

Ponencia 3

EL DESEO DEL ENSEÑANTE

Lic. Yasmina Romano

yasminaromano@hotmail.com

Centro Provincial de Atención de La Plata (CPA)

Resumen

El trabajo que bajo este título expondré se referirá a detallar las características que tiene la transmisión o enseñanza de la práctica clínica en un dispositivo de atención de pacientes en el Centro Provincial de Atención de La Plata (CPA) de la ciudad de La Plata, institución perteneciente a la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud Física, Mental y de las Adicciones perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

La práctica se lleva a cabo en las distintas puertas de ingresos de los usuarios, ya sea consultas espontáneas, entrevistas de admisión, grupo de orientación familiar, todo en el marco del espacio de consultorios externos. Allí, los estudiantes o residentes observan primeras entrevistas, luego de la cual hay un espacio para la discusión de la evaluación diagnóstica de los casos, se plantean estrategias de tratamiento, y también participan en la confección de la Historia Clínica. Por otra parte, realizan un relato de lo presenciado, teniendo que transmitir algo de lo que pasó en al entrevista.

Esta transmisión tiene como objetivo hacer pasar lo vivo de la experiencia de la atención psicológica de pacientes o familiares, poniendo a prueba la teoría adquirida en el espacio académico, verificando así su utilidad a la hora de tratar algún problema referente a la salud mental, en especial asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Haciendo uso del cuerpo epistémico aprendido en la formación académica, el espíritu de este espacio de formación clínica es el de trazar un vector que vaya del saber adquirido en el ámbito universitario hacia lo no sabido respecto de cada caso, ceñidos a la singularidad de cada presentación.

Las primeras entrevistas tienen el objetivo de realizar una evaluación del pedido de tratamiento y, por otro lado, tienen la función de avalar o no dicho pedido. El acto analítico ya está presente en esa decisión, la de aceptar o no el pedido en la institución. Las primeras entrevistas apuntan también a la subjetivación, que es poder localizar la posición que toma el consultante respecto de lo que dice, lo que implica separarnos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho. Lo esencial es poder localizar

[167]

el decir del sujeto, la posición que toma respecto de lo que dice, es lo que se llama rectificación subjetiva. En el horizonte de la evaluación diagnóstica, de la autoevaluación del consultante, del aval de quien dirige la cura y de la rectificación subjetiva, se ubicará la introducción al inconsciente y la correlativa sanción del entrevistador, cuestión que puede suceder en una primera entrevista o quizás nunca.

En este sentido, el trabajo demostrará que el diagnóstico, si es a la luz del psicoanálisis, se realiza en transferencia. Dónde lo importante no es la acumulación de hechos, lo que los médicos llaman anamnesis sino el recorte de un detalle clínico y sus correlaciones. El diagnóstico diferencial se tratará, entonces, de un buen corte que revele la estructura. No se trata de un inventario de síntomas, de un relato biográfico o de la anécdota. La acumulación metonímica que intenta suturar toda falta, borra el efecto del corte en provecho de una continuidad secuencial, suma un detalle más otro, cual DSM, volviendo a todos homogéneos o equivalentes. Además este detallismo realista corre el riesgo de perderse al intentar describirlo todo.

Nuestra orientación apunta más bien a reconocer la estructura en los elementos más sutiles, en los que pueden pasar desapercibidos, en los detalles.

El término “detalle” deriva etimológicamente del verbo *de-taliare*, que significa cortar. Y es el acto analítico el que produce el detalle de un caso, un recorte que hace escritura. Saber por dónde cortar es un ejercicio de precisión que implica un complejo recorrido, pero el mismo no se reduce a la teoría.

Palabras claves: clínica, diagnóstico, recorte, detalle

Abstract

This paper which shall give its name to my speech details the characteristics of the clinical practice teaching or knowledge transfer within a healthcare device based on the Provincial Healthcare Facility (CPA, Centro Provincial de Atención).

The practice is conducted at various user gateways, either spontaneous visits, admission interviews, family counselling groups, etc. within the space of outpatient offices. This will allow students to observe the first interviews and then participate in a discussion of the diagnostic assessment of cases, where treatment strategies are outlined, and they will also be able to participate in the preparation of the clinical record. Additionally, they shall provide an account of the experience by transferring a portion of what was passed on to them.

The purpose of this transfer is to pass on the live aspect of the psychological care experience involving patients or their family members, by testing the theory acquired in

[168]

the academic field, thus verifying its utility when dealing with any mental health-related problem, especially in relation to the use of psychoactive substances. Thanks to the epistemic body learnt from the academic education, the spirit of this clinical education space is to outline a vector spanning from the knowledge acquired within the university field to the unknown aspect of every case, restricted to the singularity of each presentation.

The role of the first interviews is to perform an evaluation of the treatment request, as well as endorse such request or not. The analytical act is already present in the decision of either accepting or refusing the request at the institution. The first interviews also aim at subjectivation, which refers to the capacity of finding the position that the consultant takes with respect to his/her words. This implies taking some distance from the fact dimension in order to enter the 'saying' dimension. The key is to be able to find the subject's sayings, the position he/she takes with respect to what he/she says, what is known as subjective rectification. The introduction to the unconscious and the subsequent interviewer's sanction will be placed on the horizon of diagnostic evaluation, self-assessment and endorsement by the person directing the cure process, and subjective rectification, which may occur at the first interview or perhaps never.

In this sense, the paper shall prove that diagnosis, if performed in the light of psychoanalysis, is carried out in transference; where the importance lies on the cutout of a clinical detail and its correlations, rather than the accumulation of facts, what doctors call anamnesis. Thus, the differential diagnosis will consist of a good cutout which reveals the structure; it is not about an inventory of symptoms, a biographical account or anecdote.

Metonymic accumulation in the attempt to suture any defect erases the effect of the cutout for the benefit of a sequential continuity, adds one detail after another, like DSM, turning all of them homogeneous or equivalent.

Besides, this realistic detail runs the risk of getting lost in the attempt to describe it all. From this perspective, the impression caused by the whole observed by the patient is valued.

Our position points rather towards the recognition of the structure of the subtlest elements, the small elements, the details, those which may go unnoticed.

Etymologically, the term 'detail' comes from the verb de-taliare, which means cutting. And it is the analytical act the one that produces the detail of a case, a cutout which makes writing. To know where to cut is a precision exercise that implies a complex course, but it may not be reduced to theory.

Keywords: clinic, diagnosis, clipping, detail