

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Trabajo Final Integrador

**La admisión en el tratamiento psicoanalítico
en institución privada.**

Autor: Carlos Enrique Tuñón

Tutor: Lic. Marcos Mustar

INDICE

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo General	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. Marco teórico	5
3.1. El psicoanálisis y sus singularidades	5
3.2. Una aproximación a los tipos clínicos.....	6
3.3. El tratamiento psicoanalítico en las Instituciones.....	8
3.4. La transferencia psicoanalítica en institución.....	12
3.5. La entrevista de admisión, un dispositivo institucional.....	13
3.6. Diagnóstico presuntivo en la admisión.....	16
3.7. Transferencia e interpretación en la admisión.	21
3.8. Demanda en la admisión.	24
3.9. El resultado de la entrevista de Admisión	25
4. Metodología	26
4.1. Tipo de estudio:	26
4.2. Participantes:	27
4.3. Instrumentos:	28
4.4. Procedimiento:.....	29
5. Desarrollo:.....	30
5.1. El lugar de la entrevista de admisión.	30
5.2. Posición subjetiva durante la entrevista de admisión.	37
5.3. Indicadores diagnósticos en la entrevista de admisión.....	41
6. Conclusión.	46
7. Referencias Bibliográficas.....	51
8. Anexos	54
8.1. Entrevistas	54
8.1.1. Entrevista a la directora de la Institución	54
8.1.2. Entrevista a la Admisora	60
8.1.3. Entrevista a la Supervisora.	62
8.2. Entrevistas de Admisión

8.2.1. F. Admisión Mujer 20 años	
8.2.2. Y. Admisión . Mujer 50 años	
8.2.3. N. Admisión Mujer 37 años.....	
8.2.4. S. Admisión Mujer 21 años.....	
8.2.5. P. Admisión . Mujer 31 años.....	
8.2.6. M. Admisión. Hombre 33 años.....	
8.3. Documento interno de la institución.....	67

1. Introducción.

Para cumplir con el plan de carrera establecido por la Universidad de Palermo para la Licenciatura en Psicología, se ofrece una pasantía que se realizó en una institución situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se trata de un centro privado cuya actividad principal es la docencia y la asistencia en psicoanálisis, en la corriente continuadora de la enseñanza de Lacan. La institución tiene dos objetivos que le dan su razón de ser: La formación de analistas y la asistencia.

En lo concerniente a la formación profesional de psicoanalistas ofrecen una concurrencia clínica que es abordada mediante dos actividades: La articulación de los conceptos fundamentales de la teoría es presentada mediante seminarios semanales y la atención a pacientes en los consultorios propios de la institución. La segunda actividad cuenta con la supervisión de los casos en grupos reducidos (de asistencia obligatoria y semanal) y supervisión individual (optativa).

La actividad asistencial se brinda en una única sede de la institución, ofreciendo una la oferta abierta a la comunidad, con aranceles institucionales.

La extensión total de la práctica superó las 280 hs. Entre las actividades realizadas cabe mencionar la asistencia a los seminarios breves, la observación participante en las supervisiones, tanto en la clínica de niños como de adultos, y la inclusión en los grupos de las pasantías de la Materia Clínica de Adultos de la Facultad de Psicología UBA en tres comisiones diferentes que, aún abordando los mismos temas, ofreció desde cada docente una mirada singular y particular de los mismos.

La concurrencia a estas pasantías permitió presenciar las entrevistas de admisión, como observador no participante de dos personas que solicitaron tratamiento. Estas entrevistas de admisión son un requisito previo que fija la institución a todos los individuos que soliciten tratamiento, a fin de poder derivar adecuadamente la consulta. Si se trata de una demanda que puede atender la propuesta institucional, la derivación será a un analista propio, caso contrario, se recomendaría a otra institución que sí pueda hacerlo.

Adicionalmente se tuvo acceso a los informes de las observaciones de otros alumnos y su posterior análisis grupal en los talleres, lo que catalizó en la elección del tema que se explora en el presente trabajo final de integración.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Explorar la instancia de la entrevista de admisión, su importancia y función diagnóstica dentro de un tratamiento psicoanalítico en el ámbito de una Institución privada.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Explorar el lugar de la entrevista de admisión en ámbito de la institución privada dentro del tratamiento psicoanalítico.

2.2.2. Analizar la posición subjetiva de los demandantes de análisis durante la entrevista de admisión en una institución privada.

2.2.3. Explorar la existencia de indicadores diagnósticos durante la entrevista de admisión, y su relevancia dentro del tratamiento psicoanalítico en la institución privada.

3. Marco teórico

3.1. El psicoanálisis y sus singularidades.

El trabajo del psicoanalista consiste en llevar al enfermo de neurosis a percatarse de sus mociones inconscientes reprimidas, lo cual se intenta poniendo en descubierto las resistencias que impiden la ampliación de su saber sobre sí mismo, mediante el uso de la transferencia que proyecta el paciente sobre el analista para que haga propia la convicción de que los procesos represivos adquiridos en la infancia son inadecuados, siendo irrealizable una vida gobernada por el principio de placer. Podría llamarse entonces psicoanálisis al trabajo mediante el cual se lleva a la conciencia del enfermo lo anímico reprimido en él (Freud, 1919).

Debido a la compulsión normal de unificar y reunir, a medida que se analizan y eliminan las resistencias, la vida del enfermo de neurosis, que hasta entonces se ofrecía segmentada, crece orgánicamente integrando en la gran unidad llamada yo, todas las mociones pulsionales que hasta entonces estaban escindidas, sin que sea necesaria la intervención del analista en producir la síntesis. Por el contrario la cura debe ejecutarse en un estado de abstinencia, dado que el paciente enfermó a causa de una frustración a la que el síntoma prestaba una satisfacción sustitutiva. El analista debe cuidar que el paciente no encuentre prematuramente un reemplazo de sus síntomas, con especial atención a que tampoco se lo procure en la cura misma, dentro de la relación de transferencia (Freud, 1919).

Al principio de un análisis, el analista enfrenta la cuestión de aceptar o no la demanda hecha y esta aceptación siempre tuvo sus implicaciones diagnósticas (Soler, 1984). Una persona acudirá a la consulta porque algo dejó de funcionar, según Rubistein (2014), ha habido un quiebre narcisista, una ruptura de su unidad, un cuestionamiento de sus ideales. Es un momento donde puede producirse una vacilación fantasmática, una división subjetiva. Hasta ahora lo real estaba mediatizado por lo simbólico y lo imaginario y el sujeto podía manejarse pero alguna contingencia ha quebrado sus soluciones subjetivas y al no poder solo, articula una demanda al Otro.

Esta demanda será de análisis sólo a condición de localizar un síntoma que la defina como tal. En este sentido Soler (1984) introduce a partir del algoritmo de la transferencia (Figura 1) la cuestión donde el analista como sujeto supuesto al saber es el pivote de la transferencia que permite dar cuenta de lo que hace del síntoma

una demanda verdadera, pues el síntoma (S), se vuelve analizable sólo a condición de ser incluido en la transferencia, es decir sólo cuando se le presenta como un significativo al analista en su carácter de intérprete o descifrador.

Para esta autora, este hecho hace suponer, un saber sobre el síntoma al analista (un sujeto que sabe algo sobre el síntoma) pero simultáneamente implica que el mismo síntoma, no es un cuerpo extraño sino que porta un sentido oscuro $s(S_1, S_2, \dots, S_n)$ que lo representa como sujeto desconocido para sí mismo. De este modo por la transferencia el síntoma es convertido en pregunta.

Cuando ese lugar de intérprete, de un analista cualquiera (S_q) es ocupado por un analista en particular, se produce el momento de la demanda. El analista debe entonces fijar esta transferencia, que en un primer momento es una transferencia demandante (demanda al Otro que responda sobre el síntoma) y ponerla a trabajar mediante la asociación libre (Soler, 1984).

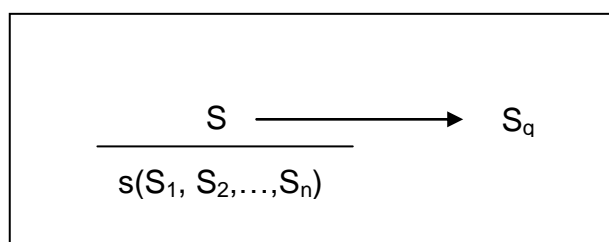


Figura 1: El algoritmo de la transferencia Soler (1984)

3.2. Una aproximación a los tipos clínicos.

Lombardi (2005) entiende que existe la posibilidad de contar con tipos clínicos en la concepción psicoanalítica del síntoma, pero exige un repudio explícito a la perspectiva del conocimiento desde afuera, lo que implica un corrimiento hacia lo que el sujeto sabe, o al menos logra vislumbrar sobre sí mismo. En esto sigue a Freud (1916) cuando respecto de la interpretación de los sueños manifiesta como muy posible y probable que quien sueña sepa lo que su sueño significa, pero que no sabe que lo sabe y por eso cree no saberlo. El método promueve la inmediata transformación de la relación del sujeto con el saber, al proponerle al propio analizante que diga la solución de sus enigmas.

La sustracción inconsciente del saber, el no saber, admite una variedad clínica que Lombardi (2005) sitúa en un continuo que va desde una sustracción acompañada de certeza, como lo es el caso del olvido de los nombres propios, donde el sujeto sabe que sabe aquello que no puede recordar, hasta el sueño donde quien aporta la

certeza sobre este saber es el analista, colocando la sospecha sobre el objeto más desdibujado como la vía más apropiada al desciframiento.

Este autor localiza entonces los síntomas de este continuo y distingue las tres formas clínicas a partir de no saber o bien el no querer saber del paciente, siguiendo en su articulación a Lacan (1965): Paranoia, neurosis y perversión.

En la paranoia, el sujeto en su certeza absoluta, convierte el signo que recibe en un signo certero de que en alguna parte 'se sabe' lo que quiere decir ese signo cuya significación él no conoce. Esta dimensión ambigua que en el síntoma se trata de saber, puede extenderse a todo el campo de la sintomatología, estando indicada también a los síntomas de los otros tipos clínicos.

La neurosis, es más parecida a los sueños, la interpretación analítica pone en duda la participación del paciente que invoca no haber sabido sobre la producción y sostén del síntoma. El analista apuntará a una conversión ética, accediendo a lo que el síntoma implica de certeza: El sujeto tiene una participación, eso le concierne en su actividad intrigante, en su responsabilidad, o al menos en la forma de un autoreproche con que el saber se le presenta.

Según Soler (1985) hay dos tipos de neurosis: La histeria de fijación a un estado pulsional en la fase genital y la obsesión fijada a una fase sádico anal, pero esta distinción sólo podría fundar un *prêt à porter* de la interpretación. Hay que abordar cada caso como si uno no supiera nada y por otro lado hay conversiones posibles de histeria a obsesión y viceversa lo que no permitiría etiquetar a los individuos en un tipo determinado.

Siguiendo a esta autora, lo más particular del síntoma, aquello de lo que no puede dar cuenta la generalidad del tipo es la verdad del goce, que se establece a partir de la respuesta del sujeto a los contenidos edípicos es decir, la defensa motivada por la angustia de castración, entonces la modalidad de defensa es la que determina el tipo.

Lacan (1960) observa que la defensa no modifica la pulsión, sino el sujeto, hay entonces un vínculo inmediato entre 'defensa' y 'posición del sujeto', clínicamente la forma más accesible de defensa es la que se refiere a los ideales con los que el sujeto objeta a las pulsiones inconciliables.

Soler (1985) hace algunas caracterizaciones de ambos tipos en relación a las defensas del sujeto. El sujeto histérico asume su división, se vale de la misma llevada al semblante para exigir que aparezca la verdad del Amo. El sujeto se

representa en el lugar del objeto, (también puede hacerlo por un sustituto), es decir que en la escena de seducción, se representa en el lugar del objeto y entonces se sustrae (por ejemplo no dando su consentimiento) se posiciona como un objeto forzado, así el beneficio de la sustracción es producir un vacío en el Otro, de manera que el sujeto se completa con la falta del Otro. El fantasma histérico obtura el vacío propio del sujeto con otra falta. Esta posición hace aparecer la verdad, especialmente la de la castración del Otro (de ser y de saber). La histérica dice 'no' al significante, localizándose en la negación o en el intervalo significativo, en un discurso representado por la frase 'soy eso, pero también un poquito otra cosa' ante la asignación de un significante, que la petrifica responde "no soy eso".

Siguiendo la misma autora, la tendencia del obsesivo es dominar al deseo, el peligro es la inconsistencia del Otro, e intenta colmarla, asegurándose que no haya lugar para el vacío (ese que el histérico se asegura provocar). Entonces en el obsesivo ocurre la idealización del Otro, (el padre o la dama), cuya inconsistencia está oculta y para que esto se sostenga, es mejor que el Otro no esté, aspiran a un Otro ausente. La idealización permite poner el significante en el lugar del goce, tapar la inconsistencia del Otro con un significante. El terror asalta al obsesivo (cuando no la rabia) en el punto en que la otra Cosa que habita al Otro, aparece. Se manifiestan así las rumiaciones mentales, o los remordimientos que pueden generar un pasaje al acto.

Por último, retomando la distinción de tipos de Lombardi (2005), en la perversión se trata de que se sabe, pero no se puede hacer saber; el deseo es poseído, vivido como secreto y como tal desarrolla la dimensión de su goce.

Para este autor esta concepción psicoanalítica del síntoma en la clínica es al mismo tiempo muy amplia y precisa, ya que se trata de la operatoria autorreferencial del significante del síntoma, en tanto que este sería un saber que se señala a sí mismo y cuanto más inaccesible a la conciencia, más absoluto. El análisis ofrecería la oportunidad al sujeto de posicionarse de otro modo ante este signo, a condición de no suprimirlo pues la forma en que cicatriza su eliminación lo hace inextirpable.

3.3. El tratamiento psicoanalítico en las Instituciones.

Freud (1919) escribe que en su tiempo, los pacientes provenían de las clases altas, las que aceptaban el tratamiento como posible y podían sostenerlo

económicamente, quedando excluidas las clases menos favorecidas. Por otro lado la oferta de analistas profesionales era escasa y a su vez, podían atender unos cuantos pacientes por año. Esto representaba un límite al tratamiento que se acababa de inventar, sólo superable mediante unas ciertas instituciones que lo llevarían adelante no sin algunas modificaciones.

Estas variaciones en la técnica a las que Freud (1919) alude, podrían incluso contemplar el retorno a un cierto grado de sugestión, aunque resalta sin dudar, que lo más eficaz del tratamiento en una institución, seguiría estando sostenido por lo que este tome del psicoanálisis más riguroso sin partidismos.

Luego de haber puesto en funcionamiento una institución de las características que enunció en 1919, en el Prólogo a los Diez Años del Instituto Psicoanalítico de Berlín, Freud (1930) establece como las tres funciones más importantes de dicha organización: La accesibilidad al tratamiento, la formación y enseñanza mediante la transmisión de la experiencia y el perfeccionamiento de la técnica a partir de un mayor conocimiento de las enfermedades neuróticas.

Las particularidades que implican la ampliación del ámbito del psicoanálisis, del consultorio a la Institución pública en particular han sido abordadas desde entonces por varios autores, de donde es posible señalar qué características de dicha implementación comparten las instituciones privadas y cuáles no.

Rubistein (2004) señala cuatro condiciones: La incidencia de la salud pública, la coexistencia de discursos, la variabilidad de las demandas en el hospital y ciertas condiciones de tiempo y dinero.

- a. La incidencia de la salud pública: La definición de salud de la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades está impregnada de ideología, ya que enuncia un sujeto del derecho suponiendo la posibilidad de restaurar ese derecho al equilibrio con el ambiente, mientras que para el psicoanálisis se trata de un sujeto que no está en armonía con la realidad (Rubistein, 2004).

Lacan (1985) se refiere a la función del médico como consecuencia de las exigencias de la ciencia y plantea que si la salud se vuelve objeto de una organización mundial, se tratará de saber en qué medida es productiva, convirtiendo al médico en empleado de dicha empresa.

- b. La coexistencia de discursos: El discurso hegemónico de la medicina, es un discurso amo, que tiene tal efecto de saber, que atenta contra el trabajo del analista.

Un síntoma médico viene acompañado de una explicación, si además es provista por un médico, toma un peso ligado al lugar de supuesto saber. Es un discurso que tiende a cerrarse, a dar un rótulo y una consistencia en ser, por ejemplo: Es adicto. El analista deberá desarmar ese discurso abrir el espacio a la dimensión subjetiva, abolida por los permanentes intentos de objetivación, dando cabida a la demanda de saber y el deseo. (Rubistein, 2004).

Pero no sólo llegan los pacientes con diagnóstico, también hay otros casos, como plantea Fernández Blanco (2012) que son el resto del discurso médico, rebeldes al tratamiento, los que se quejan sin tener nada.

La salud mental se nutre no sólo del discurso del amo, sino también del discurso universitario, lo que el amo no domina a través de las identificaciones el psiquiatra trata de dominarlo con el saber, dando lugar a utopías preventivas, pilar ideológico de la salud mental, que prescribe que un sujeto que sabe más, enferma menos (Fernández Blanco, 2012).

- c. La variabilidad de las demandas: La demanda en el hospital se caracteriza por el acceso de una población muy alejada a los principios del psicoanálisis, lo que obliga al analista a dedicar tiempo de las entrevistas a clarificar las demandas y decidir el tipo de intervención posible para cada caso, Silvestre (1987) lo señala como una tarea de información y orientación de la demanda. En las primeras entrevistas es importante evaluar quién habla, medir cómo y a quién se dirige esta palabra, de donde se podrá deducir el comienzo posible del trabajo de la transferencia. Se intenta evaluar lo que empuja al sujeto a entrar en el proceso, cual es la suposición que alienta su demanda, si hay un saber aún indeterminado pero supuesto, hay posibilidad de análisis.

Si lo manda otro (el colegio, el juzgado, etc.) el espacio de la admisión puede ser la oportunidad de involucrar al sujeto de otra manera, en un pedido que en principio no respondía a su propia demanda, que era sólo para cumplir una orden (Rubistein, 2014).

También se pueden requerir intervenciones que apunten a lo imaginario, o a lo real, que no se mantienen en el campo de lo simbólico para facilitar la

instalación de la demanda, como ejemplifica Rubistein (2004) respecto de un paciente dormido y desalineado, que casi no pudiendo hablar, relata al terapeuta que hacía varios días no comía ni dormía, ante lo cual, el analista lo orientó a fin de que pueda recibir estas mínimas atenciones, en busca de restituir ese sujeto ubicado en un lugar de objeto resto. El efecto fue que, una vez restituido el sujeto, logra comenzar a hablar.

Fernández Blanco (2012) propone que la demanda en los centros de psicoanálisis aplicado se articula al psicoanálisis mismo, no a un analista concreto, pues los dispositivos presuponen una pre-interpretación del síntoma, a partir de la cual el analista es asignado entre los miembros del equipo de la institución pero no lo elige el paciente. Entonces el psicoanálisis mismo se ofrece como complemento del síntoma.

- d. Tiempo y dinero: Como señala Rubistein (2004) hay un límite temporal impuesto por las instituciones que afecta la iniciación, continuidad y conclusión del análisis. Así surgen solidarias a la definición de salud OMS terapias de objetivos limitados, abordables en el tiempo institucional. Este límite temporal resulta ajeno a la singularidad del caso por caso, pero opera como un real, anticipando un efecto de castración, un tope que si es trabajado puede operar analíticamente.

Siguiendo la misma autora, el dinero también introduce una dimensión problemática ya que no hay análisis sin pago, pero este pago debe ser ubicado en relación a la cesión del goce. Es necesario entonces hacer el recorrido para dilucidar si el no pagar tiene relación con la neurosis, pudiendo ser necesaria la interrupción de la gratuidad, por otro lado en los tratamientos privados también hay pacientes (niños, adolescentes, adultos que no trabajan) quienes no pagan su tratamiento.

Del lado del analista el dinero también hace a sus condiciones reales, poniendo en juego su castración, lo que lleva a la pregunta sobre el deseo del analista, respecto a con qué se cobra, en los ámbitos donde el tratamiento es gratuito, seguramente la respuesta consistirá en la contrapartida que implica la formación, la investigación, el deseo de analizar, la derivación que, entre otras cuestiones, hacen a las condiciones de la práctica (Rubistein, 2004).

Fernández Blanco (2012) enuncia que pagar permite una separación de la verdad del síntoma de su dimensión de goce, esto no se opera nunca en el

marco de una institución gratuita, donde además se agrega el problema de que el síntoma no puede ubicarse en su dimensión de verdad sino en la dimensión de la Salud (Fernández Blanco, 2012)

3.4. La transferencia psicoanalítica en institución.

Fernández Blanco (2012) propone que el paciente que llega al servicio de salud mental en hospital, se encuentra con un analista, pero que no es eso lo que busca, llega por que lo ha derivado un médico. La demanda entonces está dirigida a la institución, autorizándose el psicoanalista “de la institución” y de su título académico por el que ha sido contratado, no como psicoanalista, sino como psicólogo o psiquiatra. Esto plantearía un obstáculo a la particularidad, pues el lugar del significante cualquiera (Sq en el algoritmo de la transferencia Figura 1) es ocupado por la salud mental que, si el analista permite al paciente subjetivar su síntoma desplazándolo del puro orden médico, o de la significación de saludable o equilibrado, habría posibilidad de análisis.

Hay un segundo momento en que el analista debe ser particularizado, no estar resumido en la institución para dar lugar a la transferencia analítica, la institución siempre condiciona pero no totalmente, este no totalmente es la libertad de maniobra donde el autor interpreta que se halla la posibilidad del inicio de análisis.

Entonces para este autor, la dificultad no reside tanto en empezar sino en terminar un análisis por dos motivos. En primer lugar opera como resistencia a la cura y es que el paciente al no pagar puede situarse fácilmente en la posición de amado e impedido de salir del amor de transferencia, el análisis se hace interminable y lo que no se paga en dinero se paga en goce del síntoma, ya que pagar permitiría una separación de la verdad del síntoma de su dimensión de goce. El segundo motivo, es que el Otro que se ubica en la institución es un Otro sin falta, lo que atenta al final del análisis que supone asumir que el Otro es inconsistente por la des-suposición de saber del analista, que no puede operar en la institución pues la caída del sujeto-supuesto-saber adquiriría el valor de fraude.

Entonces, Fernández Blanco (2012) afirma que hay tres posibles formas de pensar la transferencia analítica en función de la posición que ocupa el analista: En consultorio, en institución pública y en institución privada. En el primer caso el analista podrá ser, en tanto significante cualquiera el rasgo más significativo que el

analizante le atribuye, lo más particular de sí mismo proyectado en el analista, una particularidad que se desprende al final del análisis como la diferencia absoluta.

En el caso de la institución pública, la salud pública no es un significante particular sino universal, la salud para todos, ahí un psicoanalista debe introducir 'no sin la locura de cada uno' para des-complementar el universal de la salud mental con la locura particular como respuesta o invención del sujeto que deberá intentar algo más que sufrirla.

Por último en las instituciones privadas, el significante cualquiera es sustituido por el psicoanálisis mismo, que es una experiencia de lo particular, lo que introduce una diferencia fundamental con la salud mental.

Independientemente del lugar desde donde opere, como complemento del síntoma, la experiencia del inconsciente, puede permitir al paciente encontrar la lógica de sus decisiones y de su posición en la vida, siendo el modo de perturbar la repetición y posibilitar una apertura al deseo (Fernández Blanco, 2012).

3.5. La entrevista de admisión, un dispositivo institucional.

En el diccionario de la Real Academia Española se lee que la Admisión es acción y efecto de admitir; en Derecho, es el trámite previo en que se decide, atendiendo a aspectos de forma, si una demanda o recurso deben pasar o no a ser resueltos en cuanto al fondo y admitir es recibir, dar entrada, aceptar, permitir o sufrir (Real Academia Española, 2014).

La definición operativa de la admisión dada por el marco normativo de Salud Pública, alude a una entrevista realizada a todos los ingresantes al servicio por primera vez y tiene por finalidad registrar los datos de filiación, el motivo de la consulta y "se elabora un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde: 1- Su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado; 2- Su derivación a otros servicios hospitalarios; 3- No requiere tratamiento alguno" (Roma, 1992, p.5).

Siguiendo a Lacan (1967 como se citó en Silvestre, 1987, p.91), se pueden postular dos hitos en torno a su sentencia: "Al comienzo del psicoanálisis está la transferencia". Un hito crucial es que una vez instaurada esa transferencia, hay que ponerla a trabajar, e inaugura lo que llamamos análisis. Esta marca deja detrás de sí una serie de entrevistas que llevan el calificativo de preliminares (Soler, 1984),

entonces habría un tiempo anterior a las mismas, un tiempo prehistórico a un tratamiento donde se ubica la entrevista de admisión en la institución tanto pública como privada.

Rubistein (1998) afirma que el momento de admisión requiere cierta experiencia y que la diferencia entre entrevista de admisión y entrevistas preliminares, es una cuestión de campos semánticos y discursos diferentes. Así la admisión sería un término de la salud pública y las entrevistas preliminares un término del psicoanálisis.

La admisión según González Castañón (1992) es un dispositivo, producido en el seno de una praxis, un instrumento que ordena el campo clínico, limita (pues habilita el trabajo con lo incluido y excluye el trabajo posible al resto) y nomina los fenómenos. Estos tres efectos dependen del instrumento utilizado, pero un mismo campo puede ser abordado por más de un instrumento el campo de problemáticas siempre excede los límites del instrumento. Para este autor la entrevista de admisión no es una entrevista psicoanalítica, pues el admisor no está para iniciar un tratamiento sino para tolerar lo complejo del campo sin excluir ni hacer invisible lo que el paciente trae.

Szyniak (2009) señala que en la admisión puede participar más de un analista, uno es quien la dirige y el otro está haciendo sus primeros pasos en la clínica y participa en carácter de observador. Esta posibilidad hace de la admisión un lugar valioso de transmisión de la práctica clínica. Esta autora distingue dos tiempos en la admisión, a la que no considera una entrevista preliminar: El primer tiempo se trata del encuentro del admisor con el consultante y las vicisitudes que podrían ocurrir y un segundo tiempo, donde se recorta lo que se escuchó, el material clínico para el equipo donde se deriva el paciente. El paso de una escena a la otra no es, sin la posición del analista.

Scavino (1992) detecta una disyunción entre la lógica analítica y la lógica asistencial, ya que cuando un sujeto requiere un lugar en el Otro, ese lugar es encarnado por el admisor, que a su vez está recubierto por la institución. Se plantea así cómo generar una lógica de decisión libre de influencias institucionales en el límite de lo asistencial y esto requerirá del analista la resolución de sus fantasmas de pertenencia a la institución.

En esta misma línea, Soler (1984) piensa que la institución no es ni podría ser el agente que instituya al analista, pues no deberían existir estándares institucionales

en psicoanálisis sino un ajuste riguroso a la lógica del caso por caso sin habilitar modelos prefigurados. Va en el sentido de que un analista no se autoriza sino de sí mismo.

En cuanto que en el ámbito de la institución privada objeto del presente trabajo, según un documento interno que regula la admisión en la institución observada (Anexo 1), se trata de una o una serie de entrevistas en las que el analista admisor tendrá que establecer una serie de coordenadas que permitirán la entrada o no en los dispositivos institucionales.

La admisión es el primer dispositivo institucional con el que se encuentra un demandante. Este dispositivo adopta la forma de la institución que lo aplica, por lo que serán tan diversos como lo sean los consultantes y habrá tantas modalidades de encarar la tarea como admisores, por lo que se sitúa una parte del tema en el entrecruzamiento del discurso institucional y el discurso psicoanalítico, es decir, ¿Qué sucede cuando el admisor es un psicoanalista? Este deberá responder en nombre de la institución a la demanda de admisión, ateniéndose a las pautas que la institución le ha establecido, pero también en un más allá de lo administrativo, estará el efecto de la escucha analítica, en cuanto a poder alojar provisoriamente la demanda del consultante (Roa, 2008). Según Freud (1926) todo neurótico consulta por un padecimiento, algo que lo oprime, algo no revelado que cuando se da la ocasión de expresarlo produce alivio.

La entrevista de admisión, según Roa (2008) tiene varias finalidades. En primer lugar, se responde a la demanda de tratamiento en cada consulta evaluando los recursos con los que cuenta la institución, en caso de no ser suficientes, se realiza una derivación externa, a otra institución que disponga de lo necesario (por ejemplo guardia psiquiátrica). En estos casos la admisión reviste una función orientativa y puede requerir la asistencia de otras instancias institucionales a tal fin, como lo es una interconsulta.

La diferencia que señala Rubistein (1998) en la admisión en la que interviene un analista, es el lugar que se le da al sujeto en la misma y la posibilidad de tener en cuenta la transferencia, permitiendo el despliegue de una historia subjetiva, una historia del deseo y no sólo un intento de recaudación de datos que valgan como signos para realizar un diagnóstico. Este sujeto puede requiere un alojamiento que no puede demorarse demasiado, implica hacer lugar al pedido aun cuando no esté claro si esto podrá convertirse en un análisis. Una de las funciones más importantes

de la admisión es, teniendo en cuenta la diferencia entre el acto de rechazar un sujeto y el de rechazar la formulación de una demanda, acompañarlo a producir un reposicionamiento que ubique la posibilidad de un tratamiento.

También se comunican las pautas del contrato institucional que fija el marco del tratamiento ofrecido, sus condiciones en cuanto a frecuencia, modalidad y duración de las entrevistas, prolongación del tratamiento y condiciones de pago (Rubistein, 1998).

Se abre entonces la historia clínica donde se consignan datos personales del paciente, motivo de consulta, diagnóstico presuntivo implementándose los medios para su derivación, precisando si requiere tratamiento especializado (Roa, 2008).

Para Fernández Mores (2010) la admisión no es una instancia administrativa donde el entrevistador derive al consultante en función a sus horarios disponibles, o preferencia de zona. En esta entrevista se presentan consultantes con quejas sin historicidad, angustias des-palabradas, padecimientos corporales que se consultan por indicaciones médicas y pacientes en posición de rechazo del inconsciente en cuanto a la subjetivación de su síntoma. Vienen a pedir asistencia y el viraje que debe producir el admisor es que dejen de pretender ser asistidos y se pongan a trabajar.

Para este autor, la demanda de análisis es a construir y no es en el plano del enunciado lo que habilita a no admitir a los pacientes mandados (por el médico, la escuela, el juzgado, etc.).

3.6. Diagnóstico presuntivo en la admisión.

Según Clavreul (1978) el diagnóstico médico se sostiene por un lado, en un lenguaje de la medicina que dará cuenta de una enfermedad develando sus causas naturales, que son las únicas que forman parte de este discurso y por otro lado, un conjunto de síntomas transformados en hechos se organizan en síndromes. La medicina entonces borra la posición del enunciador del discurso, el propio enfermo, en el enunciado de su sufrimiento para priorizar esas causas objetivas. Esta circunstancia orienta los deseos del médico y del paciente hacia lugares diferentes.

No ocurre lo mismo con los diagnósticos en psicoanálisis, donde lo que se intenta es hacer un diagnóstico del sujeto, cosa no siempre fácil, que requiere de un juicio y una decisión (Rubistein, 2014).

Se puede encontrar en Freud (1913) una referencia a la admisión como instancia de diagnóstico, cuando sugería realizar una serie de entrevistas previas, para determinar si el paciente era apto o no para el tratamiento, ya que el grado de eficacia conseguido por su técnica hasta ese momento hacía muy recomendable determinar de antemano, si el paciente padecía de neurosis (y había posibilidad de que se estableciera transferencia con el analista) o bien era una paranoia caso en el que Freud desaconsejaba el tratamiento por dos motivos: Primero porque se corre riesgo de cometer un error que agrave la situación del paciente y segundo, porque se pone en tela de juicio la eficacia de un tratamiento cuando en realidad el mismo no es apropiado para el caso. En este mismo texto, Freud afirma que dichas entrevistas son a modo de recaudo, ya que no aseguran el poder arribar fehacientemente a este diagnóstico previo, pero asegura que son una buena precaución.

Frydman (2005) sostiene que el diagnóstico es una de las funciones del método clínico articulada con la capacidad de pronosticar algo sobre cierto padecimiento y determinar la forma de abordaje que le corresponde. El diagnóstico es necesario para la doxa psicoanalítica aunque no hay consenso sobre su objeto, ni mucho menos sobre cuál es su utilidad.

Según Frydman (2005), más allá del tipo hay que discernir si el sujeto que demanda es apto para el psicoanálisis. Por otro lado se pueden presentar cuadros externos de neurosis y en realidad tratarse de otra cosa, como ser una enfermedad mental incurable y el diagnóstico diferencial, no siempre es fácil ni puede hacerse de primera intención.

Otra dificultad para Frydman (2005) es que lo que permite dar cuenta de la estructura es la afinidad entre síntoma y tratamiento. Esto obliga a recurrir al diagnóstico presuntivo, que es un diagnóstico provisional, carente de certeza con el fin de orientar al analista en el tratamiento. Es necesario un diagnóstico al comienzo que solo se legitima en el marco del tratamiento.

Este diagnóstico no es sin el sujeto pues, como recorta Frydman (2005), hoy en día el desarrollo de las tecnologías incentiva una marcada preferencia por los diagnósticos purificados del efecto del sujeto, un diagnóstico ideal sería uno que se base en la visualización o cuantificación de variables que definan la normalidad o su falta según criterios estadísticos. Pero el problema se presenta cuando el paciente debe hablar de su padecer que no es más que la división entre síntomas mudos y

aquellos que hablan. Los primeros corresponden a los padecimientos descritos por la psicología del yo, los llamados síntomas contemporáneos y los trastornos descritos por el DSM 5.

Freud (1893) planteaba que cuando un paciente neurótico, relata sus dolores, provoca la impresión de estar haciendo un excesivo trabajo intelectual en la búsqueda de palabras y definiciones que ayuden al médico a hacerse una idea de sus padecimientos, incluso acompaña su exposición de un lenguaje no verbal que avala este esfuerzo. Fydman (2005) señala en este hecho el cambio que opera en el objeto del diagnóstico, que ya no son los dolores sino el nudo de pensamientos y sensaciones que a esos dolores entrama. Diagnóstico es entonces atribuir un sentido a cierto conjunto de signos pero no por el padecimiento que muestran sino como representantes de otra cosa, esa otra cosa es la que se diagnostica.

Gurevicz, Mordoh & Lombardi (2006) postulan que el sujeto puede durante el proceso diagnóstico psicoanalítico determinar su participación inconsciente en el origen de su síntoma, esto es un efecto terapéutico por otro lado esa participación es diferente en cada uno de los tipos clínicos (neurosis, psicosis o perversión). Sin embargo no se puede reducir el sujeto al tipo. El diagnóstico estructural, aquel diagnóstico hecho a partir que el analista ocupa su lugar en la estructura y lo sostiene desde la transferencia, puede desorientar ya que si no hay señales claras podrían generarse en el propio analista inhibiciones o excesivos cuidados ante una psicosis, o bien excesivo alivio ante una neurosis lo cual estaría completamente injustificado.

Estos autores, afirman que si bien es posible hacer un diagnóstico desde el exterior de un conocimiento analítico, es decir sin transferencia, sólo a partir de lo que el sujeto dice o cómo se comporta. Este diagnóstico no garantiza la posibilidad de un tratamiento y además puede obstaculizar la aparición del sujeto del inconsciente. Tal afirmación se fundamenta en que la introducción por parte del analista de un saber diagnóstico exterior a la escena analítica, puede deshacer la operación realizada por el sujeto, pues la palabra no sería constituyente del diagnóstico del sujeto, sino un mero vehículo de los signos que otorgaría el diagnóstico del Otro. Un síntoma que puede tratarse es un síntoma auto-diagnosticado, es un síntoma que el sujeto considera como tal.

En la mayoría de las instituciones se requiere un diagnóstico presuntivo como conclusión del proceso de admisión, en otras terapias se soluciona completando un

casillero con una nosología. En la terapia psicoanalítica, la diferencia está en la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis a fin de orientar la dirección de la cura, pero esto es difícil de conseguir en una admisión (Roa, 2008).

Lacan (1965) da una definición del diagnóstico psicoanalítico como un proceso, es un trabajo por el cual un analista se ubica en el campo transferencial del paciente para posibilitar desde allí una manifestación más nítida del síntoma como expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece.

Lacan propone un tratamiento posible para la psicosis, muy distinto al modo de abordar las neurosis, con lo cual la admisión deja de ser una instancia en la que se rechace al paciente con diagnóstico presuntivo de psicosis y se convierte en una instancia que permite orientar la cura desde el inicio, o por lo menos tomar recaudos en este sentido, basada en un diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis. Este diagnóstico diferencial es presuntivo y difícilmente alcanzable por la vía no fenomenológica como la propuesta por el psicoanálisis que supone un diagnóstico en transferencia (Roa, 2008).

Adicionalmente, el diagnóstico clínico de estructura (si se trata de una neurosis o una psicosis, una perversión y qué tipo) no incluye otro nivel de fenómenos diagnósticos, que sin embargo aparecen caracterizando la posición del sujeto y atraviesan los tipos clínicos (por ejemplo cuando se dice que el paciente está en acting out, o el paciente viene después de un pasaje al acto (Rubistein, 2014)).

Roa (2008) hace un distingo entre un paciente que puede seguir los carriles de una derivación establecidos por la institución y las llamadas urgencias en la que incluye dos tipos, las urgencias psiquiátricas y las urgencias subjetivas. Las primeras (las psiquiátricas), son aquellas demandas institucionales de ayuda en momento de crisis, que habitualmente llegan al hospital solicitadas por alguien más (un familiar por ejemplo). Estas tienen características más floridas y el recurso común es la medicación psiquiátrica o a veces la internación. Las urgencias subjetivas en cambio, se relacionan con la angustia, no son más graves, pero son consultas que el paciente realiza en un momento de desborde de angustia, siendo de suma importancia habilitar de inmediato un espacio de escucha que por medio del mero alojamiento por parte del otro traiga al consultante un cierto alivio.

La función del diagnóstico en la admisión, orienta la exploración (tanto en la admisión misma, como en el tratamiento) pero no alcanza para decidir. Esto lo hace

irreductible tanto a la rotulación clasificatoria propia de la psiquiatría, como así también al etiquetamiento del sujeto mediante las categorías estructurales psicoanalíticas de histérico, obsesivo, o perverso, etc. (Gurevicz et al, 2006)

No se agota el tema con lo expuesto como comenta Rubistein (2014), durante la admisión se debe escuchar si hay una variable de riesgo, algún indicio de que el demandante pueda hacerse daño a sí mismo o a terceros, esto es más importante incluso que el tipo clínico al momento de decidir una internación (por ejemplo) y sin embargo no es todo, ya que dependerá también de las redes del consultante y el riesgo que esté dispuesto a correr el analista con la incertidumbre de la mala paxis sobre su trabajo. Entonces se trata de un diagnóstico en tanto construcción teórica, una construcción de saber, que además es relativa a una comunidad analítica pues dependerá de la teoría que se tenga como marco de referencia.

Roa (2008) va a agregar que en el dispositivo de admisión el analista intentará esclarecer las coordenadas que lo pongan sobre la pista del desencadenamiento, es decir el tipo de quiebre que se produjo de manera tal que lo que se venía soportando hasta entonces sin dificultad, se torne insoportable, pues remite a una clase de interrupción del orden de lo real con su concomitante vacilación fantasmática, es la consulta realizada en este momento lo que antes se mencionó como urgencia subjetiva.

También Roa (2008) introduce en la instancia de la admisión la pregunta dirigida a la forma en que el paciente llega a la institución esto es intentar ubicar la transferencia previa, ya que no es lo mismo que llegue de manera impersonal, como ser un volante o un cartel a que lo recomiende un médico o un familiar. Esta transferencia general se ligará a la persona del analista produciendo la fijación de la misma más allá de las características del terapeuta en particular, por eso se habla de un analista cualquiera, en el sentido que basta con que un analista ocupe la posición para que la transferencia se despliegue automáticamente.

Roa (2008) también entiende que en este espacio hay emergencias de lo inconsciente, como diferencias entre el orden del enunciado y la enunciación, que se evidencia en la sorpresa ante lo desplegado en la entrevista, cosas de las que no se quería hablar y se desplegaron, puntos de angustia sobre temas ya elaborados o que el paciente creía tener resueltos.

Más allá de ser un paso entre la entrada a la institución y el comienzo de lo que podrían ser las entrevistas preliminares de un tratamiento, la admisión para

Rubistein (2014) también puede ser un espacio de derivación, esto exige del analista no obturar el espacio de subjetivación, no hay que optar entre un médico y un analista, del mismo modo que no hay que pensar que lo psicológico reducirá un problema orgánico, como si hubiera una cuestión lineal de causa y efecto. Hay un espacio de subjetivación del cuerpo y de ese cuerpo biológico, que cuando se presenta como real escapa, a veces soportar una enfermedad orgánica implica que algo puede dar lugar al análisis sin sustituir el tratamiento orgánico que puede ser necesario.

Roa (2008) agrega que la llegada de un paciente a la institución en busca de un analista ocurre luego de haber agotado un recorrido por médicos, amigos, etc., sin haber encontrado una respuesta al sufrimiento que lo aqueja. Este hecho evidencia que las respuestas que le han sido sugeridas no han sido suficientes, pero también implica una suposición de inconsciente, que supone que lo que le pasa quiere decir algo, lo que ubica el síntoma en el sentido de cuerpo extraño.

3.7. Transferencia e interpretación en la admisión.

La entrevista de admisión, consistirá en un encuentro que puede ser el único, no hay forma de anticipar si el sujeto volverá a un segundo encuentro, esto obliga al admisor a no confiarse del recurso del tiempo por venir y lo conmina a cernir, en ese instante privilegiado, una marca para el consultante, una diferencia entre lo que quiso decir al hablar y un decir que excede la intención. Esta diferencia es lo que puede operar como resto para que un sujeto aloje allí su pregunta y que aunque la institución brinde un servicio para todos, no se trata tanto de ofrecer la cura psicoanalítica, sino más bien de un lugar de uso posible para todos, donde cualquiera pueda tener la posibilidad de encontrar un analista para saber si tiene algo que demandar (Campanella, Nocera & Trillo, 2008).

Rubistein (2008) plantea que si en el lugar del oyente hay un practicante del análisis, aunque no se hayan producido todavía las condiciones de una entrada en análisis un demandante podrá ubicarse en el dispositivo de manera tal que se produzcan efectos de carácter analítico. Es así un encuentro breve, pero inaugural para posibles modificaciones subjetivas, que puede poner a trabajar, lo real en juego para cada sujeto.

Si entendemos al análisis como un dispositivo destinado a hacer posible atravesar el campo del yo para apuntar a lo real en juego para cada sujeto que participa del mismo, la entrevista de admisión cumple con la doble articulación que plantea Rubistein (2008) al decir lo mismo de las entrevistas preliminares. Por un lado el valor dado a la palabra del sujeto, a la suposición de verdad en juego en ella, a la suposición de un saber que no se otorga desde otras vertientes terapéuticas ni psiquiátricas y por otro lado hay un oyente que ha sido analizado, ha pasado por la experiencia del inconsciente y de la castración, entrenado para escuchar los dichos, es decir localizar al sujeto de la enunciación sin quedar atrapado en los enunciados del yo.

En las posibilidades de este oyente se encontrará la diferencia, para convertir esa palabra en algo diferente al discurso del yo, dando lugar a la producción del sujeto y haciendo posible situar una marca (Rubistein, 2008).

La instancia de la admisión es una oportunidad previa adicional para la rectificación subjetiva cuando algo de la localización del sujeto en dirección al inconsciente pueda aparecer y de esta manera apuntar a lo real, haciendo caer los embrollos en que lo imaginario sumerge al sujeto (Rubistein, 2008).

Freud aconsejó esperar el florecimiento de la transferencia para empezar a interpretar, aunque no aplicó su propio consejo a su práctica, por otro lado la transferencia no se establece sólidamente sin la interpretación. Se trata de situar el punto genuino en que el deseo del analista opera con efectividad en la intervención ya en su primer encuentro con el sujeto aunque dicho encuentro se produzca incluso en la entrevista de admisión (Lombardi, 2008).

Para Fernández Mores (2010) la admisión es un lugar de paso, no incluido en la serie de las entrevistas preliminares, donde la modalidad de intervención debe estar más del lado del señalamiento que de la interpretación, no anticipando lo que debe producirse en las entrevistas preliminares. La intervención con los significantes rescatados del discurso del consultante puede generar un efecto de división subjetiva que posibilite el despliegue de alguna cuestión relacionada con el motivo de consulta.

Para este autor no existe una entrevista de admisión ideal, sin embargo esto no significa que todo pedido de análisis puede ser admitido, sino que el analista debe estar advertido ya que la admisión del sujeto es la contracara del rechazo del

inconsciente, esa posición subjetiva en la que el consultante no asume que el síntoma tiene algún sentido y que le concierne.

Rubistein (1998) afirma que aun en el caso que la admisión tenga por resultado una derivación (ya sea a otra institución que posea una oferta más apropiada a la demanda, o a un analista que sostenga un tratamiento), no será sin transferencia, pues es desde ese lugar desde donde la palabra del admisor puede tomar valor para hacer posible el paso, pues nadie pide a cualquiera una derivación, sino que siempre hay un lazo libidinal en juego.

La transferencia no es con el admisor como persona, sino con el Otro con el objeto colocado ahí (Rubistein, 1998) el analista es soporte de esa función. Tampoco está ahí como persona, esto permite el traslado de dicha función a otro analista para iniciar el tratamiento. Esta misma transferencia también implica obstáculos transferenciales que son resistentes, que deberán ser tenidos en cuenta y trabajados por el admisor, reduciendo su peso como transferencia imaginaria, no dándoles consistencia, poniendo en juego que el Otro no existe, así se posibilita la separación y derivación. Por otra parte, el saber adquirido en la admisión, es del sujeto y lo lleva con él a donde vaya, no se pierde lo que produjo y no es un capital del admisor.

En algunas instituciones, afirma Rubistein (2014) se plantea el problema de que el admisor puede no ser quien va a iniciar el tratamiento, lo que implica una ruptura que queda como problema para el admisor, plantearse hasta dónde va a intervenir. Está claro que este problema no existiría si fuera el analista que iniciará el tratamiento, ya que puede considerar de manera tranquila esta entrevista como el comienzo de la tarea analítica. Pero si sabe que no va a tomar como paciente al demandante, se debe ver hasta dónde se mete y cómo hace, si es que se puede, para poner en forma la demanda sin intervenir y sin interpretar.

Siguiendo al mismo autor, deja claro que sin intervención y sin interpretación no pueda lograrse la rectificación subjetiva, si ocurre al menos parcialmente será con ellos, el analista admisor deberá evaluar hasta donde la intervención y la interpretación valen dicha rectificación en función de clarificar la demanda.

La diferencia respecto al tema de la interpretación en las primeras entrevistas entre Freud y Lacan según señala Rubistein (2014) es que para el primero la interpretación requiere que se haya constituido un oyente confiable, en cambio para el segundo, ese lugar es ocupado por el Otro de la transferencia que es un lugar, un

campo vacío, a quien se dirige el mensaje. Este lugar es ocupado a veces por la institución, de manera que el que recibe al paciente encarnaría a ese Otro institucional.

3.8. Demanda en la admisión.

Cuando a Lacan (1975) se le pregunta cómo elige a sus pacientes, dice exigir del caso que haya una verdadera demanda, demanda de querer ser despojado del síntoma, a fin de que esa demanda los obligue a hacer un esfuerzo, es lo que se puede llamar el consentimiento al trabajo de la asociación libre. Dice no prometerles nada porque no es seguro que el paciente haga el esfuerzo de regularidad para salir de eso y no aceptar como motivo de demanda suficiente el querer conocerse mejor a sí mismo.

Miller (1997) se refiere a la primera entrevista en que alguien se acerca con la intención de comenzar un análisis como "bienvenida". Aclara que aquel que consulta no es un sujeto ni es aún un paciente, sino que espera ser recibido en ese carácter, por el hecho de haber él mismo avaluado su síntoma y puede ser autorizado o no por el analista a entrar en la experiencia, es un candidato. Esta cuestión aparece en el inicio de cada experiencia analítica y el analista, si lo acepta, ejecuta el primer acto analítico. La 'evaluación' es (en francés) un neologismo que emplea Miller entre avalar y evaluar, donde se avala también la forma en la que el sujeto ubica su propio padecimiento (Rubistein, 2014). Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014), avaluar es dar valor, pero esta palabra no daría el sentido que le pretende Miller al neologismo, ni lo que Rubistein interpreta del mismo.

Para Rubistein (2014) el oyente en la admisión debe encontrar un punto de demanda que justifique que se inicie un tratamiento, hay que encontrar un modo singular de situarse con lo que el paciente trae y si ese punto está muy oscuro, intentar clarificarlo pues en la admisión. Por ejemplo Roa (2008), comenta una modalidad de demanda donde se le adjudica a otro la ocasión de provocar el sufrimiento, se trata de una demanda que equivale a un pedido, o bien la demanda del tipo 'vengo porque me quiero analizar' y entonces será el tiempo de las entrevistas preliminares el momento en que dicha demanda manifiesta, sea conducida por el analista a establecer una verdadera demanda de análisis y si se han dado las condiciones, la entrada en análisis. Es decir que el paciente pueda

formular la pregunta de tal modo que incluya la responsabilidad de aquel que padece, lo que solo podrá ocurrir si logra ubicarse que en el padecimiento hay algo que se satisface.

Si hay una admisión, es porque hay coordenadas para una exclusión, estas estarán relacionadas a las posibilidades de la oferta siempre, por eso es tan importante clarificar la demanda (Rubistein, 1998).

Puede resultar conveniente que algunas veces el analista haga silencio y otras que intervenga de un modo directo. Por ejemplo, puede intervenir de manera clásica con la pregunta “¿y a usted que le parece?”, que es poco específica o bien hacer una pregunta directa, o una lectura de lo que se ha escuchado de manera tal de confrontar al sujeto con sus propios dichos para que el discurso siga, pero con algo que lo haga pensar sobre su propio decir con un efecto de interpretación.

El lugar de la admisión es un momento crucial, que no puede ser encarnado por principiantes, implica calcular y medir riesgos que, si el analista no pregunta no puede saber y eso no es sin intervenciones (Rubistein, 2014).

3.9. El resultado de la entrevista de Admisión

Rubistein (2014) se pregunta acerca del destino de lo dicho por el paciente durante la admisión, está claro que el admisor basa en ellos la derivación, pero pensarlo desde el lado del analista que comenzará el tratamiento prefigura dos posiciones: Saber o no saber lo que ha sido dicho. Algunos terapeutas no quieren saber nada de antemano, quieren poder escuchar lo que aparezca en la primera entrevista. Pero hay cosas importantes que se dicen en la admisión y puede que el paciente no hable más de eso, una vez que fue derivado. Dado que se trata de un espacio institucional, lo que fue dicho está escrito y no quedó por fuera, se puede preguntar al paciente al respecto, en caso de ser necesario, lo que implica no hacerse el tonto, hacer que cuente aquello que pueda tener importancia siempre que se dé la oportunidad y valga la pena. De esta manera, lo dicho en la admisión no cae en el agujero del saco roto, en el tránsito de un profesional a otro.

Por otro lado, siguiendo a Rubistein (2014) lo que se transmite en la admisión tiene un efecto que queda en el sujeto y eso el sujeto lo lleva con él, lo que se produjo como preguntas, movimientos subjetivos, llegará al espacio de tratamiento como

algo que el paciente mismo trae. Esto se verifica no sólo en la admisión, sino también en la derivación y en el re-análisis.

Para Roa (2008) la admisión también permite al consultante postular sus condiciones respecto de las características que deberá reunir el analista que se haga cargo de su caso. Son cuestiones del orden de lo imaginario operarían como condición para sentirse escuchado, por lo que merecerían ser tenidas en cuenta dentro del marco institucional pues no darles su lugar puede implicar el fracaso de establecer una transferencia en todo su rapport.

Cuando el analista sanciona la entrevista de admisión como último encuentro, no es sin consecuencias, ni para el analista, ni para el sujeto atravesado por el acto. Esto puede ser que ocurra porque para algunos sujetos solo se trata de un apaciguamiento de lo que los ha llevado a consultar, donde se pueden producir ciertos efectos terapéuticos, pero nada impulsa a seguir. También está la postura que supone que la finalización del tratamiento en institución se asimila a la entrada en análisis, de donde se desprende que las entrevistas preliminares son el marco de un tratamiento posible en institución (Campanella et al., 2008).

Según Itzig (2010) la frase “la admisión del sujeto” contiene un equívoco y es que, por un lado significa que el sujeto admite y por el otro que el sujeto es admitido.

Fernández Mores (2010) lo explica diciendo que la admisión del sujeto tiene dos vertientes, por un lado quien consulta admite que hay una causa que le concierne para eso que padece. No se trata de un reconocimiento yóico, sino que se ubica en la enunciación como un consentimiento subjetivo, quien consulta se admite sujetado a ciertos significantes al encontrarse sobre determinado por ellos; pero por el otro lado también, el analista admite en tanto aloja ese padecer, absteniéndose de intervenir desde ciertos ideales, (como podrían ser la proposición de soluciones propias) para crear así un espacio para que se despliegue la singularidad del sujeto, esta es la condición indispensable para la puesta en marcha de un posible tratamiento.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo, diseño no experimental.

4.2. Participantes:

El autor participó de dos entrevistas de admisión las cuales fueron registradas a posteriori y se adjuntan en anexo.

El primer caso, se designa con el nombre ficticio de F era una joven de 20 años estudiante universitaria quien dijo tener la necesidad de dejar su casa porque ya no soporta a su madre y por otro lado le costaba enfrentarla para comunicarle su decisión.

El segundo caso, a quien se menciona como Y, fue una mujer de 50 años empleada doméstica de nacionalidad peruana. Fue derivada por el colegio al que concurre su hijo de 15 años, quien padece un retraso madurativo. El motivo de la derivación fue prevenir identificaciones con un hecho de filicidio ocurrido a un compañero del niño, en la presunción de que la consultante estaría desbordada por otras circunstancias.

El presente trabajo se enriqueció con las entrevistas realizadas como observadores no participantes por los concurrentes a las pasantías de la materia Clínica de Adultos que aportaron sus anotaciones, quienes tenían al momento de la experiencia entre 20 y 28 años, sólo dos estaban en el segmento de edad mayor a 35 años (uno de cada sexo) y en su mayoría eran mujeres (solo 6 varones en las comisiones observadas). Los casos aportados por estos observadores se detallan a continuación y se adjuntan en anexo.

El tercer caso, observado por un varón, fue la consultante a quien se nombra como N de 37 años. Se trata de una empleada de comercio en relación de pareja con otra mujer quien dijo tener problemas de bulimia a raíz de una mudanza inminente y la propuesta de su pareja tener un hijo juntas.

El cuarto caso, fue aportado por una mujer, se trata de la entrevista a S de 21 años quien ubicó el motivo de consulta en torno a un padre con trastornos psiquiátricos que habría dado señales de ser peligroso para sí y para su familia, lo cual la provocó en ella una actitud de desgano y de no saber qué hacer.

Un quinto caso lo observó una mujer, es el caso de P de 31 años, mujer oriunda de una provincia quien luego de convivir 12 años con un hombre que según sus dichos la golpeaba, convive con sus hijos y su actual pareja, un hombre 41 años mayor que ella, en una situación que no le resulta cómoda.

Un sexto caso fue observado por un varón, se trata de un joven a quien se menciona como M de 33 años, quien dijo consultar a pedido de su novia y acusa tener una tara

desde su infancia producto de una acción del padre que arrastró a la familia a pasar ciertas privaciones y ser cuestionados moralmente en un pueblo del interior del país. Adicionalmente se realizaron entrevistas a tres actores de la admisión con el fin de recabar información relevante y que se adjuntan en anexo:

- Para la primera se citó a la directora de la institución quien ejerce esa función desde el año 2003. Se trata de una Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, con 22 años al frente de instituciones asistenciales (fue directora de otros centros desde 1997 a 2003) y más de 28 años ejerciendo el psicoanálisis lacaniano, tanto en el ámbito clínico, como docente. Cuenta con varias publicaciones sobre el tema del presente estudio..
- Para la segunda se convocó a una Licenciada en Psicología profesional con 10 años de ejercicio en el ámbito clínico, asistencial y docente. Es psicoanalista lacaniana y forma parte hace tres años del equipo de 30 admisores con que cuenta la institución
- Una tercera entrevista se sostuvo con la supervisora del grupo de primer año de concurrentes, es uno de los 3 grupos de concurrencias (hay otro de segundo año y uno de niños), quien es Licenciada en Psicología, con más de 15 años ejerciendo el psicoanálisis Lacaniano, tanto en el ámbito clínico como en el asistencial y docente; desempeñándose en esta función de supervisión desde hace tres años y de más de 10 años realizando admisiones en el equipo de la institución.

4.3. Instrumentos:

La información fue recolectada mediante la observación no participante de dos entrevistas de admisión, llevadas a cabo en los consultorios de la institución. Se realizó una transcripción no textual de las mismas ya que no estaba permitido su registro en medios electromagnéticos por razones de confidencialidad.

Se accedió a los registros de observaciones no participantes de otros observadores quienes recopilaron lo actuado por el admisor y el demandante de análisis durante dicha entrevista. Todas las admisiones registradas constan en anexo y se los identifica con un seudónimo para hacer referencia en el desarrollo.

Se obtuvo un documento interno de la Institución que tiene por finalidad dar algunas pautas generales a los admisores sobre el proceso de admisión, el mismo fue analizado en el presente trabajo adjuntándose una copia en anexo.

Se obtuvo información diversa en reuniones no formales con docentes y miembros de la institución, la misma ha sido vertida en el desarrollo de este trabajo. Los casos que no fueron documentados se identifican por la ausencia de seudónimo y tampoco se han incluido en anexo, en cada uno se intentó ubicar los dichos en contexto.

Por último, se realizaron tres entrevistas semidirigidas a una admisora, a una supervisora que realiza habitualmente admisiones y a la Directora de la Institución. Las mismas constan en anexo y los ejes en que se basaron fueron planificados con anterioridad y se describen en el punto siguiente.

4.3.1. Los ejes de la entrevista a las admisoras fueron:

- a) ¿Cuál sería según su criterio la finalidad de la admisión?;
- b) ¿Por qué piensa que sería necesaria la presencia de un psicoanalista y no cualquier otro profesional?;
- c) ¿Qué quedaría por fuera de lo posible de atender en la institución según su criterio como admisor, para la institución y para el tratamiento psicoanalítico?;
- d) ¿Qué se puede decir del futuro del tratamiento y a partir de qué elementos de la admisión?

4.3.2. Los ejes de la entrevista a la Directora de la Institución fueron:

- a) ¿Cuál sería la finalidad de la admisión en la Institución?;
- b) ¿Qué quedaría por fuera de lo posible de atender en la institución según su criterio como Directora? ¿Esto también quedaría por fuera del tratamiento psicoanalítico?
- c) ¿Existe algún método o indicaciones acerca de qué tareas se espera que cumpla el admisor a instancia de la entrevista de admisión?

4.4. Procedimiento:

Para la realización del presente trabajo se presenciaron dos entrevistas de admisión cuyo material fue vertido al presente estudio como ejemplos de los temas presentados. Estas entrevistas fueron llevadas a cabo ambas en día lunes a las 19

hs, las mismas tuvieron una duración aproximada que, superando la media hora no excedieron los 45 minutos. Se realizó una transcripción no textual de las mismas ya que no se permite su grabación en medios electromagnéticos por razones de confidencialidad.

Se complementó el trabajo individual con de otros observadores de otras entrevistas de admisión, contando con un registro de características similares.

Se profundizó el tema ubicando los interrogantes que hacen al presente trabajo durante los talleres de las concurrencias y pasantías, pudiendo indagar en esta instancia a los admisores de las entrevistas objeto de estudio y obteniendo del grupo aportes a la cuestión específica de cada admisión y del proceso en sí. Estos talleres tuvieron lugar los días lunes y martes de 20 a 21:30 y los sábados de 9 a 10:30 hs con seis docentes a cargo (tres varones y tres mujeres).

Se realizaron dos entrevistas a admisores, siguiendo los puntos del apartado 4.3.1 y con la estructura propuesta en el apartado 4.3.2 se obtuvieron las opiniones de la Directora de la institución.

Estas entrevistas se fueron llevadas a cabo en el siguiente orden: En primera instancia, se realizó la entrevista a la Directora de la Institución, en el despacho que ella ocupa en la sede institucional, siguiendo los ejes descriptos en el apartado 4.3.2, la misma tuvo una duración de media hora. Se solicitó autorización para registrar la conversación y la misma fue desgravada para su posterior análisis e inclusión al anexo que conforma este estudio.

La segunda entrevista se realizó a una psicóloga miembro del equipo de admisión de la institución, tuvo una duración de 20 minutos, posteriormente se realizó el registro de lo conversado para anexar al presente trabajo.

La tercera entrevista convocó a la Supervisora del grupo de primer año de concurrencias, se realizó en 40 minutos en la sede de la institución, previa autorización se registró la conversación procediéndose luego a la desgrabación de la misma para su análisis e inclusión en anexo a este escrito.

5. Desarrollo:

5.1. El lugar de la entrevista de admisión.

La entrevista de admisión no sería una entrevista preliminar (Roa, 2008) sino más bien una instancia administrativa que no es sin un admisor, quien puede ser o no un

psicoanalista dependiendo de la institución de la que se trate. El presente trabajo se basó en observaciones realizadas en una institución privada psicoanalítica por lo que el lugar del admisor lo ocupó en todos los casos un analista (Szyaniak, 2011).

La observación de todo el proceso de admisión durante la pasantía, permitiría ubicar dos etapas: Una propiamente administrativa y otra de admisión propiamente dicha.

En la instancia administrativa se observó lo que Roma (1992) menciona respecto a tomar nota de los datos personales del paciente y concertar la entrevista de admisión con un profesional. Esta etapa del proceso queda documentada dentro de la historia clínica, en una hoja impresa por computadora, a cargo de un auxiliar no psicólogo, donde se vuelcan los datos y se asigna un número de historia correlativo, cronológico y único por paciente, quedando pendientes en la forma otras marcas que registrará el admisor y darán cierto perfil al caso. Este perfilado consistiría, entre otras notas, en consignar ciertas características de la consulta. En primer lugar, si se requiere analista con experiencia. Un segundo punto es si debe evitarse la derivación a un profesional en particular debido a incompatibilidades éticas (sea el caso, por ejemplo, para evitar al analista de un familiar que se atienda en la misma institución). Una tercera característica importante de consignar sería en caso que exista alguna preferencia sobre el sexo del analista, los horarios disponibles para un futuro tratamiento. Por último se incluye en el perfilado si se trata de una urgencia subjetiva o un caso de cierta urgencia.

A partir de la observación participante de las admisiones, se pudo constatar que el admisor no llevó en ningún caso ninguna guía escrita respecto de que orientación va a dar a la entrevista, ni realizó ningún tipo de anotación en presencia del consultante a excepción de registrar los datos que se le requiere completar en la carátula de la historia clínica mencionados en el párrafo anterior (Roma, 1992).

Para el encuentro se programan entre 30 y 45 minutos de duración y, al menos en los casos que se presenciaron, no se excedió significativamente dicho lapso. Una vez concluido, el admisor vuelca sus observaciones en una hoja blanca tamaño oficio lisa, que formará parte de la historia clínica y se localiza como segundo folio de la misma.

Se pudo constatar que lo recabado por el analista en la admisión, se documenta a posteriori, sería un recorte de lo que escuchó, esto dio cuenta de lo que Szyaniak (2011) menciona acerca de las dos etapas de la admisión propiamente dicha. Dicho manuscrito es un documento al que se tuvo acceso, suele tener una extensión que

va desde los diez renglones hasta las dos carillas como máximo, aunque se observó con mayor frecuencia una extensión de una carilla y media, ninguna observación estuvo fuera del rango mencionado. Este documento se confeccionó en todos los casos presenciados de puño y letra del admisor, quien estampó al final de sus comunicaciones su firma y sello.

La redacción del documento descripto, dependería del estilo del admisor, pero se pudo verificar que en general se tiende a utilizar una forma impersonal citando entre comillas los dichos textuales que pudieran ser indicios de significantes del paciente para el terapeuta que tome el caso a posteriori. Como este registro ocurriría luego de la entrevista, puede pensarse que podría contener algunos aspectos inconscientes puestos en juego por el admisor, lo que daría lugar a aquello que escuchó y en cierto modo, no hubiera podido pasar por alto al momento de documentar el encuentro, localizando así algo más allá del “yo” del analista, en el rol de admisor, como lo señala Rubinstein (2008).

De lo expuesto hasta este punto, se podría pensar que se trata de una entrevista libre, sin embargo una muestra no sistemática de no menos de veinte historias clínicas que se observaron a lo largo de la pasantía, en la instancia de las supervisiones grupales, permitirían suponer que se trata de una entrevista semiestructurada, pues en ningún elemento de dicha muestra faltó material que dé cuenta del hecho de haber indagado sobre el motivo de consulta, datos que intentan configurar el desencadenante de la misma, datos sobre el entorno actual, actividad laboral y no laboral y la constancia expresa de haber comunicado al consultante las pautas institucionales.

La participación en las supervisiones permitió ubicar la importancia fundamental que tendría éste documento. Dicha afirmación se sustentaría en la observación que en casos que el admisor determinó la necesidad de un analista con experiencia, la supervisora evaluó si alguno de los analistas de su equipo podía acceder a la demanda que se le imponía, a la luz de la lectura de este documento. Dicha lectura intentó precisar si ella misma en tanto supervisor, estaba dispuesta a tomar el caso. En esto se observaría algún matiz a lo expresado por Soler (1984) respecto que si bien el analista se autoriza de sí mismo, en sus instancias noveles podría requerir de otro que lo guíe, más allá de la gravedad que pudiera percibirse en el caso. Este Otro se sitúa en la institución y el dispositivo que ofrece que incluye para el analista

la instancia de supervisión semanal grupal y va en línea con lo explicado por Fernández Blanco (2012).

El documento interno de la institución define al dispositivo de admisión como una o varias entrevistas que, según lo comentado por la supervisora en la entrevista personal anexa, cuando no logra detectarse el motivo de demanda en el consultante, puede proponerse probar un intento de ver si la institución es o no para ese individuo en particular. La admisión de la institución ofrecida al consultante como un tratamiento de prueba podría situarla como una admisión de más de una entrevista, pero este hecho no pudo observarse.

Ante la pregunta acerca de la finalidad de la admisión, los profesionales entrevistados coincidieron en darle una importancia fundamental al hecho de evaluar si la institución puede alojar la demanda de ese consultante en particular.

La directora por ejemplo dijo que la finalidad de una admisión sería poder evaluar si entre lo que busca el consultante y lo que la institución le puede ofrecer hay un grado de coincidencia y que si esto ocurre se lo admite, sino se lo deriva. No dar importancia a esta decisión implicaría cierto grado de irresponsabilidad institucional ya que una vez comenzado el tratamiento debería manifestársele al paciente que no era la institución acorde a su pedido de ayuda, ubicando como la principal dificultad en dicha instancia el haber puesto ya en juego la cuestión transferencial. Apoyó sus dichos citando a Freud (1913) respecto al tratamiento de prueba como una forma de prevenir tener que comunicar la imposibilidad del tratamiento a alguien que cree ya haber comenzado el mismo.

La supervisora entrevistada fue en el mismo sentido, pero fue más al detalle, no sería para ella la institución lo que puede alojar el pedido sino el dispositivo ofrecido por ésta, fundamentalmente ubicó la cuestión en la periodicidad, tanto de las sesiones (una vez por semana habitualmente) como de las consultas al psiquiatra (atendería una vez por semana, con lo que un paciente podría aspirar a consultarlo una vez al mes como máximo), además señaló como una finalidad secundaria determinar el grado de experiencia requerida al analista que tome el caso.

Una tercera opinión, la dio la admisora, quien manifestó cierto grado de cuestionamiento a la instancia de la admisión, si bien adhirió al discurso institucional respecto del ajuste entre la institución o el dispositivo y el pedido del consultante, lo diferencial lo ubicó en lo que respecta a la experiencia del analista a derivar, ya que opinó que un analista de primer año de concurrencia quien supervisa semanalmente

podría lidiar con las dificultades del caso con más dedicación y eficacia que un analista con experiencia, quien además seguramente tendría más pacientes y menos supervisión caso a caso.

Durante la práctica se pudo indagar que varios de los analistas a cargo de los tratamientos, no daban tanta importancia a la admisión y preferir escuchar al paciente de primera mano. Esta es una de las opciones que señala como posible Rubinstein (2014) acerca del destino de los dichos en la admisión. Sin embargo se pudo dar cuenta que todas las derivaciones ocurrieron previa lectura, ya sea en grupo o individualmente de la entrevista de admisión y en una reunión en la que se participó, se pudo constatar que la entrevista de admisión cuando no está, hace valer su falta.

El hecho se desplegó a partir de la admisión de N que luego de su observación por parte de un participante del taller, se analizó el caso ese mismo día, el profesor a cargo del taller señaló que se trataba de un caso que sería para un analista con experiencia. Pero terminada la clase, por una cuestión de horarios, el admisor no alcanzó a completar el informe y dejó la historia clínica en recepción. En instancias de asignación de casos, se entregó el mismo a un analista de primer año comentándose ante la falta de la transcripción de la admisión en la historia clínica, que se podría suponer que no habría aspectos relevantes a considerar en la misma. Al ubicar el observador rasgos comunes con la admisión comentada en el taller (fundamentalmente la fecha de realización y el admisor responsable) comunicó inmediatamente el punto de vista del profesor del día lunes y se procedió a diferir su asignación hasta contar con la descripción del admisor en la historia clínica. Si bien no se puede determinar qué efectos pudieran haber sobrevenido en caso de asignar el tratamiento a un analista del primer año, queda claro que algo operó en reemplazo de la admisión haciendo notar el lugar que quedaba libre.

La existencia de una admisión también, permitiría al analista designado tener acceso a elementos que podrían ser relevantes para rechazar el caso. Por ejemplo se observó en instancia de supervisión que un analista con horarios para atender a un paciente, lo rechazó después de leer en la admisión que el consultante estaba atravesando un duelo que le resultaba difícil ya que él mismo estaba en un proceso similar (Rubinstein, 2014).

Lo que escucha el admisor, queda disponible a veces en la transcripción de la entrevista, que es más que un acuerdo de horarios (Fernández Moores, 2010) como

se pudo verificar en un caso en que se derivó a otro equipo, un paciente con historia clínica sin restricciones respecto al terapeuta, que fue derivado por un concurrente de primer año con horarios disponibles. La lectura de la historia clínica aún en ausencia del concurrente que había hecho la recomendación al consultante, dejó a las claras que se trataba de un caso que debía ser atendido en otro equipo, pues se trataba de una persona cercana a uno de los integrantes del grupo supervisado.

En la entrevista a la directora se le interrogó acerca de qué podría considerarse un fallo en la admisión, la intención de esta pregunta era indagar acerca de la finalidad de la admisión apareciendo el elemento de las urgencias subjetivas. La directora comentó que aunque no se aloje la demanda, si se acerca un sujeto angustiado se debe medir si puede dejárselo ir, o se debe activar la red social del mismo para contenerlo. Se observó así lo expresado en Rubinstein (2014) y Roa (2008) respecto de las urgencias subjetivas que pueden aparecer en la admisión, en una viñeta que compartió la directora sobre una mujer de edad avanzada, que asistió a una admisión programada donde el admisor pudo detectar un estado de confusión que no le permitía dar cuenta de dónde debía ir al terminar la entrevista. Aquí el admisor se ocupó de ubicar a un familiar que viniera por la anciana. Si se hubiera dejado a esta admisión seguir los carriles institucionales dejando ir a la persona, se hubiera cometido un error de consecuencias legales graves para el profesional y la institución. Este error habría tomado sustancia en la Admisión (Roa, 2008).

En la misma entrevista la directora dio cuenta de una situación que puede dar indicios acerca de la admisión desde el consultante. Según sus dichos, muchas personas concurren a la institución luego de haber hecho una admisión en su obra social. Esto evidenciaría que el dispositivo no siempre funciona, en opinión de la directora cuando opera como expulsor sería por una falla al momento de alojar la demanda. Según su experiencia, los pacientes dicen que el admisor miraba el reloj todo el tiempo o que no se les dijo nada. Para la directora el admisor puede decir algo en ese sentido, tal como que es un buen momento para consultar, como una maniobra de alojamiento, un señalamiento como diferencia Fernández Mores (2010), que pudiera operar aliviando la angustia. Alojar provisoriamente la demanda no es responder a la demanda (Roa, 2008).

Más allá de la obviedad respecto que en una institución psicoanalítica casi es inesperable que no sea un analista quien esté a cargo de la admisión, todas las

entrevistadas dieron cuenta de que un analista marca una diferencia respecto de otros profesionales (Rubinstein, 2014).

La directora señaló que cualquier profesional, tanto psicólogo, psicopedagogo o psiquiatra podría llevar a cabo la tarea de evaluar si se lo admite, a que parte del equipo se deriva y si requiere previamente una consulta con el psiquiatra, pero localizó esta diferencia en la escucha de un psicoanalista como un plus. Dio ejemplos tales como que un analista puede oír un singular que no coincide con un plural, o escuchar que hay alguien de quien no se habla y no va a dejar pasar un fallido. Este plus que Rubinstein (2008) señala como dejar lugar al sujeto, es lo específico que agregaría el analista. En términos de González Castañón (1992) un analista no va a invisibilizar lo que el paciente trae.

Las tres analistas encuestadas, coincidieron, en cuanto al plus de escucha, pero en particular, la supervisora agregó un elemento que pone en relieve que se trata de una entrevista de admisión en la que participa un analista, ya que ese plus, esa aparición de sujeto, eso que un analista escuchará más allá del motivo manifiesto de consulta, motivo manifiesto sobre el que incluso puede intervenir para que se abra más, solo es en pos de verificar si la institución se ajusta a la demanda del consultante y no, en el sentido de producir un sujeto en transferencia en miras a un tratamiento, eso vendría después. Se observa en este distingo un elemento que diferencia claramente la admisión de una entrevista preliminar (Roa, 2008).

Se preguntó a las entrevistadas acerca de lo inadmisibile. La directora ofreció en su respuesta tres causas. La primera por el lado de lo que la institución no puede atender por no tener los recursos, ejemplificando con el hecho de no contar con guardia. La segunda refiere a lo que el paciente quiere dar, ubicó en este sentido los pacientes traídos, como por ejemplo los adolescentes por los padres, donde lo que no se admite es que alguien sea sometido a un tratamiento por otro, de esta manera la no admisión es una maniobra que posibilitaría una consulta en el futuro, como una puerta que no se cierra con un tratamiento por imposición. En este sancionar como última entrevista a la entrevista de admisión (Campanella et al., 2008) se puede ubicar algo del capital que queda en el sujeto como afirma Rubinstein (1998). Una tercera causa de no admisión sería cierta dificultad interdisciplinaria con médicos de pacientes que padecen enfermedades orgánicas, donde se sugeriría al consultante recurrir al servicio del hospital o clínica donde se atiende la enfermedad orgánica.

La admisora coincidió con las causas institucionales de no admisión y señaló que no se rechazarían pedidos de análisis por diagnósticos graves.

Ante la pregunta de lo inadmisibile, la supervisora distinguió un más allá de la institución, tratando de ubicar lo inadmisibile para cualquier institución, situándolo en los pacientes mandados, desde la alienación, en cuanto que no habría deseo. Ella señaló estar hablando de un deseo de otro, impuesto y que el consultante no tiene ganas de ver, o de probar si funciona, es decir no tiene ganas de venir a trabajar. En esto coincide con Fernández Moores (2010) va más allá de lo enunciado por el paciente como motivo de consulta, poniendo el foco en la presencia de este querer o no ver o probar. Por último clasificó como inadmisibile a quien tiene ganas de gozar y vendría para eso y no a trabajar. Ambas causas de no admisión remiten a la posición subjetiva en la que el consultante no asumiría que el síntoma tiene algún sentido y que le concierne, en coincidencia con los excluidos al tratamiento por Fernández Moores (2010).

5.2. Posición subjetiva durante la entrevista de admisión.

Para desarrollar este apartado se procedió a una lectura crítica de las entrevistas de admisión realizadas en la práctica en la institución y a las observaciones realizadas durante las supervisiones.

Se intentó buscar ejemplos donde los demandantes a partir de alguna maniobra del analista, mostraron un cambio en su posición subjetiva, como así también localizar, si los hubiera, momentos de división subjetiva (Roa, 2008) que permitieron ciertas emergencias de lo inconsciente en tanto diferencias entre lo enunciado y la enunciación, evidenciadas por la sorpresa ante lo desplegado en la entrevista, cosas de las que no se quería hablar y fueron expuestas, puntos de angustia sobre temas ya elaborados o que el paciente creía tener resueltos.

Es necesario agregar que los fenómenos que se intenta ejemplificar al ser en la admisión tienen un carácter provisional siguiendo a Frydman (2005), ya que en esta entrevista se intentaría poner a punto la demanda, o bien alojarla y a lo sumo sería una instancia previa para la rectificación subjetiva como lo plantea Rubistein (2008).

También se realizó una entrevista de admisión a J, una mujer que consultó por derivación de la escuela de su hijo discapacitado. Sus enunciados fueron en línea con ser exceptuada del tratamiento, afirmando que ella puede sola, pero a la vez

contando una situación de inseguridad que tuvo como consecuencia el asesinato de su esposo. Ella habría recurrido a la desafectivización, apelando a una posición canalla para sostener esa pérdida sin elaborar y acusar al marido de haberse ido, cuando en realidad fue asesinado. Se habría ubicado en una posición de madre, dando cuenta de su preocupación por el futuro de su hijo si ella no pudiera hacerse cargo de él, momento en el que se quiebra. El analista entonces hizo una maniobra, tomando los dichos de la paciente, la invitó a implicarse, le dijo que el tratamiento sería importante no porque ella sea peligrosa para su hijo sino por lo que a ella le pasó. La mujer respondió inmediatamente con más resistencia, tras los dichos del analista, afirmó qué es lo que “ellos”, refiriéndose a la escuela, le dijeron pero repitiendo que puede resolverlo sola. Nuevamente el analista intervino, insistiendo en dar lugar a lo que sucedió y tras valorar su voluntad de poder sola, le señaló que aun pudiendo sola, a veces se necesita la colaboración de los demás para digerir lo sucedido. Aquí el discurso cambió marcadamente y la mujer tomó otra posición, en la afirmación de que todavía no había aceptado la muerte de su esposo.

El analista hizo otra maniobra para implicarla y lograr un viraje. Ella comenzó a hablar de su esposo, lo que la posicionó más como mujer que como madre, que era la posición desde donde venía hablando, permitiendo que el admisor dirija la entrevista en este nuevo sentido lo que desembocó en el relato del homicidio del cónyuge más como un ajuste de cuentas que como un hecho de inseguridad.

La admisión concluyó con la paciente resistiendo, como haciendo un contrapunto de lo propuesto por Rubistein (2008) sobre el tiempo y el dinero en la institución, en esta instancia la consultante apeló a estos recursos para posponer el tratamiento. Ante la pregunta de la disponibilidad horaria, contrapuso la incertidumbre del arancel, respuesta que el analista postergó para que se determine en el primer encuentro con el terapeuta. Despejada a medias la cuestión no ofreció muchas posibilidades de horarios como para iniciar el tratamiento rápidamente, sin embargo se la admitió. Más tarde se pudo observar que esta consultante continuó con el tratamiento al menos por cuatro meses luego de la admisión.

A veces el analista, lograría cambiar la posición subjetiva con un viraje en la conversación, como sucedió en el caso de la entrevista de F, que se posicionaba en el discurso hablando como hija, en relación a su madre, a su padre, a sus hermanas y ante la pregunta del analista por eso que no aparecía, si estaba saliendo con alguien, la llamó a subjetivarse en su función de mujer, donde aparecieron

identificaciones al padre. En otro momento de la entrevista la paciente produjo el siguiente enunciado: “Yo estudio medicina 50% por mi papá y 50% por culpa, pero me encanta medicina”. Esto fue una enunciación del sujeto, respecto a una elección de carrera 100% ajena a su deseo. El analista tomó sus significantes y le repreguntó si cuando se reciba de médica sentirá culpa y podrá ocuparse por completo del padre (100%), ella intentó reafirmarse en su vocación con la oposición de otro enunciado “pero a mí me gusta la medicina” tomando el pero se le devolvió otro “pero más por él que por vos”, señalando el 100% de la enunciación y ella entonces aceptó esta división como posible. Y la puso en palabras al decir que se la quería agarrar con alguien, pero no podía agarrárselas con nadie.

Otro ejemplo se observó en la Admisión de P, donde la división subjetiva habría aparecido cuando la consultante de 31 años dijo sentirse en el medio entre su actual pareja y sus hijos. Adicionalmente, cuando señaló que su antigua pareja sigue teniendo un dominio sobre ella, lo que habría enunciado es que ella es dominable, poniendo la causa en otro, pero hay algo que la atravesaría en el orden de un goce propio, ¿por qué se deja dominar?

El caso de N de 37 años, durante la entrevista, no se observaron cambios en la posición subjetiva. El caso tenía algunas complejidades, ya que N no hizo historia de su relato, al que calificó de prontuario, no podemos asegurar que se haya producido un sujeto que hiciera aparición o un yo que pudiera dar cuenta de algo que le resultara propio con la extrañeza que caracteriza el fenómeno que convoca en este objetivo. Su relato estuvo plagado de posiciones imaginarias de los otros (“ella piensa que yo quiero”..., o “ella dice que yo tengo miedo de tener un hijo, capaz que tiene razón”). No se pudo observar la operación del cuerpo en lo imaginario como objeto recortado y la anorexia apareció haciendo síntoma en su imagen en una foto (que habría oficiado de espejo). Esto podría evidenciar de algún modo un tratamiento imaginario de lo simbólico. El síntoma que produciría la división del sujeto sería la inhibición (lo que dice no poder hacer) pero la pregunta se le armó en torno a la agresividad. El admisor compartió su idea del caso, como un autoerotismo que sienta sus raíces en un edipo hipotético, evidenciado por la falla en lo simbólico, por las series de mujeres que presentó y la identificación al padre (en el alcoholismo), siguiendo a Frydman (2005) todo tiene carácter provisional ya que el diagnóstico se relacionaría con la afinidad del tratamiento (que aun no comienza) con el síntoma.

En la admisión de S, ella parecería haberse refugiado en una pluralización del sujeto de su enunciado, lo que se observó en dichos tales como: “Tuvimos que internarlo” en relación al problema con su padre, de esta manera escondía el problema en los enunciados de otro. Planteó el problema en términos de que el padre había amenazado con matar a la madre y luego matarse él. Se observa la angustia ante la idea de suicidio del padre, descuidando el asesinato hipotético de la madre lo que daría cuenta de que podría estar ubicada a nivel fantasmático en el padre. Como este sujeto estaría armado a partir del padre, se mostraría desconcertada a partir del desconocimiento que los actos de este padre le obligarían a registrar, lo que no le estaría permitiendo ver ese desconcierto como un cuerpo extraño, no operando al menos en principio, como un síntoma que propicie un tratamiento en este sentido, como indica lo propuesto por Fernández Mores (2010)

Sin embargo habría algo perdido en relación al padre, que el sujeto no logró anoticiarse, pero podría decirse que sintomatizó como cierto desgano, cuando se le preguntó por ella y entonces dejó de hablar como hija y presentó un fenómeno, más del orden de lo depresivo (la falta de ganas). La depresión la asistiría al sujeto al no aceptar lo que sucedió, una forma de hacer que no pase.

En la admisión de M de 33 años, la posición subjetiva sufrió un viraje porque el admisor, habría detectado cierta agresividad asociada, optando por no sostener y dejando que el paciente volviera al lugar subjetivo en el que se lo notaba más compensado. Nótese que M era hablado durante la admisión por otro, “la novia dice”, “sus amigos dicen” o bien simplemente “le dijeron”, pero también hay un “la gente decía” que apunta a una solución paranoide escópica para el objeto primario, “eso me habla, me injuria” (“la gente hablaba”) (Lacan, 1965). Cuando el analista le preguntó si los padres lo dejaron de lado, lo habría invitado a hablar por sí mismo y ahí Marcelo respondió con una marcada agresividad ante la cual el admisor optó ante lo que podría ser una vacilación fantasmática por no insistir en esta línea.

En algunos casos la entrevista de admisión hace diferencia con la primera entrevista, como se pudo observar en una paciente que se derivó en el taller de supervisión que concurría con el motivo manifiesto de haber muerto su padre un año atrás y no poder elaborar ese duelo. El paciente concurre a su primera entrevista con el analista asignado y en esta entrevista no apareció este motivo de consulta sino que menciona que desde hace mucho tiempo la preocupa que se masturba, según ella mucho y como trabaja con niños, tiene miedo de dañarlos. En este caso la admisión

mostraría algo que sin ella no hubiera tenido existencia y es del orden de la diferencia, lo que difiere entre ambos encuentros, quedaría así convocado a decir algo sobre la posición subjetiva y brindaría material que podría orientar al analista en su trabajo de seguir escuchando. Nuevamente se hace evidente la posibilidad que los dichos del consultante en la admisión no se pierdan. (Rubistein, 2014)

5.3. Indicadores diagnósticos en la entrevista de admisión.

Respecto a este punto, las entrevistadas estuvieron de acuerdo en que nada se puede decir sobre el futuro del tratamiento a partir de la entrevista de admisión.

La admisoras señaló que en una lectura posterior de la admisión, el terapeuta puede llegar a detectar cosas que han surgido durante el tratamiento, pero que es un fenómeno propio del tiempo retroactivo con el que opera el análisis, que permite la lectura a posteriori, pero estaría en línea con lo propuesto por Frydman (2005) respecto de la concordancia de tratamiento y síntoma.

La supervisora pensó la cuestión más en términos de Freud (1913) citando la cuestión que como en el ajedrez, de una partida solo se puede decir de cómo fue la apertura y se sabe cómo será el cierre, pero nada de lo que suceda entre ambos hitos.

Tanto la supervisora como la directora comunicaron que no es un indicador lo que proviene de los enunciados del yo, ni el entusiasmo del paciente, ni el hecho de que lo hayan enviado por un tratamiento, que incluso una admisión con muchas resistencias puede convertirse en un tratamiento provechoso, lo que hablaría más de un diagnóstico del sujeto (Rubistein, 2014).

Esto se pudo observar en el caso de J donde al momento del análisis de la admisión, en el taller, el admisor comentó que veía muy difícil que esta mujer hiciera lugar a una pregunta propia, sin embargo regreso y se puede dar cuenta que sostuvo un tratamiento por lo menos durante cuatro meses.

La Directora ubica la imposibilidad de indicios futuros en la falta de transferencia, la transferencia instalada en este dispositivo es a su entender demasiado difusa o global ya que es hacia la institución o lo psi en general, que plantea Fernández Blanco (2012). Aun así aislaría por sus dichos, dos elementos que podrían cumplir función de indicios, el primero sería que el analista pueda hacer intervenciones

donde se produzca el efecto sujeto y el segundo, sería que el consultante esté dispuesto a ceder algo de su goce. Estos indicios no son indicadores diagnósticos.

Lo dicho pondría a los que se designaron como indicadores diagnósticos muy por debajo de sus aspiraciones ya que al faltar la transferencia carecerían del marco en el cual puedan ser leídos como indicadores propiamente dichos pues no revelarían nada con certeza. La supervisora incluso habla de que el diagnóstico no se determina por lo fenomenológico. Su recomendación es operar al principio siempre desde la precaución, como si se tratara de una psicosis, no interviniendo demasiado con interpretaciones, escuchando mucho y preguntando. Esto afirma la posibilidad de tratamiento a la psicosis como señala Lombardi (2005) y Frydman (2005) pero como tratamiento polivalente al menos al principio.

Los casos observados habrían permitido en muchas ocasiones ubicar posiciones de sujeto frente a la castración, que serían posicionamientos típicamente histéricos u obsesivos, e incluso rasgos psicóticos.

En la admisión de J por ejemplo la paciente de 50 años, se presenta como madre de un hijo con discapacidad a quien le mataron a su marido delante de ella, que ya verá como irá superando eso, que piensa que está bien y ubica el malestar en la discapacidad del hijo. Aquí se observa una posición canalla, desafectivizando el asesinato de su marido lo que podría dar cuenta de una posición psicópata, pero no de una estructura psicótica (Frydman, 2005).

En la misma entrevista se detecta una falla en la culpa, pues dice que su esposo se ocupaba del hijo y ella podía despreocuparse y hay un reclamo a tener que hacerlo ella misma ahora y un señalamiento a la muerte del esposo como responsable de su situación actual.

En la admisión, F, relató que está estudiando medicina y el analista le propuso un significante "adelantada" respecto de sus estudios en el hecho enunciado por ella de que, teniendo 20 años está ya en segundo año. Ella inmediatamente respondió que no, que en realidad se atrasó un año. Esta característica podría ser un indicador de una estructura histérica, donde el sujeto no aceptaría identificarse a ningún significante que lo signifique (Soler, 1985) pretendiendo quedar indeterminado por los significantes.

Lo mismo ocurrió cuando el analista señaló a partir de los propios significantes de la paciente, que se hacía cargo de su padre, ella respondió con una doble negación. Ella enunció que no tiene reproches al padre, pero sí con la madre lo que podría ser

un rasgo de orden histérico intentando proteger a su padre en falta frente a una madre que percibiría como completa (Soler, 1985).

Pero esta misma paciente también habría mostrado rasgos obsesivos, cuando relató una situación con lo que se percibió como un marcado temor por la hipotética pérdida del padre y una compulsión a repetir acciones tres veces, que oficiaría como un ritual para evitar la muerte del padre. Se podría pensar que estaría hablando como hija. La culpa podría haber aparecido por un deseo de muerte del padre, como si estuviera articulando un matarlo para curarlo, estas serían características más del lado de una estructura obsesiva (Lombardi, 2005).

En la Admisión N manifiesto ser adicta al alcohol y otras sustancias y estar recuperada, relató haber tenido épocas de bulimia y de anorexia. Ambas situaciones ubicarían una cierta fijación oral y la anorexia en particular aparecería sintomatizando su imagen en el espejo. Relató una serie de terapias que había realizado hasta el momento de la admisión, que podrían estar ubicadas más a nivel yoico, lo que iría en línea con el supuesto tratamiento imaginario que hace de lo simbólico, se veía gorda pesando 34 kilos hasta que se vio en una foto y se asustó. También se podría observar una posible posición de pasaje al acto en la cuestión de la bulimia.

En la admisión S habló de un padre con problemas psiquiátricos, al que han tenido que denunciar pues amenazó con matar a la madre y luego suicidarse. Ella se habría ubicado identificada al padre entonces se le preguntó que le sucedería a ella si el padre se matara, intentando ver si su enunciación señala algo del orden de no ser tan preocupante lo que pudiera pasarle si este padre matara a la madre cumpliendo su amenaza. En la misma línea cuando cuenta que su papá recién ahora ha empezado una terapia, estaría enunciando una posible identificación a él, empezando también recién ahora. En diversos dichos se podría intentar ubicar como no pudiendo sostener la imagen del padre y recurrió a algo del orden de quitar culpa justificándolo, lo que ubicaría un sujeto dividido entre el enojo y cierta preocupación y esto sí puede ser un síntoma porque lo estaría localizando como un cuerpo extraño, en cuanto dice no poder mediar.

El admisor señaló a posteriori un indicio de depresión en el desgano que enunció la paciente, ya que habría una pérdida que no estaría siendo aceptada de este padre y calificó dicha pérdida como lo peor que le pasó en la vida, la depresión sería una forma de que esto no suceda, ya que impondría todo un cuestionamiento a su vida a

partir de lo que le sucedió al padre. Esto se manifestaría como lo difícil que le resulta seguir después de esto que podría ser la caída del ideal, se estaría quedando atascada, habría un quiebre de orden narcisista, una caída de sus ideales (Rubinstein, 2014).

En la admisión M ubicó su síntoma como inhibición ya que enunció tener una traba mental que asoció a su infancia. El paciente intentó situar un hecho ocurrido con su padre de índole económica que afectó la relación con sus primos y concomitantemente la exclusión de una supuesta clase social en su pueblo de origen, sin embargo no pudo dar cuenta de qué situación se trató, la que calificó como un “hachazo” en su vida.

El admisor señaló posteriormente que este paciente estaría solicitando según sus dichos al otro que diga por él, por ejemplo cuando preguntó al analista si tiene con lo relatado hasta ese momento material para trabajar. Se ubicó además una cuestión que podría ser escópica, alusiva a la paranoia que se hacía intolerable cuando fumaba marihuana, época en la que creía que la gente lo miraba. Sin embargo la mirada parecería ser una cuestión secundaria a la voz, ya que el fenómeno parece ser más invocante, dado que quienes supuestamente lo miraban parecía que hablaban, como en el pueblo. De esa época también mencionó que además el tenía las orejas muy paradas, atribuyéndolo a que es sensible por el arte.

En esta admisión se podría estar en presencia de un discurso pre constituido del Otro, los dichos del paciente eran los de su novia, no habrían sido significantes de él, habría cierta falla en la enunciación pues marcadamente parece ser puro discurso del otro y no estaría logrando constituir un discurso propio. Habría una solución con cierto rasgo paranoide, escópica pero el objeto primario, parece ser eso que le habla, eso que lo injuria (Lombardi, 2005). La falta de fenómenos en el cuerpo estaría remitiendo a una psicosis ordinaria. El analista manifestó descreer que M no haya realizado ninguna terapia con anterioridad, a partir de observar que parece saber qué decir. Cuando se hizo la maniobra cuestionando a los padres y ante la cual el paciente se puso a la defensiva, manifestando cierto ánimo enojado, ahí el admisor hipotetizó que habría una precariedad que no debería ser sacudida y comentó su intención de no insistir.

Todos los fenómenos observados y relatados, estarían dando cuenta de que la existencia en la admisión, de indicadores de estructura, pero no podría hacerse un diagnóstico ya que ninguno en singular y sin transferencia sería indicador suficiente.

El admisor puede hacer las reflexiones que fueron comentadas en un segundo tiempo de la admisión (Szyniak, 2011).

En todos los casos se pudo observar que ningún analista en la admisión prestó significaciones inocentemente a los dichos de los pacientes, ya que las mismas estarían en los saberes que detentan los sujetos, que aunque inconscientes les pertenecen (Lombardi, 2005). Cuando lo hicieron fue en pos de poder poner a circular nuevamente la palabra.

En Admisión de J se observó el intento de alojar la demanda, cuando se le dijo que lo que le pasó (el asesinato de su esposo) es algo muy difícil, o que es difícil convivir con chico con retraso. También se la impulsó a seguir hablando cuando el analista minimizó el hecho de que la mujer pegue a su hijo, esto sería a fin de identificar si se trataría de un evento aislado o una situación de violencia familiar habitual. Todo esto sería en pos de acondicionar la demanda (Rubinstein, 2014).

Por otro lado como señala Frydman (2005), lo obtenido en la admisión solo permitiría un diagnóstico provisional y esto no podría ser de otro modo porque, por lo que se pudo apreciar en las supervisiones, después de la admisión, al inicio del tratamiento e incluso con cada entrevista, surgían rectificaciones a partir de nuevos dichos o nuevas enunciaciones de los pacientes que irían orientando al terapeuta. Este hecho sugiere la imposibilidad de exigir de una entrevista de admisión un diagnóstico definitivo.

Se trataría más bien, de señalamientos que intentan construir la demanda o empezar a hacerlo a partir de la oportunidad que brindaría a un analista la entrevista de admisión, por la escucha que buscaría un punto más allá de lo enunciado por el consultante (Fernández Moores, 2010)

También se observó en todas las admisiones que el analista solicita al paciente que historice su síntoma, dando lugar al sujeto en la admisión (Rubinstein, 2014), se les pidió dar cuenta de qué los trajo a la consulta, por qué ahora, dónde colocarían el inicio de su padecer. Todas esas respuestas serían los saberes que él mismo sujeto porta (Roa, 2008).

Los síntomas capaces de ser tratados serían sólo aquellos que el sujeto se autodiagnóstica, (Gurevicz et al, 2006) los que le resultan invisibles, mientras permanezcan en ese estado no pueden tratarse, en su relato los pacientes cuentan varias cuestiones, que se han presentado como fenómenos sin embargo solo serían

síntomas si el paciente los visualiza en el tratamiento, para trabajarlos en transferencia.

6. Conclusión.

A lo largo del presente trabajo se intentó explorar el lugar de la entrevista de admisión en ámbito de la institución privada dentro del tratamiento psicoanalítico, en la hipótesis que la posición subjetiva que los demandantes de análisis adoptaran o mudaran durante la entrevista o la presencia de indicadores diagnósticos relevantes durante la misma permitirían establecer la importancia y función diagnóstica del dispositivo de entrada al tratamiento en este tipo de instituciones.

Se pudo observar que la entrevista de admisión ocuparía un lugar en el tratamiento que no puede faltar, ya que su ausencia posibilitaría la ocurrencia de errores cuyas consecuencias son siempre impredecibles. Su importancia radicaría en que se trata de una puerta de entrada al tratamiento, con las características de esta institución en particular (Roa, 2008).

La admisión estaría requiriendo un analista porque la institución es analítica pero por sobre todo su presencia se basaría en el plus que la escucha psicoanalítica tiene para ofrecer, en ése que es un momento de decisión. Al ser dirigido por un analista posibilitaría que se dé lugar al sujeto más allá de los motivos manifiestos de la consulta, pudiendo así determinar si algo del orden del deseo, en tanto ganas de trabajar, aparece y que dé lugar a su admisión (Roa, 2008). Pero también habría una admisión de ese sujeto de algo que se le estaría presentando como propio pero desconocido, esta dimensión también requeriría un analista que la aloje.

La institución apuesta a que aparezca un pedido propio del paciente, no considera un motivo de no admisión el hecho que la consulta sea solicitada por un familiar, pero no serán admitidos si no logran constituir una demanda propia (Rubistein, 1998).

Las observaciones permitieron ubicar tres posibles tiempos en la entrevista, uno puramente administrativo, a cargo de un empleado no psicólogo, donde se recaban datos personales, un segundo tiempo de entrevista propiamente dicha, donde se posibilita el despliegue del discurso, se da lugar para la posible aparición del inconsciente, allí ocurriría la escucha psicoanalítica y un tercer momento de reflexión y documentación, donde el analista puede pensar atenta y detenidamente sobre el

caso decidiendo qué de lo escuchado estaría siendo el recorte que integrará la historia clínica y carta de presentación al futuro terapeuta (Roa, 2008).

Un dato que parecería importante, por la polémica que suscitó es la marca de analista con experiencia, que parecería ser más bien un llamado de atención para el supervisor de poner especial atención en el seguimiento del caso. Por lo que se pudo observar, no habría en los profesionales una validación de este rótulo al momento de tomar al paciente, lo cual abonaría la hipótesis que la importancia de la admisión no sería diagnóstica ni siquiera en esta circunstancia (Frydman, 2005).

Se pudo aislar una lista de lo inadmisibles por la institución en ajuste al dispositivo ofrecido, que operaría como un condicionante al analista admisor (Scavino, 1992), no dando la admisión según su sana crítica, sino de acuerdo a aquello que la institución con su dispositivo le permite ofrecer. En general tampoco se estaría ofreciendo como analista ya que no lo han venido a buscar a él sino a la institución a la que representa, caso contrario se trataría de una admisión directa, prevista por la institución pero que no fue objeto del presente estudio (Fernández Blanco, 2012).

También se ubican responsabilidades institucionales las que se quedarían configuradas a partir de la admisión más allá del resultado de la misma, ya que una vez que la persona solicita ser admitida, no podría ser desatendida, sin caer en la figura de abandono de persona, lo que requeriría determinadas maniobras por parte del profesional que la atiende, para poner en marcha las redes del consultante aún en el caso de la no admisión, inclusive determinando si la urgencia lo ameritara la internación (Roa, 2008).

Quedaría entonces confirmada la importancia de esta instancia del tratamiento por su ubicación en los albores de un análisis y como único dispositivo de entrada al mismo, no hay tratamiento sin admisión al menos en la institución privada observada, siguiendo a Frydman (2005).

Se pudo observar que todas las historias clínicas que fueron admitidas, al momento de su derivación se habría hecho uso de la admisión documentada por parte del analista designado para la aceptar o no el caso. Cada terapeuta habría tenido en cuenta sus propios indicadores para tal decisión, pero el testeo no fue sin partir de datos de este documento (González Castañón, 1992).

Otro objetivo que se intentó ubicar es si la importancia estaba basada en los cambios de posición subjetiva que operarían en la entrevista y la conclusión es que si bien parecen ocurrir, no serían tales que puedan precisarse como una condición

de inicio del tratamiento (Gurevicz y Mordoh, 2009). No siempre supondrían la puesta a punto de una demanda, aunque si tienen un efecto sorpresa que suele donar al paciente, un plus que ubicaría al significante que lo trae como propio pero desconocido.

Estos cambios de posición subjetiva podrían llegar a ser útiles si el paciente viene mandado y logra así ubicar en la admisión algo de su responsabilidad que lo pueda llevar a preguntarse por lo que le pasa, aunque, se insiste en la idea que el lugar para constituir la demanda sería el tratamiento en sí, durante las entrevistas preliminares (Roa, 2008).

En cuanto a la importancia que pudiera tomar la entrevista de admisión respecto a su poder diagnóstico a partir de indicadores de posición del sujeto frente a la castración, se observó que un analista podría ubicar estos indicadores, sin embargo no lo orientan para un diagnóstico, que no sea provisional. Hacer un diagnóstico a partir de esas marcas sería engañoso, ya que no se trataría de síntomas sino de apuntes del admisor y sin transferencia que quedarían inhabilitados como diagnósticos analíticos (Gurevicz y Mordoh, 2009). Sin embargo estos indicadores pueden orientar al admisor en la formulación de preguntas, pero siempre en el sentido de poner a hablar al sujeto.

En cuanto al alcance de lo abarcado en el presente estudio, las observaciones fueron marcadamente de pacientes de sexo femenino, en consonancia con la dispar distribución de sexos propia del público de la institución.

Otra restricción importante es que los fenómenos observados sólo pudieron dar cuenta de lo que sucede en una institución en particular, siendo la entrevista de admisión con las adaptaciones de cada caso, un dispositivo común a todas las instituciones. No debería intentar extenderse las conclusiones del presente trabajo a otras instituciones sin tener en cuenta esta limitación (Roa, 2008 y González Castañón, 1992).

Al no haber tenido en cuenta qué las consecuencias de la admisión podían evaluarse a posteriori en las reuniones de supervisión, se incurrió en una falla metodológica que no invalida el presente trabajo pero seguramente limitó el uso de esta instancia a posteriori. Si bien se pudo hacer mención de algunas observaciones en la supervisión han quedado por fuera del presente probablemente muchas otras por la falta de registro apropiado, esto se podría haber evitado con el diseño de un

instrumento adecuado para tal fin, como podrían haber sido el generar minutas de supervisión u observaciones participantes.

Las admisiones observadas y documentadas en el presente trabajo tuvieron la particularidad de haber sido protagonizadas por tres individuos (un admisor, un consultante y un observador), no contándose con estudios comparativos que puedan dar cuenta de las diferencias que se pudieran observarse en el dispositivo en su versión habitual de dos individuos (un admisor y un consultante). Por otro lado, las observaciones al haber sido en el marco de pasantías clínicas, sufrieron un leve sesgo que el admisor manifestó haber aplicado yendo un poco más allá de una entrevista de admisión común a fin de recabar más material de tipología diagnóstica para trabajar posteriormente en los talleres. La afirmación de que podría ser leve el sesgo, se basa en que el tiempo de duración fue en todos los casos dentro de los parámetros establecidos por la institución (aproximadamente entre 30 y 45 minutos) para las admisiones comunes (sin observadores).

Tampoco se puede precisar los efectos en los consultantes de haber participado de una admisión con un observador que solo aportó su presencia. En todos los casos el observador fue presentado como tal al consultante.

Si bien no fue objeto del presente trabajo se podría haber documentado mejor la extensión del material y los contenidos que finalmente se incluyeron como entrevista de admisión en las historias clínicas, a fin de documentar la estructura que estaría subyaciendo a la entrevista y que la observación de algunos casos habría permitido suponer. Este dato tendría más valor aún luego de un estudio (que hasta podría contener descripciones estadísticas) de los contenidos de la entrevista de admisión a partir del análisis de los textos, pero no sería una pregunta en el marco de la teoría psicoanalítica. Un estudio de las características descriptas sólo podría hacer algún aporte en el marco de una investigación sobre síntomas actuales, recopilando cuánto se repite de lo que dicen los pacientes, qué se repite y por qué o para qué insiste.

El estudio resultó ser específico, pues no pudo observarse casos diversos que hacen a la tipología de la entrevista de admisión como lo son las entrevistas múltiples de admisión, que son aquellas en las que no logra discernirse si el dispositivo se ajusta a la demanda en un solo encuentro y a las que cabe suponerles características diferenciales; ni a las admisiones directas que es el dispositivo pensado cuando se solicita a un analista de la institución en particular, ni a las admisiones sujetas al

acuerdo con el médico psiquiatra. Si bien se tuvo noticias de su existencia, su carácter de no habitual las dejó por fuera de lo que era posible observar en el tiempo que duró la práctica.

El trabajo aportaría a configurar un posible lugar a la entrevista de admisión, siendo producto de un entrecruzamiento discursivo entre el psicoanálisis y la institución (Roa, 2008) se ubica su importancia en lo que tiene de institucional que no es sin lo que tiene de psicoanálisis. Se pudo establecer la existencia de indicios diagnósticos, pero también el estudio de los casos obligó a relativizar su valor. Todo el trabajo reviste el grado de una aproximación a un tema que no cuenta con mucha bibliografía.

Se podría investigar en un futuro la admisión a partir de los mismos ejes en otras instituciones de manera que posibilitara establecer diferencias y semejanzas del dispositivo, también serían una interesante fuente de investigación las admisiones que se rechazan, ya que no se pudo observar nada de ellas.

Lejos de convertirse en un cierre o un punto final, el presente documento dejó abiertos muchos interrogantes personales, que seguramente servirán de impulso para seguir en contacto con el modelo que sirvió de punto de vista teórico en esta aproximación al tema. El trabajo en sí, contribuyó positivamente a la formación profesional, ya que a partir del mismo y se pudieron integrar conocimientos adquiridos durante la formación profesional, ahondando aquellas cuestiones que durante la carrera habrían captado la atención del autor.

7. Referencias Bibliográficas

- Campanella, G., Nocera, C., & Trillo, A. (2008). En G. Lombardi (comp.) Usos de la norma hospitalaria. En *Hojas Clínicas (compilación) 2008*. (pp. 157-165). Buenos Aires: JVE ediciones.
- Clavreul, J. (1978). *El orden medico*. Barcelona: Argot.
- Fernández Blanco, M. (2012) Transferencia e Institución. *Letras Lacanianas*, 5, 14 - 21.
- Fernández Moores, S. (2010). La admisión del Sujeto ¿Es necesaria la entrevista de admisión? *Aún*, 3/4 (1), 206 – 213.
- Freud, S. (1893). Estudios sobre la Histeria. En J. Strachey (Ed.) Obras completas (Vol. 2 pp. 3 – 42). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)*. En J. Strachey (Ed.) Obras completas (Vol. 12 pp. 125 – 144). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916). *6a conferencia. Premisas y técnica de la interpretación*. En J. Strachey (Ed.) Obras completas (Vol. 15 pp. 91 – 102). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. En J. Strachey (Ed.) Obras completas (Vol. 17 pp. 155 – 163). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*. En J. Strachey (Ed.) Obras completas (Vol. 20 pp. 171 – 244). Buenos Aires: Amorrortu.
- Frydman, A. (2005). El diagnóstico en los albores del psicoanálisis. En *Memorias de las XII Jornadas de investigación*. Buenos Aires: U.B.A.-Facultad de Psicología-Secretaría de Investigaciones.
- González Castañón, D. (1992) La Admisión: campo de problemáticas. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 10-12.
- Gurevicz, M, Mordoh, E., Lombardi, G. (2006). Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 14 (85 – 89)
- Itzik, L. (2010). Algunas reformulaciones sobre la Admisión del sujeto. *Aún*, 3/4 (1), 214 – 223.
- Lacan, J. (1960). Observación sobre el informe de Daniel Lagache: Psicoanálisis y estructura de la personalidad. *Escritos*, 2, 627-664.
- Lacan, J. (1965). Seminario XII: Problemas cruciales para el psicoanálisis. Inédito.

- Lacan, J. (1975). Conferencias y entrevistas en universidades norteamericanas en Scilicet 6/7 París
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y Textos I* (pp. 86-99). Buenos Aires.
- Lombardi, G. (2005) Efectos analíticos y diagnóstico en la primera fase del tratamiento. *Memorias de XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología UBA*, 3, 106-108.
- Lombardi, G. (2008) Función primaria de la interpretación. En *Hojas Clínicas* (compilación) 2008. (pp. 13-20). Buenos Aires JVE: ediciones.
- Miller, J. (1997) Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires: Ed. Eolia – Paidós.
- Real Academia Española (2014). Diccionario de la Lengua Española, *vigésima tercera edición*, Madrid: Espasa Calpe.
- Roa, A. (2008) La admisión no es una entrevista preliminar. En *Hojas Clínicas* (compilación) 2008. (pp. 173-181). Buenos Aires: JVE ediciones.
- Roma, V. (1992) Una cuestión de conceptos. En *Revista "Psicoanálisis y el hospital"*, 2, (5-6).
- Rubistein, A. (2004). La práctica del psicoanálisis en el hospital. En A. Rubistein (Ed.), *Un Acercamiento a la Experiencia: práctica y transmisión del psicoanálisis* (pp 27-35). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Rubistein, A. (2008) Entrevistas preliminares y efectos analíticos. En *Hojas Clínicas* 2008. (pp. 167-172). Buenos Aires: JVE ediciones.
- Rubistein, A. (2014). *Consulta, admisión, derivación*. Buenos Aires: Eudeba.
- Scavino, R. (1992) La admisión en tanto operación. En *Revista "Psicoanálisis y el hospital"*, 2, (7-8).
- Silvestri, D. (1987). Problemas y particularidades de la demanda de análisis en institución. En Eric Laurent, Danièle Silvestri & Otros (Eds), *El significante de la transferencia* (Seminario y Jornadas del Campo freudiano en Barcelona, 1985 II) (pp. 89-95). Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (1984) Standards no standards. A propósito de las entrevistas preliminares, del control y de la duración de las sesiones. En *Tercer encuentro internacional del campo freudiano: ¿Cómo se analiza hoy?* (pp. 100-121). Buenos Aires: Manantial.

- Soler, C. (1985) La elección de la neurosis. En Finales de análisis. (pp. 113-130). Buenos Aires: Manantial.
- Szyniak, A. (2009) La admisión, un dispositivo en dos tiempos. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11725>

8. Anexos

8.1. Entrevistas

8.1.1. Entrevista a la directora de la Institución

La entrevista a la Directora de la Admisión se realizó en su despacho en la sede de la institución sin otros participantes. Se solicitó previamente permiso para registrar la conversación y el mismo fue concedido. Luego un cálido recibimiento comienza la entrevista objeto de la reunión.

Entrevistador (E) –Bueno comencemos... ¿Cuál sería la finalidad de la admisión en la institución?

Directora (D) - Quien se acerca, a la institución lo hace con un pedido, no lo podemos llamar aun una demanda porque no tiene ese estatus, viene porque tiene una cuestión manifiesta solicita ayuda. La finalidad de una admisión sería poder evaluar si entre lo que busca el consultante y lo que la institución le puede dar hay un grado de coincidencia. Si esto ocurre se lo admite, pero si no hay coincidencia, lo que se hace es una derivación externa a otro tipo de institución diferente, que tenga otra estructura, por ejemplo: si viene alguien con un pedido en relación a una cuestión de consumo y está consumiendo de una manera importante, nosotros solemos derivar a una institución que se ocupa de esa temática y que tiene otros dispositivos -como guardias o acompañamientos- que permiten implementar otro tipo de estrategias. El objetivo de hacer una admisión es ver si el paciente es admitido porque lo que le ofrece la institución es lo que él busca. Otro ejemplo es los horarios disponibles de los analistas, que por lo general vienen a la institución una vez por semana y si se acerca alguien que requiere mayor frecuencia de tratamiento, antes de admitirlo debemos constatar que contamos con algún profesional que tenga horarios para venir en la frecuencia que entendemos el consultante está necesitando.

E – ¿Sería la contra cara del ‘venir a pedir’, un: ‘A ver que te puedo dar’?

D – En cierto sentido, porque si no sería muy irresponsable de parte de la institución que al poco tiempo deba comunicarse que no era la institución lo que el consultante estaba buscando, con el agravante de tener que comunicarlo con una cuestión transferencial ya establecida... es muy complicado de esa manera, esto lo decía Freud, entre los motivos del

tratamiento de prueba. El creía que algunas patologías no se analizaban, porque no desarrollaban transferencia (que era el motor de la cura lo que los dejaba sin ninguna posibilidad) pero además por cierta cosa del prestigio del psicoanálisis que en esos momentos se estaba iniciando. Consideraba que no se podía tomar a alguien, bajo riesgo que cuando pensara que ya estaba en tratamiento decirle que eso no era aplicable a su caso.

E – ¿Por qué piensa que sería necesaria la presencia de un psicoanalista en la entrevista de admisión? ¿Por qué no podría ocupar ese lugar otro profesional o un psicólogo desde otra posición teórica?

D – Podría serlo, es una elección institucional y básicamente se debe a que somos una institución psicoanalítica donde nos parece que la escucha de otro tipo de profesional, que podría ser un psiquiatra por ejemplo, evalúa determinadas cosas pero la escucha de un psicoanalista que puede evaluar esas cosas tiene además un plus. Yo digo que la admisión no es una entrevista preliminar porque el que está a cargo de ese dispositivo, debe decidir una serie de cosas, primero si lo admite, en tal caso en que parte del equipo asistencial lo deriva, si se necesita antes de admitirlo hacer una entrevista psiquiátrica, etc. Esto lo podría hacer un psiquiatra, un psicólogo no psicoanalista y lo podría hacer un psicopedagogo, solo hay que seguir las pautas institucionales y se puede resolver. Me parece que la escucha psicoanalítica le implica un plus del orden de lo que escuchan los analistas, lo podríamos resumir como “pavadas” (risas), por ejemplo uno escucha un plural que no coincide con un singular y pregunta sobre eso, pregunta sobre algo que se omitió, si alguien habla en la admisión sobre su mamá, su marido, sus hijos y no menciona a su padre, el admisor pregunta... pero eso está determinado por la escucha analítica, no por las pautas de la admisión, eso le agrega un plus. Un analista no va a dejar pasar un fallido, este es el plus que le agrega lo específico de la escucha analítica.

E – ¿Qué quedaría por fuera de atender? ¿Si hay una admisión? ¿Qué no se admite?

D – Si claro, porque si hay una admisión, hay lo que no se admite y tiene que ver con aquellas presentaciones de los que vienen a buscar, donde la institución considera que los recursos que tenemos son insuficientes, por ejemplo el tema de que no hay guardia, alguien en un momento de

desencadenamiento psicótico que necesita hospital de día, internación o un dispositivo que tenga guardia, hay que derivarlo. Pero también hay casos que no se relacionan con lo que la institución puede ofrecer, más bien con lo que quiere dar. Si viene un adolescente traído por sus padres, por ejemplo, traído un poco por la fuerza, donde él no está de acuerdo, donde al empezar la entrevista de admisión te dice que viene porque lo obligaron, que no tiene nada que decir, que no le pasa nada y que el que está angustiado es quien lo trajo, me parece que admitirlo es arruinar cualquier otra futura consulta que el joven pueda hacer en su vida, porque va a venir obligado y quedarse callado. Esto no se admite, no se admite la consulta donde no hay accesibilidad de parte de aquel que viene, aun después de ver si se puede poner en forma esa demanda y no se consigue. Se le indica que cuando él quiera, la institución está abierta para cuando él lo necesite, pero además se acompaña con una invitación al que lo trajo, no de tratamiento necesariamente, a veces se ofrecen unas entrevistas de orientación porque no hay duda de que ese que lo trajo está angustiado y a veces se resuelve la cuestión con esta intervención. Este sería otro ejemplo de lo que no se admite que no tiene que ver con la gravedad, ni con la patología, sino con algo de la posición de aquel que viene, porque forzar una consulta es arruinar la posibilidad de una demanda genuina en el futuro, porque alguien a quien vos sometes a eso después es muy difícil que consulte.

Otro ejemplo de no admisión son consultas que están muy enganchadas a una patología orgánica muy pesada, donde el demandante precisa de mucha atención médica, no porque no lo podamos atender, pero lo que nos suele pasar es que nos cuesta trabajar con los médicos porque no dan bolilla, entonces aconsejamos que se atiendan en el servicio de psicopatología del hospital donde tienen la reciben la atención por la enfermedad orgánica, porque los médicos no dan bola.

- E – ¿Se puede decir algo sobre el futuro del tratamiento a partir de indicios que se pesquisen en la admisión?
- D – Yo creo que no, porque no se tiene en la entrevista de admisión un elemento que es fundamental, que es el desarrollo de transferencia, solo tenés eso que se podría llamar transferencia previa que hace que alguien venga a consultar a este lugar y no a otro. Se trata de una transferencia demasiado difusa o global

que es a la institución, o a lo psi, o que alguien que lo recomendó, porque la mayoría de nuestros consultantes vienen recomendados por otro, pero eso no garantiza que haya una transferencia con todo su rapport con ese analista que le tocó en la entrevista de admisión. Me parece que el futuro del tratamiento está muy determinado por dos cosas: Por la posición del analista con las intervenciones que pueda tener en la entrevista de admisión y por la posición subjetiva de aquel que consulta en cuanto a si está dispuesto a ceder algo de su goce, porque si el que viene a consultar no está dispuesto, por más que el analista manibre, intervenga, etc., no va a pasar nada. El motivo de consulta que es un motivo yoico, no es ni más ni menos auspicioso. Que alguien venga a decir que ahora se dio cuenta y que se quiere analizar y que está decidido a alguien que dice que viene a probar porque en esto no cree.

- E – ¿Pero el admisor no podría pescar una diferencia entre el motivo yoico y ese algo más?
- D – Si pero la admisión no da tiempo para intervenir sobre eso... pero si ocurre, si el admisor lo hace de manera tal que causara un efecto sorpresa en el consultante, porque... yo creo que lo que te da la pauta de si la entrevista va a prosperar en el sentido de un tratamiento, en el sentido de que tenga alguna eficacia terapéutica del analista, tiene que ver más con se produzca un efecto sujeto, que aquel que viene encuentre alguna cuestión que no se le había ocurrido, que no había pensado, que le sorprenda ésa dimensión fuera de su yo.
- E – En una entrevista que me toco presenciar, la entrevistada manifestaba todo el tiempo que había sido enviada por un tercero, el colegio en su caso, pero el admisor le señaló un par de veces que ella debía encontrar algún motivo en ella para asumir la tarea que implicaba el tratamiento. Luego cuando comentamos el caso el entrevistador señaló esta cuestión que si no encontraba en ella un motivo el tratamiento no iba a prosperar, ella dejaría de venir. Como que en esa diferencia entre la demanda yoica y la no aparición de sujeto, ahí había un predictor respecto del futuro del tratamiento, respecto de que esta mujer no fuera a volver.
- D – Si pero yo creo que a eso hay que darle siempre una oportunidad, porque alguien que viene en esa posición y esa posición se sostenga un tiempo (por eso pensamos sobre que es primero si la intervención o la transferencia)...

pero muchas veces alguna intervención que aquel que viene no espera, no se imagina, no se le ocurre, hace que le parezca que hay algo que se abre como una nueva luz y lo lleva a pensar y lo engancha. O todo lo contrario, alguien que viene muy decidido... no pasa nada y se va.

E – ¿Existe algún método o indicaciones acerca de qué tareas se espera que cumpla el admisor a instancias de la entrevista de admisión?

D – Si fundamentalmente es esto que hablamos, en primer lugar, debe evaluar si hay coincidencia entre esa demanda que hace el solicitante y lo que puede ofrecerle la Institución. En segundo lugar debe establecer si es una urgencia, si hay necesidad de hacer una entrevista psiquiátrica. Estas dos cosas como mínimo.

Pero también debería pesquisar otras cosas que pueden ser interesantes para aquel que va a continuar el tratamiento, tales como los motivos que lo movieron a elegir esta institución para tener una idea de la transferencia previa y también, si hay alguna cuestión que se pueda establecer del desencadenante de la consulta que no coincida con el motivo manifiesto, que diga un motivo pero en el relato de la admisión aparece que hay un desencadenante, algo que sucedió más del orden de lo real que no necesariamente se ubica cercano en el tiempo, pero el admisor puede ubicar como el verdadero desencadenante y es un punto interesante de registrar.

E – ¿Cuál sería la responsabilidad profesional o institucional del admisor? ¿Qué podría caratularse como un fallo en la admisión o como un error y si alguna vez pasó?

D – Yo creo que el fallo más habitual es esta cuestión de que el paciente no vuelve. Creo que es una falla de la entrevista de admisión, porque así además de recibirlo creo que hay que poder hacer una maniobra de alojamiento que haga que ese paciente vuelva y a veces eso no se da, entonces el paciente no se sienta escuchado y no vuelve.

Otra falla tiene que ver con medir el riesgo, que a veces es difícil...por ejemplo, en alguien que viene muy angustiado poder medir el riesgo que implica decirle que vuelva la semana que viene... Me viene a la mente un ejemplo de una señora mayor que concurrió a la admisión y la persona que la recibe se da cuenta que está en un estado de confusión, que no le permite ubicar donde se tiene que ir al finalizar la entrevista, entonces no se la dejo ir,

se ubico un familiar y esperamos que la vinieran a buscar. El error hubiera sido dejarla ir, habría habido incluso abandono de persona, porque si el admisor registra algo de eso es su responsabilidad que esa persona no se vaya así, por su cuenta.

- E – Parece que la admisión, si bien es una puerta que se puede cerrar para lo que no se admite, también es una puerta que se puede cerrar para lo que se admite y no se aloja.
- D – Una cosa es evaluar si la institución coincide y la otra es si el admisor no hizo lo suficiente para que el consultante quiera volver. Tengo el indicio que eso pasa mucho en las obras sociales, porque nosotros recibimos mucha gente que dicen haber hecho un intento de consulta en su obra social y te cuentan que la persona que las atendió estaba todo el tiempo mirando el reloj, o que anoto algunas cosas pero no dijo nada, yo creo que la no respuesta en la entrevista de admisión, aunque lo que uno diga sea algo sin mucho sentido, es absolutamente importante, al menos se debe decir que es un buen momento para consultar si lo considera así, pues eso es ya una forma de alojar, es como una invitación a hacer algo con eso que trae. Esto es un efecto de la transmisión de la posición del analista en la teoría psicoanalítica, que hace que muchos analistas al principio tenga mucho miedo a responder, porque todo es responder a la demanda y alojar no es responder a la demanda. Una de las principales funciones de la admisión es que el paciente se haya sentido escuchado y quiera volver.
- E – La entrevista de admisión parece ser una instancia con una función que si no está realmente falta...Un profesional me comentó un caso de una admisión a la que el paciente concurre con las pupilas dilatadas. El terapeuta insistía en saber qué sustancia había consumido el consultante pues tenía la hipótesis de que se trataba de consumo de sustancias y ante su insistencia finalmente logra anoticiarse que había consumido veneno para ratas... la admisión termina en una hospitalización que le salvó la vida. Pero esto ocurrió en un hospital.
- D – También hay gente que llega en un estado de mucha desesperación y si uno no tiene una respuesta contenedora, puede suceder un hecho grave. No solo para el sujeto que viene sino para otros.
- E –Bueno muchas gracias por su colaboración.

Saludos y fin de la entrevista.

8.1.2. Entrevista a la Admisora

La entrevista a una psicóloga de las que conforman el equipo que tiene a su cargo las admisiones, la misma se realizó en un consultorio de la institución sin otros participantes. Se solicitó previamente permiso la conversación fue registrada a continuación del encuentro. Luego un cordial intercambio de saludos comienza la entrevista objeto de la reunión.

Entrevistador (E) –Bueno comencemos... ¿Cuál sería la finalidad de la admisión en la institución?

Admisora (A) – Para mí es una cuestión con la que no estoy muy de acuerdo, porque no le encuentro mucho sentido a la admisión, no creo que sea tan indispensable, ya que el admisor no es quien va a tomar a su cargo el tratamiento, no es el analista, sino que es una instancia previa y no tengo muy en claro que sea una instancia necesaria. Te puedo decir que desde lo institucional, la admisión es una instancia en la que se trata de ver si quien consulta puede ser alojado por la institución, básicamente en cuanto a que nosotros tenemos un psiquiatra que viene una vez por semana y no podemos por estructura, atender a personas que requieran un tratamiento con psiquiatra con otra frecuencia. No rechazamos otras cuestiones, es decir no se deja de atender porque el diagnóstico sea complicado.

Por otro lado no estoy de acuerdo con que alguien necesite un psicoanalista con experiencia, ya que el analista se autoriza a sí mismo y en mi opinión, un analista de primer año que esté siendo supervisado semanalmente puede tranquilamente ocuparse de esos casos con más eficacia y probablemente con más dedicación que uno con más experiencia que tiene varios pacientes... así que esa creo que es la finalidad de la admisión, ver si la institución se ajusta a la demanda del consultante.

E – ¿Podría entonces el analista en la Admisión hacer una puesta a punto de la demanda?

A – El analista va a hacer algún señalamiento, si, va a intentar maniobrar algo de eso, pero no siempre pasa. Hace unos meses vino una persona por ejemplo consultar por un caso de violencia familiar y abuso, pero a raíz de una pregunta que le hice en la admisión se planteó él mismo la pregunta de 'por

qué tenía el sí fácil'. Eso no era lo que lo traía sin embargo apareció algo en el orden de la división que lo hizo plantearse esta nueva pregunta en su demanda. Pero esto no siempre ocurre, a veces la admisión es solo un trámite. No hay que olvidar que así como hay un admisor, el consultante es alguien que quiere ser admitido y también se da que lo que se dice en la admisión es para ser admitido, lo que considera correcto para esa instancia en pos de ser aceptado para el tratamiento y luego en la primera entrevista con el analista aparece el verdadero motivo de la consulta. Lo que en verdad lo trae por acá.

E – ¿Cuál es el la diferencia fundamental en tu opinión de la presencia de un psicoanalista en la entrevista de admisión respecto de que la misma la realice otro profesional o un psicólogo desde otra posición teórica?

A – El analista va a sumar al proceso eso que no aportaría por ejemplo un psiquiatra, quiero decir que un psiquiatra va a buscar signos objetivos de alguna enfermedad para poder decidir un tratamiento seguramente con alguna medicación para ese consultante, intenta ubicar una depresión o un trastorno específico, pero un psicoanalista apunta al sufrimiento subjetivo, a que le pasa a esa persona en particular. Básicamente, un analista aportaría la escucha, pero en otro nivel de escucha que no es el de otros profesionales.

E – ¿Qué quedaría por fuera de atender? ¿Si hay una admisión? ¿Qué no se admite?

A – Creo que nada, salvo aquello que no esté la institución en condiciones de alojar, el resto es todo atendible. Eso no quiere decir que el tratamiento se lleve a cabo pero se trata de alojar todas las demandas porque no se rechazan pedidos de análisis por diagnóstico. Ves ahí tengo otro punto en que no logro ubicar la necesidad de la admisión pues el diagnóstico es en transferencia y eso no ocurre en la admisión o si ocurre no es una transferencia en condiciones como la que se espera ocurra en un tratamiento donde se pueda hacer un diagnóstico. Creo que no es una finalidad de la admisión el diagnóstico.

E – ¿Se puede decir algo sobre el futuro del tratamiento a partir de indicios que se pesquisen en la admisión?

A – No creo. No se dan como dijimos las condiciones para poder saber que ocurrió en la admisión. Si puede pasar qué a posteriori si uno está tratando a ese consultante y vuelva sobre la historia clínica a releer la entrevista de

admisión, ubique cosas que ya habían sido dichas en esa instancia, pero así funciona el psicoanálisis en ese tiempo retroactivo, que permite una lectura a posteriori, pero sin el tratamiento y la transferencia es imposible decir algo del tratamiento salvo algunas cuestiones entre comillas diagnósticas, como no decir algo o escuchar sin señalar esperando a ver que más dice el consultante pero ya en instancias del tratamiento.

E –Bueno muchas gracias por su colaboración.

Saludos y fin de la entrevista.

8.1.3. Entrevista a la Supervisora.

La entrevista a una de las personas responsables de las admisiones, la misma se realizó en un consultorio de la institución sin otros participantes. Se solicitó previamente permiso para registrar la conversación y el mismo fue concedido. Luego un cordial intercambio de saludos comienza la entrevista objeto de la reunión.

Entrevistador (E) –Bueno... ¿Cuál sería la finalidad de la admisión en esta institución?

Supervisora (S) –Bueno, yo te iba a arrancar por ahí, en esta institución la finalidad de este dispositivo institucional, que es un dispositivo de una vez por semana, que si un paciente esta angustiado puede ser que se estire a dos veces por semana, pero como excepción, o la posibilidad de la atención psiquiátrica que tenemos un psiquiatra que viene con un horario súper acotado que ve a los pacientes a lo sumo una vez por mes, si estas características de este dispositivo pueden alojar a esa persona que se acerca a pedir un tratamiento. Lo primero que debemos discriminar de la persona que estamos entrevistando es si este dispositivo le va a servir o necesita algún otro tipo de dispositivo, ya sea hospital de día o atención psicológica con otra frecuencia, o en casos más extremos una internación. Esta sería como la primera finalidad. Otra finalidad más secundaria es la que tiene que ver con determinar si necesita un analista con experiencia o si lo puede tomar cualquier analista de la institución.

E – ¿Cuál es el la diferencia fundamental en tu opinión de la presencia de un psicoanalista en la entrevista de admisión respecto de que la misma la realice otro profesional o un psicólogo desde otra posición teórica?

S – En principio, un analista por las características de la institución, se trata de una institución psicoanalítica entonces se van a encontrar con analistas. La diferencia yo la pondría en términos de escucha, el analista lo que hace es escuchar, cuestiones que tienen que ver no tanto con el orden de lo que se dice sino con la posición desde donde se dice. Esa sería la diferencia con otro profesional. Dejame pensar... Lo que se da con un analista es la posibilidad de abrir el inconsciente, de producir un sujeto, que son particularidades o singularidades de la clínica psicoanalítica que por ahí, marcan la diferencia con otro tipo de prácticas o teorías, el analista no le va a dar un consejo, solo lo va a escuchar y a partir de la escucha construir algo que tenga que ver con el deseo de ese sujeto.

En una admisión que dirige un analista lo primero que vamos a escuchar es un motivo de consulta que el analista va a abrir y no quedarse con eso, el entrenamiento del analista le permite no quedarse con eso que se dice. La persona viene con un motivo y uno puede escuchar algo atrás de eso y ver que otras cuestiones aparecen, siempre en pos de determinar si el dispositivo sirve o no sirve, no en pos de una cuestión moral o de un deber ser.

E – Ahora determinar si el dispositivo sirve o no sirve es una cuestión determinada por algunas características que se determinan rápidamente, a partir de ese momento, pareciera que fuera más importante acondicionar la demanda para que esa puerta de entrada que es la admisión se convierta en una puerta de entrada y no en una puerta giratoria...

S – Si, vos decís algo interesante que tiene que ver con el deseo, aunque es un poco elevado para esta instancia de los encuentros, digamos mejor con las ganas, uno escucha en la consulta si hay ganas o no de hacer un tratamiento, cuando vienen cuando la mujer los manda, que uno desde las características del dispositivo lo puede alojar pero el punto es si quiere en este momento ser alojado o no. El analista también va a permitir ciertas maniobras, al entender el análisis como un proceso uno puede darse la posibilidad de proponerle probar un intento de ver si esta institución funciona con él en particular y advertir al analista para que organice un tratamiento de prueba.

E – Si hay una admisión hay algo que no se admite, ¿qué sería lo inadmisibile, según tu criterio, tanto en lo personal como en lo institucional y para el psicoanálisis?

S – Decir lo inadmisibile suena a algo que va más allá de las características de la institución, sino a ciertas cuestiones que son inadmisibles en esta y en cualquier institución. Es una pregunta interesante hacia donde te lleva, la fuerza del significante inadmisibile, que pasa algo del orden del límite. Se arma un juego que va más allá del dispositivo. Si yo tengo que dar cuenta de que es lo inadmisibile en esos términos, te diría que tiene que ver con la falta de ganas, en el inicio de un tratamiento es alguien que viene mandado por otro, que viene desde una alienación y no desde al menos las ganas (como algo separado del deseo) de ver de qué se trata, de probar, que de ahí se pase al deseo de un análisis es otra cuestión porque tiene que ver con una entrada en análisis, Lo inadmisibile es que no tenga ganas de venir a trabajar. Y otra cuestión inadmisibile seria alguien que viene a gozar y amonstrar algo de su goce y esto también sería algo inadmisibile que en un punto hablamos de lo mismo, alguien que viene a gozar es alguien que no tiene ganas o que tiene ganas de gozar en todo caso, lo inadmisibile arrancarí por ahí.

E – ¿Se puede decir algo sobre el futuro del tratamiento a partir de indicios que se pesquisen en la admisión?

S – Para mi seria una falta de respeto y de ética decir algo del futuro del tratamiento desde una entrevista de admisión, volviendo a Freud, él dice que como en una partida de ajedrez, lo único claro son las aperturas y los cierres, entonces, me parece que en una apertura, no se puede decir demasiado más que algo se abrió en todo caso, después el devenir de esa apertura es algo que es siempre incierto y por ahí uno escucha una cuestión de mucho entusiasmo que rápidamente cae, me parece que no se puede decir demasiado del futuro del tratamiento, todo lo contrario, por ahí uno escucha alguien que viene con mucha resistencia y después empieza a enganchar y a producir.

E – ¿Hay indicadores diagnósticos en la admisión?

S – Lo que me viene a la cabeza es una reunión de cátedra que tuvimos hace un mes donde un analista presenta un caso que trabajamos en la comisión, tiene una paciente hace cuatro años y todavía tiene dudas diagnóstica pero lo interesante fue el debate que se armó en función de esto, que algunos decían que en una entrevista, en la primera entrevista ya te podes dar cuenta de... y otros que sosteníamos que el diagnóstico es siempre en transferencia y se

armó un lindo debate en relación de que si el paciente viene brotado, te das cuenta de su estado, que es un brote, si y no, porque puede ser una cuestión histórica, o una desorganización muy profunda que después revele una cuestión obsesiva.

Te puedo contestar desde como yo pienso la clínica, creo que hay un punto en que el diagnóstico es algo totalmente prescindible y un punto donde no lo es, cuando hablamos de situaciones graves, el diagnóstico es prescindible, uno va a operar como se operaría desde la psicosis, lo que se trata es de ver si uno puede ordenar las cuestiones pulsionales que están desbocadas, a veces no hay sujeto, como que el primer punto es transformar eso en un sujeto. Entonces desde ahí uno va a trabajar como se trabaja en las psicosis, no interviniendo demasiado, escuchando mucho, preguntando mucho. Cuando digo no interviniendo mucho me refiero a suspensión del sentido, interpretar, todo lo contrario, uno va a tener que prestar palabras, prestar sentido, acompañar, alojar incluso a veces desde una cuestión física, si un paciente está muy desgarrado va a haber que abrazarlo, que tocarlo, eso también tiene que ver con armar un cuerpo. Por eso digo que esto tiene que ver con los recorridos de cada uno, yo empecé en clínica psiquiátrica en una comunidad terapéutica, ahí la cuestión interpretativa no servía para nada, más bien había que armar un sujeto y en el caso de los adictos lo que hay que armar es una demanda, porque un adicto viene muy en esta posición de que lo obligan a venir y no demanda nada.

Lo que uno puede escuchar en las primeras entrevistas puede tener que ver con cosas que uno tiene escuchadas, pero que a lo mejor no las usa inmediatamente, por ahí tarda años en poner a jugar algo que uno viene escuchando. Por eso me parece que no, que son elementos que no podrían determinar un diagnóstico, para mí es en transferencia y eso ocurre luego de escuchar muchos otros elementos.

El diagnóstico a veces no se determina por lo fenomenológico, sino por la respuesta a determinadas intervenciones, esto también hay que tenerlo en cuenta porque uno está muy pendiente de si el paciente puede historizar, si el discurso se organiza, si hay cuestiones delirantes, si hay neurosis infantil, pero a veces igual te sigue generando dudas, pero ante determinadas intervenciones uno tiene casi la certeza de que se trata de una neurosis.

Me paso la otra vez con una paciente, que viene hace dos años y medio y tenía mis dudas, ella se presenta con síntomas obsesivos, se presenta como un TOC, pero no quiere hablar mucho de eso, porque tiene cierta creencia de que si habla se contamina. La otra vez viene con una mesa a la sesión y me dice que se compro una mesa si la puede apoyar contra una puerta corrediza que tengo. Me di cuenta que si la dejaba ahí al accionar la puerta la mesa se iba a lastimar, entonces, olvidando esta cuestión que ella tiene le dije te la corro porque se puede lastimar con la puerta, la pongo acá. Pero terminando la sesión me dice algo así como 'bueno, vamos a ver si no se contaminó'. Entonces yo le dije tenés razón soy una bestia, te pido mil disculpas porque yo te tenía que haber preguntado qué hacer con la mesa, no lo pensé, te pido mil disculpas y ella me dice... bueno, no te disculpes tanto porque me vas a hacer creer que se contaminó. Esa es una respuesta neurótica, absolutamente, porque dice algo así como que estoy alimentando su fantasía de que se contaminó, para mi listo, no hay certeza psicótica se acabo el debate, es una neurosis, en la que yo seguiría interviniendo con mucho cuidado, ya no desde la duda diagnostica sino por la posición del sujeto muy tomada por el discurso del otro, tiene una cuestión con su hermana.

A veces lo que determina la posición del sujeto frente a la castración o la estructura es estas formas de responder.

Creo que no se puede decir demasiado en una primera entrevista, Si lo que se escucha en una primera entrevista después se despliega en el tratamiento, pero no es infalible.

Además si saben que el admisor no es quien va atender en el tratamiento, se cuidan de no decir todo. La cuestión delirante a veces solo aparece en transferencia, depende de la particularidad del caso. Se cuidan de no decir.

E –Bueno muchas gracias por su colaboración.

Saludos y fin de la entrevista.

8.2.

8.3. Documento interno de la institución

Se adjunta un documento de la institución sobre los aspectos a tener en cuenta al momento de la admisión.

Dispositivo de Admisión

Se trata de una o una serie de entrevistas en las que el analista admisor tendrá que establecer una serie de coordenadas que permitirán la entrada o no en los dispositivos institucionales del consultante.

Se intentará enumerar a continuación las cuestiones a evaluar y el procedimiento a implementar en cada caso.

No hay que olvidar que más allá de estas coordenadas que surgen del entrecruzamiento de discursos el dispositivo de admisión es un dispositivo de alojamiento de aquel que llega traído por un malestar y que su objetivo central es acoger esta demanda inicial y dar una respuesta que le permita a aquel que la pide volver e iniciar un tratamiento o bien poder tomar las indicaciones sugeridas. Se efectuarán admisiones a padres de niños que así lo soliciten (ver admisión niños), adolescentes hasta 20 años, adultos, parejas y familias. Se recibirán en la entrevista de admisión a todos aquellos que pidan ser escuchados grupal o individualmente según criterio del analista a fin de diferenciar las demandas (en caso que hubiera varias) y canalizarlas.

Coordenadas a establecer:

A) Urgencias

Establecer si se trata de una urgencia y en tal caso qué tipo de urgencia se plantea

- Urgencia Psiquiátrica evaluar si el paciente puede ser atendido en un dispositivo de consultorios externos (sin guardia psiquiátrica)
- En caso de decidir que no evaluar si es necesaria una internación o un dispositivo de hospital de día o acompañamiento terapéutico.
- Proceder en tal caso a realizar una derivación externa (Ver Ítem Derivación a otras instituciones)

Urgencia Subjetiva (US)

- Solicitar en secretaria el listado con los horarios de urgencias disponibles
- Proporcionar al consultante Nombre Apellido del analista que lo va a atender y el horario más próximo de esta primera entrevista
 - Anotar en la planilla de urgencias número de historia clínica fecha de derivación y apellido y nombre del admisor
 - Avisar telefónicamente al analista que se hará cargo del tratamiento que se procedió a realizar una derivación en el horario dejado para urgencias y en secretaria para asentarlos en las derivaciones. (Confirmar en secretaria a quien se derivó la urgencia)
 - Si los horarios de urgencias disponibles en la planilla de Secretaria no coincidieran con los que necesita el paciente se podrá recurrir a los horarios de derivación de los analistas del equipo asistencial. El admisor se comunicara telefónicamente con el analista y combinaran esta alternativa. En caso de no poder dar al paciente un horario antes de dejar la Institución se le informara que será llamado a la brevedad para el comienzo del tratamiento.

Cierta Urgencia (CU)

- Informar al paciente que se lo llamará lo antes posible
- Dejar consignado en la historia clínica que se trata de realizar una derivación con premura

B) Diagnóstico Diferencial

Ubicar la presencia de aquel/llos elemento/s que darían la posibilidad de abrir una duda diagnóstica. Asentar dichos elementos en la historia clínica

1. Extender el proceso de admisión a la cantidad de entrevistas necesarias para evaluar si es posible para el consultante sostener un tratamiento ambulatorio
2. Comunicar al paciente que continua en proceso de admisión
3. Determinar si se lo admite o es necesario proceder a realizar una derivación externa (VER ítem derivación a otras instituciones)
4. En caso de ser admitido derivarlo al grupo de analistas que participa del grupo de investigación acerca de las psicosis

C) Cuestiones en torno a la medicación psiquiátrica

En caso que fuera necesario consultar con la psiquiatra de la institución acerca de la necesidad de indicar medicación psiquiátrica o controlar la ingesta de medicación ya existente se procederá de la siguiente manera

-Solicitar una interconsulta psiquiátrica en cualquiera de sus dos modalidades

- 1- comunicarse con la psiquiatra y evaluar el tema de la necesidad de indicar medicación o sobre el control de la misma
- 2- indicar al paciente que realice una entrevista con la psiquiatra de evaluación medicamentosa

En ambos casos se indicara al paciente que continua en proceso de admisión hasta que se tome alguna decisión al respecto.

Es importante el acuerdo de Psiquiatría para admitir al paciente ya que si la Dra. Santibáñez considera que no es apto para ser atendido en esta institución o por cualquier otra razón decide no hacerse responsable de la medicación del paciente es insostenible el tratamiento institucional a menos que el paciente cuente con un psiquiatra o lugar donde se administre y controle la medicación y que el analista tratante acepte dicho procedimiento.

D) Dejar constancia en la Historia Clínica de los siguientes ítems

- Motivo de consulta y desencadenamiento de la misma
- Tratamientos anteriores si los hubiera
- Cualquier irrupción de materialice. que se hubiese producido en la entrevista de admisión
- Cómo llegó a la institución
- Transcribirlas intervenciones que apunten a ubicar el/los significante/s que permitan una localización subjetiva y el alojamiento necesario para que el paciente vuelva e inicie la posibilidad de un tratamiento

E) Pedidos especiales por parte del consultante

Ser atendido por el admisor.

(Dejarlo como una posibilidad pero de ninguna manera cerrarlo en una respuesta afirmativa ya que es necesario evaluar la distribución equitativa de pacientes en las diferentes áreas institucionales. Se intentara vehiculizar el pedido siempre y cuando las condiciones de la distribución de pacientes lo permitan)

Ser atendido por analista hombre

Anticipar que esto demorara considerablemente la derivación y el comienzo del tratamiento y evaluar cuan condicionante es para el consultante.

Si en el momento de solicitar los horarios posibles para ser atendido éstos fueran muy restrictivos, pedir ampliación de los mismos. Anticipar que de no ampliarlos esto redundará en una demora considerable en la iniciación del tratamiento institucional.

Admisión Directa

En caso de que el consultante pida ser atendido por un analista en particular se intentará que ese analista sea quien realice la admisión y continúe con el tratamiento institucional.

Si no se pudiera por razones administrativas (por Ej. La no coincidencia en los horarios posibles del consultante y los de atención del analista) se la avisará a este último a fin de ver si se puede efectuar alguna modificación para tomar el paciente. De no ser posible se procederá en la forma habitual.

READMISIONES

Si un paciente que se atendió anteriormente en la institución vuelve a pedir tratamiento deberá pasar nuevamente por el dispositivo de admisión.

No se dará por supuesto que la intención es volver a atenderse con el analista anterior pero se preguntará al respecto y se informará al analista anterior y al actual acerca de dicha situación.

En caso de haberse producido algún incidente en el tratamiento anterior se evaluará la posibilidad de un nuevo tratamiento con todos los partícipes del hecho, anteriores y actuales.

Procedimiento de derivación interna:

Deberán consignarse en la historia clínica los horarios de disponibilidad del consultante para atenderse. Todo el material que el analista registre del / la paciente en la historia clínica deberá ser LEGIBLE: Recuerden que el mismo será leído por el colega a quien se le derive ese/a paciente.

-Es importante revisar los números de teléfono dejados en secretaría y/o agregar TEL laboral, celular etc. en caso que no estuviesen consignados.

-En la grilla de la parte inferior de la primera hoja de la historia clínica deberá consignarse los criterios de derivación propuestos por el admisor:

1) En caso de urgencia consignar si se trata de una US o CU

- 2) Pedidos particulares con relación al analista (hombre, mujer, mayor, familiar se atiende con etc.)
- 3) Si el paciente solicita ser derivado a algún analista en especial, se lo consignará en la historia clínica en el sector de "horarios disponibles" y se deberá avisar en secretaría.
- 4) Grupo institucional al que la derivación está destinada:
 - Analista c /experiencia
 - GAT 2º año
 - No GAT
 - Grupo de investigación Psicosis
- 5) Apellido del analista que esté atendiendo un familiar, amigo, etc.

CRITERIOS DE NO ADMISION

- No se admitirán pacientes que por su estado actual requieran dispositivos institucionales tales como Hospital de día, acompañamiento terapéutico, internación domiciliaria o internaciones breves o prolongadas.
- No se admitirán pacientes que presenten un cuadro de enfermedad orgánica complejo que impida sostener un tratamiento ambulatorio
- No se admitirán pacientes en los que se evalué riesgo cierto de vida o riesgo para aquellos que lo rodean. En ningún caso se dejará registro en la historia clínica de intentos de suicidio, ideación o fantasías suicidas.
- No se admitirán pacientes cuya posición querellante y sus antecedentes en este sentido vislumbres futuros inconvenientes al analista y/o a la institución
- No se admitirán pacientes adolescentes (13 a 18 años) que no consientan ser sometidos a tratamiento pero se ofrecerá el espacio para el momento que lo quiera utilizar. También se ofrecerá a la persona que lo trae un espacio para reflexionar, plantear las dificultades en el vínculo con el adolescente en cuestión y se verá si allí surge una demanda propia o no.
- Se procederá del mismo modo que en el punto anterior en el caso de pacientes con patologías tales como adicciones, depresiones severas, etc. donde no haya reconocimiento de la necesidad de tratamiento por parte de quien es traído a la consulta.
- No se considera criterio de no-admisión que no haya una formulación de un pedido propio (en el caso por ejemplo que alguien solicite un horario de admisión para que

se atiende otro al que se considera “enfermo”. Se apostará a trabajar en el sentido que se constituya una demanda propia.

Procedimiento de derivación externa:

Se procederá de la siguiente manera

-En todos los casos en los que se considere NO admitir al consultante deberá quedar constancia de ello en la historia clínica explicitando los motivos de la misma y registrando la indicación dada.

Tal indicación deberá ser firmada por el consultante dando cuenta en ese acto que se notificó acerca de la indicación prescripta.

Si el consultante se encontrara en un estado de confusión, desorientación, brote, delirando o alucinando deberá llamarse a un adulto que se haga responsable de notificarse de la indicación dada y firmar la historia clínica por el consultante.

Esta indicación puede ser firmada en disconformidad pero deberá ser firmada.

Si la indicación fuese derivar a otra institución pública o privada se pedirá en secretaría un listado de posibles lugares de derivación proporcionándole dichos datos por escrito al consultante o a la persona responsable por él.

Si el consultante tiene Obra Social se optará por esta vía ya que es más factible que la derivación sea efectiva. Se deberá hacer un contacto telefónico con dicha Obra Social a fin de explicitar los pasos a seguir.

En caso de no poder ubicar a ningún adulto responsable por el consultante se resolverá la situación llamando al SAME o a SOS que es el servicio de emergencias contratado por la institución.

IMPORTANTE: En ningún caso se permitirá abandonar la institución a aquella persona que se encuentre en un estado tal que no pueda responsabilizarse por sí mismo.

Nota

Ante cualquier duda durante la entrevista de admisión acerca de los criterios a seguir o las estrategias a implementar se recomienda consultar con un colega de mayor experiencia en la toma de admisiones a fin de resolver cualquier situación problemática que pudiese presentarse.