tiempo de la oralidad, que sería el tiempo de la experiencia clínica.*
- *El tiempo de la narración en el que se construye el caso como tal, que además es el tiempo en el que ya a finalizado el análisis, y que por lo tanto implica que la escritura del caso es una reescritura.*
- *El tiempo narrado, que es tiempo de la exposición y de la presentación del caso”.* (Bassols en Guzmán Rosas, 2012 p.4).

Es por ello, que la escritura y construcción del caso clínico, no tiene como ideal la objetividad científica. Pero tampoco es una historia clínica, o una sucesión cronológica de lo que el paciente dijo, ni de las vivencias contratransferenciales del analista. Sino que se trata del recorte de un material alrededor de un tema escogido, cuya escritura implica destacar ciertas problemáticas y su relación con el tratamiento. (Gómez, 2009).

Por eso se dice que “el caso cae”, porque no se trata del caso original descrito en su totalidad, sino que es el recorte que el analista decide hacer y en ese punto lo implica; lo que significa que la escritura del caso, no es independiente de quien la escribe y esto supone, además, la ordenación subjetiva según la cual está estructurada la propia experiencia. Pero esto no supone, que un tratamiento deba estar signado por la pura subjetividad y que su transmisión consista en un relato de las sensaciones, angustias y fenómenos contratransferenciales, sino que se trata de un recorte que permite la emergencia de un saber y que dé cuenta de lo singular del caso. (Ob.cit).

Ahora bien, que se puede recortar en un caso:

- *“Las formaciones del inconsciente y sus consecuencias en la cura: un sueño, un lapsus.*
- *Los conceptos fundamentales que se han forjado a partir del trabajo clínico y de su transmisión: inconsciente, transferencia, pulsión, repetición.*
- *El momento de entrada a la transferencia (...).*
- *Las intervenciones y sus efectos.*
- *Los (...) [objetivos] (...) del tratamiento.*
- *La elaboración del diagnóstico.*
- *Algún aspecto que interrogue la teoría.*
- *Algún aspecto que ilustre la teoría.*
- *Algún fenómeno que no ilustre la teoría sino que presente un punto ciego para el analizante”.* (Brignoni, en Gómez, 2009 p.133).

La autora advierte que en la escritura y construcción de un caso, necesariamente, algo tiene que faltar, porque cuando se hace un recorte siempre algo se deja de lado.

En relación a la fiabilidad de este recorte del material, Bleichmar (1997), indica que este ha recibido una primera transformación, porque ha sido captado por el terapeuta y transmitido en términos de sus propios códigos de significación, con la selección /deformación que esto conlleva. Es por esto, que para la presentación del material clínico, propone, recoger las palabras del paciente lo más textualmente posible y sus estados emocionales, así como las palabras y estados emocionales del terapeuta. Pero teniendo en cuenta que el diálogo terapéutico se estructura por el encuentro de dos

inconscientes, el del paciente y el del terapeuta, se requiere que el terapeuta mantenga, con su involucración en la interacción, un yo observador que a la manera de un tercero mire a esos dos que son él mismo y el paciente.

A su vez, propone las siguientes pautas a tener en cuenta en la evolución del tratamiento, para su supervisión y posterior presentación:

-Evolución del vínculo con el terapeuta, a lo largo de las sesiones, teniendo en cuenta: en el paciente, las representaciones que fue haciendo de sí mismo y del terapeuta, y con que pueden estar relacionadas; cómo se fue ubicando frente a los deseos del terapeuta y como éste reaccionó frente a los deseos de su paciente. Cómo reacciona este último frente a las separaciones, (depresión, sentimientos de impotencia, hostilidad, desconexión afectiva, etc.). Como así también, considerar los aspectos transferenciales y contratransferenciales.

-En relación al terapeuta, registrar aquellas conductas e intervenciones que generaron algún tipo de reacción en el paciente, al igual que sus rasgos de personalidad, o aspectos de la técnica que refuerzan la patología, o aquellos cambios necesarios en el comportamiento del terapeuta, para adaptarse a los objetivos específicos del tratamiento. Siendo importante a su vez, diferenciar los aspectos transferenciales y las proyecciones del paciente, de los rasgos reales de la personalidad del terapeuta y su técnica. (Ob. cit).

Además, destaca como aspectos importantes a tener en cuenta en la evolución del tratamiento:

- *“Dificultades que se fueron encontrando en el tratamiento.*
- *Evolución de los síntomas, de las relaciones interpersonales, de las condiciones de vida del paciente.*
- *Evolución de los temas que preocupan conscientemente al paciente.*
- *Evolución de las fantasías inconscientes, ansiedades y defensas.*
- *Desarrollos yoicos, sublimaciones, logros en la realidad.*
- *Historia de vida del paciente que va siendo reconstruida a lo largo del tratamiento. Acontecimientos significativos y experiencias traumáticas”.* (Bleichmar, 1997 p.371).

De acuerdo al texto de Bleichmar, el terapeuta está implicado en este diálogo terapéutico, así mismo, para Barberis (2005), presentar un caso, es presentar el texto de un paciente, pero también el modo en que el analista opera con ese texto y el corpus teórico que sostiene su *modus faciendi*. Lo cual, no significa hablar del paciente ni del analista, sino de lo que sucede allí, en ese encuentro particular, que de diferentes modos los analistas intentan apresar bajo diversas formas de transmisión. Y en donde se presentan dos problemas insoslayables, primero, la presentación clínica de casos, habla de un encuentro en el que el analista está implicado y segundo, el efecto de aquello que alguien intenta transmitir, depende de cómo eso es escuchado y sancionado por el otro.

Lo mismo ocurre con lo escrito, ¿el sentido viene previsto en el texto o es algo que genera el que lo lee?, la solución se encuentra en el texto de Foucault, *“El escritor ocupa, (...) el “lugar del muerto”, en la medida en que lo que produce es ya, también, “un muerto vivo”*. (Foucault, 2010 p.75)

Ocupar el lugar del muerto, indica la autonomía del escrito una vez que se desprende de la mano de su autor. Es por eso, que para Barberis (2005), en la presentación clínica de casos, lo que vale es lo que está escrito, en donde el autor ya no tiene voz, muere como autor del escrito y solo participa como analista sentado en una silla al igual que sus colegas.

b. Aspectos Metodológicos

Es pertinente en este apartado, y a modo introductorio, considerar una definición acerca del significado que tiene sistematizar una práctica. Es importante resaltar que el eje central de la sistematización es el presente, el esfuerzo de la misma, se hace desde el hoy, a partir de los problemas, los interrogantes, los desafíos y cuestionamientos, las necesidades y contradicciones que se tienen en el momento actual, los cuales constituyen su punto de partida y serán clarificados por ella. (Peresson en Ruiz Botero, 2001).

Es por ello que una práctica se sistematiza, durante el proceso de desarrollo o una vez finalizada; con el fin de aprender nuevos conocimientos y poder transmitirlos a otras personas. A su vez, la sistematización puede ser definida,

“...como un proceso de recuperación, tematización y apropiación de una práctica formativa determinada, que al relacionar sistémica e históricamente sus componentes teóricos- prácticos, permite a los sujetos comprender y explicar los contextos, sentidos, fundamentos, lógicas y aspectos problemáticos que presenta la experiencia...” (Ghiso, en Ruiz Botero 2001 p. 1).

En relación a la metodología del presente trabajo y siguiendo los aportes de Anguera Argilaga, se desarrolla una metodología cualitativa la cual es definida como,

“una estrategia de investigación fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta o situación, que garantice la máxima objetividad en la captación de la realidad, (...), con el fin el que la recogida sistemática de datos (...), posibilite un análisis (exploratorio, de reducción de datos, de toma de decisiones, evaluativo, etc.), que dé lugar a la obtención de conocimiento válido, con suficiente potencia explicativa, acorde con el objetivo planteado...” (Anguera Argilaga, 1986 p.24)

Selección de casos: La población está constituida por profesionales que realizan tratamientos a pacientes adultos por Consultorio Externo, y por las historias clínicas de los tratamientos actuales, con las que cuenta el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.

Marco temporal: El trabajo de sistematización se desarrolla en el periodo de agosto a noviembre del 2012, asistiendo al hospital con una frecuencia de 4 veces por semana y una carga horaria total de aproximadamente 12 horas, distribuidas de la siguiente forma:

- 2 veces por semana, 3 horas en el Área de Admisión General
- 2 veces por semana, 2 horas de observación de tratamientos.
- 1 vez por semana, 1 hora de observación de control de medicación.
- 1 veces por semana, 2 horas de registro (lectura) de historias clínicas.
- 1 vez por mes, 1 hora en los Ateneos Clínicos

Selección de técnicas: las técnicas seleccionadas son,

Observación participante y registro: en todos los espacios a los que asisto: admisiones, observaciones de tratamientos, control de medicación, ateneos clínicos, apuntando a la observación de lo que se registra en las historias clínicas.

Estudio de casos: se seleccionan 2 historias clínicas, de 10 profesionales con amplia trayectoria institucional, que realizan tratamientos a pacientes adultos por consultorio externo, quedando conformada una muestra de 20 historias clínicas de tratamientos actuales del Servicio de Psicopatología, y se elaboran 3 matrices para registrar lo consignado sobre la escritura del caso, en el marco de las historias clínicas.

Entrevista de tipo semi- estructurada: este tipo de técnica se utilizó con nueve profesionales, que realizan tratamientos a pacientes adultos por Consultorio Externo, apuntado a recabar información sobre los siguientes ejes:

- Los criterios de registro del caso -su escritura- en la evolución del paciente, en las historias clínicas.
- La consideración de los profesionales en relación a la dimensión legal-deontológico de las historias clínicas.
- El posicionamiento ético de los profesionales, en relación al registro del caso en las historias clínicas.

Utilizando el siguiente guión de entrevista:

1. -¿Para usted, que aspectos legales y/o deontológicos deben ser tenidos en cuenta en la elaboración de las historias clínicas?
2. -¿Qué posición adopta con respecto al consentimiento del paciente para el registro de la información en las historias clínicas?
3. -¿Qué información considera que debe ser escrita en las historias clínicas?
4. -¿Cuál es su posición al momento de registrar lo relatado por el paciente? y ¿Por qué?
5. -¿Qué aspectos no registraría de dicho relato? y ¿Por qué?
6. -¿Qué criterios tiene en cuenta usted para registrar o no, aspectos ideológicos, morales, religiosos y sexuales del paciente?
7. -¿Qué indicadores de la ficha de admisión considera relevantes para el inicio del proceso terapéutico?
8. -¿Al momento de leer el registro del caso en las historias clínicas, para supervisión, control de medicación o la continuidad del tratamiento, que aspectos considera que necesariamente deben estar escritos?
9. -¿Considera que en el registro del caso aparece algo de la subjetividad del profesional? ¿En qué sentido?

5. Análisis Interpretativo de los datos

*“Yo te alabo, Padre,
porque has ocultado estas cosas
a los sabios e inteligentes y
se las has mostrado a los pequeñitos”.*
Lucas, 10, 21.

Para dar respuesta a la pregunta eje de sistematización, *¿Cómo se registra el caso en las historias clínicas de pacientes adultos en tratamiento por consultorio externo del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas?*, se realiza el siguiente análisis de los datos, que se presenta dividido en tres ejes.

El primero, hace referencia al “marco legal- deontológico de la historia clínica”, para el análisis, se procedió a realizar una matriz cuyos indicadores tenían como objetivo identificar en la elaboración de las historias clínicas aspectos legales y deontológicos relevantes, a los fines de su posterior comparación con lo referido en las entrevistas por los profesionales que escribieron esas historias; así mismo, se tuvieron en cuenta los registros del diario de campo.

Con respecto al segundo eje, “el posicionamiento ético en el registro del caso en las historias clínicas”, se recogieron los datos a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales, con el objetivo de establecer relaciones en torno al posicionamiento ético, ante el registro escrito de lo relatado por el paciente; igualmente se tuvieron en cuenta las notas del diario de campo, incluso los registros de sesiones.

Por último, el tercer eje, “el registro del caso en las historias clínicas”, se analiza desde los indicadores presentes en las dos matrices, la de admisión y la que hace referencia al registro del caso en las historias clínicas, para analizar similitudes y divergencias no solo entre los diferentes registros, sino también en lo expresado en las entrevistas por los profesionales, con el objetivo de identificar los criterios presentes en la elaboración de las historias, siendo la finalidad proponer pautas para un registro formal de escritura que dé cuenta de la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

Análisis del marco legal- deontológico de la historia clínica

En relación al marco legal de la Historia Clínica, es importante destacar que la misma forma parte de los derechos del paciente, basados en el principio de la autonomía de la voluntad, que se refleja en términos normativos, en el derecho a la autodeterminación personal. (Aizenberg, 2009). Esto fue puesto a consideración de los profesionales que asistieron al primer Ateneo Clínico, sobre “Historia Clínica y Consentimiento Informado”,

“La Historia Clínica (...) es un derecho del paciente, el paciente tiene derecho a que uno le devuelva, lo que él nos está dando, que es su dolor, su preocupación, su malestar, su enfermedad, su patología, lo que sea, porque es de ellos esto no es nuestro, entonces hay una cuestión que tiene que ver con la justicia, con la autonomía del paciente y con esto de que le pertenece...” (Diario de Campo, 26/9/12)

A pesar de ello, y en las entrevistas realizadas después del Ateneo, ante la pregunta ¿Para usted, que aspectos legales y/o deontológicos deben ser tenidos en cuenta en la elaboración de las historias clínicas?, este derecho solo fue mencionado por dos de los nueve profesionales entrevistados (de los cuales solo uno había asistido), expresando:

-“...la historia clínica es un derecho del paciente, así que el paciente de alguna manera la puede solicitar cuando quiera...,” (Profesional D 9/10/12)

-“...porque en realidad la historia clínica es del paciente, uno registra pero es un documento legal...,” (Profesional H 4/10/12)

De lo cual, se podría inferir un desconocimiento de los profesionales de las normativas que comprenden la reciente Ley sobre los “Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”, que apunta a resaltar el derecho del asistido sobre la información contenida en la historia clínica, según la cual es propiedad exclusiva del paciente todo lo registrado en ella, donde consta la autonomía de su voluntad, al momento de aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos, con o sin expresión de causa,

como así también su derecho a revocar posteriormente dicha voluntad, siendo esto garantía de su autodeterminación personal, lo que constituye un derecho de todo ciudadano.

Es dentro de este marco legal donde se fundamenta dicha Ley, que en su art. 12 establece *“A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”*.

En este trabajo, uno de los indicadores observados fue la obligatoriedad de su confección en términos jurídicos, además de configurar un deber en términos éticos-profesionales. En relación a las entrevistas, solo uno de los profesionales no considera relevante el registro de la misma, aduciendo que la institución descuida la legalidad del registro en la historia clínica:

-“...vamos a la realidad, en el hospital vos la haces y se te [ríen] de la historia clínica. Entonces partamos de la base que no es un documento tan legal, como pretenden que sea. De última darle el carácter legal que se merece y no está teniendo.” (Profesional I 12/10/12)

Lo expresado por este profesional, se corresponde con su práctica, ya que de la observación de sus historias clínicas, no hay un registro de la evolución del paciente, solo deja una breve constancias de la asistencia a las sesiones, como requerimiento del Servicio de Psicopatología.

Cabe destacar, que el carácter obligatorio de las historias clínicas fue remarcado en el Ateneo:

-“Al igual que en medicina la historia clínica tiene un carácter legal de documentación.” (Diario de Campo, 26/9/12)

-“Su confección es obligatoria en cualquier centro asistencial de salud pública o privada.”(Ob.cit)

Otros indicadores son la cronología y la foliatura; la finalidad de establecer un orden temporal de cada una de las anotaciones, es que permita evaluar integralmente la evolución del paciente, siendo a su vez, importante para otros profesionales contar con este seguimiento de las actuaciones realizadas sobre el asistido. La cronología se complementa con la foliatura de las hojas, ya que el número de folio incorporado en cada página asegura la continuidad progresiva de cada una de las incorporaciones, impidiendo el extravió de sus hojas.

Tres de los nueve profesionales entrevistados, destacan el valor legal de estos requerimientos:

-“...lo cronológico es importante para saber más o menos como va evolucionado la enfermedad y el tratamiento...” (Profesional H 4/10/12)

-“...debe estar cronológicamente seguida, sellada y foliada la hoja de la historia clínica...” (Profesional F 12/10/12)

-“...que tenga fecha, firma, día, que se haga cronológico, (...) que sea foliada...” (Profesional G 4/10/12)

Un punto a destacar es que en el estudio de casos, de las 20 las historias clínicas observadas ninguna se encontraba foliada, pero si se encontraban ordenadas cronológicamente. Una respuesta a esto puede ser lo expresado por una de las profesionales,

-“...el nombre del profesional y la firma, eso que debe estar foliado o no, que dice la ley, yo no tenía ni idea”. (Profesional H 4/10/12)

Por otra parte, la totalidad de las historias clínicas observadas contaban con otros aspectos legales que deben estar asentados, tales como, los datos del paciente y su núcleo familiar y la identificación del profesional que interviene y su especialidad, paradójicamente, estos aspectos solo fueron mencionados como importantes por dos de los nueve profesionales entrevistados,

-“...la historia clínica es un documento legal (...) debe tener todos los datos desde los filiatorios (...), sellada me refiero al sello de la institución donde se está llevando a cabo, no solamente la firma y el sello del profesional que interviene...” (Profesional F 12/10/12)

-“...el nombre del profesional y la firma...” (Profesional H 4/10/12)

De esta diferencia entre lo observado en las historias clínicas y lo expresado por los profesionales, se podría inferir que, así como hay aspectos instalados en el discurso que no se transfieren a la práctica, otros estarían tan naturalizados en el hacer cotidiano de algunos profesionales, que no suelen ser asociados al cumplimiento de un requisito legal.

También cabe señalar, que solo una de las profesionales entrevistadas hizo referencia, como algo legalmente estipulado, a cómo debe realizarse el registro de los actos médicos en la historia clínica, para que cualquier profesional interviniente pueda comprenderlos,

-“... el no hacer tachaduras en la historia clínica., el no usar liquid paper, escribir con lapicera, que sean claros y precisos...” (Profesional G 4/10/12)

Postura que ya había sido comentada al finalizar una entrevista de admisión en el Servicio, y que pude observar posteriormente en el registro que realiza de la evolución de los pacientes en sus historias clínicas,

-“Las historias clínicas son un documento legal y no pueden, ser abreviadas, tachadas o borradas, ni tener enmiendas, y deben tener una letra legible y estar lo más completas posibles, con terminología adecuada, porque por ejemplo en un juicio lo que no se lee, no es prueba, (...) lo mejor ante un error es pasar todo y no dar lugar a dudas.” (Diario de Campo, 13/7/12)

No obstante, en el Ateneo al cual asistieron la mitad de los profesionales entrevistados, se remarcaron como errores frecuentes en la confección de las historias clínicas,

-“Letra ilegible,

- *Redacción inapropiada, uso de terminología inadecuada,*
- *Uso de abreviaturas o códigos no convencionales (que solo la persona que los escribe los entiende), frases telegráficas o entre cortadas,*
- *Desprolijidades, tachaduras, raspaduras”* (Diario de Campo, 26/9/12)

Errores que pude reconocer al momento de leer las historias clínicas, y que dan cuenta de una práctica habitual entre algunos profesionales del Servicio, que haría pensar en una inadvertencia de la importancia jurídica de estos aspectos, al tratarse de un documento legal.

También se destacó en este Ateneo, que la realización de los registros de los actos médicos se deben,

- *“Escribir de forma clara y precisa... Porque la historia clínica no es un apunte personal, es una comunicación para el equipo,*
- *con un relato necesario y suficiente que justifique un diagnóstico y un tratamiento,*
- *utilizar términos técnicos y científicos, y el DSM-IV o CIE-10, para evitar interpretaciones diversas...”* (Diario de Campo, 26/9/12)

Sin embargo, de la observación de las historias clínicas, pude identificar que algunas se extendían en detalles, mientras que otras eran sumamente acotadas, pero ambas modalidades carecían de contenido significativo que diera cuenta de la evolución del paciente durante el tratamiento; de lo cual, se podría inferir que existiría una inadvertencia del art. 15 de la vigente Ley, que establece que los registros de los actos médicos deberán ser realizados sobre la base de las nomenclaturas y modelos universales adoptados por la Organización Mundial de la Salud. Lo que a su vez, evidencia el desconocimiento y/o el uso inadecuado del CIE-10 en la elaboración de los registros.

Otra profesional refiere como una normativa significativa, a ser tomada en cuenta, la unicidad de la historia clínica,

-“...la historia clínica única, que en realidad lo que hacemos nosotros acá no debería ser, debería ser general para todo el hospital...” (Profesional H, 4/10/12)

Para explicar el incumplimiento de este requerimiento legal, de la confección de un único documento para cada establecimiento de salud público o privado, cito lo que fue expuesto en el Ateneo,

-“Nosotros en el Servicio contamos con una doble historia clínica, por una cuestión administrativa, pero después se adjuntan a la historia clínica general del hospital, aunque ideológicamente sostenemos que debe haber una sola” (Diario de Campo, 26/9/12)

Cabe mencionar, que se deja constancia en la historia general, que el paciente está siendo asistido en el Servicio de Psicopatología del hospital, pero aunque la evolución del tratamiento se asienta en la historia clínica que queda en el Servicio, ambas cuentan con la misma clave uniforme, “un número”, para identificar al paciente.

Acerca del Consentimiento Informando, documento que forma parte de la integridad de la historia clínica, conjuntamente con el registro de los actos, las hojas de indicaciones médicas y los estudios o prácticas realizadas, fue considerado como un aspecto legal y deontológico primordial, por todos los profesionales entrevistados. Al respecto los profesionales refieren,

-“...soy partidario de que el paciente lo tiene que escribir de su propio puño y letra (...) con quien mantuvo la entrevista, que se le explico, que alternativas se le dio, cuales son los efectos adversos...” (Profesional F, 12/10/12)

-“...el consentimiento informado del tratamiento, donde vos le explicas al paciente que es lo que crees que necesita, si necesita terapia, si necesita farmacología...” (Profesional G, 4/10/12)

- “...pido autorización al paciente si es que nos autoriza a hacer el tratamiento con él...” (Profesional B, 2/10/12)

De estas citas, puede deducirse que los profesionales son conscientes del derecho del paciente o de su representante legal, de manifestar su voluntad, después de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada de su estado de salud, y de los objetivos perseguidos y los procedimientos a implementar; así como también, de los beneficios, y de los posibles riesgos y efectos adversos asociados al tratamiento,

- “...si es una persona que no está en condiciones de dar su aprobación para el tratamiento, también tiene que constar si hay un responsable acerca de esa autorización para que se haga el tratamiento.” (Profesional J, 5/11/12)

La Ley 26.742 también establece, que se debe dejar expresa constancia de dicho consentimiento en la historia clínica, adoptando todas las modalidades que resulten necesarias a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad. Acerca de esto, otra profesional comenta,

- “...al paciente se le explica antes de firmar el consentimiento, que a veces es el que se da en el servicio, o a veces lo hacemos manuscrito, que de alguna manera acepta que cualquiera intervención que le haga el profesional, es para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida...” (Profesional D, 9/10/12)

A pesar de las expresiones de los profesionales, sobre la importancia del consentimiento, y a la adopción de otras modalidades, como por ejemplo su realización manuscrita, para acreditar la manifestación de voluntad del paciente, *pude observar que en las 20 historias clínicas, la constancia del consentimiento informado solo se encontraba en cinco de ellas, y ninguna manuscrita.* Nuevamente se observa, que hay aspectos legales y/o deontológicos, instalados en el discurso pero no en la práctica.

Otra posible respuesta a la ausencia de constancias de consentimientos en las historias clínicas, puede ser lo referido por un profesional en el segundo Ateneo Clínico,

-“... hay un error en esto de pensar que el consentimiento informado, te deslinda de alguna responsabilidad, no te salva de nada, pero esta perfecto hacerlo porque es parte del derecho del paciente saber a qué se va a someter.”
(Profesional F, Diario de Campo, 17/10/12)

A partir de lo cual, se puede pensar que la visión del profesional en torno al consentimiento es respetar un derecho legal del paciente de poder elegir su tratamiento y una obligación del profesional de informar, siempre y en cualquier circunstancia, teniendo en cuenta las posibilidades de comprensión del asistido; pero no considera que dicha constancia sirva como una prueba legal, o como una práctica o acción que lo ampare ante una posible demanda de mala praxis; esto se refleja en el decir de otro profesional,

-“El consentimiento informado, forma parte de la relación médico-paciente, y es esta relación lo que defiende de un juicio de mala praxis...”
(Diario de Campo, 17/10/12)

-“...pensar que el consentimiento informado es para defenderse de la mala praxis es un error, antes se pensaba así, porque la medicina es de carácter defensiva y todo lo hace pensando en que me pueden hacer un juicio por mala praxis...” (Diario de Campo, 17/10/12)

Por lo tanto, podría inferirse que al consentimiento informado, como principio deontológico presente en todos los Códigos de Ética, los profesionales lo relacionan con un accionar responsable del ejercicio profesional, que tendría como meta el bienestar, la dignidad y libertad de las personas; más que con una instancia defensiva a nivel legal.

Este principio también afecta a la redacción de las historias clínicas, según lo establecido por Pérez, Muñoz y Ausín, (2003), el paciente debe recibir información relativa a la necesidad y a los posibles usos de la información que se registrara en ella y de la documentación incluida en la misma, a los fines de consentir su elaboración. En relación a esto, hubo diversas opiniones entre los profesionales entrevistados,

-“...no se nos dijo que hay que pedir un consentimiento para dejar asentado en la historia clínica, sino que directamente se les hace firmar una hoja de consentimiento general,...” (Profesional B, 2/10/12)

-“No tengo idea de que exista un consentimiento del paciente para registro en la historia clínica (...) no creo que haya que pedirle al paciente un consentimiento, porque legalmente es lo único que como profesionales nos cubre, (...) si yo no puedo registrar, de qué manera me puedo defender ante cualquier cosa que suceda si no existe registro...” (Profesional G, 4/10/12)

De esto se desprende que los profesionales del Servicio, desconocen la perspectiva de estos autores, de informar al paciente sobre la utilización que se hará del material recogido durante la sesión, y asentado en la historia clínica. Cabe destacar, que algunos lo asocian al consentimiento para el tratamiento en general; pero esta situación permite tener un acercamiento a la visión que los mismos tienen sobre el registro de la información y el derecho que el paciente tiene sobre ella.

Por otra parte, la profesional G, lo toma como un resguardo de su accionar, omitiendo lo desarrollado en el Ateneo con respecto a que el consentimiento no deslinda de ninguna responsabilidad. Mientras otra profesional manifiesta,

-“La verdad no sabía, que había que llenar un consentimiento informado para registrar la información en una historia clínica, pero me parece que sí, (...) no sé si nos resguarda a nosotros, (...) vos estas tomado nota de datos del paciente, de cosas muy intimas, que esta bueno que él sepa que vos vas a anotar todo eso en un papel” (Profesional H, 4/10/12)

En este caso, se podría pensar que la profesional a pesar de desconocer la perspectiva de estos autores, respeta plenamente los derechos del paciente, desde una posición deontológica basada en la ética profesional. Claramente existen excepciones a esta norma, al respecto otra profesional expresa,

-“A mí nunca no me paso que me dijeran esto no lo ponga, pero si hay riesgo de vida o hay plan e ideas de muerte, lo asiento...” (Profesional C, 2/10/12)

Esta podría ser una situación en la que el paciente no estaría en condiciones de dar su consentimiento, se podría pensar que la profesional, al momento de registrar asume una postura legal-deontológica, orientada por la ética profesional.

La relevancia de este consentimiento para registrar la información en las historias clínicas, está relacionado con el principio del Derecho a la Privacidad, que es patrimonio de todos los seres humanos, el poder guardar “para sí mismo” toda información referida a su vida privada, ya que sus pensamientos, emociones, opiniones, creencias o valores le pertenecen y nadie está autorizado a entrometerse en ella y violar este derecho (Degiorgi, 2001), al respecto cito la siguiente expresión,

-“...si hubo abuso, si hay violencia, si hay intentos de suicidio o ideas tanáticas con planificación o sin planificación, esas son cuestiones que hay que señalar sin entrar en detalles, porque hacen a la intimidad de las personas, y porque hay que sostener esto del secreto profesional...” (Profesional D, 9/10/12)

Esta expresión, es compartida por la mayoría de los profesionales entrevistados, lo cual condice con el registro de la información que los mismos llevan a cabo en la elaboración de sus historias clínicas, ya que en la mayoría de estas historias, pude observar una ausencia de detalles que comprometieran la intimidad o privacidad de los pacientes, lo que se relaciona con otro indicador que es el requisito de Confidencialidad de la Información, cuya figura legal es el Secreto Profesional, al respecto los profesionales sostienen,

-“Preservar al paciente por la confidencialidad, el secreto profesional y todo eso...” (Profesional I, 12/10/12)

-“...como esto va a tener acceso a los profesionales de la salud, todos debemos saber que lo que está en la historia clínica forma parte del secreto profesional...” (Profesional F, 12/10/12)

-“... yo dejo asentado y queda en la historia clínica para uso interno, ya sea que lo quiera consultar la psiquiatra (...), compartir ese secreto profesional con otros (...) y de hecho se deja asentado ahí, para ver la evolución del paciente...” (Profesional B, 2/10/12)

Esta obligación del psicólogo de mantener la más absoluta reserva de la información que haya obtenido acerca de una persona, en el ejercicio de su accionar profesional, que se extiende a otros en caso de compartir esta información confidencial, fue mencionado como un aspecto legal relevante por la mitad de los profesionales entrevistados; como así también, fue observado en el desarrollo del Ateneo,

-“La historia clínica como todos los documentos tiene un carácter confidencial, por lo tanto todos los profesionales que tienen acceso a dicha información tienen la obligación de mantener la “confidencialidad”. (Diario de Campo, 26/9/12)

Solo una de las profesionales menciona,

-“...la información que se detalla en la historia clínica quizás no sé, si es bueno que lo tengan todos, pero por eso sería bueno que cuando se detalla en historia clínica respetar códigos, poner los síntomas por los nombres científicos en sí, el diagnóstico...” (Profesional H, 4/10/12)

Cabe pensar que, en este caso, la profesional desconoce la extensión legal del secreto profesional hacia los otros miembros del equipo de salud; ya que dicha normativa se centra en el resguardo de la subjetividad del asistido y a la confidencialidad de los datos referentes a su salud.

Siendo oportuno aclarar que el pensar de la mayoría de los profesionales estaría representado por la siguiente opinión:

-“...como es compartida la información en las historias clínicas, es necesario que los otros profesionales que trabajan en el equipo, puedan tener la

información adecuada y correspondiente para continuar el proceso terapéutico.” (Profesional D, 9/10/12)

Por otro lado, hay que tener en cuenta la utilización que haga el profesional de esta información, y los recaudos necesarios al registrarla en las historias clínicas, para garantizar dicha confidencialidad al decidir qué información puede solicitarse y que puede o debe ser revelado en la historia clínica, al respecto la profesional comenta,

-“En el caso de cuestiones muy intimas, eso depende, yo la verdad no lo pongo, si no corre riesgo lo personal del paciente, (...) hay relatos que hablan de abuso sexual y dan determinados nombres, de quien, de qué manera, no eso no; se pone: (...) que padeció abuso y que esto le genero tal cosa, o que lo relaciona con tal sintomatología...” (Profesional D, 9/10/12)

Esto fue compartido por la mayoría de los profesionales entrevistados, por lo que se podría pensar entonces que los profesionales a la hora de recabar información resguardan la intimidad del paciente y solo registran información necesaria para desarrollar su labor,

-“Considero que debe estar escrito todo en la historia clínica, siempre que sea objetivo a la profesión de la cual ha requerido la consulta el paciente” (Profesional F, 12/10/12)

Igualmente, en ese registro se tendría en cuenta que no solo los profesionales de la salud acceden a la historia clínica, sino que al ser propiedad exclusiva del paciente, el mismo puede requerir la información contenida en ella, así lo comenta la profesional,

-“...cualquier profesional de cualquier otra área, e incluso él mismo puede acceder a esa información, entonces hay que ser de alguna manera lo más cauto posible para que la información que se detalla no sea perjudicial para la persona...” (Profesional D, 9/10/12)

Otro profesional expresa,

-“Yo personalmente en las historias soy muy escueto para cuidarlo al paciente. Ó sea pongo lo mínimo e indispensable, y si tengo que hablar algo con

algún profesional lo hago personalmente o vía telefónica.” (Profesional I, 12/10/12)

En este caso pude observar, que no deja un registro escrito de la evolución del paciente, consignando solamente que el mismo evoluciona favorablemente. En casos como este, el riesgo es la pérdida de información significativa de la historia del paciente, lo que permitiría reconocer situaciones que se repiten, por ejemplo; y a su vez puede que se pierda, el entrenamiento en la planificación y evolución sistemática del trabajo profesional, al limitar la transmisión de la información a un intercambio verbal entre profesionales, y haciendo que el paciente se convierta de este modo, en el archivo de su propia historia clínica. (Kuras de Mauer, Resnizky, 2004).

Por lo tanto, si bien existen aspectos legales y/o deontológicos establecidos por leyes y normas que orientan el ejercicio responsable de la profesión, es el análisis de los mismos que se relaciona directamente con *“el posicionamiento ético”* asumido por el profesional, lo que tendrá efectos sobre su práctica.

El “posicionamiento ético” en el registro del caso en las historias clínicas

La ética, requiere de un ejercicio reflexivo, donde la norma es tomada y elegida en función de la responsabilidad sobre los efectos que puede tener el accionar profesional. (Hermosilla 2002). Este concepto puede ser ilustrado con la siguiente expresión,

-“...por ejemplo en el caso de este chico (...) se me junta lo ético con esto, porque él estuvo preso por abusar de un menor, si es (...) un potencial abusador de menores, pienso que ahí tu secreto no tiene lugar, así que lo dejaría asentado, si lo escribiría.” (Profesional E, 1/10/12)

Se podría pensar, que la profesional asume una posición ética, al registrar el caso en la historia clínica, reflexionando sobre el requisito de la confidencialidad de la información que brinda el paciente, en tanto este forma parte del secreto profesional, y de lo que considera como una obligación ética dejar registrado, asumiendo la responsabilidad de su accionar profesional. Otro ejemplo que ilustra esta situación puede ser lo mencionado por esta profesional,

-“Registro todo, más si es un paciente de riesgo para la sociedad, además de asesorarme bien en cuanto a lo legal. Pero si a mí me pide algo un abogado no, el secreto profesional lo mantengo, salvo que te llegue el pedido por un juez...” (Profesional C, 2/10/12)

Esta profesional plantea nuevamente una decisión ética, al momento de realizar el registro del caso, ya que tiene una posición asumida ante situaciones en las que considera que el paciente “es un potencial riesgo para la sociedad”; sin dejar de lado el secreto profesional, que determina la obligación del psicólogo de mantener la más absoluta reserva de la información que haya obtenido acerca de una persona en el ejercicio de su accionar profesional; y que solo puede ser eximido por consentimiento expreso del cliente, o su representante legal, o mediante requerimiento judicial.

Se podría decir entonces, que la ética indiscutiblemente se encuentra atravesada por las normas deontológicas presentes en los Códigos ética, que regulan el accionar profesional, pero que a su vez, plantean un ejercicio reflexivo de autonomía personal, a la hora de acatar o no una norma establecida, por ejemplo, en relación al secreto profesional, cuando hay que registrar el caso. Otro profesional adopta una posición distinta:

-“No, no escribo nada, salvo que haya algo muy puntual que amerite ser puesto, alguna cuestión relacionada con por ejemplo, ideación suicida, ideas de muerte, sino en el relato del paciente pongo una idea general...” (Profesional I, 12/10/12)

Este profesional desde el punto de vista ético, se podría pensar que acataría la normativa deontológica del secreto profesional en relación al registro del caso, pero dejaría de lado la

Ley 26.529, que establece el derecho del paciente sobre la información registrada en la historia clínica y la obligación profesional de su elaboración.

Por lo tanto, se podría inferir que en el registro del caso, como parte de las acciones que lleva a cabo el profesional, se pone en juego permanentemente el “posicionamiento ético” del mismo, donde la ética se presenta como un desafío permanente, porque dicho posicionamiento se encuentra atravesado por la subjetividad del profesional, que influye al tomar decisiones en torno a la realización de dicho registro. En este sentido, la mitad de los profesionales coinciden en lo que podría ser pensado como una posición ética al momento de registrar lo relatado por el paciente, destacando como importante solo lo que forma parte del proceso terapéutico,

-“Anoto lo que considero su demanda...” (Profesional F, 12/10/12)

*-“De lo que me dice el paciente, todo lo que esté relacionado con la terapia...”
(Profesional G, 4/10/12)*

Sin embargo, la subjetividad se hace presente al momento de decidir cómo realizar dicho registro, una profesional establece,

-“...el registro de la historia clínica, (...) tiene que ser muy resumido (...) me limito a registrar los síntomas, los avances- retrocesos, las indicaciones, (...) las asistencias e inasistencias, eso tiene que ver con la adherencia al tratamiento, (...) los objetivos terapéuticos, (...) pongo lo básico, lo esencial y relevante y nada más...” (Profesional B, 2/10/12)

Contrariamente a esta posición de registrar lo básico, lo esencial y relevante en relación al tratamiento, para otra profesional debe ser escrito todo lo que hace al tratamiento,

-“...como está evolucionando, de qué manera está respondiendo a la medicación, si tiene alguna alteración del sueño, de la alimentación, yo registro todo; y muchas de las cosas las registro entre comillas, como lo que dice el paciente y otras cosas con el vocabulario profesional.” (Profesional G, 4/10/12)

Pero, la mayoría coincide en que no es recomendable registrar, aquello que no sea importante a los fines psicoterapéuticos,

-*“Cuando se van de las ramas y no cuentan algo puntual (...) ósea lo anecdótico (...) porque no influye en su terapia.”* (Profesional C, 2/10/12)

-*“...lo anecdótico, de lo que no se relacione con los objetivos de terapia.* (Profesional E, 1/10/12)

-*“Lo que no es terapéutico por ejemplo cuando viene un paciente y no te habla de él..., no hay una apertura en esto de hablar en primera persona...”* (Profesional B, 2/10/12)

Retomando lo establecido anteriormente, se podría afirmar que estos registros también están teñidos de la subjetividad de los profesionales, a la hora de determinar tanto lo que es terapéutico como lo que es anecdótico, porque si tenemos en cuenta que el conocimiento de la realidad siempre es parcial, y está limitado por situaciones personales, culturales e históricas, son estos aspectos los que estarían presentes en el registro de un caso particular.

Por otra parte, el profesional se encuentra atravesado en su práctica, por la ley moral presente a partir de su inscripción subjetiva en el superyó, lo cual es inseparable de su posición ética. Para el psicoanálisis, se trata precisamente de evitar una subjetividad subordinada al superyó, es decir a la moral, siendo obligación del analista vislumbrar y prevenir la emergencia de este juez implacable, ya que sería el mayor obstáculo ético en su práctica (Melgar, 2004). En relación a esto, en todos los profesionales entrevistados, se observa una diferenciación entre lo que hace a la moral y lo que es ético al momento de realizar el registro del caso,

-*“Lo moral y lo religioso, la verdad es que no lo tengo en cuenta y lo sexual sí, porque es como lo que forma parte de la persona (...), si indago que nivel de compromiso tiene con la religión, y lo registro en caso que influya en su terapia, o le cause problema sino no...”*, (Profesional E, 1/10/12)

De lo cual se podría inferir, que la profesional ubica lo ético en su práctica, fuera del mandato superyoico (de la ley moral), teniendo como objetivo del tratamiento el advenimiento del yo del paciente, para cuestionar la ley moral y encontrar así su verdad.

Pero en la búsqueda de esta verdad posible del paciente -fundamento de la ética del análisis- deben tenerse en cuenta tanto los aspectos transferenciales, como contratransferenciales presentes en el tratamiento, un ejemplo de esta situación es el siguiente fragmento de lo ocurrido durante una sesión y registrado en mi Diario de Campo como resultado de mi observación y escucha,

T- *“Mi sugerencia es hacer yoga (...), no es todo relajación, hay ejercicios físicos y después relajas. Te ayudaría a conectarte con vos, sería muy productivo”*

P- *“No sé si me vas a entender, pero a mí no me gusta el yoga, yo soy religiosa, y me dijeron, nunca fui, que con la música ellos te meten cosas en la cabeza”*

T- *“Yo hice tres años yoga, y a donde fui yo jamás””*

P- *“Hay mucha mezcla de religiones orientales y no quiero meterme en un brete”* (Diario de Campo, 28/8/12)

La respuesta de la profesional, ante la negación de su sugerencia, hace posible vislumbrar la inscripción subjetiva del superyó, que atraviesa su práctica, y que es inseparable de su posición ideológica y ética, las cuales juegan un papel inevitable en el tratamiento; desde un enfoque psicoanalítico, esto sería su mayor obstáculo ético. Pero al indagar en la entrevista sobre el registro de cuestiones ideológicas o religiosas, la profesional responde,

-“Y lo tendría en cuenta desde lo que limitaría a un paciente (...), por ejemplo una paciente que tiene una determinada religión, ella me lo dijo que no va a aceptar ir a yoga o a este tipo de ejercicios, justamente por su orientación

religiosa (...) yo lo dejo registrado para acordarme yo, por una cuestión de mi memoria digamos, pero en mis registros...” (Profesional B, 2/10/12)

De lo que refiere la terapeuta en la entrevista se podría suponer, que hay una observancia posterior al tratamiento, de las reglas técnicas del psicoanálisis, en tanto que parece considerar la necesidad de tener en cuenta la orientación religiosa de la paciente a la hora de proponer las técnicas terapéuticas, como así también al no registrarlo en la historia clínica, sino en sus registros personales.

Así mismo, se reconoce la intención de la mayoría de los profesionales entrevistados, de abstenerse de influir con sus convicciones sociales, religiosas, sexuales, filosóficas o morales; *“...en la medida en que su abstinencia de juicio del otro sería del carácter de la moral y no de la ética”*. (Bleichmar, 2011 p. 491).

Reflejando la postura psicoanalítica de su inscripción en el marco de la ética y no de la moral, una profesional ilustra esta posición, haciendo mención al registro del relato del paciente,

-“Con lo ideológico no me meto, con la religión no me meto (...) no me parece importante dejarlo por escrito, salvo que él me diga que gracias a la religión el encuentra una fe, una salida, una esperanza eso capaz yo lo puedo llegar a poner, pero no lo encuentro como algo fundamental, mientras que a él le sirva fantástico...” (Profesional C, 2/10/12)

Otra profesional expresa,

-“...saber que religión tiene el paciente es importante, si la creencia religiosa se relaciona con algún síntoma de la patología, puede llegar a ponerse en la historia clínica, sino no...” (Profesional H, 4/10/12)

De esta perspectiva ante el registro del relato, se puede inferir que los profesionales en el discurso parecen sostener una posición de neutralidad al no adoctrinar con sus ideas y sus ideologías, lo que define su actitud ante la cura, ya que *“El analista debe ser neutral en*

cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo;” (Laplanche y Pontalis 1996).

Esta posición de neutralidad debe ser la aspiración de todo profesional,

-“El respeto a la subjetividad del paciente, quien soy yo para juzgarlo, no me parece importante asentarlos, eso es anecdótico para mí, salvo que te diga fui a misa y de repente una voz me empezó a hablar, “delirio místico”, (...) es importante registrarlo porque alude a algún síntoma psicótico...” (Profesional I, 12/10/12)

Al decir de Rappoport de Aisemberg (2004), la neutralidad se sostiene a través del autoanálisis o reanálisis de las ideologías y de la contratransferencia; en lo que refiere el profesional, esto puede observarse en la frase *–quien soy yo para juzgarlo–* de lo cual se podría suponer una observancia de los propios aspectos ideológicos y contratransferenciales, sabiendo además que la transferencia a la que da lugar, debe ser usada solo para comprender al paciente y ayudarlo a explorar su inconsciente, rechazando todo poder que pueda ejercer sobre él, esto queda claro en la frase *–El respeto a la subjetividad del paciente.*

A diferencia de otro profesional que expresa,

-“La ideología y las creencias te permiten ver como se posiciona esta persona en el mundo, como se relaciona con los otros, y consigo mismo, teniendo esa perspectiva nosotros podemos ver, si está sufriendo de esa manera en que se posiciona en el mundo, hay que registrarlo y podemos hacer objetivos terapéuticos y hacer el foco del proceso.” (Profesional D, 9/10/12)

Desde esta perspectiva de análisis, se considera que al concebir que la forma de posicionarse en el mundo puede producir sufrimiento al paciente, si se asocia al dejar de tener en cuenta la subjetividad del mismo, se corre el riesgo de pretender orientar la vida del paciente en función de los intereses y valores del terapeuta, olvidando lo propuesto por Freud, *“No buscamos ni forjar por él su destino, ni inculcarle nuestros ideales, ni*

modelarlo a nuestra imagen con el orgullo de un Creador”. (Freud, en Chemama y Vandermersch, 2004 p.457).

Estas opiniones encontradas, en función de la capacidad de decidir y elegir de manera individual acciones correctas, porque los valores éticos y las normas deontológicas solo nos brindan una guía, una orientación en el ejercicio responsable de la profesión, dan un fundamento desde la práctica, a la siguiente afirmación *“En la búsqueda de una certeza ética que garantice un correcto accionar pareciera que solo nos queda el deseo o la aspiración a lograrlo fugazmente...”*. (Peralta 2010 p. 261).

El registro del caso en las historias clínicas

Laín Entralgo (1961), establece que rastrear los antecedentes de la historia clínica implica ingresar al campo de la medicina, donde la estructura y la utilidad de la misma, se ha desarrollado paralelamente al concepto de salud y enfermedad, en la cual siempre han estado presentes la *narración de la enfermedad* y la *actitud terapéutica* a seguir, ambas procedentes de una recogida de datos sistemáticos. Los aportes de este autor, fueron rescatados por una profesional en el Ateneo y analizados en relación a la historia clínica del Servicio y a lo que se hace en relación a ella,

-“Fijense como dice ahí, la narración de la enfermedad, que sería la definición sintomática, lo semiológico, lo que se ve, lo que se observa, lo que es objetivable en una entrevista, si lo transmitimos así. Y que sería la actitud terapéutica, los objetivos trabajados, consensuados con el paciente y que vamos a hacer con ese paciente, eso nadie lo escribe.” (Diario de Campo, 26/9/12).

En relación a ello, se podría inferir que la profesional desarrolla la noción de enfermedad, desde una perspectiva fenomenológica, propia de la medicina organicista clásica, al decir que la narración de la enfermedad sería *-la definición sintomática, lo semiológico, lo que se ve, lo que se observa, lo objetivable-* pero integrándola al discurso de

la psicología al señalar que la actitud terapéutica son *-los objetivos trabajados, consensuados con el paciente y que vamos a hacer con ese paciente-* de esta manera la dimensión subjetiva “el caso por caso” se une a la objetividad propia del campo de la psiquiatría, en tanto rama de la medicina, permitiendo una visión integral de la historia clínica.

Precisamente es esta convergencia de la psiquiatría con la complejidad del campo de la psicopatología, la que establece la necesidad de revisar el interés de la historia clínica desde diversas perspectivas. En relación a esto, en el Ateneo se hizo alusión a las diferentes funciones de la misma,

-“Asistencial, de docencia, de investigación, epidemiológica,

- de evaluación de la calidad asistencial, porque su estudio y valoración permiten establecer el nivel de la calidad asistencial prestada,

- de planificación y gestión sanitaria, estadística, administrativa,

- de petición legal, ya que solamente el oficio judicial, un juez, puede pedir copia de la historia clínica, o el paciente que es su dueño.” (Diario de Campo, 26/9/12)

A su vez, Baumgart (2008), destaca que la función principal de la historia clínica, es ser un *instrumento terapéutico*, ya que será utilizada por el médico, el psicólogo, el psiquiatra y demás profesionales del campo de la salud, en el Ateneo esto también fue destacado,

-“...es un instrumento del que se valen varias personas, médicos, psicólogos, asistentes sociales, forenses, jueces, enfermeros, investigadores, docentes, estudiantes, personal administrativo, historiadores; tiene muchas aplicaciones la historia clínica.” (Diario de Campo, 26/9/12)

Por lo tanto, se puede afirmar que es un instrumento de fundamental importancia, ya que permite la atención continuada del paciente por distintos profesionales, sobre todo cuando el tratamiento se lleva a cabo dentro de las instituciones asistenciales, o se trata de

un paciente que tiene un padecimiento de larga duración. Razón por la cual, es imprescindible tener en cuenta aspectos claves en la confección de la historia clínica. Para ello, se partirá del análisis de los indicadores presentes en la ficha de admisión, primer documento que compone la historia clínica, del Servicio de Psicopatología.

Aspectos claves de la historia clínica

Un aspecto clave en toda historia clínica es la identificación del paciente, que es el primer indicador de la ficha de admisión del Servicio y se designa como datos de filiación, en todas las fichas observadas estaban registrados estos datos, pero solo fueron destacados como aspectos relevantes por una profesional,

-“Los datos de filiación son importantes, todo eso con quien viven, si están solteros o casados, por ahí te dicen estoy casada pero después cuando volves a preguntar te dice que está separada en realidad, pero ella se toma como que es casada todavía; los estudios cursados, donde vive, de donde es, a que se dedica, si trabaja o no, por ahí si está desocupado lo tenes que tener en cuenta para el tema de la medicación.” (Profesional H, 4/10/12)

A pesar de ello, se podría afirmar que este aspecto está incorporado a la práctica profesional, ya que el registro y posterior lectura de los mismos permite un primer acercamiento al paciente.

Por otra parte, todos los profesionales entrevistados coinciden en que el motivo de consulta es de fundamental importancia al momento de continuar con el proceso terapéutico; este puede ser indagado de distintas maneras y consignado según como piense la consulta el entrevistador,

-“El motivo de consulta (...) esa primera frase que te dice, eso es lo tenes que poner entre comillas...” (Profesional H, 4/10/12)

La importancia de transcribir literalmente el discurso del paciente, al momento de escribir el motivo de consulta, fue acentuada por la mayoría de los profesionales entrevistados. Igualmente, las palabras textuales del paciente, fueron observadas en la totalidad de las fichas de admisión,

P- *“Estuve en tratamiento por depresión, hace cuatro años que me siento mal; a partir de mi viudez”* (Diario de Campo, 10/10/12)

Mientras que el motivo de consulta parafraseado, solo se observó en nueve de las veinte fichas, y siempre como complementario a lo referido textualmente por el paciente. Este parafraseado, apunta a resaltar signos y síntomas, tales como, angustia, miedos, insomnios, o destacar términos específicos de la semiología psiquiátrica como alucinaciones o anhedonia,

P- *“Hace cinco años que tengo depresión. Hipobulia, anhedonia, retraimiento, malas relaciones interpersonales (pareja). No refiere trastorno del sueño, ni trastornos del apetito”* (Diario de Campo, 10/10/12)

A pesar de estas diferencias en la forma de registrar el motivo de consulta, y en relación a las entrevistas tomadas, la mayoría de los profesionales refieren guiarse del mismo para constatar que es lo que lo trae al paciente, que es lo que causa que este en ese lugar (en el consultorio, en el hospital), razón por lo cual, se podría decir que este motivo define la orientación del tratamiento y da sentido a la existencia de la historia clínica.

Asimismo, fue expuesto en el Ateneo la relevancia de utilizar palabras o frases textuales del paciente en el motivo de consulta para entender su problemática,

- *“Vieron que en la ficha de admisión hay un rengloncito que dice, motivo de consulta, solamente eso es suficiente para entender la demanda, quién lo manda, por qué viene; lo otro es todo jerga científica por eso nos tenemos que poner de acuerdo en que palabras usar para que cosa.”*

-“*A ver, un paciente que consulta y dice: -“Estoy preocupado porque no tengo trabajo”; esto ponemos entre comillas, después vemos la sintomatología.*”
(Diario de Campo, 26/9/12).

De acuerdo a lo establecido por Baumgart (2008), también deben tenerse en cuenta los antecedentes del motivo de consulta, porque esto hace a la historia del padecimiento, por ejemplo, cuando ocurrió aquello por lo que consulta el paciente, desde cuando le pasa, si hubo consultas anteriores por algún motivo parecido o distinto, si pensó en consultar o si no lo hizo, en este último caso a que se debió la negativa, esto puede ser ilustrado por lo ocurrido en una entrevista de admisión,

P- *“me siento cansada, desganada, me cuesta hacer las cosas que hacía antes. Me dan ganas de estar sola y llorar...”*

T- *“¿Hace cuánto se siente así?”*

P- *“De que estoy así, un año...”*

T- *“Cuando fue la última vez que se sintió bien?”*

P- *“Desde que me case [hace 30 años] entre en depresión, me quise matar, tuve dos intentos de suicidios, y me internaron por depresión, en una clínica en Morteros, todo por la forma en que él me trataba...”* (Diario de Campo, 16/7/12)

Este registro de la entrevista de admisión, da cuenta de lo significativo que es rastrear los antecedentes del motivo por el cual hoy la persona consulta, ya que permite tener una visión más amplia de lo que le está sucediendo. Además, es interesante indagar sobre los antecedentes familiares similares al motivo por el que consulta por ejemplo,

P- *“...mis hijos se enojaron conmigo porque les dije que no tengo ganas de seguir viviendo (...), mi padre se suicido, tanto que lo critique y yo ahora no tengo ganas de seguir viviendo...”* (Diario de Campo, 5/10/12).

Sin embargo, de las veinte fichas solo ocho hacían referencia a los antecedentes del motivo de consulta y en las entrevistas realizadas solo un profesional hace referencia a los antecedentes registrados en la ficha de admisión,

-“... por ahí estaría bueno que te pongan (...) las indicaciones de antecedentes psiquiátricos o psicopatológicos...” (Profesional I, 12/10/12)

Otros profesionales destacan los antecedentes pero en relación a los hábitos tóxicos,

-“...los antecedentes de consumo de alcohol o sustancias me parecen re-importantes...” (Profesional E, 1/10/12)

-“...básicamente lo que es motivo de consulta y antecedentes de consumo de sustancias...” (Profesional I, 12/10/12)

En función de esto, se podría inferir, que el registro o no de los antecedentes en relación al motivo de consulta, dependería de la problemática que trae el paciente, por lo cual no en todas las fichas sería necesario dejar un registro de los mismos.

Completaría el motivo de consulta, lo que en psiquiatría se denomina examen semiológico, y que en la ficha del Servicio aparece con el nombre de examen del estado mental, de las entrevistas surgen distintas opiniones al respecto,

-“...La semiología es importante, pero yo le doy más importancia al motivo de consulta...” (Profesional C, 2/10/12)

A diferencia de otro profesional que expresa,

-“...Yo considero primero que nada, esa primera anamnesis (...), impulsividad, juicio de realidad, la semiología digamos.” (Profesional F, 12/10/12)

Una visión que integra ambos aspectos pero resalta la importancia de la semiología es la siguiente,

-“...el motivo de consulta es indispensable, y después toda la parte que sería como un examen psiquiátrico rápido, donde tenes cual es el aspecto del

paciente, como estuvo en la entrevista, como es su lenguaje, como es su senso percepción, como esta su conciencia, su atención, (...) porque todo eso nos va a decir que paciente tenemos adelante, si tenemos un trastorno de personalidad, si tenemos un neurótico, si tenemos un psicótico...”(Profesional G, 4/10/12)

No obstante, de las veinte fichas seis contaban con el examen del estado mental completo, en función a ello un profesional comenta,

-“...la semiología estaría bueno que la pongan siempre, (...) mira tres de cinco no la tienen” (Profesional I, 12/10/12)

Se podría deducir, que el consignar o no aspectos del examen del estado mental, dependería del profesional que realiza la admisión, como así también del que continua el tratamiento, por ejemplo, para algunos psicólogos suele ser suficiente las palabras textuales del paciente en el motivo de consulta, mientras que otros también consideran importante el examen del estado mental. Para los psiquiatras es importante siempre completar el motivo de consulta con la semiología, porque consideran que les brinda una visión más integral del paciente.

Siendo la semiología un aspecto a consignar, cabe destacar que la misma es importante para todos los psiquiatras y solo algunos de los psicólogos; esta es la única diferencia encontrada entre los profesionales, tanto en las entrevistas como en las fichas de admisión.

En cuanto a los exámenes complementarios, que en la ficha se encuentran con el nombre de estudios diagnósticos complementarios, a pesar que permitiría en muchos casos aclarar el diagnóstico, según lo expresa Baumgart (2008), no fue mencionado por ningún profesional en las entrevistas, como así tampoco fue registrado en ninguna de las fichas de admisión. No obstante, pude observar un caso cuyo diagnóstico no quedo claro,

P- “Me siento mal todo el tiempo, me olvido todo, me olvido de ir a la facultad (...), mi cabeza no para de pensar en todo momento, quiero que se calle, no aguento más (...), no duermo estoy pensando pelotudeces, ahora estoy

hablando con usted pero estoy pensando en otra cosa (...) en una semana baje cuatro kilos, no tengo ganas de comer...” (Diario de Campo, 7/9/12)

La paciente fue derivada en ese momento a psiquiatría para la posible prescripción de ansiolíticos; el profesional admisor refiere desconocer el diagnóstico y nos explica,

A-“La verdad no sé lo que tiene. Podría ser un trastorno de ansiedad muy desbordado, hay que empezar con la medicación para bajar la ansiedad, y después que se la derive para hacer un psicodiagnóstico, para ver si no está evolucionando hacia otro tipo de trastorno.” (Diario de Campo, 7/9/12)

Sin embargo, la necesidad de un psicodiagnóstico como examen complementario, no fue asentado en la ficha de admisión, se podría inferir que el profesional deja la decisión de la derivación al psiquiatra, en función de la atenuación o no de los síntomas observados.

Dos profesionales aludieron al tema de la medicación actual del paciente,

-“...me fijo mucho es en el tema del motivo de consulta y en la medicación...” (Profesional E, 1/10/12)

-“...de la ficha de admisión todo es importante (...) los hábitos tóxicos, las enfermedades, la medicación, el examen metal...” (Profesional H, 4/10/12)

Y la misma fue registrada en ocho de las fichas, pero se podría pensar que los otros pacientes no refirieron estar tomando ninguna medicación.

Seis de los nueve profesionales entrevistados, indicaron la importancia del registro del genograma en la ficha de admisión, paradójicamente solo estaba realizado en siete de las veinte fichas, una respuesta a esto puede ser la siguiente,

-“...lo que algunos no les interesa en el momento de la admisión, es lo que sería el árbol genealógico (...), lo que pasa es que depende del paciente que vos tengas, porque si es un paciente que te dice yo tengo mala relación con mi papá, y vos le preguntas -¿y vos con quien vivís?, -y vivo con mi papá-; el vínculo estresante está con él entonces si es importante; está bien quizás eso le importe

mas al terapeuta que al que realiza la ficha de admisión, pero a mi si me interesa para saber que paciente tengo adelante para saber con qué terapeuta lo puedo derivar, en algunos casos si me parece importante, por ahí no...”(Profesional G, 4/10/12)

De la respuesta de la profesional se infiere que el registro de determinados indicadores (medicación, genograma, antecedentes del motivo de consulta, exámenes complementarios) depende por un lado, del tipo de problemática que presente el paciente y por otro, de la decisión subjetiva del profesional al momento de realizar el registro.

En relación al diagnóstico presuntivo, este es denominado así, porque en una primera entrevista no se puede pretender un diagnóstico definitivo, así mismo este diagnóstico puede variar con el tiempo, pues el paciente puede consultar en este momento por un motivo particular, y haber consultado o consultar posteriormente por otro motivo (Baumgart, 2008). En todas las fichas estaba registrado dicho diagnóstico, realizado en función a lo determinado en el CIE-10 por ejemplo,

-“F 41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación” (Diario de Campo, 5/10/12)

-“F 43.2 Trastornos de adaptación” (Diario de Campo, 12/10/12)

Asimismo, la mitad de los profesionales mencionaron la importancia de consignar el diagnóstico,

-“...el primer diagnostico presuntivo del paciente, me parece fundamental, aunque después se puede redefinir o no...” (Profesional B, 2/10/12)

-“...el diagnostico presuntivo me parece re- importante.” (Profesional E, 1/10/12)

Una de las profesionales refiere que el diagnóstico debería ser,

-“...más sindrómico o ponele, trastorno del estado de ánimo, cosa que se pueda poner algo más general (...) por ejemplo, en vez de episodio depresivo, trastorno del estado de ánimo, porque vos no sabes si es un bipolar con un episodio depresivo...”(Profesional H 4/10/12)

Otra profesional comenta,

-“El diagnóstico lo miro pero entre comillas como una base para ver qué tengo que hacer yo, como una información, (...) dejo que me cuente él primero, pero hago una lectura previa del caso de que se trata, qué edad tiene, pero al principio ya después me baso en lo que recolecto yo de la información...”

(Profesional C, 2/10/12)

No obstante, estas opiniones podrían ser interpretadas en función de la importancia del diagnóstico presuntivo, ya que nadie dijo explícitamente que el mismo no tiene relevancia para la continuidad del tratamiento.

Tampoco, se hizo mención en las entrevistas al diagnóstico diferencial, como una forma que otorgaría mayor precisión al diagnóstico; además, solo fue observado en ocho de las veinte fichas, un ejemplo sería,

-“Diagnóstico presuntivo: F 41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

- Diagnóstico diferencial: F 60. 4 Trastorno de personalidad histriónica

F 63.3 Tricotilomania” (Diario de Campo, 5/10/12)

Por lo cual, se podría deducir que el diagnóstico diferencial se consignaría solo en casos donde la sintomatología podría responder a varios cuadros, dando lugar a que el que vaya a continuar con la historia clínica reconsidere esta evaluación.

En relación al plan terapéutico, este se encontraba registrado en la mayoría de las fichas de admisión, consignando si la persona necesita un tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico, con la correspondiente derivación al profesional asignado. A pesar de ello, ningún profesional destacó este indicador como relevante para la continuidad del proceso terapéutico.

Cabe destacar, que la mitad de los profesionales entrevistados considera que todos los indicadores de la ficha de admisión son importantes, y que nada puede ser dejado de lado,

- “Como ficha de admisión me parece que mientras más completa este mejor es, me parece una herramienta fundamental.” (Profesional E, 1/10/12)

Es probable que los indicadores de esta ficha de admisión tomen relevancia para cada profesional, perteneciente a las distintas disciplinas que en este campo confluyen, en la medida que contribuya a ordenar el saber surgido de la observación y el estudio de casos clínicos.

Sin embargo, la parte primordial de la historia clínica, para todo profesional independientemente de su disciplina, debe ser la evolución, porque permite un conocimiento acerca del curso de la enfermedad en sentido longitudinal; esto requiere de una periodicidad adecuada a los cambios que se producen, (Baumgart 2008). En el caso de los tratamientos ambulatorios por consultorio externo, este registro debería ser realizado semanalmente o acorde a las novedades que presenta la evolución del caso. Sin embargo, pude observar la discontinuidad de algunos registros en las historias clínicas e incluso en una la ausencia de los mismos.

El registro de la evolución del caso

En el registro de la evolución del caso, es importante lo que plantea la Lic. Azaretto (2011), al diferenciar el material o historial clínico, de la especificidad del caso para su registro; esto significa que el registro del caso ilustra una determinada teoría, es decir que se impone a la luz de un marco conceptual determinado. Esta diferencia en los registros fue expresado por una de las profesionales,

- “En realidad lo que yo anoto en mi historia clínica particular, que no es la misma que la está en el hospital, yo registro lo que trae como motivo de consulta en una sesión inicial, (...) preguntas que yo le voy haciendo en relación a su motivo de consulta (...) voy dejando asentado las áreas que trae en cada

sesión para trabajar, (...) todo eso lo dejo asentado en mi historia clínica...”

(Profesional B, 2/10/12)

Este registro extenso que realiza la profesional en sus cuadernos personales, lo diferencia de lo que considera debe ser escrito en la historia clínica del hospital,

-“...el tema del registro en la historia clínica, es diferente porque tiene que ser muy resumido, al ser registro de sesión a sesión, y me limito a los síntomas, a registrar avances y retrocesos, indicaciones que se le dan, si las cumple o no las cumple, (...) eso tiene que ver con la adherencia al tratamiento, las asistencias e inasistencias también; yo lo que dejo asentado en la historia clínica del hospital cuando se delimitan objetivos terapéuticos y cada objetivo que lo va definiendo el paciente textual, lo tengo en mi historia clínica, acá yo dejo asentado: -se delimitan los objetivos terapéuticos- y cuales son y demás las dejo en las mía, porque por ahí el paciente empiezan a relatar seis o siete objetivos que quiere trabajar a lo largo de un tratamiento, para no hacerlo tan extenso en la historia clínica, lo pongo en la mía, (...) acá lo hago más resumido, pongo lo básico, lo esencial y relevante y nada más.” (Profesional B, 2/10/12)

Se podría pensar, que la profesional diferenciaría lo que sería el material o historial clínico, como aquello extenso que relata el paciente y que ella registra en sus cuadernos personales, a los fines de no olvidar aspectos importantes a seguir trabajando, del registro específico del caso que debe ser registrado en la historia clínica del hospital (se entiende por esto el registro de lo básico, esencial y relevante).

Por su parte, Jardon (2011) establece, que la historia clínica sería el registro formal de documentación por excelencia, pero la especificidad del caso clínico (registro de lo básico, esencial y relevante para esta profesional), sería otro registro de formalización ya que documenta el encuentro entre el médico y el paciente. La importancia de dejar documentado este encuentro fue destacado por una profesional en el Ateneo,

-“Les ha pasado o les puede pasar, que venga un paciente y les diga: -Yo necesito un informe para la obra social de todo lo que se ha hecho conmigo-; si uno no tiene registrado nada de la información no puede realizar el informe.”

(Diario de Campo, 26/ 9/12)

De esto, también puede inferirse que la profesional hace hincapié en el registro del caso como documento que da cuenta de la práctica clínica, porque solo la atención del paciente no legitima el caso y omite el trabajo de escritura que este implica. Cabe destacar, que de las veinte historias clínicas observadas solo en dos (pertenecientes al mismo profesional) no había un registro del caso.

Por otra parte, en la escritura del caso la hipótesis de partida, es decir para que se escribe, tendrá diferentes resultados según la finalidad de la misma, se podría deducir que los registros que realizan los profesionales del Servicio se harían en función de analizar alguna particularidad clínica es decir,

-“...depende del caso, si es un paciente de riesgo debe quedar escrito, por ejemplo tiene alguna perversión, es un pedófilo, psicópata, cuando falla el control de los impulsos del paciente, o todo lo que es de riesgo para sí mismo o para terceros, ...” (Profesional B, 2/10/12)

Se podría pensar, que la profesional tiene en cuenta a la hora de realizar un registro escrito aspectos importantes que hacen a la particularidad clínica, que determina a su vez la singularidad del caso, con la finalidad de poder hacer un análisis posterior del mismo.

Lo cual condice con los aportes de Paulucci (2002), ya que para el autor, la escritura es singular, porque no puede ser universalizable, es decir, dependería de la particularidad del caso; es subjetiva porque no tiene una única lectura,

-“...si es un psicólogo que tiene más cancha en escribir lo textual del paciente que le sirva a otro profesional si puede servir, sino no cae en la nada.”(Profesional G, 4/10/12)

Esta expresión, da cuenta de esa subjetividad, porque se podría considerar que lo escrito por el profesional no solo dependerá de su pensamiento o de la ambigüedad propia de las palabras, sino también de la lectura que otros hagan del mismo, por lo cual nunca hay una certeza de que lo escrito refleja el caso observado, así lo cometa una de las profesionales,

-“...el registro es subjetivo uno puede poner ansiedad leve, y no es lo que te está refiriendo paciente, sino que para vos como lo ves así, es leve...”

(Profesional H, 4/10/12)

Asimismo, la singularidad y la subjetividad del caso, para Glocer Fiorini (2002), estarían presentes en todo el proceso de escritura, ya que aquí, se pone en juego la transmisión de una experiencia,

-“...para mí no es casual el recorte que hago y que dejo asentado en la historia clínica, sino que tiene que ver conmigo, tratando que sea lo más objetivo, pero siempre algo de lo personal esta puesto allí.”

(Profesional B, 2/10/12)

De esta expresión, se observa una posible relación entre la transmisión escrita y los procesos inconscientes presentes en la escritura, tal como lo plantea la autora anteriormente mencionada, otra profesional comenta,

-“La subjetividad está presente en la escritura y el recorte que uno hace del caso, ósea lo que para mí es importante porque soy yo la que está trabajando con el paciente y que quizás en la supervisión nos dan otra mirada, pero bueno es uno el que está implicado en la sesión.”

(Profesional E, 1/10/12)

Es en esta implicación en la que podría reconocerse la presencia de esa trama inconsciente, que al decir de Glocer Fiorini (2002), se teje entre analista y analizado, en donde determinados hechos psíquicos serían difícilmente transmisibles, determinando a su vez, la forma de escribir el registro del caso en cada uno de los profesionales.

Igualmente para Vinocur de Fischbein (2002), la escritura que produce el analista, intenta dar cuenta subjetivamente de ese contexto, donde se ponen en juego sus propios procesos mentales y los del analizado porque,

-“cada profesional registra del paciente lo que le interesa, lo que tiene que ver con su historia de vida muchas veces (...) siempre estamos atravesados por nuestra vida, entonces el sentido pasa por ahí.”(Profesional I, 12/10/12)

Sin olvidar el discurso teórico, clínico y técnico de la disciplina; para que en el ámbito de esta dimensión subjetiva, en el caso de la transmisión de la escritura clínica, la voz de los analizados no se confunda ni funda con la del analista;

-“...de alguna manera con el DSM-IV y el CIE-10 se transmite lo más objetivo posible, pero todos somos seres humanos y tenemos una escucha distinta, y de alguna manera va a depender no solamente del estilo del profesional, sino también de qué tipo de paciente hablamos...” (Profesional D, 9/10/12)

Se podría inferir, que la profesional utilizaría como recurso teórico, clínico y técnico el DSM-IV y el CIE-10, con la finalidad de lograr una mayor formalización del registro, pero destacando que esto también depende del estilo profesional y del tipo de paciente, no desestimando la importancia de la subjetividad presente. Al respecto otra profesional comenta,

-“No, en mi caso trato que no, por eso pongo frases textuales durante la sesión, pero sí, yo me hago un registro propio después (...) que ahí capaz que pongo un registro textual, pero ahí pongo: -aparece mucha ansiedad, mucha angustia, mucha agresividad, esto es mas subjetivo mío.” (Profesional C, 2/10/12)

De la expresión de esta profesional, y a diferencia de todos los otros profesionales entrevistados, se podría pensar que para ella un registro formal equivaldría a la escritura textual de las palabras del paciente durante la sesión, y la subjetividad estaría en el registro posterior de aspectos tales como angustia, ansiedad, agresividad; esta manera de concebir el

registro no se observa en otros profesionales, ni ha sido contemplada por la bibliografía consultada.

Por otra parte, en relación al momento del registro del caso, y siguiendo los aportes de Bassols en Guzmán Rosas (2012), se infiere que la profesional C al escribir durante la sesión lo haría en el tiempo de la oralidad, es decir, el tiempo de la experiencia clínica, sin reconocer que aquí también se pone en juego la subjetividad en el registro.

A diferencia de esta profesional, en los tratamientos de orientación psicoanalítica que pude observar, la psicoterapeuta no tomaba nota durante la sesión sino al finalizar la misma, siguiendo al autor, en el tiempo de la narración en el que se construye el caso como tal. En este caso, la profesional se basaría en su memoria inconsciente vinculada al recorte de su escucha por encima del ideal de exactitud, dando lugar a cierta inscripción subjetiva en el registro del caso, tal como lo aconsejaría Freud.

Es por ello, y según lo expresado por Gómez (2009), que la escritura del caso clínico, no tiene como ideal la objetividad científica. Pero tampoco es un historial clínico, o una sucesión cronológica de lo que el paciente dijo, ni de las vivencias contratransferenciales del analista, al decir de una profesional,

-“La subjetividad siempre esta, (...) por el hecho de estar involucrado en el tratamiento en el trato con la persona, te llega de distinta manera cada paciente, tratas de ser lo más objetivo posible, pero algo se te escapa. (...) Es como que uno hace un recorte del paciente en función a la percepción de uno, porque sino no habrían opiniones tan diferentes...” (Profesional G, 5/11/12)

Otra profesional expresa,

-“...el recorte tiene que ver conmigo, (...) el recorte que hago y lo dejo asentado hay una subjetividad puesta mía ahí...” (Profesional B, 2/10/12)

De estas expresiones, se podría deducir que las profesionales tendrían en cuenta la subjetividad que atraviesa sus registros, ya que la escritura del caso no es independiente de quien la escribe. Pero a su vez, se podría suponer que el recorte que hacen del material

clínico es alrededor de un tema, destacando ciertas problemáticas en relación al tratamiento, permitiendo la emergencia de un saber que da cuenta de lo singular del caso.

En relación a ello, Glocer Fiorini (2002) señala, que la escritura requiere de un alto grado de formalización para poner límite a la especulación subjetiva. Se podría teorizar que este límite, se encontraría en lo que se puede recortar de un caso, para su registro.

Así por ejemplo, Brignoni en Gómez (2009) y Bleichmar (1997), destacan la importancia de registrar los objetivos terapéuticos; de las veinte historias clínicas observadas solo en tres estaban registrados dichos objetivos y solo cuatro profesionales, lo comentaron en las entrevistas,

-“...el objetivo terapéutico, a lo quiere llegar el terapeuta con lo que está haciendo, aplique tal técnica para hacer que el paciente se dé cuenta...”
(Profesional J, 5/11/12)

-“...las cosa que se van superando (...) que ejercicios se van haciendo, como se va trabajando con el paciente tiene que estar asentado, los objetivos y lo que se va logrando para llegar a los objetivos.” (Profesional E, 1/10/12)

Esto también, había sido mencionado en el Ateneo por una profesional,

-“... ¿que sería la actitud terapéutica?, los objetivos trabajados, consensuados con el paciente y que vamos a hacer con ese paciente, eso nadie lo escribe. Parece que vamos corriendo con el paciente para allá, pero nadie sabe a donde tenemos que llegar, esto tiene que ser escrito...” (Diario de Campo, 26/9/12)

De lo expresado por las profesionales, podemos deducir que de los objetivos se desprenden:

-“...los tipos de intervención (...) tipo de entrevista (...) tipo de sesión si es dialogal, si se utiliza algún tipo de ejercicio...” (Profesional B, 2/10/12)

Sin embargo, las intervenciones y sus efectos, al decir de Bleichmar (1997), aquellas conductas e intervenciones que generaron algún tipo de reacción en el paciente,

que nos harían pensar en rasgos de la personalidad, aspectos de la técnica que refuerzan la patología, o aquellos cambios necesarios en el comportamiento del terapeuta para adaptarse a los objetivos, fueron mencionados por cuatro profesionales en las entrevistas, y su registro se observó en siete de las veinte historias clínicas.

El autor, también propone recoger las palabras del paciente lo más textualmente posible y sus estados emocionales. Esto fue observado en la casi totalidad de las historias clínicas, y mencionado por los profesionales en la mayoría de las entrevistas,

-“...frases, que son textuales del paciente que sirvan para hacer un inicio y un proceso terapéutico, en este caso nos sirve a nosotros.” (Profesional D, 9/10/12)

-“...citas textuales del paciente, cuando son relevantes...” (Profesional B, 2/10/12)

No obstante, en las historias clínicas pude observar que muchas de estas citas textuales del paciente, carecían de contenido significativo que pudiera dar cuenta de lo que se estaba trabajando con el paciente, incluso algunas eran totalmente anecdóticas.

Esto también fue explicado por los profesionales en el Ateneo, a través de viñetas clínicas,

-“Paciente que refiere cuestiones que lo inquietaban de él, -Mi problema es no asumir mi ideal, él no tiene que ser como yo lo había pensado, me cuesta mucho entender a mi hijo- ...

Esto escribió de una entrevista psicoterapéutica de media hora. ¿Qué dice eso?..., no dice nada, ¿Cómo está el paciente?, ¿Qué se trabajó en sesión?, ¿Cómo se lo vio semiológicamente?, si hay alguna palabra del paciente que este en relación al estado de ánimo.” (Diario de Campo, 26/9/12)

-“Refiere haber estado pensando en la semana que le falta un sostén. -Yo soy el sostén de otro siempre, siempre tengo que sostener-

Este registro nos puede servir como psicoterapeutas para tener un recorrido sobre la ilación de la situación del paciente, pero ese registro debe hacerse en los cuadernos personales, no en la historia clínica. Yo leo eso de un paciente, y no sé que le paso al paciente no entiendo nada.” (Diario de Campo, 26/9/12)

Se podría inferir entonces, que si bien parece estar presente la importancia de registrar frases textuales del discurso del paciente, no se observa un criterio unificado y suficientemente fundado en la selección de las mismas.

Por otra parte, la mayoría de los profesionales hacen alusión a la utilización de un lenguaje técnico sin especificar a qué se refieren; algunos apuntaban a la uso del mismo acompañado de lo que dice textualmente el paciente para poder entender a que se refieren los profesionales en su escrito, con lo cual se podría pensar que hacían mención al lenguaje técnico desde la teoría; solo dos profesionales aclaran,

-“...el lenguaje técnico si compartimos DSM -IV o CIE -10, sino no, porque al ser mi orientación gestáltica, si yo hablo desde mi lenguaje técnico acá hay un montón de colegas que son psicoanalistas, o cognitivos- conductuales, puede ser que no lo entiendan a parcialmente, o como yo no voy a entender términos psicoanalíticos con los que no estoy familiarizada, desde ahí no, si dejamos asentado desde la formación psicoterapéutica que tenemos cada uno, no me parece, si es un lenguaje compartido si porque lo entendemos todos...”(Profesional B, 2/10/12)

-“...más allá que hoy en día a muchos no les guste el DSM-IV o CIE-10 por ciertas cuestiones, se necesita un código y una lengua común en todos para entender de que se trata, eso lleva a tratar de lograr una objetividad y una idea de cómo se escribe una historia clínica, (...) son códigos que permiten compartir una lengua común con todos los profesionales y llevar a cabo un buen proceso terapéutico y un registro adecuado en la historia clínica, sino no hay posibilidad digamos, te vuelvo a decir, caemos en palabras técnicas, bueno si palabras técnicas vamos a tener...” (Profesional D, 9/10/12)

De lo que refieren las profesionales, se deduciría que el lenguaje técnico para poder ser compartido y entendido por todos los profesionales, dependería del conocimiento y utilización del DSM-IV o CIE-10, tal como lo refleja la siguiente viñeta extraída del Ateneo,

-“Entrevista con el paciente, discurso verborragico, elevada ansiedad, desorganizado, pensamiento tangencial, no conserva ideas de contenido delirante mítico, manifiesta alteraciones de la senso percepción, alucinaciones visuales y auditivas, impulsividad y agresividad, refiere ideas persecutorias.

- Esto fue escrito por una psicodiagnóstica y está bien escrito.” (Diario de Campo, 26/9/12)

Cabe destacar, que solo en la mitad de las historias clínicas pude observar el uso de un lenguaje técnico similar al de la viñeta al respecto y por lo expresado en las entrevistas no parece haber un acuerdo entre los profesionales para la utilización de dicho lenguaje; por otra parte, en la bibliografía consultada no se encontraron referencias relativas a la utilización del DSM-IV y/o CIE-10, para el registro del caso.

A su vez, en estas historias clínicas pude observar que en casi su totalidad se registraban referencias acerca de la historia de vida del paciente, que va siendo reconstruida a lo largo del tratamiento, destacando acontecimientos significativos y experiencias traumáticas (Bleichmar, 1997); no obstante, esto no fue mencionado en las entrevistas por ningún profesional.

Pero si la mayoría hizo mención a lo que Baumgart (2008) establece como cambios en la evolución, lo que significa registrar todas las novedades por ejemplo, cambios en la sintomatología, mejorías o complicaciones,

-“la evolución del paciente, como entro cual fue el motivo de consulta, como estaba, si estaba angustiado, deprimido, síntomas como ese y a medida que fue pasando el tratamiento si esas cosas se agudizaron, si mejoro...”
(Profesional J, 5/11/12)

- “...si hay sintomatología que prevalece y es relevante...” (Profesional D, 9/10/12)

Sin embargo, los cambios en la sintomatología, solo fueron observados en cinco de las veinte historias clínicas, podría pensarse que en los demás casos no se habrían presentado cambios significativos para su registro.

En relación a los cambios psicofarmacológicos, estos estaban registrados en la mayoría de las historias clínicas observadas, y fue también mencionado por la totalidad de los entrevistados, de lo cual se podría inferir que para los profesionales la medicación es observada en función de los resultados terapéuticos que se pretenden lograr,

- “Si toma medicación tiene que estar escrita la medicación, la dosis, el modo en la que la tiene que tomar a la medicación...” (Profesional J, 5/11/12)

- “...que medicación tomo y si funciona (...) si ha tenido un tratamiento farmacológico previo, generalmente uno intenta volver con el mismo fármaco, si funciona, o si un fármaco funciona en algún familiar puede llegar a funcionar con el paciente...” (Profesional H, 4/10/12)

En relación a los cambios psicoterapéuticos la mayoría hizo referencia a la importancia de dejar registrado los motivos de la derivación,

- “...la derivación debe estar por escrito asentado en la historia clínica, con los motivos por los cuales se considera.” (Profesional F, 12/10/12)

- “en la derivación debe registrar, porque me lo está mandando a mi ahora, que es lo que vio, como esta, que cosas considera el terapeuta que necesita el paciente reforzar...” (Profesional G, 4/10/12)

Estas derivaciones estaban registradas en la mitad de las historias clínicas observadas, pero se podría inferir que no todo paciente necesariamente será derivado a otro profesional. Igualmente, pude observar el registro de las interrupciones en el tratamiento, la mayoría hacían referencia a las ausencias del paciente con o sin aviso, la importancia de dejar un registro de esta situación fue mencionada por una profesional,

-“...si es una persona que continua los tratamientos o va dejando y vuelve...” (Profesional C, 2/10/12)

Probablemente, la profesional al tener en cuenta estos aspectos, estaría evaluando la posibilidad de adherencia o no al tratamiento por parte del paciente.

Finalmente, cabe destacar que la mitad de los profesionales entrevistados consideraban como aspectos que necesariamente debían estar escritos en el registro del caso, indicadores de la ficha de admisión, como el motivo de consulta, los antecedentes de dicho motivo, el diagnóstico, y para algunos incluso la semiología,

-“...todos los datos que están en la admisión si se intensifican, si se modifican, continúan, la evolución digamos...” (Profesional B, 2/10/12)

-“...la evolución del paciente, como entro cual fue el motivo de consulta, como estaba, si estaba angustiado, deprimido y a medida que fue pasando el tratamiento si esas cosas se agudizaron, si mejoro...” (Profesional J, 5/11/12)

Es claro que estos profesionales integran los datos de la ficha de admisión al escribir el registro del caso, para dar cuenta de la evolución o no del paciente.

De lo anteriormente desarrollado, se podría decir que la mayoría de los profesionales acuerdan en la importancia de dejar un registro escrito de la evolución del paciente en la historia clínica, que sirva de nexo para el intercambio de información escrita, entre los profesionales del equipo terapéutico.

Pero a su vez, se podría inferir que existe un malestar entre los mismos producto del hecho de que no se sepa muy bien cómo redactarlo, y de la variedad de formas que los profesionales utilizan para realizar dicho registro.

Sin embargo, en las entrevistas realizadas y en la lectura de las historias clínicas pude observar que existen aspectos compartidos “implícitamente” entre los profesionales, así por ejemplo la mayoría destacó la importancia de registrar los cambios en la

psicofarmacología y los cambios psicoterapéuticos, las palabras textuales del paciente y la utilización de un lenguaje técnico independientemente de la línea teórica de cada uno, y si bien no fue mencionado en ninguna entrevista, si estaba registrado en la mayoría de las historias clínicas aspectos que tenían que ver con la historia de vida del paciente.

Por otra parte, solo una minoría hizo alusión a los objetivos terapéuticos y a los tipos de intervención que se desprenderían de los mismos, cabe destacar que estos aspectos al igual que los cambios en la sintomatología, que habían sido nombrados por la mayoría, no se encontraban registrados en ninguna historia clínica.

Pautas para un registro formal de la escritura del caso en las historias clínicas

Es a partir de estos criterios de registro “implícitos” que subyacen en la elaboración de las historias clínicas, que se pueden proponer pautas para un registro formal de la escritura del caso, surgidas del análisis de datos que se llevó a cabo y en función a los criterios compartidos por la mayoría de los profesionales y de la bibliografía consultada.

Motivo de Consulta:

- Consignar la demanda del paciente
 - ✓ Describir el problema que plantea el paciente y lo que interpreta el psicólogo.
 - ✓ Recoger información acerca de los antecedentes relevantes del problema y sobre la sintomatología descrita por el paciente.
 - ✓ Establecer con él la demanda, si no sabe bien cuál es el problema, en función de los motivos que lo llevan a asistir a la sesión.
 - ✓ Analizar dicha demanda y la resistencia al cambio.

Historia de vida:

- Consignar la historia del problema
 - ✓ Detallar el origen del problema, es decir los antecedentes del mismo, cuando se inició y en qué circunstancias, como evolucionó y cuando y por qué comenzó a ser problemático para el paciente.
 - ✓ Realizar una descripción amplia y global de toda la situación, ya que es poco frecuente que el problema sea muy específico.
- Consignar la historia de la persona
 - ✓ Recabar información sobre acontecimientos vividos, por ejemplo de situaciones familiares (divorcios, adopciones, emigraciones, enfermedades, suicidios, abusos, experiencia traumáticas), problemas anteriores y su tratamiento.
 - ✓ Señalar estos cambios en el genograma, para su rápida comprensión.

Objetivos terapéuticos:

- Consignar los objetivos del paciente
 - ✓ Especificarlos en función de criterios de logro, en relación a lo que el paciente necesita, desea o puede.
 - ✓ Evaluar los beneficios directos e indirectos que mantienen dicha problemática y la necesidad de modificarla.
- Consignar los objetivos del tratamiento
 - ✓ En función de criterios de factibilidad del tratamiento (teniendo en cuenta doce o dieciséis sesiones).
 - ✓ Consensuar los objetivos del paciente con las metas clínicamente relevantes, a los fines de establecer dichos objetivos terapéuticos.

Intervenciones:

- Consignar el tipo de tratamiento
 - ✓ Especificar porque se lo considera adecuado para el caso concreto y en función de que se ha seleccionado (de la situación problemática, de las condiciones individuales y/o las particularidades del caso).
- Consignar las técnicas seleccionadas
 - ✓ Explicar la selección de la técnica (mejor conocimiento de la misma por parte del terapeuta, se adapta mejor al tipo de paciente, su eficacia para abordar la problemática planteada).
 - ✓ Indicar como se aplicaron las técnicas, (dificultades del seguimiento de la misma por parte del paciente, si se trabajó incluyendo a miembros de la familia, o la pareja).
 - ✓ Describir los efectos producidos (conductas e intervenciones que generaron algún tipo de reacción en el paciente, aspectos de la técnica que refuerzan o modifican la patología, cambios necesarios en el comportamiento del terapeuta para adaptarse a los objetivos).
 - ✓ Determinar la eficacia de la misma, (consignar si el número de sesiones aplicadas de una técnica fue suficiente para alcanzar los objetivos terapéuticos; en caso negativo plantear posibles explicaciones y recomendaciones a seguir para alcanzarlas).

Cambios Psicoterapéuticos:

- Consignar necesidad de derivación
 - ✓ Para prescripción psicofarmacológica (consignar síntomas que se considera deben ser atenuados con la medicación)
 - ✓ Por cambio de profesional (consignar razones: inadecuación del paciente a la línea teórica del terapeuta, falta de recursos teóricos-técnicos para el abordaje de la problemática del paciente)
 - ✓ Para psicodiagnóstico (consignar finalidad: confirmar o repensar el diagnóstico, corroborar rasgos de personalidad)

- Consignar interrupciones (dejar asentado si es por ausencias o abandonos del tratamiento) con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento.

Cambios Psicofarmacológicos:

- Consignar la necesidad de medicación
 - ✓ Determinar que síntomas se tratan de atenuar para posibilitar el tratamiento.
 - ✓ Indicar las modificaciones de la medicación (por pedido del paciente, porque no se consiguieron los efectos esperados, por los costos económicos).
- Consignar su prescripción
 - ✓ Dosis, cantidad de comprimidos y los horarios o el momento del día que deben ser tomados.
 - ✓ Observar el siguiente diagrama:

Medicación (dosis)	Desayuno (cantidad)	Almuerzo (cantidad)	Merienda (cantidad)	Cena (cantidad)

Cambios en la sintomatología:

- Consignar las mejorías o complicaciones de los síntomas, durante la evolución del paciente, (cambios que se pueden observar en función al motivo de consulta, aspectos que aun prevalecen o no).
- Consignar cambios semiológicos, (en comparación a lo observado en la ficha de admisión, por ejemplo la prevalencia de angustia, hipobulia, o las mejorías de las mismas).

Observaciones:

- Consignar todo aquello que el profesional considere importante, por ejemplo:
 - ✓ Si el seguimiento de las pautas del tratamiento por parte del paciente fue adecuado, es decir, si hubo adherencia al mismo o no.

- ✓ Como evolucionó la problemática en relación a las técnicas aplicadas y en función de los objetivos planteados.
- ✓ Como reaccionó el paciente ante la firma del consentimiento informado (acepto el tipo de tratamiento y sus efectos, se observó resistencia ante el mismo).

Escritura del caso:

- Consignar Palabras Textuales:
 - ✓ En el motivo de consulta (citar textualmente las palabras del paciente).
 - ✓ En la evolución del tratamiento cuando se considere necesario para la comprensión de las intervenciones, objetivos, necesidad de medicación, prevalencia o mejoría de sintomatología.
- Consignar Lenguaje Técnico:
 - ✓ Utilizar CIE-10 (independientemente del abordaje teórico de cada profesional).

A partir de estas pautas se sugieren dos fichas, con la intención de registrar el caso en función de la evolución del paciente a lo largo del tratamiento:

- ✓ La primera, consiste básicamente en retomar algunos indicadores de la ficha de admisión, con la finalidad de recabar mayor información que permita posteriormente establecer los objetivos y las intervenciones.
- ✓ La segunda, hace referencia a aquellos aspectos que darían cuenta del tratamiento y la evolución o no del paciente.

Ramallo, María Verónica

**SERVICIO DE PICOPATOLOGIA
HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS**

Folio nº:1

Sello de la
Institución

1 SESION

Motivo de Consulta:

.....

Historia de vida:

.....

Genograma:

Objetivos Terapéuticos:

.....

Intervenciones:

.....

Observaciones:

.....

.....
Firma del Terapeuta

.....
Aclaración

.....
Sello

**SERVICIO DE PICOPATOLOGIA
HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS**

Folio nº:2

Sello de la
Institución

2 SESION (y siguientes)

Intervenciones:

.....

Cambios Psicoterapéuticos:

.....

Cambios Psicofarmacológicos:

Medicación (dosis)	Desayuno (cantidad)	Almuerzo (cantidad)	Merienda (cantidad)	Cena (cantidad)

Cambios en la Sintomatología:

.....

Observaciones:

.....

.....
Firma del Terapeuta

.....
Aclaración

.....
Sello

6. Conclusiones

“El texto, una vez escrito, pasa a operar como la imagen en el espejo, en tanto la imagen queda siempre fuera de nosotros mismos, a la vez que testimonia que uno está allí.”(Kuras de Mauer y Resnizky)

Para arribar a las conclusiones del presente trabajo, retomo los objetivos planteados y el análisis de datos realizado, con la finalidad de dar respuesta a la manera en que se registra el caso en las historias clínicas de pacientes adultos en tratamiento por consultorio externo del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas. Para ello, planteo establecer relaciones entre los diferentes criterios de registro que tienen los profesionales, y en función de estas relaciones proponer pautas para un registro formal de escritura del caso, destacando asimismo, su relación con el marco legal- deontológico y el posicionamiento ético que atraviesa a dicho registro.

Antes de abordar los aspectos puntuales del registro del caso clínico, se consideran las dimensiones legales -deontológicas y éticas, que atraviesan a la historia clínica y en consecuencia a la escritura del caso. Siendo el segundo objetivo, ***“Analizar la dimensión legal- deontológica en la elaboración de las historias clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por consultorio externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas”***, comienzo con el análisis del marco legal.

En nuestro país la Historia Clínica, no estaba regida por leyes específicas hasta la creación de la ley 26.529 que establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud. El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionan, el 21 de octubre del 2009 con fuerza de Ley, “Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”, siendo promulgada el 19 de noviembre del mismo año. Esta Ley fue modificada por la 26.742, agregando el derecho del paciente a la muerte digna, dicha ley fue sancionada el 9 de mayo, 2012 y promulgada el 24 mayo del corriente año.

Estas leyes apuntan a cambiar el paradigma del modelo médico paternalista, hacia una visión del paciente basada en el principio de autonomía de la voluntad, que se refleja

en términos normativos en el derecho a la autodeterminación personal; reconociendo entre estos derechos a la Historia Clínica y al Consentimiento Informado, como documentos que legitiman la expresión de dicha voluntad y garantizan el ejercicio de su autonomía personal. Documentos que a su vez, se encuentran atravesados por diferentes *aspectos legales y/o deontológicos*, los cuales fueron analizados en el presente trabajo.

Cabe destacar, que en las Historias Clínicas del Servicio de Psicopatología, pude observar una ausencia de algunos de estos aspectos legales y/o deontológicos, como así también, su inadvertencia por parte de los profesionales del Servicio. Según mi parecer, tratándose de un documento cuya confección en términos jurídicos es obligatoria, además de configurar un deber en términos éticos y profesionales, es indispensable que sea escrita teniendo en cuenta los aspectos legales que determinan su legitimidad.

Es así, que al preguntar sobre los aspectos legales y/o deontológicos que consideraban importantes en la elaboración de las historias clínicas, posteriormente de haber observado los registros en las historias, pude visualizar una inobservancia entre aquello que manifestaban y lo que realmente formaba parte de su práctica, por ejemplo los datos del paciente, su núcleo familiar, y la identificación del profesional que interviene y su especialidad, se encontraban asentados en todas las historias, sin embargo, solo fueron advertidos como aspectos legales importantes por pocos profesionales; por otra parte la cronología y la foliatura fueron señaladas como aspectos a tener en cuenta, pero ninguna de las hojas se encontraban foliadas, dando lugar al posible extravío de las mismas, impidiendo así una continuidad en el registro del caso que dé cuenta de la evolución del paciente.

Esto me hace pensar, que los profesionales tienen incorporados en su práctica aspectos que llevan a cabo, como algo instituido o como una simple formalidad del Servicio, sin advertir verdaderamente la importancia legal de los mismos, mientras otros están instalados en el discurso pero no en su práctica, ya que se observa incluso una negligencia en el uso de los manuales diagnósticos para la escritura del caso y la presencia de errores, tales como letra ilegible o tachaduras, quitando así valor legal e importancia jurídica a dichos registros.

A mi parecer, los profesionales tampoco tienen presente que el incumplimiento de las obligaciones en torno a la confección y legitimación de las historias clínicas, constituye una falta grave y que si bien no hay un perjuicio de la responsabilidad penal o civil, pueden ser objeto de sanciones tales como apercibimientos; inhabilitación del ejercicio o suspensión temporaria de la matrícula; y que estas sanciones también pueden recaer sobre las instituciones donde ellos ejercen, siendo penadas con clausura total o parcial, temporaria o definitiva.

Considero entonces, que para realizar un registro correcto en términos legales es necesario cumplir con todos los requisitos que establece la ley, resaltando no solo su obligatoriedad en términos legales, sino también reconociendo que la información que se detalla en la misma es parte del derecho del paciente, y en la medida que él conozca las condiciones de su padecimiento podría decidir de manera autónoma el curso de su tratamiento.

Es decir que, para poder decidir sobre su tratamiento necesita estar informado de manera adecuada (de acuerdo a sus posibilidades) de su estado de salud, los procedimientos y objetivos perseguidos, los beneficios, riesgos, molestias y efectos adversos, este derecho que se representa a través del *Consentimiento Informado*, fue reconocido por todos los profesionales, como asimismo la obligación de dejar constancia en las historias clínicas; sin embargo, esto no fue reflejado en su práctica, en la escritura de dichas historias.

Según mi opinión, la falta de estas constancias en las historias clínicas, se debe a que las mismas, no tienen el carácter de prueba legal ante un juicio de mala praxis, es decir no son una instancia defensiva a nivel legal, por lo tanto su registro no tendría mayor importancia para los profesionales, sino que lo realizarían como parte del accionar responsable del ejercicio profesional, que tendría como meta el bienestar, la dignidad y libertad de las personas, garantizándose así los derechos del paciente.

Este consentimiento también afecta al registro de la información, desde la perspectiva de Pérez, Muñoz y Ausín, (2003), y si bien los profesionales desconocen los aportes de estos autores, pude vislumbrar que el informar o no al paciente sobre la

utilización que se hará del material recogido durante la sesión y que es asentado en la historia clínica, tiene que ver con una posición deontológica que gira en torno a la ética profesional, ya que sería decisión del profesional realizar o no dicha comunicación.

Según mi criterio el informar al asistido sobre lo que se dejará asentado en la historia clínica, daría mayor solidez al Consentimiento Informado, ya que el paciente tendría una visión integral sobre todo lo que él puede decidir garantizando así su autonomía y su derecho de autodeterminación.

Sin olvidar, que dicho consentimiento estaría relacionado con el principio deontológico del *Derecho a la privacidad*; pudiendo observar, que el resguardo de la subjetividad del asistido y la *confidencialidad de la información* referente a su salud, forma parte de la práctica de la mayoría de los profesionales del Servicio, los cuales a su vez, resaltaron la importancia del *Secreto Profesional* en relación a esto.

Considero que existiría un conocimiento por parte de los profesionales del Servicio, de estos principios básicos de la deontología, que me lleva a pensar en la posibilidad de un registro más formal, es decir, sin la implicancia de los aspectos íntimos que hacen a la vida privada de las personas y que no serían relevantes a la hora de dar cuenta del tratamiento que se lleva a cabo.

Finalmente, al analizar este objetivo en torno a la dimensión legal- deontología en la elaboración de las historias clínicas, puedo concluir que existe un desconocimiento de los aspectos que giran en torno a la confección y legitimidad de las historias clínicas a nivel legal, pero no puedo dejar de hacer evidente que dicho desconocimiento estaría en relación, según mi entender, a que la sanción y promulgación de la ley que lo regula, es muy reciente.

Considerando a su vez, que después de los Ateneos que se realizaron en el Servicio abordando dicha temática, pude observar que los profesionales se acercaban al secretario a pedir consentimientos, e incluso el número de hoja o el sello de la institución en algunas de

las historias clínicas; lo cual me lleva a pensar en una actitud de reflexión y predisposición, por parte de los profesionales del Servicio.

Por otra parte, debo destacar que existe un conocimiento de los aspectos deontológicos, que supongo provienen de los Códigos de Ética que fueron estudiados como parte de su formación de grado.

Sin embargo, puedo concluir que a pesar de la existencia de estos aspectos legales y/o deontológicos que orientan el ejercicio responsable de la profesión, es “*el posicionamiento ético*” que estos profesionales asumen lo que determina los alcances y resultados de su práctica.

Partiendo de que *la ética* requiere de un ejercicio reflexivo, donde la norma es tomada y elegida en función de la responsabilidad sobre los efectos que puede tener el accionar profesional, es que trato de analizar el tercer objetivo, “***Describir como los profesionales contemplan la dimensión ética en el registro de las historia clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por consultorio externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas***”.

A partir, del análisis de las entrevistas y teniendo en cuenta que el registro del caso forma parte de las acciones que llevan a cabo los profesionales, considero que la ética en el registro del caso, se les presenta como un desafío a enfrentar, requiriendo de los mismos un *posicionamiento ético*, entre las normas deontológicas que regulan su accionar y ejercicio reflexivo a la hora de acatar o no una norma establecida. Sin dejar de lado, que dicho posicionamiento se encuentra atravesado por la subjetividad del profesional, que influye al momento de tomar decisiones en torno a la realización de dicho registro.

En función a ello, creo entender que los profesionales coinciden en la importancia de la confidencialidad de la información que brinda el paciente, como parte del secreto profesional al momento de realizar el registro, pero apelan a un ejercicio reflexivo en aquellos casos que consideran una obligación ética dejar registrado, asumiendo así su responsabilidad profesional.

Según mi opinión, la posición ética que asumen los mismos también se vislumbra al momento de registrar lo relatado por el paciente, si bien la mayoría destaca como importante solo lo que forma parte del proceso terapéutico y suprimiendo lo anecdótico, a mi parecer, esto no significa que los profesionales se aparten de su subjetividad, porque si tenemos en cuenta que el conocimiento de la realidad siempre es parcial, y está limitado por situaciones personales, culturales e históricas, son estos aspectos los que estarían presentes a la hora de decidir que sería lo relevante en el registro de un caso particular.

Si bien, esta subjetividad se encuentra atravesada por la ley moral, cuyo representante es el superyó, y esto debe ser advertido como obstáculo ético del quehacer profesional, considero que los profesionales en sus prácticas, siendo el registro del caso parte de ellas, se apartan de una postura moralista posicionándose en lo ético, es decir fuera del mandato superyoico (de la ley moral) teniendo como objetivo del tratamiento el advenimiento del yo del paciente, para cuestionar esta ley moral y encontrar así su verdad.

Creo distinguir, como postura compartida en el discurso de los profesionales los dos pilares de la ética psicoanalítica, *la abstinencia ideológica* “...en la medida en que su abstinencia de juicio del otro sería del carácter de la moral y no de la ética” (Bleichmar, 2011 p. 491), y la *neutralidad* al referir por ejemplo el respeto por la subjetividad del paciente, lo que define la actitud de los mismos ante la cura, ya que no la dirigirían en función de un ideal y se abstendrían de todo consejo.

Puedo concluir, que los profesionales al momento de realizar el registro del caso asumen una posición ética apartándose de la ley moral que atraviesa su subjetividad, la cual es advertida por los mismos a partir de la observancia de la abstinencia ideológica y la neutralidad independientemente de sus líneas teóricas, reafirmando así una posición cuya inscripción sería en el marco de la ética y no de la moral.

Pero si tenemos en cuenta que los valores éticos y las normas deontológicas solo serían una guía, una orientación en el ejercicio responsable de la profesión, según mi opinión podemos afirmar la siguiente expresión “*En la búsqueda de una certeza ética que*

garantice un correcto accionar pareciera que solo nos queda el deseo o la aspiración a lograrlo fugazmente...”. (Peralta 2010 p.261).

Por último, para poder establecer relaciones entre los diferentes criterios de registro que tienen los profesionales, y en función de estas relaciones proponer pautas para un registro formal de escritura del caso, comienzo con el análisis del primer objetivo, ***“Identificar los criterios de registro que subyacen en la elaboración de las historias clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por consultorio externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas”***.

Antes de identificar los criterios puedo analizar algunas condiciones que influyen a mi entender en el registro del caso, en primer lugar puedo observar que el final de una sesión y el inicio de la otra no deja tiempo significativo para la realización del registro, y sumando a esto, la falta de supervisión de los casos clínicos no solo para resolver dudas en función al tratamiento o evolución del paciente, sino también para tratar de establecer criterios de registro para la escritura del caso.

Según mi opinión, esto repercute en el registro que realizan los profesionales y en sus intereses, los cuales varían desde aquellos que solo dejan asentada la asistencia a la sesión, o una frase textual, y aquellos que registran hechos puntuales con el interés de ser compartidos con otros profesionales.

Pude observar en las entrevistas que todo esto generaba un malestar, siendo la cuestión más delicada registrar la particularidad del caso en relación a su necesidad, es decir, ¿para que se escribe?, para dar cuenta de la evolución del paciente, para cumplir con un requisito legal, para informar a otros profesionales. Es así que, esta dificultad del registro- escritura del caso y el hecho que no se sepa muy bien como redactarlo y la variedad del modo de narrativa admitida designa un malestar.

Este hecho se organiza, de acuerdo a mi parecer, alrededor de falsas opciones y falsos dilemas, el registro textual de lo que dice el paciente o el lenguaje técnico, lo semiológico o el motivo de consulta, agregando a esto, la singularidad de la escritura del caso

dependiendo de la particularidad del paciente, convirtiendo de esta forma el registro del caso en un caso aislado, ya que solo el profesional que escribe lo entiende, haciendo de la experiencia entre paciente y psicoterapeuta un registro parcial quitando toda posibilidad de rigurosidad científica.

Sin embargo, al analizar que indicadores de la ficha de admisión eran considerados como relevantes por los profesionales del Servicio, y tratando de establecer relaciones con lo que creían importante dejar registrado de la evolución del paciente en las historias clínicas, pude identificar algunos criterios “implícitos”, que a mi entender no están siendo advertidos por los mismos, pero que me sirvieron para dar cuenta del último objetivo ***“Proponer pautas para el registro formal de la escritura del caso en las historias clínicas, de pacientes adultos en tratamiento por consultorio externo, en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas”***.

Es así, que a partir de la bibliografía consultada y teniendo en cuenta los aportes de los profesionales entrevistados, puedo proponer las siguientes pautas con la intención de obtener un registro formal de la escritura del caso, permitiendo de este modo que la historia clínica se convierta en un eje para el intercambio de información escrita, donde converja el trabajo conjunto de los diversos profesionales y que a su vez, documente ese encuentro entre el profesional y el paciente mas allá de la necesaria e innegable singularidad.

En primer lugar, retomar el *Motivo de Consulta*, consignar la demanda del paciente (describir el problema, recoger información acerca de los antecedentes, analizar la demanda).

Este se relaciona con la *Historia de Vida*, consignar la historia del problema (origen, inicio, circunstancias, evolución, cuando y como comenzó a ser problemático), consignar la historia de la persona (acontecimientos vividos, situaciones familiares, problemas anteriores y su tratamientos), y realizar el genograma.

Consensuar con el paciente los *Objetivos Terapéuticos*, Consignar los objetivos del paciente (en función a los criterios de logro, evaluar los beneficios y la necesidad de

modificación de la problemática), consignar los objetivos del tratamiento (en función de la factibilidad del mismo, y lo clínicamente relevante).

En función de dichos objetivos, establecer las *Intervenciones*, consignar tipo de tratamiento (especificar porque se lo considera adecuado para el caso concreto), y consignar las técnicas (explicar la selección, aplicación, efectos y eficacia de la mismas).

Registrar los *Cambios Psicoterapéuticos*, consignar necesidad de derivación (para prescripción psicofarmacológica, cambio de profesional o para psicodiagnóstico) y consignar interrupciones (dejando asentadas ausencias o abandonos).

En relación a los *Cambios Psicofarmacológicos*, consignar la necesidad de medicación (síntomas que se desean atenuar e indicar modificaciones en la misma), y consignar su prescripción (dosis, cantidad y horario).

Referir los *Cambios en la Sintomatología*, consignar las mejorías o complicaciones (en función al motivo de consulta, aspectos que prevalecen o no), y consignar cambios en la semiología (en función de lo observado en la ficha de admisión).

Con respecto a las *Observaciones*, consignar todo aquello que el profesional considere importante (adherencia al tratamiento, evolución de la problemática, reacción ante el consentimiento informado).

Tener en cuenta para la escritura del caso las *Palabras Textuales*, (lo que dice textualmente el paciente en el motivo de consulta, y lo que se considere relevante para la comprensión del tratamiento y su evolución), y consignar el *Lenguaje Técnico* (para la descripción de todo el tratamiento, bajo la utilización del CIE-10).

Finalmente, partiendo de la dificultad observada en torno a “*la escritura del caso clínico*”, y en el inconveniente de realizar un “*registro formal- escrito*” de la evolución del paciente, busco responder la pregunta eje de sistematización, ***¿Cómo se registra el caso en las historias clínicas de pacientes adultos en tratamiento por Consultorio Externo del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas?***

Concluyendo que esta dificultad se debe a que *la escritura* es singular porque depende de la particularidad del caso y a su vez es subjetiva ya que se pone en juego la transmisión escrita de una experiencia en correlación a los procesos inconscientes presentes en esa escritura, que los profesionales observan como un implicarse en la sesión, y que en realidad vislumbra esa trama inconsciente que se teje entre sus propios procesos mentales y los del paciente, en donde determinados hechos psíquicos serían difícilmente transmisibles, determinando a su vez, la forma de escribir el registro del caso en cada uno de los profesionales.

Por lo tanto, la subjetividad atraviesa sus registros, ya que la escritura del caso no es independiente de quien la escribe, incluso estaría presente en ese recorte que hacen del material clínico alrededor de un tema, destacando ciertas problemáticas en relación al tratamiento, y que permite la emergencia de un saber que da cuenta de lo singular del caso.

Y según mi entender, inclusive en este recorte habría que poner un límite a la especulación subjetiva, ya que la escritura requiere de un alto grado de formalización, que podría darse según mi opinión a través de dichas pautas de registro (que subyacen de los criterios “implícitos” entre los profesionales). Pero sin desconocer que incluso la escritura de estas pautas estarían atravesadas por la subjetividad, ya que lo escrito por el profesional no solo dependerá de su pensamiento o de la ambigüedad propia de las palabras, sino también de la lectura que otros hagan del mismo, por lo cual nunca hay una certeza de que lo escrito refleja verdaderamente el caso observado, porque “...*la subjetividad es algo que siempre esta, que nos envuelve a todos.*” (Profesional D, 9/10/12)

Por otra parte, para tomar distancia de ese registro -escrituro del caso, podría pensarse como la transmisión de esa experiencia particular entre el profesional y el paciente, en donde el efecto de aquello que se intenta transmitir depende también de cómo eso es escuchado y sancionado por el otro, instaurando así la autonomía del escrito una vez que se desprende de la mano del autor, es decir, lo que vale es lo que está escrito, el autor ya no tiene voz, muere como autor del escrito.

7. Propuestas

Considero que este trabajo de sistematización puede ser una instancia de apertura para nuevas investigaciones, sobre todo teniendo en cuenta la escasa bibliografía referida específicamente al tema de la escritura o registro del caso en las historias clínicas.

Presento algunas propuestas en relación a ello, con la intención de continuar investigando acerca del registro- escritura del caso en las historias clínicas.

Propuesta de Aplicación

La siguiente propuesta de aplicación está fundamentada no solo en los resultados del trabajo de sistematización, sino también de la observación de las modificaciones que los profesionales hicieron en torno a algunos aspectos legales de la historia clínica, después de los Ateneos realizados en el Servicio.

Consiste en establecer encuentros de **Capacitación- Supervisión**, para todos los profesionales que realizan tratamientos a pacientes adultos por Consultorio Externo del Servicio de Psicopatología, con una frecuencia semanal de una hora en dos horarios por la mañana y la tarde, con la finalidad de que todos los profesionales puedan asistir sin ser un impedimento el horario del mismo.

El objetivo general de la propuesta sería consensuar entre los profesionales, psicólogos y psiquiatras, un registro- escritura formal del caso en las historias clínicas, a los fines que dicho registro sea entendido por todos.

Otros objetivos serían los siguientes:

- ✓ Continuar capacitando a los profesionales sobre los aspectos legales en la confección y legitimación de las historias clínicas.
- ✓ Integrar las perspectivas de las diferentes disciplinas con la finalidad de acordar pautas/ criterios formales comunes para el registro del caso.

- ✓ Promover la utilización del CIE-10, como herramienta para un registro formal ya que permite el uso de un lenguaje técnico entendido y compartido por todos.
- ✓ Generar un espacio de supervisión a través del registro escrito del caso clínico, posibilitando el entrenamiento del profesional en la planificación y evolución sistemática del paciente.

Para ello, considero importante que en este espacio de capacitación- supervisión, se parta de la lectura de los registros que los profesionales hacen del caso clínico, cumpliendo así una doble función, la supervisión del mismo y el acuerdo de criterios/ pautas comunes acompañado de la utilización del lenguaje técnico desde el CIE-10.

Propuesta de Investigación

Propongo continuar con este desafío que es la construcción de un formato para la escritura- registro del caso en las historias clínicas de tratamientos por Consultorio Externo, con los siguientes objetivos:

- ✓ Explorar los aportes de la psicoterapia focalizada como posibilidad de encontrar criterios que permitan el registro del caso.
- ✓ Indagar similitudes y diferencias con los registros que llevan a cabo otros profesionales del campo de la salud.

REFLEXIONES FINALES

IV. REFLEXIONES FINALES

Como reflexión final, quiero destacar la importancia que tuvo para mí la posibilidad de acceder a esta modalidad de egreso en la instancia final de la carrera, considerándola una experiencia íntegramente enriquecedora, ya que la misma no solo me permitió fortalecer los conocimientos adquiridos durante la formación de grado, sino también la incorporación de otros nuevos, aportando a la construcción de mi futuro rol profesional.

En tal sentido, la inserción en el “*Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas*”, me dio la oportunidad de aprender y ejercitar ese rol, logrando realizar una articulación teórica- práctica, tomando contacto con la realidad hospitalaria dentro de una institución de salud pública de gran complejidad, ampliando mi visión sobre las posibilidades de intervención del psicólogo en las diversas áreas y servicios que brinda el hospital y recibiendo a su vez, el aporte de diferentes profesionales en relación a la asistencia clínica.

Asimismo, fue esta aproximación a la práctica hospitalaria la que me llevó a reconocer y sistematizar una problemática del Servicio, en torno al registro del caso en la historia clínica, que también formaba parte de un interrogante personal sobre mis propios registros en el Diario de Campo.

Es así, que la sistematización resultó ser sumamente movilizadora, al tomar conciencia de la importancia que reviste el más simple “*registro escrito*” en la vida de los sujetos, sus proyectos y el rumbo de ellos y sus familias, lo que me motivó a replantear el modo de escribir el caso en las historias clínicas y a pensar en un enfoque diferente, un registro instituyente, un escrito que procurara dar forma a aquello que aun no la tenía.

De esta manera me fui encontrando con diversos desafíos, la reciente sanción y promulgación de la Ley sobre historia clínica, la escasa bibliografía en relación al tema y el hecho de que el mismo también planteara una problemática para los profesionales del Servicio, hacían que escribiera desde un lugar de desconocimiento, sumado a ello, el tratar

de superar la inhibición que me producía el sentirme tan implicada con aquello que buscaba conceptualizar.

Para superar algunos de estos obstáculos, tuve que incorporar nuevas habilidades en torno al diálogo, a la interacción y al intercambio de opiniones, ya que mi intención era que los profesionales compartieran sus conocimientos sin que se sintieran evaluados en su accionar.

Por otra parte, pude darme cuenta que el rol del psicólogo no se limita a alojar la queja singular de cada paciente posibilitando el despliegue de su palabra, sino también a una escucha atenta entre los colegas, que permita explicitar aquellos conocimientos implícitos.

Para finalizar, retomo la cita de Tomas Eloy Martínez (2002), al recibir el premio Alfaguara,

“Escribo desde lo que desconozco, desde lo que no comprendo, desde lo que me afecta. Escribo para reconocer esos desconocimientos que están ahí y ante los que no quisiera permanecer ciego”. (Eloy Martínez, en Glocer Fiorini 2002 p.918).

Con la cual intento ilustrar lo que significó para mí sistematizar desde un lugar de desconocimiento, con el propósito de no permanecer ajena a dicha problemática, llegando así, a reconocer la singularidad del caso, pero a su vez la necesidad de su formalización como parte de un documento legal *“La Historia Clínica”*.

BIBLIOGRAFÍA

V. BIBLIOGRAFÍA

a. Libros:

- Anguera Argilaga, T. (1986). *Metodología cualitativa. En métodos de investigación en psicología*. Apunte de Cátedra: Metodología de la investigación psicológica.
- Baumgart, A. (2008). *Lecciones Introductorias de Psicopatología*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Bleichmar, H. (2005). *Avances en Psicoterapia psicoanalítica. Hacia una Técnica de intervenciones específicas*. Buenos Aires- Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires: Paidós.
- Cebeiro, M. (2011). *Quién soy y de dónde vengo. El genograma: un viaje por las interacciones y juegos familiares*. (2 ed.) Buenos Aires: Psicolibro
- Chemama, R. y Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires- Madrid: Amorrourtu.
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.
- *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. (1999)
- Código Penal de la Nación Argentina. Art. 156: Delitos contra la libertad.
- Código Penal de la Nación Argentina. Art. 34: Estado de necesidad
- Cremades Acerbi, N., Lami Ruiz, L. y Fontana de Cabanillas, A. (2003). *Recuerdos del ayer y el hoy en el Hospital Nacional de Clínicas, homenaje en el 90 aniversario de su inauguración*. Córdoba- Argentina: Taller General de Imprenta de la Secretaría de Extensión Universitaria de la U.N.C.
- Degiorgi, G. (2010). *La Deontología en el Ejercicio Profesional del Psicólogo*. Córdoba: Apunte de Cátedra, Deontología y Legislación Profesional.
- Fiorini, H. (2002). *Teoría y técnicas de psicoterapias*. (1 ed., 18 reimp.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2010). *¿Qué es un autor?* Buenos Aires: El cuenco de Plata.
- Freud, S. (1901- 1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria, (caso Dora)*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu Tomo VII.

- Freud, S. (1929-1930). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires- Madrid: Amorrortu Tomo XXI.
- Gómez, M. (2010). *Práctica del Psicoanálisis y Posición Ética*. Córdoba: Apunte de Cátedra, Deontología y Legislación Profesional.
- Hermosilla, A. (2010). *Mala praxis y secreto profesional. Responsabilidad y ética profesional*. Córdoba: Apunte de Cátedra, Deontología y Legislación Profesional.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky S. (2004). *Acompañamiento terapéutico. Actualizaciones teórico- clínica*, (2 ed). Buenos Aires: Letra Viva.
- Laín Entralgo, P. (1961). *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*. Barcelona: Salvat.
- Laplanche, J. y Pontalis, B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires- Barcelona: Labor, S.A.
- Ley “Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares”, N° 17.132 (1967). Presidencia de la Nación Argentina.
- Ley “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, N° 26.529 (2009). Argentina: Boletín Oficial.
- *Ley Nacional de Salud Mental*. N° 26.657 (2010).
- Ley “Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”, N° 26.742 (2012). Argentina: Boletín Oficial
- Ley Provincial “Disposiciones para el Ejercicio de la Psicología”, N° 7.106 (1984). Provincia de Córdoba.
- *Ley Provincial de Salud Mental*, N° 9.848 (2010). Provincia de Córdoba.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (2008). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedise
- Navarro, B. (2010). *Psicología el secreto profesional y la realidad jurídico- legal*. Córdoba: Apunte de Cátedra, Deontología y Legislación Profesional.
- Novotny M. (2007) *Institución, acontecimiento y semblante*. Cartel acerca del psicoanálisis e Institución, presentado en las XVI Jornadas Nacionales de Carteles: Objetivos y Marcas de la época. CORDOBA: E.O.L.
- Peralta, V. (2010). *Reflexiones respecto a la certeza ética y la responsabilidad profesional*. Córdoba: Apunte de Cátedra, Deontología y Legislación Profesional.

- Resolución N 5 (1987). *Código de Ética de la Provincia de Córdoba*. Consejo de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Resolución Nacional 2.447 (1985). *Incumbencias de los Títulos de Psicólogo y de Licenciado en Psicología*. Ministerio de Educación de la Nación.
- Rudinesco, E. (1988). *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia (1885- 1939)*. Madrid: Fundamentos.
- Sapiens (1987). *Enciclopedia Ilustrada de Lengua Castellana*. Tomo 2. Buenos Aires: Sopena.
- Vallejo Rubiola, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. (6 ed). Barcelona- España: El Sevier.

b. Artículos de Revistas:

- Dujovne, I. (2004). *La ética del psicoanálisis*. *Revista de Psicoanálisis, Ética y Psicoanálisis*. Tomo LXI n 3, 587- 592. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Melgar, M. (2004). *Ética del psicoanálisis y sociedad contemporánea*. *Revista de Psicoanálisis, Ética y Psicoanálisis*. Tomo LXI n 3, 615- 621. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Rappoport de Aisemberg, E. (2004). *Ética y neutralidad*. *Revista de Psicoanálisis, Ética y Psicoanálisis*. Tomo LXI n 3, 599- 605. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Vinocur de Fischbein, S., GlocerFiorini, L., Paulucci, O. (2002). Mesa redonda: “El psicoanalista escribiendo”. *Revista de Psicoanálisis, El psicoanálisis en la cultura*. Tomo LIX n 4, 915- 945. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.

c. Material recuperado de Internet:

- Aizenberg, M. (2009). *Los derechos del paciente: Análisis de la Ley N 26.529*. Argentina: CEDIQUIFA. Recuperado de <http://www.cedi.org.ar/index.php?option=>

comcontent&view=derechos-de-article&id=324:los-pacientes-ley26529&catid=44:novedades&Itemid=28

- Barbieris, O. (2005) *Presentaciones clínicas de casos*. Comunicación presentada en el III Congreso Provincial de Psicología. Bahía Blanca. Recuperado de <http://www.osmarbarberis.com.ar/textos/presentacion-clinica-de-casos.pdf>
- Castro, I., Gómez, M. (s.f.) recuperado el 18 de agosto del 2012 <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
- Del Olmo Romero Nieva, F. (2008). *La Historia Clínica: Aspectos Asistenciales*. Madrid-España: Revista Hospitalarias. Recuperado de www.revista/hospitalarias.org/info2008/01_191_03.htm
- Facultad de Ciencias Médicas (s.f). Recuperado el 30 de junio de 2012 de <http://www.fcm.unc.edu.ar/node/31>
- Gómez, M (2009). *La construcción del caso en psicoanálisis. Su utilidad y uso en la elaboración del informe final para la práctica clínica en la formación académica de grado*. Revista Tesis n2, 127- 138. Recuperado de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/tesis/article/view/299>
- Guzmán, R. (2010). *Sobre la función del caso clínico en la transmisión del psicoanálisis*. Revista de educación y desarrollo. México: Universidad de Guadalajara. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edudesarrollo/antiores/12/RED12 Completa_final%20final.pdf
- Guzmán Rosas, S. (2011). *La construcción de caso como vía para formalizar la investigación en psicoanálisis*. Revista Electrónica del campo Psi y Social. Recuperado de <http://www.psiquesociedad.org/construccion.html>
- Jardón, M. (2011). *El caso clínico como registro formal de documentación. El psicoanálisis en el Hospital Alvear (1936)*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología: Revista Memorias, III Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología. Recuperado de <http://saludypsicologia.com/wp-content/uploads/2012/02/14-Estudios-Interdisciplinarios-y-Nuevos-Desarrollos.pdf>
- Pérez, E., Muñoz, M., Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares,

normas y guías actuales). Madrid: Revista Papeles del Psicólogo, 48- 60.
Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77808606.pdf>

- R.A.E. *Diccionario de la Real Academia Española*. (2001). Vigésima segunda edición. Versión en línea: Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Ruiz Botero, L. (2001). *La sistematización de prácticas*. Recuperado de <http://www.oei.es/equidad/liceo.PDF>

d. Investigaciones y Trabajos Finales:

- Asis, R., Escudero, I. y Reyna, M. (2008). *Instrumentos teóricos- técnicos de la entrevista de admisión y su relación con posibles efectos terapéuticos*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba: Trabajo Final de Sistematización. Programa de Prácticas Pre- Profesionales.

ANEXO

SERVICIO DE PSICOPATOLOGÍA - HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

I-DF: Apellido y Nombre: Sexo: Edad:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Estado Civil: Educación:

Domicilio: B° T.E:

Procedencia: N° de Historia Clínica: Fecha/...../.....

Ocupación: Derivado de:

II-MC:

Enf. Actual:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Enf. Anteriores: Médicas

Psiquiátricas:

Medicación actual:

Antec. Consumo alcohol-sustancias:

III-Examen del Estado Mental: (marque con una X los hallazgos positivos en esta resumida lista)

Aspecto General: Adecuado Descuidado Desaseado Extravagante

Actitud en la entrevista: Colaborador Atento Indiferente Desconfiado Evasivo

Agresivo Seductor Irritable Doliente Inestable Negativista

Actividad Psicomotora: Abulia Hipobulia Hiperbulia Ecopraxias Apraxias

Amaneramiento Estereotipias Conservada

Afectividad: Melancolía Tristeza Hipotimia Eutimia Hipertimia Exaltación

Euforia Labilidad Ambivalencia Angustia Ansiedad Adecuada

Lenguaje: Disartria Dislalia Afasia Taquilalia Verborragia Bradilalia Verbigeración

Bradilalia Mutismo Musitaciones Ecolalia Neologismos Jergafasia Conservado

Senso Percepción: Ilusiones Alucinaciones Alucinaciones Psíquicas Alucinosis Adecuada

Pensamiento: *Curso:* Bradipsiquia Taquipsiquia Minuciosidad Perseverancia Interceptación
Rigidez Estereotipia Disgregación Adecuado *Contenido:* Incoherente Delirante Obsesivo
Conciencia: Hipervigilancia Obnubilado Embotado Estupor Coma Confuso
Estrechamiento Crepuscular Disgregada Conservada
Orientación: Conservada Desorientación Temporoespacial Autopsíquica Alopsíquica
Memoria: Eumnesia Hipomnesia Hipermnesia Amnesia Dismnesias Paramnesias
Atención: Euprosexia Aproxia Hipoprosexia Hiperprosexia Paraprosexia
Inteligencia: Superior Promedia Inferior Oligofrenia
Impulsividad: SI NO **Juicio:** Conservado Disminuido Ausente
Introspección: SI NO **Fiabilidad:** SI NO
Síntomas Somáticos: Musculoesqueléticos Neurovegetativos Genitourinarios Otros
Resumen Hallazgos Positivos:

IV-Diagnósticos Presuntivos:

Diagnósticos Diferenciales:

Estudios Diag. Complementarios

Plan Terapéutico:

Sello y Firma

V-Genograma:

VI-Diagnóstico Definitivo Multiaxial:

VII-Epicrisis:

Trapeuta: Supervisor: Sello y Firma:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo D.N.I he
mantenido una entrevista con el Lic. / Dr.
.....quien es mi
profesional tratante y que me ha informado sobre mi enfermedad y
tratamiento de la misma.

El tratamiento propuesto: Psicodiagnóstico / Psicoterapia Individual
(máximo 12 sesiones) / Psicoterapia Grupal (2 años) / Psicofarmacológico
y se me ha informado los riesgos a los que me someto y que pueden no
garantizar resultados positivos, he realizado las preguntas que consideré
oportunas y el profesional me ha dado las respuestas necesarias,

Por lo tanto, doy mi consentimiento para
realizar..... y declaro expresamente
conocer y aceptar todos los requisitos, antecedentes y los riesgos del
tratamiento en base a la gravedad de la enfermedad a tratarse que me
han precisamente explicitado autorizando al Lic. / Dr. a realizar toda
acción terapéutica para la recuperación de la salud.

Firma del Paciente..... D.N.I.....

Aclaración.....

Firma del Profesional.....

LEY 26.742

Modificase la Ley N° 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”.

Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

Modificada por Ley 26.742

Sancionada: Mayo 9 de 2012. Promulgada de Hecho: Mayo 24 de 2012 **B.O. 24/05/12**

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

“DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO”

ARTÍCULO 1º — Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTÍCULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y

morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significarán la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

(Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTÍCULO 3° — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTÍCULO 4° — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTÍCULO 5° — Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsible;

- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

(Artículo sustituido por art. 2° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTÍCULO 6° — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 3° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTÍCULO 7° — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;

- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.
- f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

(Inciso incorporado por art. 4° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTÍCULO 8° — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTÍCULO 9° — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTÍCULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

(Artículo sustituido por art. 5° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

ARTÍCULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

(Artículo sustituido por art. 6° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

(Artículo incorporado por art. 7° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

Capítulo IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTÍCULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTÍCULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTÍCULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTÍCULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTÍCULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTÍCULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTÍCULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito”, y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTÍCULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTÍCULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas

data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTÍCULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTÍCULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTÍCULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTÍCULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE. —REGISTRADA BAJO EL N° 26.742 — AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. Estrada.