

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera: Lic. Psicología.
Práctica y Habilitación Profesional



LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN EN PSICOANÁLISIS.

Autor: Martín, Victoria Soledad.

Fecha: 01/11/2010

Indice

Indice	2
Introducción	4
Objetivos	5
General.....	5
Específicos.....	5
Marco Teórico	6
1. Generalidades del Psicoanálisis en la Institución. La admisión como dispositivo institucional.....	6
1.1 <i>La problemática del psicoanálisis en la institución</i>	6
1.2 <i>El Dispositivo de la Admisión</i>	8
1.3 <i>La admisión del dispositivo institucional y la transferencia del dispositivo analítico</i>	10
1.4 <i>Finalidad de la admisión</i>	12
2. Sobre la Demanda y el Motivo de Consulta.....	13
2.1 <i>Las diferentes presentaciones del motivo de consulta: Queja. Pedido. Demandas</i>	13
2.2 <i>El sentido de la demanda</i>	15
3. La Función del Psicólogo en la Admisión.....	16
3.1 <i>La función del psicólogo como miembro de la institución</i>	16
3.2 <i>El admisor en psicoanálisis</i>	18
4. El Diagnóstico Presuntivo.....	19
4.1 <i>¿Qué es diagnosticar?</i>	19
4.2 <i>Dificultades y límites en el diagnóstico diferencial</i>	20
4.3 <i>La nosología lacaniana</i>	22
Metodología	26
Tipo de Estudio.....	26
Sujetos Participantes.....	26
Instrumentos.....	26
Procedimiento.....	26
Desarrollo	28
1. Generalidades Institucionales. La Admisión en dicha Institución.....	28

2. Motivo de Consulta Manifiesto y Latente.....	30
3. Función del Psicoanalista.....	35
4. El Diagnóstico Presuntivo.....	38
Conclusión.....	42
Bibliografía.....	45
Anexo.....	48

Introducción

La práctica fue realizada en una entidad cuya principal actividad consiste en la docencia y asistencia en Psicoanálisis Lacaniano. Para ello, organiza cursos y seminarios de grado y posgrado, ateneos clínicos, talleres de lectura, pasantías, grupos de investigación y otras actividades de extensión como conferencias, cine-debate y seminarios breves.

En cuanto a la asistencia clínica, ofrece tratamientos institucionales ambulatorios para niños, adolescentes y adultos. En ellos se realiza una primera entrevista de admisión con un profesional del equipo asistencial quien se encarga de derivar al consultante, según el caso, al psicólogo que llevará adelante el tratamiento. Dicho tratamiento se realiza en sesiones de aproximadamente media hora, con una frecuencia habitual de una vez por semana, pudiendo variar esto de acuerdo a las particularidades del caso. Es importante agregar que se trabaja interdisciplinariamente con una psiquiatra de la institución, a quien se le consulta por aquellos pacientes que, a criterio del psicólogo, ameriten la opinión y/o atención de la misma.

Asimismo, realiza tratamientos ambulatorios unicamente, por lo cual aquellos casos graves de psicosis, tendencias suicidas o crisis de angustia de urgencia son derivadas a otra Institución que pueda cubrir las necesidades de un tratamiento con estas características.

En relación a las actividades realizadas en la institución, se pueden mencionar la concurrencia a seminarios de posgrado, participación en distintas supervisiones, y la asistencia a cursos de grado, dentro de los cuales se dio la posibilidad de asistir como oyente a dos entrevistas de admisión.

Por último, el interés en la temática desarrollada, surgió en uno de los primeros cursos realizados, donde se planteó la pregunta acerca de cómo conviven las demandas a nivel de una institución con el discurso analítico. Siendo que el dispositivo de la admisión forma parte de la primera pero no del segundo, y dada la importancia del concepto de transferencia en el Psicoanálisis, surgió la incógnita acerca de cómo se justifica y se aplica este dispositivo bajo la teoría y práctica Lacaniana.

Objetivos

General

Describir el dispositivo de la admisión en la Práctica Psicoanalítica dentro de un ámbito Institucional.

Específicos

- Comparar los motivos de consulta manifiesto y latente detectados en la admisión.
- Describir la función del psicólogo en la admisión.
- Analizar el diagnóstico presuntivo hipotetizado en la admisión.

Marco Teórico

1. GENERALIDADES DEL PSICOANÁLISIS EN LA INSTITUCIÓN. LA ADMISIÓN COMO DISPOSITIVO INSTITUCIONAL.

1.1 La problemática del psicoanálisis en la institución.

Para comenzar a desarrollar el tema en cuestión, es preciso mencionar brevemente la problemática existente entre el psicoanálisis y la institución.

Hay ciertas condiciones de la práctica institucional -como la coexistencia de discursos, la incidencia de la salud pública, condiciones de tiempo y dinero y variabilidad de las demandas- que hace que no todo pueda ser psicoanálisis en la institución (Rubistein, 2009). Sin embargo, la autora aclara al respecto, que el psicoanálisis desarrollado en la institución no podría ser diferente al del consultorio, ya que si hay un acto analítico al cual el paciente responde, entonces se está hablando de psicoanálisis independientemente del ámbito donde se lo aplique.

En relación a esto, Freud (1919) apoya la idea de articular el psicoanálisis con la institución, pero esto no significa trasladar el consultorio privado al hospital exactamente como está, sino que hay que adaptar la técnica de acuerdo al ámbito específico. Freud justifica esta propuesta definiendo que sólo se entiende por psicoanálisis un tratamiento bajo transferencia y que todo lo demás resulta accesorio.

Fernandez (2003) plantea una paradoja declarando que el hospital¹ y el psicoanálisis se repelen, pero a su vez se necesitan. Agrega además que la pregunta acerca de si es posible ejercer el psicoanálisis en la institución encontró varias respuestas a lo largo del tiempo. En un principio, la idea era que en el hospital los tratamientos funcionan como entrevistas preliminares y que el verdadero análisis transcurre en privado. Sin embargo, más tarde se dio otro giro a esta proposición justificando que si alguien recibía una palabra por parte del profesional que le produjera un cambio, eso ya podría denominarse psicoanálisis.

¹ Hospital se utiliza como sinónimo de Institución a lo largo del presente trabajo.

Dado el objetivo del presente trabajo, es preciso ubicar la admisión como un dispositivo utilizado por algunas Instituciones -psicoanalíticas o no- con la finalidad última de admitir o no al consultante (Pujó, 1993). Las admisiones entonces, no forman parte del discurso analítico sino de algunas instituciones, lo que lleva a un entrecruzamiento discursivo entre ambas instancias.

Roa (2008) define la admisión como el primer dispositivo institucional con el que se encuentra un consultante, habiendo tantas modalidades de este dispositivo como instituciones.

En relación a esto, Bacchetta (2007) plantea que la admisión es más un dispositivo necesario a las instituciones que a los análisis. Son las instituciones las que necesitan esta primera entrevista para permitir cierta organización respecto de las derivaciones.

Scavino (1993) coincide en la existencia de una disyunción entre la lógica asistencial y la lógica analítica. El autor explica que un sujeto requiere un lugar en el Otro, el cual es encarnado por el admisor, sin embargo, éste último es recubierto por la institución. El problema que se plantea con esto, tiene que ver con el límite de lo asistencial en cuanto a cómo generar una lógica de decisión libre de influencias institucionales. Para ello, el autor cree que es fundamental la resolución de los fantasmas de pertenencia a la institución por parte del analista.

Por otro lado, como plantea Soler (1984), la institución no es ni podría ser el agente que instituye al psicoanalista. Es decir, no deberían existir los standards institucionales cuando hablamos de psicoanálisis, sino que hay que ajustarse a la lógica del caso y no a la del modelo. Se confirma con esto el principio que Lacan (1966) sostuvo acerca de que el analista no se autoriza sino de sí mismo.

No obstante esto, Roa (2008) opina que en la realidad de la práctica, el analista debe responder en nombre de la Institución a la demanda de admisión rigiéndose por los parámetros institucionales.

Por último, cabe destacar la existencia de algunas condiciones positivas de la Institución para la práctica del Psicoanálisis (Fernandez, 2003):

- Hay tratamientos que solo son posibles si la persona concurre a la institución. Esta última hace de suplencia a una función paterna no ejercida, garantizando la presencia de autoridad en algún aspecto de la

vida del paciente. En relación a esto, Campanella, Nocera y Trillo (2008) coinciden en que toda norma supone una fe en el Otro simbólico que reglamenta sobre lo que hay que hacer y alberga la esperanza de encontrar por fin la ley que convenga.

- Existe una *transferencia* previa hacia la Institución, es decir, cierta predilección del consultante -por diversos motivos- a escoger esta institución y no otra, lo cual brinda una ventaja al profesional por el simple hecho de pertenecer a la misma. Como describe Tomkiewicz (1993), cuando una persona se acerca pidiendo ser atendida, alguien la recibe, ya sea la empleada de la ventanilla, los profesionales que caminan por los pasillos, los pacientes que esperan en la sala, o los carteles que le anticipan una respuesta. Todo ello contribuye en el establecimiento a esta transferencia previa.
- En la institución no sólo hay transmisión de saber académico, sino que también hay contacto con el decir del paciente que padece.
- La transmisión de colega a colega, el compartir los descubrimientos, es lo más característico del hospital y una de sus ventajas más provechosas.

Habiendo descripto los avatares del psicoanálisis en la institución, y de la admisión como dispositivo institucional, se conceptualizará con más detalle esta última para comprender sus implicancias en la práctica.

1.2 El Dispositivo de la Admisión.

Una admisión es un dispositivo institucional. ¿Y qué es un dispositivo? Según Barcones y Dekleva (2009) es la conjunción de elementos fijos y la operatoria de sus diferentes combinatorias. Es un espacio que soporta el armado de tácticas y estrategias.

En la admisión se trata de admitir a alguien en algún lugar (Esposito, Katz, Tabakman & Weis, 1993). De acuerdo a estos autores, en el caso de las instituciones psicoanalíticas, esta decisión dependerá de que la demanda sea admisible ya sea por su estructura misma, o por las limitaciones propias de la institución.

Alvarez (1993) considera a la admisión un tiempo necesario para recabar información y reconstruir una historia. Propone que hay una decisión de dos partes. Por un lado está la decisión de consultar del sujeto, y por el otro, la indicación del tratamiento por parte del admisor. Es así como quedan definidos tres tiempos: el de la consulta, el de la entrevista de admisión, y el del ingreso.

Varios son los autores que realizan una definición -tanto conceptual como operativa- del dispositivo en cuestión:

-Desde el diccionario (Real Academia Española, 2001), la admisión es la acción y efecto de admitir, un trámite previo en que se decide si una demanda o recurso deben pasar o no a ser resueltos.

-González Castañón (1993) plantea la admisión como un dispositivo, un instrumento que inaugura las prestaciones a un consultante en una institución, ordenando, limitando y nominando la consulta.

-Para Scavino (1993) la admisión es un significativo que pone en juego un doble sentido: admisión o rechazo. Pensar en admisión es adentrarse en la disciplina del significativo para la localización de los fenómenos del sujeto.

-Según Pujó (1993), la admisión es la forma que tiene una institución de acoger a quien viene allí a quejarse, testimoniar, interrogar o buscar una respuesta sobre algo que le ocurre.

Una admisión que funciona bien, ordena, limita y habilita la consulta, inaugurando un lugar para esa persona (González Castañón, 1993). En este espacio se abre un registro institucional, de forma que los elementos necesarios sean compartidos por otros profesionales.

Para Barcones y Dekleva (2009), la oferta del dispositivo de la admisión está recortado en la pregunta inicial formulada por el analista: ¿qué tiene para decir?. Para estas autoras, se dan dos momentos lógicos: por un lado, la construcción de un pedido -donde el entrevistador tiene un rol activo-, y por el otro, el entrelazamiento del pedido construido con el tratamiento que se ofrece -que no necesariamente es el ingreso del consultante sino que podría ser la derivación, internación y otras posibles resultantes de una entrevista de admisión.

Sotolano (1993) coincide al describir que en la admisión hay preguntas sustanciales que definen el campo de la escucha. Algunas de estas preguntas

son: ¿por qué esta persona está hablando delante de mí y, a veces conmigo? ¿qué lo trae? ¿por qué hoy está aquí y no en otro momento? ¿por qué está en esta institución y no en otra?. Pero la búsqueda de las respuestas a estas preguntas quedan en manos del admisor y están estrechamente relacionadas con la función del mismo, cuestión que se desarrollará en detalle más adelante.

Habiendo introducido a la admisión como dispositivo no propio del discurso analítico, surge la pregunta -en el marco del psicoanálisis- acerca de un concepto fundamental: la transferencia. ¿Funciona una transferencia en estas entrevistas? en caso afirmativo, ¿de qué clase de transferencia se trata?.

1.3 La admisión del dispositivo institucional y la transferencia del dispositivo analítico.

Antes de proseguir con este desarrollo, es preciso definir brevemente el concepto de la transferencia para el psicoanálisis.

Freud (1917) explica que la transferencia, desde su inicio y hasta un tiempo determinado, es el motor impulsor más poderoso del tratamiento. Es ella quien reviste al médico de autoridad y permite que sus argumentos sean recibidos por el sujeto. Dicha transferencia es creada a partir de las investiduras libidinosas, es decir, los sentimientos que proyecta el sujeto hacia la persona del médico.

Si el despliegue de la transferencia es el punto de inicio para cualquier cambio que se desee lograr en el tratamiento -y consecuentemente la búsqueda fundamental en la práctica de cualquier psicoanalista- cabe preguntarse acerca de qué es lo que guía la función del admisor cuando se sabe que no será éste quien continúe con el tratamiento del consultante.

Bacchetta (2007) justifica que como en cualquier otro encuentro entre sujetos, la transferencia es algo que -en el caso de las neurosis- se genera espontáneamente. Sin embargo, aclara que no puede afirmarse que dicha transferencia sea la misma que acontece en un análisis.

La autora agrega que si la admisión es un momento de paso, no es deseable que se genere allí un amor de transferencia que detenga ese pasaje. Para lograr que esto no suceda, es fundamental la función del psicólogo como admisor. Esta labor no es sencilla, ya que la intervención que éste realice no

debe reforzar un vínculo que sea intransferible, pero a su vez, algo de la transferencia debe funcionar para que dicha intervención tenga algún alcance (Bacchetta, 2007).

Como plantean Abbattista, Beer, Bianchi, Rzezak y Sztein (2008), hay que diferenciar la entrevista de admisión, de una primera entrevista con el psicoanalista en función del empleo diferente de la transferencia. Para estos autores, el admisor es un intermediario cuyo objetivo es propiciar que se produzca un vínculo. La transferencia se toma del admisor como imagen personalizada que representa la institución elegida, pero inmediatamente debe cambiar al analista designado quien lo alojará definitivamente.

Todo esto, coincide con lo que postula Lacan (1964) acerca de que si el paciente ya ha ubicado en un profesional una suposición al saber, surgirá para quien se encargue de su análisis -en caso de ser un psicólogo diferente- una dificultad muy especial para hacer obrar la transferencia.

Por otro lado, para Abbattista et al. (2008), del lado del consultante se conjugan el temor al extraño con el deseo de ser atendido; y del lado del admisor, la necesidad de sostener una escucha suficientemente receptiva como para dar lugar al despliegue del problema y al mismo tiempo no alimentar la ilusión de continuidad.

En resumen, en la admisión el sujeto puede suponer al otro un saber -condición fundamental para que se instale la transferencia- pero no se trata del Sujeto supuesto Saber que se producirá sólo durante el análisis (Bacchetta, 2007).

En el caso de la admisión, el consultante puede poner en el analista distintas suposiciones como la de un profesional que lo escucha, lo guía, le indica, lo comprende, lo acepta o rechaza. El admisor está en el lugar de un Otro del que se espera que diga algo, de alguna respuesta, ponga alguna palabra, y esto implica cierta conexión (Bacchetta, 2007). Por último, la autora opina que si no hay alguna producción con el admisor, como por ejemplo el relanzamiento de una pregunta o el recorte de un síntoma, tampoco será posible que esa derivación llegue al terapeuta designado y se de una continuidad a la demanda.

1.4 Finalidad de la admisión.

Roa (2008) analiza una serie de objetivos generales de este dispositivo entre los cuales ubica:

1. En primer lugar, la evaluación de la consulta verificando si los recursos con los que cuenta la Institución son adecuados para responder a la misma. En caso negativo, se realizará una derivación externa como por ejemplo, el hospital de día.

2. Se informa al consultante sobre las normas institucionales: frecuencia, modalidad de las entrevistas, duración y condiciones de pago.

3. Apertura de una historia clínica donde se consignarán los datos personales del consultante, motivo de consulta, diagnóstico presuntivo e implementación de los medios para su derivación.

4. Ubicar las coordenadas sobre el desencadenamiento del motivo de consulta ya que esto orientará al analista sobre el tipo de quiebre que se produjo para volver al padecimiento insoportable. La autora agrega que es habitual escuchar en las admisiones frases que remiten al motivo de consulta en relación con el sufrimiento pero que no dan cuenta de por qué la consulta se efectúa ahora. Sotolano (1993) describe que la pregunta sobre el tiempo supone precisar si se trata de un conflicto reactivo a una situación traumática, o de una situación que se prolonga en el tiempo donde hay presencia de diferentes marcas de sucesivas defensas secundarias. Por último agrega que lo más importante de esta cuestión es ubicar los puntos en que la compulsión repetitiva muestra los trazos de lo no elaborado.

5. Indagar por la direccionalidad de la consulta, es decir, por qué el paciente se dirige a una institución específica y no a otra. Esto se relaciona con la transferencia previa hacia la institución, elegida a priori del encuentro con el analista. Sotolano (1993) coincide en que la pregunta sobre el lugar está relacionada con las transferencias imaginarias, es decir, hay algo que impulsa al sujeto a acudir a esa institución y no a otra; y describe que en los momentos previos a la consulta, cualquier paciente construye expectativas y fantasías que dan forma a una transferencia previa. Estas imaginarizaciones transferenciales son muy útiles para el camino de la cura.

6. Por último, se podrán ubicar emergencias del inconciente, la diferencia entre el enunciado y la enunciación, lo que hará de la admisión algo distinto de una anamnesis o entrevista pautada.

Por otro lado, Abbattista et al. (2008) enumeran los siguientes objetivos a alcanzar en una admisión, ubicando ciertas coincidencias con lo desarrollado por Roa:

- 1) Motivo de consulta
- 2) Evaluación de la demanda
- 3) Evaluación de recursos
- 4) Datos significativos
- 5) Obstáculos posibles
- 6) Hipótesis diagnóstica

Hadis (1988) también analiza las modalidades y criterios específicos sobre los datos a investigar en una admisión. Al respecto, plantea que lo central a investigar es el motivo de consulta, la organización espontánea del material. También el grado de conciencia del problema es útil al igual que las fantasías de curación.

Para finalizar, como parte importante de los objetivos de este dispositivo entonces, se nombraron la evaluación de la demanda y las coordenadas del motivo de consulta. Es mucho lo que puede decirse sobre la dinámica de estos aspectos en la admisión, por ello se dedicará un capítulo diferente para su desarrollo.

2. SOBRE LA DEMANDA Y EL MOTIVO DE CONSULTA.

2.1 Las diferentes presentaciones del motivo de consulta: Queja. Pedido. Demandas.

Felman (2008) explica que en una primera consulta, aparece una pregunta por el padecer, un pedido acerca de qué hacer con eso que la persona no puede resolver de forma autónoma. Este pedido está dirigido a un profesional al que se le supone un saber, un profesional que pueda ofrecer su escucha como manera de alojarlo.

Roa (2008) explica que cuando un consultante llega a una institución, generalmente ha intentado otras soluciones a su padecer sin haber obtenido éxito. Como habitualmente el motivo de ese sufrimiento es adjudicado a algún otro -como la esposa, el hijo, el jefe, etcétera-, es común que la entrevista de admisión adquiera la modalidad de la *queja*, es decir, el consultante se ubica como víctima de algún otro que le ocasiona ese sufrir.

En relación a esto, Lacan (1953) define la *palabra vacía*, el discurso del yo en el cual no se vislumbra nada de la posición subjetiva. Muchas veces la modalidad de la palabra vacía es la queja. Desde esta perspectiva entonces, se supone en una entrevista de admisión, donde ni siquiera está instalada la transferencia propiamente dicha, un discurso que nada quiere saber acerca de la división subjetiva, un discurso desde la palabra vacía. Como plasma el autor, no sabemos nada del sujeto más de lo que su Yo quiere mostrarnos (Lacan, 1966).

Para Roa (2008), quien consulta viene a dirigir una demanda que adquiere distintas modalidades: que se le indique qué hacer, que se alivie su sufrimiento, que se sancione que está en lo cierto y el otro es el equivocado, que se trabaje en un tratamiento para resolver su problema, etcétera. No obstante, la autora agrega que más allá de la modalidad de la demanda inicial, no hay que confundirla con una *demanda de análisis* ya que ésta irá tomando forma durante las entrevistas preliminares y de ninguna manera se trata de una demanda manifiesta. Concluye entonces, que la demanda inicial, lejos de ser considerada una demanda de análisis, se puede hacer equivaler a un *pedido*.

Ahora bien, es necesario dejar bien establecida la diferencia entre demanda inicial y demanda de análisis. Para ello, Rubistein (2009) explica que es fundamental distinguir entre enunciado y enunciación. Es decir, el pedido explícito de análisis de un sujeto no asegura que el sujeto esté dispuesto al trabajo analizante. El sujeto no demanda realizar el trabajo analizante, sino que consiente a él como respuesta al acto del analista en tanto su demanda se instala en transferencia.

Roa (2008) coincide en que para que se constituya una demanda de análisis, es necesario que el síntoma genere una pregunta que implique al sujeto que lo padece y que tal pregunta se incluya en la transferencia. Esto lleva un tiempo -imposible de predecir a priori ya que se trata de un tiempo

lógico y no cronológico- relativo al caso por caso. Por lo tanto, concluye la autora, es imposible pensar en una demanda de análisis dentro de una admisión aún cuando el consultante ya traiga una posición subjetiva de implicación respecto de lo que padece.

Alvarez (1993) plantea que en la entrevista de admisión se está muy lejos de que el hablar del consultante en relación a su padecimiento esté dirigido, ya que solo cuando la enunciación se dirige a otro, cuando deja de ser indiscriminada, se puede pensar en la constitución de una demanda. Es decir, el hecho de que el sujeto consulte, no significa que opere allí un querer saber acerca de su padecer, un suponer que alguien sabe acerca de lo que le pasa.

Por último, Rubistein (2009) concluye que el analista, al dar la posibilidad al consultante de hablar sobre su sufrimiento -colocando así el saber del lado del sujeto-, ayuda a transformar la queja del mismo en demanda de saber y dar paso a la implicación subjetiva.

2.2 El sentido de la demanda.

Cuando se habla de demanda en psicoanálisis lacaniano, no se puede omitir hablar del deseo. Lacan (1966) explica que existe una falla estructural entre la demanda y el deseo, agregando que cuando cualquiera -ya sea un amigo, una mujer o un hombre- nos pide algo, esto no es para nada idéntico -e incluso muchas veces es diametralmente opuesto- a aquello que desea. Para este autor, el paciente no espera del médico la curación, sino que lo coloca ante la prueba de curarlo aunque esté totalmente atado a la idea de conservar su condición de enfermo, así como también muchas veces hay una demanda de autentificarlo en esa posición, preservando su enfermedad al tratarlo del modo que a él le conviene.

Siguiendo el planteo de Lacan (1964), justamente lo que el análisis intenta hacer es develar el deseo, la pulsación inconciente vinculada con la realidad sexual. Este deseo se sitúa a partir de su dependencia de la demanda, demanda que por articularse en significantes deja un resto metonímico que se desliza bajo ella, un elemento insatisfecho, no reconocido llamado deseo. Este último se desliza bajo la cadena de significantes al ir cobrando forma el discurso de la demanda.

En relación a esto, cuando se pregunta qué mueve a alguien a realizar una consulta específica, hay que tener en cuenta una referencia básica freudiana: existen motivos manifiestos de consulta y motivos latentes (Sotolano, 1993). Todas las exteriorizaciones del paciente son compuestas por motivos elementales de los cuales el paciente no tiene idea de su existencia (Freud, 1919). Es por esto que habrá que desentrañar el sentido de la demanda, tarea que no puede lograrse con una entrevista de admisión, sino que surge en forma retroactiva a lo largo del trabajo analítico (Sotolano, 1993).

En el primer contacto con el consultante siempre se recibe un pedido (Roma, 1993). Sin embargo, Lacan (1958) plantea que esta demanda explícita no tiene nada que ver con eso que enuncia, e incluso ni siquiera podría reclamar esa demanda como propia ya que en realidad el sujeto está respondiendo a un ofrecimiento por parte del analista a hablar -en tanto es con oferta que se genera demanda.

Según Lacan (1958) la demanda siempre expresa algo que va más allá de la satisfacción que pide, ya que por estar articulada en términos simbólicos, es una demanda que apunta al ser del Otro, una demanda de amor. En este caso, el autor explica que el Otro se convierte en un intermediario del acceso del sujeto a su deseo, en tanto que a él es dirigida la demanda, también será el lugar donde el deseo descubrirá su formulación posible en tanto deseo del Otro.

Como puede seguirse de este desarrollo, la palabra, medio por el cual se articula la demanda, es un concepto muy amplio y no tan sencillo de explicar en psicoanálisis. Como plantea Lacan (1966), la palabra más que como concepto podría explicarse como un acto. Un acto que supone a otro sujeto.

3. LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LA ADMISIÓN.

3.1 La función del psicólogo como miembro de la institución.

Como ya se ha desarrollado, es fundamental no perder de vista que la admisión es un dispositivo institucional y que el profesional que la lleva adelante pertenece a dicha institución. Más allá de las tareas de este profesional -que ya han sido desarrolladas en otro apartado-, lo que se intenta

en esta oportunidad es adentrarse más en la función del psicólogo como admisor dentro de una institución psicoanalítica.

En cuanto a la relación del psicólogo con la institución, Soler (1984) describe que el cómo hacer debe quedar a cargo del profesional y no de ninguna institución ya que no hay regla fundamental que le indique a éste como proceder.

Por otro lado, si el trípode de la formación del analista consiste en análisis, lectura de textos y supervisión, a algo de ese trípode se lo encuentra en la institución, asignándole un saber y una experiencia difícil de hallar en otro contexto (Fernandez, 2003). Esta autora plantea que el hospital funciona para el psicólogo como un Otro del que hay que obtener suministros pero del que hay que rebelarse en cierta forma para establecer un tratamiento analítico lo más libre posible.

Benjamín (1993) plantea que lo que se espera del analista en este espacio es eficiencia institucional y no eficacia psicoanalítica. No obstante, agrega que aunque esto condicione, es necesario que el analista articule estos condicionamientos con la práctica analítica para liberarse -en la medida de lo posible- de esta opresión. A esto, se puede sumar lo que plantea Tomkiewicz (1993) en cuanto a que el admisor debe tener en claro la articulación de variables tanto cualitativas como cuantitativas que entran en juego en los tratamientos institucionales y que hacen a lo que se puede ofrecer en una primera entrevista.

A este respecto, Pujó (1993) opina que en el contexto institucional, la función tiende a confundirse con el ejercicio de un cargo, pero desde el psicoanálisis admitir no puede reducirse a un mero acto burocrático de distribución de pacientes regida por cuestiones como el diagnóstico, la edad, sexo, situación económica, etcétera, sino que significa efectivamente aceptar, acoger, dar un sí como respuesta a un pedido aunque ésta sea sólo bajo la forma de su puesta en suspenso.

Con todo esto, se puede concluir que no resulta fácil la tarea del admisor dentro de la institución ya que no debe sobrepasar su intervención dentro del dispositivo (Bacchetta, 2007). Como plantea González Castañón (1993), el admisor no está allí para iniciar un tratamiento, sino que tolera lo complejo del campo sin excluir ni invisibilizar los elementos que el paciente trae.

3.2 El admisor en psicoanálisis.

En este apartado se intenta responder la pregunta que Felman (2008) plasma explícitamente acerca de qué escucha un psicólogo en carácter de admisor y qué implica intervenir como analista en una admisión. La autora se responde que en esta fase preliminar, independientemente que se siga o no un tratamiento posterior, el analista puede intervenir como tal al recortar del discurso del consultante un pedido, una demanda incipiente. Esta función permitirá distinguir una entrevista de admisión para el psicoanálisis, de una entrevista de admisión para la psicología y de una anamnesis.

Es interesante recordar cómo define Lacan (1966) la posición que debe ocupar un psicoanalista. Esta posición es la de aquél que debe responder a una demanda de saber, aunque solo se pueda hacer llevando al sujeto hacia el lado opuesto de las ideas que emite. Agrega además que al final de esta demanda, la función de la relación con el sujeto supuesto al saber revela la transferencia. Si bien esto último no se aplica a la entrevista de admisión propiamente dicha, siempre es necesario tener presente el desarrollo que hacen estos autores -tanto Lacan como Freud- ya que ofrecen una base conceptual importante para una comprensión más abarcativa del tema en cuestión.

Por otro lado, Roma (1993) propone que la posición fundamental del admisor es la de la escucha. Explica que más allá de lo que la persona pide, hay que articular allí algo de la verdad y sostener ese espacio como primer momento para producir un efecto: el de apostar a admitir al consultante para darle posibilidad de que emerja algo del sujeto de ese sufrir. Como plantea Felman (2008), según lo que se escuche desde la posición del analista, se podría no admitir el pedido del consultante, ya que si bien no hay un análisis, la escucha puede ser analítica.

Felman (2008) opina que uno de los objetivos del admisor es evaluar si la persona que consulta está en el lugar y tiempo precisos para iniciar un tratamiento, y que dicha evaluación tiene valor de intervención. También es importante para el admisor como profesional de la institución, tener presentes las posibilidades de atención institucionales en cuanto a casos que requieran cierta especialización, o atención psiquiátrica, etcétera.

Para Bacchetta (2007), la intervención del analista en la admisión debe ser discreta pero suficiente como para no obturar la pregunta. Agrega que en la admisión el analista escucha fundamentalmente al yo y trata de ubicar cual es la posición del sujeto en lo que dice que le ocurre, si hay o no un sujeto que pueda hacerse cargo o cuánto hay de sujeto. Se trata de escuchar por qué viene, por qué ahora, qué se pregunta, de qué estructura se trata y qué podría ofrecerle la Institución al mismo.

4. EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.

4.1 ¿Qué es diagnosticar?

Según la Real Academia Española (2001), diagnosticar etimológicamente significa distinguir, conocer. En cuanto al uso corriente -que proviene de la medicina- define que es lo que da cuenta de una etapa del proceso de la administración de la cura y se utiliza para referirse al conocimiento de los signos de las enfermedades que sirve para su ubicación en una categoría preestablecida.

En cuanto a estas definiciones, Rubistein (2009) plantea que en psicoanálisis es más conveniente pensar en la primera definición en tanto que contribuye al discernimiento del caso sin reducirlo a una mera clasificación.

Desde una perspectiva médica, el método clínico instituyó al diagnóstico como una de sus funciones que se articula con la posibilidad de establecer un pronóstico sobre cierto padecimiento y determinar la terapéutica a seguir (Frydman, 2005).

Al respecto, Sotolano (1993) coincide en que diagnóstico es un concepto que proviene del saber médico, que supone a un sujeto con alguna alteración o enfermedad al cual deberá serle restituido el equilibrio mediante el tratamiento correspondiente. Allí el diagnóstico cumple la función de la detección precisa de la alteración, lo que permitirá una adecuada terapéutica.

El diagnosticador tipo interpreta los signos, es decir, le atribuye un sentido a cierto signo o conjunto de ellos. Freud no opera con este modelo sino que modifica sustancialmente el concepto del diagnóstico generando un desplazamiento del signo (Frydman, 2005). El autor explica que ya no es el

dolor del paciente, sino los modos de decir del mismo, es a partir del discurso que se hace el diagnóstico en tanto que ese discurso es el que revela el entramado de dolor, sensaciones y pensamientos.

Para Rubistein (2009), las categorías diagnósticas en psicoanálisis, ubican modalidades de evitación de la castración intentando dar respuestas subjetivas frente al encuentro con lo real. Hay modalidades recurrentes de respuesta ante esto, lo que permite pensar en tipos clínicos.

Por último, a modo de ampliar la noción sobre la importancia que para algunos profesionales adquieren las hipótesis diagnósticas en un tratamiento, es interesante conocer lo que Liberman (1972) recomienda en cuanto a realizar dos entrevistas de admisión para que mediante el estudio individual y comparativo de ambas se puedan establecer adecuados diagnósticos y pronósticos que permitan al profesional admitir o no al consultante. Esto se debe a que según el autor, durante la primera entrevista previa al tratamiento, es posible que el paciente no cambie de registro a lo largo de la hora, sin embargo, en una segunda oportunidad podrían llegar a detectarse una serie de nuevas racionalizaciones que en el primer encuentro el consultante se inhibía a expresar.

4.2 Dificultades y límites en el diagnóstico diferencial.

Como plantean diversos autores, dentro del psicoanálisis hay varias posiciones respecto al diagnóstico ya que para algunos es esencial, mientras que para otros carece de valor o incumbencia (Yelatti, 2009; Rubistein, 2009; Frydman, 2005).

Ya Freud (1913) adelantaba la dificultad de arribar a un diagnóstico en corto tiempo, con lo cual antes de admitir a un paciente, se tomaba un tiempo prudencial -un período de prueba- para percibir signos relevantes al respecto.

Si bien desde Freud en adelante el diagnóstico psicoanalítico es en transferencia (Rubistein, 2009), cabe preguntarse qué lugar ocupa la hipótesis diagnóstica en una admisión.

Roma (1993) opina que el diagnóstico presuntivo es insostenible desde esta perspectiva teórica ya que el mismo se da en transferencia y sólo es

concebible por fuera de ella desde un discurso médico-psiquiátrico o psicológico.

No obstante, Yelatti (2009) opina que el diagnóstico debe tener cierta importancia predictiva ya que justamente el objetivo principal del tratamiento de prueba inicial para Freud era descartar la existencia de una psicosis, las cuales quedaban por fuera del dispositivo analítico. Asimismo, si bien para Lacan es posible el tratamiento de las psicosis, se podría asegurar que también para él el diagnóstico es importante por el hecho de que en función del mismo, el dispositivo analítico diferirá entre neurosis y psicosis (Roa, 2008).

Por otro lado, según Rubistein (2009) en ningún caso el diagnóstico puede dar cuenta de los significantes singulares que marcaron la vida de cada persona. Como plantea Lacan (1975), lo que responde a una misma estructura no tiene necesariamente el mismo sentido, es por esto que no hay análisis sino de lo particular. Es decir que las categorías diagnósticas no permiten captar lo singular de las respuestas subjetivas, ningún caso se reduce a ser ejemplo de lo universal y, al usar las categorías como nosologías, se hace un uso obturador y no orientador de las mismas (Rubistein, 2009).

Sotolano (1993) explica que por muchos años la clínica psicoanalítica estuvo impregnada de la lógica médica del diagnóstico, con lo cual el análisis más que develamiento y enigmatización, era un develamiento progresivo de un saber que el analista había constituido en entrevistas previas. Esto producía que el saber etiquete y la taxonomía clausure. Asimismo agrega que hoy por hoy la orientación es diferente: el diagnóstico o no interesa o interesa mucho menos. No obstante esto, el autor opina que el diagnóstico es de cierta utilidad clínica y técnica, y además tiene un valor decisivo en la interpretación. Como concluye Rubistein (2009), entender la estructura, ordena la escucha pero no anticipa la acción, y orienta siempre y cuando no se lo anteponga como un saber referencial.

Otra utilidad del diagnóstico es determinar si el individuo que demanda es apto para el tratamiento, es decir, si hay afinidad entre síntoma y tratamiento (Frydman, 2005). O, como plantea Liberman (1972), el diagnóstico presuntivo de un consultante -discutido y analizado entre colegas- permite predecir -al menos en un comienzo- la contribución del analizando al proceso analítico.

Lombardi (2005) plantea que si bien el psicoanálisis no excluye los tipos clínicos, repudia la noción del saber desde afuera e implica un desplazamiento hacia lo que el sujeto sabe o vislumbra sobre su propio padecer. Es así como la técnica analítica se propone hacer valer el hecho de que el sujeto sabe más de lo que cree saber.

Como plantea Freud (1917), la psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y contenido del síntoma individual, y el psicoanálisis arranca justamente de ahí siendo el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo.

De todo lo dicho, se puede concluir que este diagnóstico presuntivo, aunque provisional y carente de certeza, aspira a orientar al practicante en el tratamiento, aunque el diagnóstico que es necesario en el comienzo, solo se legitima o no en el marco del tratamiento, es decir, que será éste el que finalmente corrobore o refute esta hipótesis (Frydman, 2005).

4.3 La nosología lacaniana.

Como ya se ha justificado, es necesario para orientar la cura mediante el dispositivo analítico, arribar a un diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis, aunque difícilmente esto sea posible en una primera entrevista de admisión (Roa, 2008) .

No obstante ello, es necesario repasar brevemente las características principales de cada estructura diagnóstica desarrolladas por Freud y Lacan a lo largo de sus trabajos, para orientar la escucha hacia la detección de algunos aspectos muy salientes al respecto en la admisión.

-Neurosis:

Según Freud (1917) el neurótico siempre se refugia en la enfermedad. Frente un conflicto éste encuentra en su condición ciertas ventajas, una ganancia de la enfermedad que le impide liberarse de este displacer de los síntomas. En la terapéutica, agrega Freud, el no querer resignar a la ganancia de la enfermedad es lo que refuerza la resistencia de la represión y dificulta el proceso de la cura.

Lombardi (2005) plantea que en la neurosis siempre prima un yo que dice no saber nada acerca de su participación en la producción y sostén del

síntoma, es decir, hay una posición de rechazo del inconciente y de la división subjetiva. Aquí, un analista debe apuntar a una *rectificación subjetiva*, es decir, que el sujeto reconozca que tiene participación y responsabilidad sobre aquello que lo aqueja. Esta rectificación no obstante, no se le puede pedir a un psicótico cuya posición de certeza es irreductible por medio de la interpretación.

Con todo esto, uno podría pensar que en una entrevista de admisión, la posición que tenga el consultante frente al psicólogo, podría ser un dato diagnóstico de importancia: una posición de certeza coincide con la psicosis, mientras que una posición de desconocimiento pertenece a la neurosis.

Dentro de las neurosis, se estructura la histeria. Según Lacan (1958), la histeria sostiene todo el tiempo un deseo insatisfecho. No hay manera de satisfacer el deseo por estructura, porque está perdido el objeto que completa al otro -castración-. El deseo de la histérica no es deseo de un objeto sino deseo de un deseo.

La histérica se identifica con su objeto de deseo en la medida en que reconoce en él que se encuentra frente al mismo deseo que ella o él. Esta identificación, dice Lacan (1958), tiene todas las formas de contagio, crisis, epidemia, manifestaciones sintomáticas tan características de la histeria. Esta identificación, concluye el autor, explicaría la simpatía del histérico por el otro.

Lacan (1958) plantea que la histérica intenta todo el tiempo castrar al otro, de encontrarle la falta. Ésta trata de ubicar la falta en el otro constantemente para sustraerse ella misma de esta falta.

A diferencia de la histeria, la neurosis obsesiva -otra estructuración neurótica- no se manifiesta en el cuerpo sino en el ámbito del alma (Freud, 1917). Los enfermos son invadidos por pensamientos disparatados o indiferentes para ellos mismos, sienten en su interior impulsos que consideran extraños y realizan acciones que no tienen sentido pero que no pueden dejar de hacerlas. Estos impulsos tienen casi siempre un contenido espantable dice Freud (1917) -como tentaciones a cometer crímenes- los cuales el sujeto no solo desmiente sino que huye de la situación y se previene de ejecutarlos por medio de prohibiciones, renunciaciones y restricciones. De esta manera desplaza la obsesión, aunque no la suprime.

Lacan (1958) describe que el obsesivo está atado a toda clase de impedimentos, inhibiciones, obstáculos, temores, dudas y prohibiciones. La forma mas aparente de los síntomas son las exigencias del superyó, por ello el obsesivo siempre está pidiendo permiso, un permiso que se pone en la mas extrema dependencia con el Otro. Es por esto que en toda escena hay un Amo para quien el obsesivo realiza lo que realiza, éste cumple el papel del falo que completa al otro, trabaja para el otro constantemente respondiendo a su deseo, cumple con todos. Es el Otro quien habilita el deseo del obsesivo.

-Psicosis:

La psicosis consiste en un agujero, una falta a nivel del significante que produce una imposibilidad de asumir la realización del significante padre a nivel simbólico (Lacan, 1955).

Si en la neurosis el mecanismo que trabaja es la represión, el mecanismo de la psicosis es la forclusión, el repudio de la realidad corriente y creación de la realidad psicótica (Peskin, 2006).

En la neurosis generalmente se admite la interpretación del analista, hay una respuesta a ésta con las asociaciones del paciente. En cambio el psicótico, recomienda al analista abstenerse mucho mas en su práctica. Cuando esto es desconocido por el analista, el psicótico suele responder con lo peor -como un desencadenamiento o un pasaje al acto- (Lombardi, 2005).

Algunas manifestaciones más comunes en los psicóticos, según Lacan (1955) son las siguientes:

- Neologismos: estribillo, intuición delirante. La palabra en si misma pesa.
- Delirios
- Certeza, inercia dialéctica
- Empobrecimiento del deseo
- Proyección: algo aparece en el exterior cuyo principio está en el sujeto.
- Alucinaciones (Lacan, 1958)

-Perversión:

Esta estructuración psíquica, se mencionará muy brevemente debido a que la importancia fundamental del presente trabajo, asi como los casos clínicos analizados, están centrados en la diferenciación entre neurosis y psicosis lo cual se asociaría a la decisión de admitir o no al consultante.

En la perversión, opera el mecanismo de renegación como rechazo a registrar la diferencia sexual, y alteración concomitante. El perverso no quiere verse expuesto al riesgo angustiante de la castración (Peskin, 2006).

Como plantea Lombardi (2005), si en la neurosis se presenta un no saber, en la perversión se sabe pero no se puede hacer saber. El deseo se sitúa en la dimensión de un secreto que como tal desarrolla su goce. Si el neurótico sufre por su goce, el perverso no se encuentra martirizado por él, razón por la cual estos enfermos raramente consultan a un profesional.

Metodología

Tipo de Estudio

Estudio Descriptivo.

Sujetos Participantes

El desarrollo de este trabajo se encuentra ejemplificado en las entrevistas de admisión de dos consultantes de la Institución cuyas características se desarrollan a continuación.

- J.² de sexo femenino, 27 años de edad, una hija de 5 años, camarera. Consulta por sentimiento de tristeza, miedo a que le roben y a que le pase algo a la hija.
- M. de sexo masculino, 22 años de edad, estudiante y músico. Consulta por dificultad para bajar de peso.

Instrumentos

La información fue recolectada mediante la observación y transcripción textual de las entrevistas de admisión, y la realización de entrevistas semi estructuradas a los analistas de las admisiones y profesores de la Institución. Dichas entrevistas están dirigidas, por un lado, a los indicios destacados en las admisiones que permiten arriesgar las hipótesis diagnósticas; y por otro lado, los posibles motivos de consulta latentes que podrían pensarse próximos a manifestarse durante el futuro tratamiento de los sujetos participantes.

Procedimiento

Para la realización del presente trabajo, se presenciaron dos entrevistas de admisión cuyo material fue utilizado a modo de ejemplificar la temática a desarrollar. Estas entrevistas fueron de aproximadamente media hora de duración cada una y se realizaron un jueves a las 10 hs. y un sábado a las 11:30 hs., horario en que finalizaron los cursos teóricos y se procedió con las admisiones.

² Los nombres de los consultantes son ficticios a modo de mantener la confidencialidad de los mismos.

Se realizó una transcripción textual de las admisiones observadas y se analizaron y comentaron en grupo con el profesor a cargo de la comisión durante los cursos teóricos posteriores que tuvieron lugar los jueves de 8:30 a 10, y los sábados de 10 a 11:30.

Se indagó con mayor profundidad al analista admisor, profesores y compañeros, sobre las cuestiones específicas de las entrevistas que se utilizaron para la profundización del trabajo.

Desarrollo.

1. GENERALIDADES INSTITUCIONALES. LA ADMISIÓN EN DICHA INSTITUCIÓN.

En este apartado, se intentarán introducir algunas características institucionales de la entidad de donde se obtuvieron los casos clínicos que se analizarán a lo largo del presente trabajo y, específicamente, de la dinámica de sus dispositivos de admisión.

Como ya se ha introducido, se concurrió a una institución privada dedicada a la formación y asistencia en psicoanálisis. En dicha institución, el primer contacto que tiene el consultante con su tratamiento es el dispositivo de la admisión.

Este dispositivo tiene mucha importancia para esta institución en particular por varios motivos, pero fundamentalmente por la necesidad de descartar casos de psicosis graves, o crisis graves de angustia cuyas características hacen que no se pueda cubrir las necesidades de las mismas, y requieran una derivación a otro establecimiento.

Esto último se relaciona justamente con lo que plantean diversos autores, entre ellos Esposito, Katz, Tabakman y Weis (1993), Roa (2008), Abbattista et al. (2008), Felman (2008), Sotolano (1993) y Rubistein (2009), en cuanto a que el diagnóstico es muy importante ya que en función del mismo se evalúa si los recursos con los que cuenta la institución son suficientes para admitir el caso específico -más adelante se explicarán las cuestiones diagnósticas que llevaron a la decisión de admitir los dos casos clínicos con los que se tuvo contacto para el presente trabajo-.

Continuando con algunas generalidades de la institución, los beneficios que encuentra el psicólogo en ella coinciden con la posibilidad de contar con formación teórica, práctica clínica y supervisión, cumpliéndose lo que plantea Fernandez (2003) acerca de dichos beneficios. Esto produce que los profesionales recién recibidos tengan un acercamiento relativamente rápido a la práctica psicoanalítica, que si bien es una práctica institucionalizada, ellos la consideran una aproximación muy útil.

No obstante esta característica para los psicólogos recién recibidos, los profesionales que llevan adelante las admisiones deben tener cierto recorrido y experiencia en la institución debido a las especificidades que se buscan en este dispositivo, cuya finalidad última es lo que se ha planteado a lo largo de todo este desarrollo: admitir o no al consultante (Pujó, 1993).

Dicha decisión recae en el admisor y para ella el psicólogo debe tener en claro todo lo que se ha descrito hasta el momento: entre otras cosas, la hipótesis diagnóstica y capacidad institucional de atención (Roa, 2008), la capacidad de ordenar y limitar la consulta (Gonzalez Castañón, 1993), de dar lugar a que surja algo del sujeto pero sin crear transferencia (Bacchetta, 2007), de articular las variables cualitativas del sujeto y las cuantitativas de la institución (Tomkiewicz, 1993). De allí la importancia de la experiencia del admisor en tanto analista y de su recorrido en la institución.

En cuanto a la dinámica del dispositivo de la admisión, se pueden destacar los siguientes puntos ejemplificados en los casos clínicos presenciados:

1. En primer lugar, después de cada admisión se evalúa lo que Roa (2008) describe como la consulta del sujeto, para definir las posibilidades de atención de la institución. En el caso de J., la consulta que pudo recortarse fue sentimiento de tristeza, miedo a que le roben y a que le pase algo a la hija. En el caso de M., la consulta radicó en la dificultad para bajar de peso. Ninguno de estos casos presentaban por el momento alguna dificultad como para no ser abordados en la institución, motivo por el cual fueron admitidos.
2. Al finalizar con ambas admisiones, se les explicó a los consultantes que el tratamiento se llevaría a cabo con otro analista a quien sería derivado en función de las coincidencias horarias. Para esto se les pide que informen en qué horarios podrían llevar a cabo las entrevistas, esto se asienta en la historia clínica, y después se busca un psicólogo de la institución que comparta dicha disponibilidad. Se les explica que las entrevistas se realizan una vez por semana y son de duración variable, y que las condiciones de pago del tratamiento se coordina con el profesional que llevará adelante el tratamiento . Con esto se cumple el

segundo punto desarrollado por Roa (2008) en cuanto a la información de las normas institucionales al consultante.

3. Otra de las tareas del admisor según esta autora es la apertura de una historia clínica. Las historias clínicas de esta institución constan de los datos filiatorios, obra social, motivo de consulta, disponibilidad horaria y predilección en relación al psicólogo que lo atenderá. Sobre esto último se les indica que se tendrá en cuenta esta preferencia en la medida de lo posible, aunque esto dependa de las disponibilidades institucionales y no se pueda asegurar por completo la satisfacción de este pedido. En los casos estudiados, ninguno de los consultantes tuvo preferencias en este aspecto.
4. Otros dos puntos importantes en la admisión, como explica Roa (2008), son el por qué aquí y ahora de la consulta. Estas son dos cuestiones fundamentales a indagar en las admisiones y, en estos casos, los psicólogos lo preguntan directamente. J. manifiesta haber llegado a la institución recomendada por un amigo y decide consultar en este momento porque dice estar volviéndose aburrida y triste, algo que nunca le había sucedido. M., por otro lado, eligió la institución también por recomendación de la novia, quien estudia psicología, y la hermana quien se atiende en la institución. M decide consultar ahora porque dice haber probado de todo para bajar de peso sin encontrar resultados.

2. MOTIVO DE CONSULTA MANIFIESTO Y LATENTE.

Uno de los aspectos más importantes a cuestionar en las admisiones, es el motivo de consulta. Esto es el núcleo de la entrevista y es lo primero que los admisores indagan.

En las entrevistas analizadas, pueden detectarse diversos motivos por los cuales los pacientes dicen consultar. Sin embargo, se sabe que estos motivos manifiestos, como plantea Freud (1919), son compuestos por otros motivos de los cuales el paciente no es conciente, es decir que hay un motivo latente que hay que desentrañar en el análisis. Si bien no es posible detectar este último en una admisión, se pueden hipotetizar algunas cuestiones al respecto como se ejemplifica a continuación con las entrevistas de J. y M.

J. comenzó su discurso planteando que le agarró mucho miedo de salir a la calle o que le suceda algo a la hija debido a que le robaron muchas veces. Este podría considerarse el primer motivo de consulta manifiesto ya que es lo primero que plantea en su discurso ante la pregunta del psicólogo sobre qué la lleva a consultar.

Sin embargo, cuando el admisor sigue preguntando, dice que guarda todo lo que le pasa y después explota por cualquier cosa, situación que considera no poder controlar. Aquí podría recortarse un segundo motivo de consulta manifiesto ya que plantea verbalmente la necesidad de modificar esta situación compartiéndolo con un profesional.

Por otro lado, a lo largo de la entrevista, el discurso de la consultante lleva al admisor a preguntar sobre qué le gustaría hablar en ese espacio. J. responde con llanto y dice estar muy angustiada porque no puede superar el engaño del marido. Explica que fue una situación ya tratada con el mismo, al cual perdonó en su momento pero dice no poder dejar de pensar en ello.

Visiblemente esta es una cuestión que la angustia bastante, con lo cual será interesante retomar el tema en el futuro tratamiento donde pueda desplegarlo bajo transferencia respetando lo que plantean Bacchetta (2007) y Abbattista et al. (2008) acerca de no alimentar en la admisión un vínculo que luego sea intransferible. Con esto, se puede contar el tercer motivo de consulta que manifiesta J. en este primer encuentro.

Por último, al finalizar la entrevista, cuando el psicólogo pregunta acerca de las expectativas con respecto al tratamiento, J. responde que lo que espera del mismo es un espacio donde poder desahogarse ya que se siente aburrida y triste, situación nueva y completamente extraña para ella. Esto ubica un cuarto motivo de consulta manifiesto donde se puede reconocer el quiebre que plantea Roa (2008) el cual produce un cambio que vuelve al padecimiento inconciliable.

Es interesante notar cómo la consultante -con la guía del admisor- va desplegando diversas cuestiones a lo largo de la entrevista, surgiendo problemáticas muy diversas de aquella que manifestó espontáneamente por primera vez como motivo de consulta. De ello se desprende también la importancia del rol del admisor, cuestión que se profundizará más adelante.

A diferencia de J., en el caso de M. parece haber un motivo de consulta manifiesto principal -dificultad para bajar de peso-, debiendo analizar con más detalle el discurso para escuchar algún otro pedido. No obstante ello, se pudieron detectar dos cuestiones relevantes más.

Una de ellas, es el manejo del tiempo del cual plantea dificultades para lograr su organización. Expresa no tener o no saber hacerse tiempo para terminar todo lo que debe hacer, y no poder dedicarse seriamente a varias cosas a la vez. También dice enfocarse demasiado en una sola cosa y que esta dificultad le impide terminar el resto de las tareas pendientes.

Por otro lado, antes de dar por terminada la entrevista, el admisor pregunta a M. si quiere agregar algo más a su relato. Para su sorpresa -en tanto que no esperaba que M. fuera a desplegar algo diferente dado que su discurso estaba centrado en la dificultad para adelgazar-, el consultante plantea que existe otro tema principal que le gustaría tratar. Dicho tema es que siente haberse separado de los amigos porque *“no le da la filosofía de dar y dar y nunca recibir nada a cambio”*. Al respecto plantea ser muy exigente con las personas, característica que también le adjudican sus seres allegados.

Con esto último se puede recortar un tercer motivo de consulta manifiesto, el cual no surgió en un relato espontáneo sino a partir de la pregunta del admisor casi al finalizar la entrevista. Aquí, como en el caso de J., la función del admisor también fue muy importante para -como plantea Felman (2008)- recortar una demanda incipiente, un pedido en la entrevista de admisión.

Desarrollados los motivos manifiestos de consulta que traen J. y M., no hay que olvidar lo que Freud (1919) y Lacan (1958) plantean acerca de que sólo a partir del despliegue de las demandas es posible la producción de un síntoma analítico. Estos autores opinan que hay un síntoma que no es aquello que manifiesta el paciente, sino que es un síntoma producido en análisis -por lo tanto bajo transferencia- y que tiene que ver con la posición del sujeto. Es por ello que, a pesar que Freud (1913) -y más tarde Sotolano (1993)- plantean una dificultad para producir estos síntomas en las primeras entrevistas, se intentará a continuación hipotetizar algunas cuestiones latentes que subyacen en los discursos de los consultantes.

Algo llamativo a tener en cuenta en el futuro tratamiento de J., es el concepto de pérdida que resuena a lo largo de todo su discurso. Por un lado, podría pensarse que los últimos robos que tuvo, y a partir de los cuales hace la consulta, resignifican otros robos o pérdidas latentes como la muerte de la madre -la cual dice no haber llorado nunca-, el engaño del marido con otra mujer y la pérdida de contacto con la ex pareja de su padre a quien había llegado a querer como una "*segunda madre*".

Por otro lado, se escucha una constante repetición en el discurso de los hombres que siempre eligen a otra mujer -el marido con la amante y el padre con sus ex parejas-, cuestión que se asocia con la idea de robo o pérdida anteriormente descrita.

En el caso de M. y sus problemas con la comida, podría pensarse que esta última viene a sustituir alguna otra cuestión la cual habrá que indagar con mayor detalle a lo largo del tratamiento. Sin embargo, ya en esta primera entrevista se pueden arriesgar algunas hipótesis en relación a esto.

En primer lugar, hay que recordar que para Freud (1917) todo síntoma tiene un sentido inconsciente y sexual. Ahora bien, en el discurso de M. se puede observar que los problemas están en relación a lo exogámico -los amigos, la familia de la novia, la facultad, la banda de música-, mientras que con su propia familia pareciera -al menos hasta el momento- no tener problemas.

Por otro lado, la forma de expresarse sobre sus amigos, su banda, es un discurso comúnmente femenino. Esto se concluye a partir de varias expresiones como por ejemplo cuando plantea que la separación de sus amigos fue o porque hablaron mal de él, o dijeron algo que no le quedó claro, o porque no lo invitan a determinados lugares o se juntan a hacer cosas que saben que a él no le gustan.

Por último, cuando se le pregunta concretamente cómo es que llegó a consultar, responde que vino por la novia, que ella es estudiante de psicología y le dijo que haga una consulta. Habría que retomar esta expresión para tener más herramientas a la hora de retomar la hipótesis de un trasfondo sexual de los problemas.

Como puede derivarse de este análisis, las diferencias entre el enunciado -lo que el consultante efectivamente dice- y la enunciación del sujeto

-aquella verdad que el analista escucha en el enunciado, sin ser verbalizada explícitamente- son muy importantes como plantea Rubistein (2009), y su diferenciación es fundamental para el análisis de los motivos manifiestos y latentes.

Por último, en la entrevista de M. también se puede detectar fácilmente un pedido sobre aquello que la persona no pudo resolver de forma autónoma -como plantea Felman (2008)- y sobre lo cual ha intentado varias soluciones sin tener éxito -como explica Roa (2008)-. Esto se presenta ya en la primer frase que expresa M. en la entrevista *“Probé con mil nutricionistas, diferentes dietas... es algo que me sobrepasa, empiezo una dieta pero después la dejo enseguida”*. También dice intentar comer sano principalmente en la casa de la novia -donde según él se come mucho frito y grasas-, sin embargo no siempre logra su cometido.

En el caso de J., estos intentos fallidos de solución no se detectaron en la primera entrevista, sino que mas bien hubo una manifestación constante de angustia y lamento sobre lo que venía padeciendo.

Es así como, si bien en J. no se ubicaron soluciones fallidas, se observa -con mucha mas claridad que en la entrevista de M- la modalidad de queja que desarrolla Roa (2008).

J. manifiesta que le pasaron muchas cosas en la vida, le robaron muchas veces, fue engañada por el marido, su madre murió cuando ella tenía 11 años por lo que considera haber tenido una crianza muy difícil sola con la hermana y el padre.

Con su padre se separaron del resto de la familia por un problema que tuvo éste con una antigua pareja, luego, cuando el padre conoció a otra mujer, J. se encariñó hasta el punto de que cuando esta relación terminó, sintió perder una segunda madre. Recrimina al padre que haya cortado con esta última relación, y dice estar muy enojada con los problemas que éste le trae.

En cuanto a M., si bien también manifiesta que la dieta lo sobrepasa, que no tiene tiempo para nada entre la facultad y su banda de música, que con un grupo de amigos se peleó porque uno de ellos dijo algo de él que no quedó claro, con otro grupo se alejó porque se juntaban para drogarse o tomar o con el grupo de la facultad también se alejó porque dice que lo dejaron solo con un trabajo grupal que había que hacer, su discurso no está completamente

centrado en la queja como J., e incluso expresa la incertidumbre acerca de si será problema de él o del resto de las personas, expresión que no se vislumbra en J.

A lo largo de la entrevista de J. entonces, prevalece un discurso de queja donde le adjudica la causa de su padecer a diferentes personas: los ladrones, el marido, la madre fallecida, el padre, y la antigua pareja de éste. Aquí se ve claramente cómo J. introduce desde el principio la dimensión del Otro. Como describe Freud (1893) acerca de la histérica, ésta trae toda una historia de padecimientos, una serie de traumas parciales que le vienen del Otro.

En la entrevista de M. también aparecen quejas sobre la novia, los diferentes grupos de amigos y la falta de tiempo, aunque como ya se ha explicado, su discurso es más abierto en apariencia y no está tan centrado en el Otro sino más bien en sí mismo.

Para concluir, en relación a estos discursos, podría retomarse lo desarrollado por Roa (2008) acerca que en las demandas de J. y M. hay una necesidad para que se sancione que el otro es el equivocado y ellos están en lo cierto. Sin embargo, en M. también aparecen otros aspectos, mediante los cuales puede recortarse más claramente como demanda un pedido de tratamiento para resolver su problema.

3. FUNCION DEL PSICOANALISTA.

Tanto en la entrevista de M., como en la de J., se puede observar cómo los psicólogos respectivos comienzan las entrevistas con una pregunta amplia: ¿Por qué viniste? y ¿Qué te trae por acá?. Estas preguntas tienen la misma intención que la pregunta que plantean Barcones y Dekleva (2009) como recorte de la oferta del dispositivo de la admisión, ¿qué tiene para decir?. Esta manera de comenzar la entrevista, podría asociarse con la posición de escucha que Roma (1993) propone como punto fundamental. Es decir, si la pregunta es amplia, se espera que los consultantes desplieguen todo aquello que les viene en mente, sin estar condicionados por la pregunta, y, ante esto, el admisor no tiene más que escuchar y articular el discurso.

No obstante esto, no siempre es suficiente preguntar ampliamente para que el discurso se articule, sino que -como en el caso de J.-, muchas veces es

necesario que el psicólogo adquiriera un rol mas activo realizando varias preguntas al consultante para que éste comience a hablar.

J., por ejemplo, ante la pregunta de qué la lleva a consultar, responde con una sonrisa tímida y dice no saber por qué ha ido. Ante esta respuesta, el admisor pregunta si es la primera vez que hace terapia y J. responde que de chica el padre la llevaba aunque ella no quería, a partir de lo cual siguió hablando respondiendo también la primer pregunta, que -efectuado directamente-, no había obtenido respuesta en la primera oportunidad. Así fue el transcurso de toda la entrevista, donde se pudieron articular varias cuestiones, pero siempre como respuesta a alguna pregunta o comentario del admisor.

Por otro lado, en la entrevista de M. se observa mucha menos participación e interrogación por parte del psicólogo, ya que este consultante despliega espontáneamente su discurso y no deja mucho lugar a que el admisor intervenga.

Es por esto último que esta entrevista tuvo una menor duración de lo que comúnmente toman las admisiones de esta institución -20 minutos, cuando normalmente son de media hora- ya que, según el psicólogo que lo entrevistó, de extenderla demasiado se correría el riesgo de generar transferencia, cuestión que -como plantean Bacchetta (2007) y Abbattista et al. (2008)- no es algo conveniente que suceda en una entrevista de admisión. Esta medida cautelosa fue una decisión tomada por el admisor debido la facilidad de palabra del consultante y por cierta implicación subjetiva que ya se vislumbraba en él.

A diferencia de M., como ya se ha descripto, en la entrevista de J. resulta necesaria la pregunta constante del psicólogo para que ésta despliegue su discurso. Sin embargo, como plantea Bacchetta (2007), si bien la intervención del admisor debe ser suficiente, también debe ser discreta para no obturar la pregunta. Es por esto último, que las preguntas realizadas por el admisor en este caso, no buscan alguna respuesta en particular, sino que surgen todas como consecuencia del discurso de la consultante misma (ver anexo).

En cuanto a la escucha del admisor, se observa que, como plantea Bacchetta (2007), si bien se escucha fundamentalmente al yo del sujeto, también se busca ubicar cuál es la posición del sujeto en aquello que le ocurre.

Como ya se ha comentado, M. parece preguntarse acerca de su propia responsabilidad en lo que le pasa, o al menos, duda si será él el equivocado o si serán el resto de las personas. En cambio J., en esta primera entrevista, no expresa ninguna señal de pregunta al respecto.

Otra cuestión importante a tener en cuenta en las admisiones, es la urgencia subjetiva. En la entrevista de J., ésta se muestra muy angustiada y llora durante casi toda la entrevista. En este caso, la función del psicólogo también estuvo basada en aliviar en algún punto ese sufrimiento para que, primero, pueda desplegar algún aspecto sin que esta angustia se lo impida, y segundo, no se vaya tan desarmada del primer encuentro.

Esta posición que adoptó el admisor con J., puede observarse en varias actitudes siendo la más constante el hecho de no repreguntar demasiado sobre aquellos temas que evidenciaban un peso emocional importante para ella. Esta característica impidió recabar información relevante, como para el diagnóstico por ejemplo, pero tanto el profesional como la institución priorizan en estos casos la urgencia subjetiva a las asociaciones del consultante ya que se considera que en su futuro tratamiento tendrá el tiempo necesario para dicho trabajo asociativo.

Por otro lado, desde la perspectiva administrativa institucional, otra de las tareas que realizaron estos psicólogos en las admisiones de J. y M. -y que constituyen las funciones del admisor-, fue completar las historias clínicas con los datos filiatorios y todo aquellos datos que la institución considera necesarios de incluir en las mismas. Sin embargo, esta información, más que como una mera formalidad, tuvo un lugar secundario de importancia y fue realizada en el transcurso de las entrevistas entrecruzándose con el discurso de los pacientes de manera que, como plantea Pujó (1993), la función de los admisores no se redujo a un mero acto burocrático.

En relación a esto, puede observarse claramente lo que plantea Felman (2008) sobre la diferencia entre estas entrevistas y una anamnesis o admisión para la psicología en tanto que el énfasis está puesto en la enunciación del sujeto para poder recortar una demanda incipiente.

Para finalizar, al respecto pueden diferenciarse los dos momentos lógicos que plantean Barcones y Dekleva (2009), en cuanto que se observa el rol activo de los analistas al efectuar preguntas que lleven a la construcción de

un pedido -pedido de tratamiento para recuperar la voluntad de adelgazar en M., y los diversos pedidos de J.-, y por el otro lado, al finalizar la entrevista, se entrelazan esos pedidos con las normas institucionales explicando la modalidad de los tratamientos que se llevarán a cabo en ambos casos como resultado de haber sido admitidos en esta primer encuentro.

Por último, otros objetivos importantes del admisor, como plantea Felman (2008), son evaluar si la persona que consulta está en el lugar y tiempo precisos para iniciar un tratamiento, y tener presentes las posibilidades de atención institucionales en relación al caso. Para ello, los admisores pusieron mucho énfasis en las entrevistas de J. y M. en la pregunta acerca del motivo de la elección de esa institución en particular y en aquello que desencadenó las consultas en ese momento.

Por otro lado, después de evaluar que tanto M. como J. no estaban sufriendo una crisis grave de angustia, ni el diagnóstico presuntivo tenía indicadores de psicosis -sino que por el contrario se hipotetizó neurosis en ambos casos-, se decidió que la institución tenía las herramientas para sostener los tratamientos para ambos consultantes y como consecuencia se admitieron los casos.

A partir de lo expuesto entonces, se procederá a analizar aquellas cuestiones que condujeron a hipotetizar sobre los diagnósticos diferenciales en ambos casos, lo cual permitió admitir a los consultantes al tratamiento de la institución.

4. EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Como plantea Roma (1993), y pudo corroborarse en la práctica con los casos de J. y M., resulta muy difícil arribar a un diagnóstico presuntivo en sólo una entrevista de admisión -al menos desde el psicoanálisis-. Si bien es cierto que pudieron pensarse algunos aspectos que coincidirían con una neurosis obsesiva -en el caso de M.- y una histeria -en el caso de J.-, son pocos los elementos con los que se cuentan como para brindar una gran contundencia a estas hipótesis.

Para comenzar a describir este análisis, se decidió -de manera arbitraria- organizar el desarrollo comenzando desde lo más abarcativo hacia lo más

específico. Es así como la primer pregunta que surge es: ¿los casos de M. y J. se tratan de una neurosis o una psicosis?

La respuesta a esta pregunta resulta fundamental para decidir si la institución cuenta con la capacidad de atención de estos casos, y, principalmente, brindar un panorama al analista que siga con los tratamientos sobre la posición que deba adoptar en cuanto al diagnóstico de los consultantes, ya que, como plantea Roa (2008), tanto las intervenciones como el dispositivo analítico diferirán en función del mismo.

Para descartar psicosis en una entrevista de admisión, es bastante útil centrarse en las manifestaciones más visibles y comunes que desarrolla Lacan (1955) de estos pacientes: los neologismos, delirios, certeza, alucinaciones, etcétera. Resulta evidente que ni J. ni M. presentan manifestaciones de esta índole.

Por otro lado, ambos consultantes llegan bastante desorientados a la entrevista. Es decir, tienen una posición de desconocimiento sobre aquello que les aqueja. Como plantea Lombardi (2005), esta postura pertenece al neurótico, mientras que un psicótico tiene una irreductible posición de certeza sobre aquello que padece.

Confundiéndose entonces que no se trata de psicosis en ninguno de los casos trabajados, se analizarán los indicios de las admisiones que conducen a las hipótesis realizadas.

En primer lugar, como ya se ha explicado, se observa claramente la no implicación de los sujetos en aquello por lo que vienen a consultar, cuestión fundamental de la neurosis.

Compartiendo lo que plantea Frydman (2005) respecto a la importancia del discurso para el diagnóstico, en el caso de J., se escucha constantemente que algo le es sustraído: en primer lugar con los robos que manifiesta le vienen ocurriendo, en segundo lugar las “*madres*” que han sido alejadas de su lado, y por último el marido que le fue arrebatado por otra mujer. Es decir, todo esto le fue quitado por otro, sitúa al Otro en relación a la causa.

En M., esta falta de implicación aparece, por un lado cuando plantea que “*la comida lo sobrepasa*”, quedando absuelto de toda responsabilidad al respecto. Por otro lado, también se escucha en su discurso adjudicar cierta responsabilidad a la novia, en cuya casa dice que siempre hay “*comida*

chatarra". También se manifiesta cuando habla de los problemas que tiene con los amigos, ya que, guiándose por su relato, por distintos motivos todos ellos son los culpables de que él haya tenido que alejarse de ellos.

Prosiguiendo con la neurosis de M., también se detectan en el discurso ciertos aspectos que permitirían pensar en rasgos obsesivos, como por ejemplo la necesidad de control cuando plantea que quiere recuperar la voluntad para poder bajar de peso, para organizarse los tiempos, cuando plantea que siente que debe tener su escritorio ordenado todo el tiempo, o con la expresión "...soy *equitativo. No me gusta la filosofía de dar y dar y no recibir nunca nada a cambio...*".

En el hecho de no poder dejar su escritorio desordenado, se presenta también lo que Freud (1917) plantea como característica del neurótico obsesivo acerca de que éstos realizan acciones indiferentes para su persona, pero que no pueden dejar de realizarlas.

Por otro lado, si se retoma lo que plantea Lacan (1958) acerca de que el obsesivo siempre trabaja para un Otro del cual busca aprobación, se podría hipotetizar en función del discurso de M., que la novia ocupa un lugar protagónico en este aspecto, en primer lugar porque es por ella por quien consulta, y en segundo lugar, porque a lo largo de toda la entrevista se presenta varias veces el hecho de consultar con ella distintas cuestiones de su vida.

Para finalizar, si bien las cosas para todo neurótico nunca son responsabilidad del propio sujeto -posición que se busca modificar en todo análisis-, a diferencia del obsesivo la histérica trae constantemente la queja sobre el otro al consultorio. Esto se justifica en el planteo de Lacan (1958) donde explica que ésta intenta encontrar la falta en el otro todo el tiempo. El discurso de M., en este aspecto, no es tan directamente acusatorio sobre alguna persona específica, pero sí neurótico porque no siente responsabilidad sobre lo que le pasa.

En el caso de J., si bien no hay demasiado material para pensar un diagnóstico diferencial, hay un discurso centrado permanentemente en las cosas que otras personas le han hecho, cuestión que como desarrollamos con anterioridad, Lacan (1958) plantea como característica de la histeria.

Por otro lado, también surgen varias veces manifestaciones de vergüenza, lo cual reforzaría el diagnóstico de la neurosis de J.

Para concluir, no hay que olvidar que, como plantea Frydman (2005), nada de lo expresado en relación a los diagnósticos diferenciales de estos consultantes tienen valor si después no se verifican en el tratamiento.

Conclusión

A lo largo de este desarrollo, se intentó abarcar la dinámica y estructura de la admisión centrándose en la diferenciación existente entre este dispositivo institucional y el discurso analítico.

Para ello, se enfatizaron aquellas cuestiones básicas que se creyeron partes importantes constitutivas de esta primera entrevista: la hipótesis

diagnóstica o aquellos signos detectados en el discurso del consultante útiles para esta; el motivo de consulta manifiesto por el paciente y los elementos latentes que subyacen el discurso del mismo; la función del psicólogo como admisor desde un enfoque psicoanalítico y, específicamente, como integrante de una institución Lacaniana.

A modo de aclarar e ilustrar lo expuesto, se fueron ejemplificando los puntos importantes con dos entrevistas de admisión presenciadas y trabajadas en la institución.

Un punto a destacar, es que si bien se detectó que existe a la fecha escaso material sobre la correlación entre el dispositivo de la admisión y el psicoanálisis, no fue problemático ubicar bibliografía relevante sobre las cuestiones periféricas, que, en su conjunto, condujeron a un análisis profundo del tema central. En este respecto, se puede afirmar que el desarrollo realizado cuenta con un respaldo bibliográfico muy amplio que justifica sus proposiciones.

Por otro lado, si bien las admisiones trabajadas pudieron ilustrar temas variados -como por ejemplo la histeria y la neurosis obsesiva-, también hubo limitaciones inherentes al tema en particular. Es decir, es muy poca la información rica para el psicoanálisis que puede detectarse en una sola entrevista. Las hipótesis diagnósticas y las cuestiones latentes que puedan llegar a desarrollarse, son simplemente eso: conjeturas que tienen un valor decisorio pero que serán o no corroboradas en el transcurso del tratamiento. Esto deja en suspenso el apoyo que la experiencia pueda aportar a estos esbozos prematuros, fundamentalmente por la imposibilidad de hacer un seguimiento posterior del tratamiento debido a la confidencialidad de los pacientes que el psicoanálisis cuida especialmente.

En cuanto a la relación entre el psicoanálisis y la institución, se puede concluir que, si bien no es inherente al psicoanálisis la entrevista de admisión, pueden rescatarse de ella algunas cuestiones necesarias para la institución, como el diagnóstico para evaluar posibilidades de atención, la derivación adecuada de acuerdo a preferencias del consultante y/o problemática a tratar, cuestiones administrativas como la apertura de la historia clínica que, no solo se reduce a un acto burocrático sino que resulta importante para posibilitar un seguimiento por distintos profesionales, entre otras cosas. Esto apoya la

posibilidad de la práctica del psicoanálisis en las instituciones, siempre y cuando se sostenga la práctica en los conceptos fundamentales: transferencia, inconciente, repetición y pulsión, y se respete la única regla: la asociación libre.

En relación al primer objetivo específico del presente trabajo, se puede decir que éste se encuentra acotado al no poder realizar un seguimiento acerca de los motivos latentes de consulta que se hipotetizaron en las admisiones. Si bien se pudieron desarrollar con detalle los motivos manifiestos y la posición que asumen los consultantes al respecto, se puede concluir que es un tema importante a indagar en la admisión aunque imposible de analizar con precisión en una sola entrevista.

Por otro lado, se pudo graficar en este desarrollo la importancia del psicólogo en la admisión y su difícil tarea dentro de la institución psicoanalítica específicamente. El hecho de priorizar en estas entrevistas la escucha, la urgencia subjetiva, las cuestiones tanto manifiestas como latentes del discurso del consultante, pero con el cuidado de no generar transferencia en un espacio donde no se continuará el tratamiento, requiere del admisor una gran experiencia y cautela.

Por último, en cuanto al diagnóstico, se encuentran similares restricciones que en los motivos latentes de consulta, en cuanto a no poder realizar un seguimiento que permita corroborar las hipótesis diagnósticas. Sin embargo, como en psicoanálisis la exactitud en el diagnóstico no resulta imprescindible, los signos al respecto detectados en la admisión encuentran su utilidad en descartar patologías que no puedan ser recibidas en la institución por limitaciones en su capacidad de atención.

Resumiendo, se cree que el presente desarrollo es un aporte útil que reúne un material interesante sobre un tema con escasa información hasta la fecha. Si bien hubiera sido ideal para una mayor profundidad de análisis contar con la posibilidad de efectuar un seguimiento de los casos, también se puede sacar provecho de este obstáculo para graficar no sólo lo que se puede obtener de una admisión sino también aquello que es imposible de precisar en ella.

Se considera que lo más rico del análisis efectuado radica no sólo en el estudio de las implicancias del dispositivo institucional en la práctica psicoanalítica, sino también en las especificidades que aporta el psicoanálisis a una entrevista que es común a toda institución.

Bibliografía

Abbattista O., Beer S., Bianchi G., Rzezak R. & Szein C. (2008). Cómo y qué escuchamos en una admisión. *Perspectivas Vinculares en Psicoanálisis. Las Prácticas y sus Problemáticas*. (pp 215-216). Buenos Aires: Ediciones Publikar.

Alvarez, C. (1993). Admitir de Día. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 29-30.

- Bacchetta, M. C. (2007). *¿Transferencia en la Admisión?*. Recuperado el 20 de agosto de 2010 de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11483>
- Barcones O. & Dekleva G. (2009). Hospital de Día. En A. Rubistein (Ed.), *Un Acercamiento a la Experiencia: práctica y transmisión del psicoanálisis* (pp 37-44). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Benjamín, A. (1993). Admitir la demanda. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 9-10.
- Campanella G., Nocera C. & Trillo A. (2008). Usos de la norma hospitalaria. En G. Lombardi (Ed.), *Hojas Clínicas 2008* (pp. 157-165). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Esposito S., Katz P., Tabakman J. & Weis S. (1993). De test-hijo en peligro al arroz con leche: La clínica con niños. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 20-22.
- Felman, G. (2008). *Proceso de admisión, una experiencia psicoanalítica*. Recuperado el 20 de agosto de 2010 de <http://www.alefpsi.com/giselafelman.htm>
- Fernandez, E. E. (2003). *Psicoanálisis y Hospital. Tres efectos paradójales*. Recuperado el 20 de agosto de 2010 de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=3889>
- Freud, S. (1893). *Estudios sobre la histeria*. Madrid: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. Madrid: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917a). 17º Conferencia. *El sentido de los síntomas*. Madrid: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917b). 27º Conferencia. *La Transferencia*. Madrid: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917c). 24º Conferencia. *El Estado Neurótico*. Madrid: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1919). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Madrid: Amorrortu editores.
- Frydman, A. (2005). El diagnóstico en los albores del psicoanálisis. *Memorias de XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología UBA*, 3, 85-88.

- González Castañón, D. (1993). La admisión: campo de problemáticas. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 10-13.
- Hadis, N. (1988). El proceso de admisión en una institución. *II Encuentro Latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis*, 1, 86-89.
- Lacan, J. (1953). *Palabra Vacía y Palabra Plena en la realización psicoanalítica del sujeto*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955a). *Acerca de los significantes primordiales y de la falta de uno*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955b). *Introducción a la cuestión de las psicosis*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955c). *El fenómeno psicótico y su mecanismo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958a). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958b). *La dialéctica del deseo y de la demanda*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958c). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958d). *El obsesivo y su deseo*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958e). *El sueño de la bella carnicera*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964a). *Del sujeto al que se le supone saber, de la primera diada y del bien*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1964b). *La sexualidad en desfiladeros del significante*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1966a). *Psicoanálisis y Medicina*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1966b). *Variantes de la Cura Tipo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1975). Introducción a la edición alemana de los escritos. *Revista Mundial de Psicoanálisis*, 42, 9-15.
- Liberman, D. (1972). Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos; criterios diagnósticos y esquemas referenciales. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 461-483.
- 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.

- Peskin, L. (2006). El Diagnóstico Psicoanalítico. *Omega Trabajos*, 8, 244-266
- Pujó, M. (1993). Modos de lo inadmisibles. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 33-39.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*, vigésima segunda edición. Madrid: Espasa Calpe.
- Roa, A. (2008). La admisión no es una entrevista preliminar. En G. Lombardi (Ed.), *Hojas Clínicas 2008* (pp. 173-182). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Roma, V. (1993). Una cuestión de conceptos. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 5-7.
- Rubistein, A. (2009). 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. (2009). El uso del diagnóstico en Psicoanálisis. En A. Rubistein (Ed.), *Un Acercamiento a la Experiencia: práctica y transmisión del psicoanálisis* (pp 61-66). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Soler, C. (1984). Standars no standars. *¿Cómo se analiza hoy?* (pp. 101-123). Buenos Aires: Manantial.
- Scavino, R. (1993). La admisión en tanto operación. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 7-9.
- Sotolano, O. (1993). La admisión en la Institución Hospitalaria. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 13-17.
- Tomkiewicz, F. A. (1993). Admisiones, pacientes y terapeutas. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 17-19.
- Yelatti, N. (2009). ¿Qué es el diagnóstico para el psicoanalista?. En A. Rubistein (Ed.), *Un Acercamiento a la Experiencia: práctica y transmisión del psicoanálisis* (pp 47-52). Buenos Aires: Grama Ediciones.