

# **Trabajo Final de Integración**

**Título:** Descripción y análisis de la entrevista de admisión de una consultante realizada en un centro terapéutico con enfoque psicoanalítico.

**Alumna:** Erica Raquel Rocha de Oliveira

**Tutor:** Lic. Marcos Mustar

# Índice

Introducción.....	03
Objetivo General.....	03
Objetivos Específicos.....	03
Marco teórico.....	04
Admisión.....	04
Diagnóstico y síntoma en admisión.....	07
Diagnóstico.....	07
Síntoma.....	09
Técnicas utilizadas en psicoanálisis.....	12
La posición de admisor/analista.....	15
Consulta y Demanda.....	18
Metodología.....	22
Entrevista de admisión.....	23
Discusión.....	25
Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	35

## Introducción

El interés en aspectos de la clínica psicoanalítica ha surgido en la pasantía de la materia Práctica Profesional V realizada en un centro terapéutico. Las principales actividades en esta institución fueron: 1) asistencia a Ateneos teóricos/clínicos donde se articulan casos clínicos con conceptos puntuales de la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan. 2) asistencia a la Supervisión de casos clínicos 3) Co admisiones de pacientes para ingresar a la institución 4) reuniones semanales con uno de los directores de la institución donde se profundizan puntos de la teoría relacionados con el objetivo de ese trabajo.

La confección de ese trabajo estuvo motivada por la pregunta de la autora acerca de cuáles son los criterios utilizados por un admisor para admitir o no admitir a un paciente en análisis.

### Objetivo general:

Describir y analizar la entrevista de admisión de una consultante realizada en un centro terapéutico.

### *Objetivos específicos:*

*Describir el proceso de admisión de una consultante en la institución.*

*Describir la tarea del admisor durante la entrevista de admisión.*

*Analizar utilizando la entrevista de admisión de una consultante la diferencia entre consulta y demanda de análisis.*

## **Marco teórico:**

### Admisión

Esa forma particular de recibir a los pacientes por primera vez en una institución, denominada Admisión, recibió la atención de diversos practicantes del psicoanálisis. Principalmente, con los efectos de desentrañar el significado del concepto 'admisión' desde la tríada implicada que lo compone: desde el lugar del Admitido, del Admisor y de la institución que admite o no a un paciente.

De forma más general, las definiciones más amplias del concepto de admisión respecto a una institución, tienen que ver con la función específica, de orden práctico y organizativo que cumple dicho acto. Roa (2002) señala que la admisión es el primer dispositivo con el cual se encuentra un consultante en una institución. Pujo (1993) concuerda, agregando que ese dispositivo designa la forma que tiene la institución acoger o no a un discurso específico de un consultante en particular. También, la admisión es el paso anterior a las entrevistas preliminares, cuyo objetivo es buscar formalizar cuales serán las condiciones de posibilidad, las reglas y los instrumentos que van a viabilizar un análisis.

Bacchetta(2007) afirma que la admisión es un dispositivo más necesario a las instituciones que a los consultantes. Su utilidad radica en organizar el sistema de derivaciones de pacientes a los analistas. Relata que uno de los objetivos es acompañar a que un consultante pueda reafirmar la decisión de empezar a un tratamiento.

Castañón (1992) sostiene que la admisión, como parte perteneciente del dispositivo institucional, cumple también el rol de un instrumento, que, por inaugurar las prestaciones a un consultante, ordena, limita y habilita la consulta, promoviendo un

lugar, que al abrir un registro en una institución, posibilita la inscripción de los elementos de la entrada de un consultante. De forma que dicha entrada pueda ser compartida por otros profesionales.

Ese campo de la admisión no está separado o ajeno del profesional que encarna esa función institucional. El profesional psicólogo designado para esa función de admitir es conocido como 'Admisor'.

La función del Admisor fue creada a partir de la necesidad descrita anteriormente de organización de las instituciones de salud mental, respecto a la forma de recibir a los pacientes por primera vez, ya sea en hospitales o centros de atención psicológicos. Por lo tanto, el Admisor es el responsable de llevar a cabo esa entrevista en el marco de la institución, con la aspiración de poder verificar la posibilidad de que aquel que consulta pueda ser atendido en la institución.

Una de las funciones de ese primer acto institucional que cumple el Admisor es, a partir de un diagnóstico presuntivo y temporario del paciente, indicar cuál sería el tipo de tratamiento adecuado para cada caso en particular, para después derivarlo a otro analista, en la misma institución, en el caso de que sea admitido por la misma. Otra alternativa sería, derivarlo a otra institución que juzgue el Admisor como la más indicada para recibir al paciente en cuestión.

Además de la cuestión del diagnóstico presuntivo, hay otros factores que puedan facilitar o dificultar la posibilidad de ingreso de un consultante como paciente en una institución. Uno de estos factores es la derivación. O más precisamente, la fuente de determinada derivación. Según Castañón (1992) en el caso de que el paciente que asista a la admisión haya sido derivado desde otra institución, es importante investigar las condiciones de esa derivación; es útil preguntarse si la derivación fue una expulsión de otra institución, o si se habilitó un campo terapéutico.

Otro factor que podría facilitar o no el ingreso del consultante como paciente, tiene que ver con las condicionales personales del mismo, respecto a la apertura a un tratamiento psicoanalítico. Freud (1913) menciona que la consulta psicoanalítica que implicaba la mejor apertura era la efectuada por alguien joven, con capacidad

económica de sostener su tratamiento, y que demandaba él mismo en forma autónoma, en su propio nombre, aquejándose de pesares intrapsíquicos.

El Admisor también tiene que tener en cuenta de que durante la admisión el consultante es también un Admisor. Pujo ( 1993 ) sintetiza que la admisión también sucede del lado del consultante, dado que admitir a un analista no es algo sencillo, ni inmediato. Porque si la posición del consultante inicialmente está ligada a un sufrimiento, también lo está por añadidura a un modo particular de ‘no querer saber nada de eso’, en el que su sufrimiento se instala. Es necesario que un sufrimiento empuje a la instauración de un amor al saber, en otras palabras, que ese sufrimiento empuje hacia la transferencia. Si el analista da a este amor al saber que él mismo suscita, sitúa los contornos de los inicios de un análisis, sus condiciones de posibilidad.

Un concepto delicado y unido a la cuestión anterior es el de cómo suscitar ese amor al saber en el consultante teniendo en cuenta, cómo interroga (Orvañanos, 1986) que el admisor escucha una demanda a sabiendas de que no será el analista que va atender a ese paciente, en el caso de que pase a la instancia de las entrevistas preliminares. Se pregunta cómo escuchar o desde dónde escuchar esa demanda.

Orvañanos (1986) respondió esa cuestión, relatando que la forma de la intervención del Admisor, en esa circunstancia, podría ser la de generar un efecto de suspenso, o de sorpresa y que pueda ir más allá de los síntomas. Así, el lapso que deberá surgir entre las entrevistas de admisión y las entrevistas preliminares puede servir de cuestionamiento al consultante sobre su propio deseo u operar como significación sobre la cual el sujeto se detenga y retome al inicio de las entrevistas preliminares con el analista asignado.

Bacchetta (2007), a esa cuestión, aporta que no hay que reforzar la transferencia entre el admisor y el consultante para que ésta sea transferible al analista que va tomar el caso. Pero que eso es algo muy delicado de hacer, porque, a la misma vez, el admisor debe mantener algo de la transferencia del consultante, para que el dispositivo de la admisión funcione. Si el admisor no genera o no sostiene algo del orden de la transferencia, falla el dispositivo y el consultante no llega nunca a la instancia de las

entrevistas preliminares. Concluye que lo que ocurra en las entrevistas de admisión también va configurar una parte de la instalación de la transferencia en el análisis.

Respecto a la conclusión de la entrevista de admisión, ésta puede estar ya establecida de antemano por la institución, o puede inclusive ser el resultado de alguna intervención del admisor sobre algo que dijo el que paciente, y que operó en el acto como enigma para éste último.

## **Diagnóstico y síntoma en admisión**

### **Diagnóstico**

La cuestión del diagnóstico presuntivo también es parte del dispositivo de las entrevistas de admisión. Es producto de la lectura o interpretación de esa primera presentación, que ofrece el consultante de sí mismo y de sus síntomas al admisor. Pero esa lectura del admisor, normalmente, no culmina en una respuesta diagnóstica al paciente. La función de esta lectura es la de ofrecer una primera impresión de lo que se escuchó al analista que va atender el caso, o de encaminar al consultante a otra institución, en el caso de que la institución no atienda a la problemática presentada por el paciente.

El diagnóstico en psicoanálisis no está desvinculado de los síntomas que narra el consultante. Pero la lectura que se hace de estos síntomas en admisión se realiza teniendo como base las diferentes estructuras psíquicas – neurótica, psicótica o perversa. También se determina el grado de gravedad de estos síntomas y se evalúa si se trata o no de una emergencia subjetiva. Estas evaluaciones tienen la función de orientar a la institución acerca del tiempo sugerido para una segunda entrevista, o si es necesaria una interconsulta con un psiquiatra.

Según Sotolano (1993) hay que ubicarse en un terreno interrogativo respecto a los síntomas y estructura durante la consulta. Definir las estructuras generales que priman en el mundo psíquico del paciente tiene un valor clínico y técnico. Tener en cuenta si el

sujeto que consulta es psicótico, prepsicótico, perverso o neurótico tiene un valor decisivo, como por ejemplo en el resultado de una interpretación, y sobre todo para la correcta derivación a un analista. Definir el llanto de un paciente como depresivo o histérico permitirá que en un caso el analista se ubique en relación a ese objeto perdido, o, en el otro caso, ubicar el deseo del paciente en seducir al analista con sus lágrimas. Una cosa es saber sobre el sujeto en particular y otra cosa sobre las leyes que rigen y constituyen al sujeto psíquico.

Acerca de lo que cuenta el paciente de sí mismo y de sus síntomas, Freud (1912) asevera que mucho de lo que se dice sólo podrá ser dilucidado a lo largo del tratamiento. Por lo tanto, no es tarea del admisor pretender un entendimiento completo de la problemática que trae el paciente en el momento de la admisión.

El diagnóstico presuntivo, entonces, apunta a que el analista haga una primera hipótesis evaluativa de la estructura del consultante, siempre teniendo en cuenta de que esa aproximación es presuntiva y no definitiva respecto del diagnóstico.

Según Lopes (1998) en esa primera hipótesis evaluativa, uno de los criterios a tener en cuenta al escuchar tiene que ver con la división subjetiva. El inicio del tratamiento psicoanalítico trata de encontrar qué puso en dificultad esa estrategia de cerrar, tapar la división. Es por eso que se dice que el síntoma de la entrada de análisis es un síntoma con pérdida de goce. Este es precisamente el síntoma que habrá de ser que localizado en la experiencia analítica, con el efecto de no confundir sujetos de distintas estructuras clínicas.

Forbes (2008), a su vez, afirma que es necesario verificar en la admisión si el síntoma que trae el paciente juega como portador de sentido para él. De ser así, este síntoma se dirige a Otro: al otro sujeto supuesto saber.

## Síntoma

Según Forbes (1999), lo que define al neurótico es no querer saber nada de su neurosis. El paciente no viene a curarse de su neurosis cuando acude a una entrevista de admisión, debido a que su neurosis normalmente le da cierto resultado. El sujeto en perfecta homeostasis se define como aquel de buena salud, es decir, que logra tapar su división subjetiva, y que como resultado de eso no presente síntomas y/o angustias que provoquen malestar. Podría decirse que la neurosis es todo aquel trabajo que el neurótico emprenda para tapar su división estructural. El síntoma es de cierta forma el fracaso de ese trabajo, y el trabajo mismo a la vez. Lo que quiere el neurótico es desembarazarse de ese último para que todo lo anterior a la aparición del síntoma siga igual. De ahí surge el pedido de consulta. Según Tendlarz (2008), el neurótico quiere librarse del síntoma por el cual va a quejarse a un analista, pero no está dispuesto a pagar el precio de saber de su castración.

Nasio (2009) afirma que en la neurosis hay dos tipos de sufrimientos. El primero es imperceptible y no es vivido de forma consciente; los síntomas tratan de atemperarlo. El segundo es vivido de forma consciente, bajo la forma del síntoma. Desde ese punto de vista, el síntoma es una expresión de la tentativa de autocuración del Yo; como una manifestación de una lucha en el interior del Yo, una batalla invisible llevada a cabo por el Yo que trata de hacer más tolerable un dolor inconsciente.

Según Lacan (1953), el síntoma debe ser entendido como un lenguaje, lenguaje que está definido por la estructura de cada paciente. El síntoma de cada sujeto es una palabra inconsciente para éste. El Sujeto habla, aunque de ello no sepa absolutamente nada, y habla con todo de sí; con su piel, con su carne, con su modo de tropezar, de hacer un acto fallido, con su manera de comportarse en la vida, de modo que todo acabe siempre mal.

Lopes ( 1998 ) afirma que el síntoma es una interpretación que ha sido hecha de forma inconsciente por un sujeto acerca de determinada situación. Es una verdad inconclusa, sin terminar, que según Lacan (1953), nunca es dicha toda. Lopes (1998) sostiene que en el análisis se hace un enlace entre síntoma y el recuerdo, no entre el

síntoma y el pasado. Es la conjugación del síntoma con el recuerdo lo que constituye para Freud (1921) el sentido, y no el síntoma con el pasado infantil. Agrega que el recuerdo no es el pasado, éste forma parte del decir en el análisis. El sentido del síntoma es la sociedad del sujeto con su goce. El sentido del síntoma es inconsciente. Los procesos conscientes no hacen síntoma. Afirmando que el inconsciente no solo es la condición de la formación del síntoma, sino que es también el agente de su reducción.

En relación al consultante que viene a demandar respecto de sus síntomas, Nasio (2009) desarrolló el concepto de *rectificación subjetiva*. Este es referido específicamente a la primera entrevista de admisión. Tiene que ver con la relación de la persona que viene a hacer esa demanda de consulta por sus síntomas. Esta asociación del sujeto con sus síntomas es una relación de sentido, él le da un sentido a cada uno de sus sufrimientos, a cada uno de sus trastornos, y es, en ese primer nivel, el del sentido, donde el analista hace su primera intervención. Eso significa que se interviene a nivel del yo del sujeto con sus síntomas. Por eso es esencial despejar muy bien el motivo de consulta, la razón por la cual el paciente ha decidido llamar a un psicoanalista.

El sentido, la relación del yo con el síntoma, se decide sobre todo en relación con el primer gesto, la primera decisión de apelar a Otro.

Nasio (op.cit.) agrega que en su práctica, al final de la primera entrevista, manifiesta al paciente su impresión de lo que escuchó. La intención de comunicar esa impresión es dar una respuesta, resituar al consultante de otro modo en relación con su sufrimiento. Esa intervención es hecha partiendo desde el relato del paciente, teniendo en cuenta cómo lo hizo y cuál es la explicación del por qué de su padecimiento.

En psicoanálisis, no todo lo que se entiende como síntoma es material de interpretación. Sin embargo, Bacchetta (2007) recuerda que algo tendría que producirse en el momento de la admisión para que, por efecto de la intervención, se fomente la continuidad de la demanda de análisis del consultante.

Orvañanos (1986) refiere que para caracterizar a un síntoma como síntoma analítico debe evaluarse si en este hay una previa apertura al Otro. Es decir, que el sujeto suponga que hay alguien que lo pueda interpretar y que ofrezca su síntoma a la interpretación de

ese a quien el sujeto le confía un saber. Entonces el síntoma en la transferencia es articulado como un mensaje a ese Otro. A esa articulación Freud (1921) la llamó neurosis de transferencia.

Sin embargo, la neurosis de transferencia es un producto de un paciente con entrada en análisis. Para que esa neoformación ocurra, el paciente ha tenido tiempo de ingresar a un analista en particular en sus series inconscientes (Bacchetta, 2007).

Entonces es necesario discernir que la presentación que el consultante va a hacer de sí mismo tiene que ver con la lectura que hace de su síntoma; que en un primer nivel, tiene estatuto de imaginario, y que, por lo tanto, hace que el individuo se identifique con éste, y se mire a través de su síntoma. Verse a través de su síntoma significa que su vida misma va a quedar identificada con éste. Por consiguiente, identificando su síntoma con el propio ser, no va aparecer al principio como un mensaje al Otro. El trabajo de análisis apunta a que el sujeto pueda separar su síntoma de su ser.

Además de imaginario, el síntoma también tiene estatuto Real y Simbólico. Real: cuando se lo relaciona al objeto a. Simbólico: cuando a partir del síntoma, surge la demanda al analista.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos acerca del síntoma, desde la práctica del psicoanálisis se hace muy difícil verificar todas esas relaciones en una entrevista de admisión. Por tal motivo, Roma (1993) sostiene que la cuestión del diagnóstico en la entrevista de admisión es desde la perspectiva psicoanalítica insostenible. Según su postura, el diagnóstico se hace siempre en transferencia. Porque es en transferencia donde las relaciones del síntoma con el Otro van a aparecer. Fuera de la transferencia, el diagnóstico es concebido desde un discurso médico psiquiátrico o psicológico. El diagnóstico es siempre de la estructura, no de los síntomas.

Respecto a la aparición del síntoma, Sotolano (1993) considera que el analista admisor debe indagarse e indagar al paciente del por qué aquí, y por qué hoy el paciente decide realizar la consulta. Supone que la pregunta por el tiempo ubica el conflicto y al síntoma del paciente en una línea histórica. Supone además precisar si el admisor se encuentra frente a una conflictiva reactiva o a una situación de difícil elaboración actual,

lo que podría ser ubicado como una situación traumática, o una situación que se prolonga en el tiempo, donde el conflicto lleva la marca cambiante de sucesivas defensas secundarias, de contracargas. Asevera que el ¿”por qué hoy”? permitirá ubicar a los puntos presentes en que la compulsión repetitiva muestra los trazos de lo infantil no elaborado.

El ¿”por qué aquí”? se relaciona con las transferencias imaginarias. Algo impulsó al paciente a elegir determinada institución o a un profesional específicamente. En los momentos previos a la consulta, el paciente ha construido un campo de expectativas y fantasías que dan lugar a las formas previas de transferencia. Afirmo que las imaginarizaciones transferenciales que hacen los pacientes configuran a las posibilidades o limitaciones de una cura analítica, y especialmente deciden si ese camino es necesario o posible.

Respecto a la demanda de un paciente, puede ocurrir que ésta no implique una interrogación del mismo sobre sus síntomas, sino que esta funcione como una correa de transmisión de otras demandas. La manera con la cual un paciente ubica al admisor en su discurso es lo que mejor orienta el saber de las posibilidades de su futuro análisis.

## **Técnicas utilizadas en psicoanálisis**

La técnica o principio utilizado en psicoanálisis durante las entrevistas de admisión y durante todo el proceso analítico es esencialmente la misma: la escucha. Escucha orientada bajo criterios acordes a la práctica del psicoanálisis.

Freud(1912) desarrolló una serie de conceptos/instrumentos que orientan al analista acerca de cómo intervenir en las entrevistas psicoanalíticas. A éstas las llamó reglas fundamentales. Entre estas reglas fundamentales, las principales son las de atención parejamente flotante, la asociación libre y la regla de abstinencia.

Mantener la *atención parejamente flotante* implica al analista no fijarse o seleccionar ninguna información en particular . El resultado de fijarse en algún punto en particular

sería el de eliminar otro comentario del paciente y ajustar lo escuchado según las inclinaciones y expectativas del analista.

Por otro lado, la asociación libre implica sugerir al que consulta hablar sin seleccionar o descartar al contenido del propio relato, aun si el mismo es desagradable o penoso. A esa operación Freud (1912) la llamó asociación libre. Sin embargo, Bacchetta (2007) afirma que no hay escucha flotante por parte del analista, tampoco asociación libre por parte del paciente en una entrevista de admisión. Las preguntas a ser utilizadas como instrumento en una admisión tienen que ver con coleccionar información acerca del por qué de la consulta, qué se pregunta el consultante, cuál es su estructura, y qué puede aportar la institución a ese consultante.

Benjamin (1993) argumenta que la abstinencia es una posición activa donde el analista pone su propio Yo fuera de la relación con el paciente. Al ponerse a sí mismo a un costado, el analista entra en el juego pero no juega (Ibirre, 1994). Retirar las propias expectativas, ideales y estereotipos permite escuchar al paciente sin proyectarse en su discurso (Benjamín, 1993).

Esa actividad de abstinencia está en juego permanentemente en la escucha. Refiere al acto de escuchar los puntos donde el sujeto está alienado en los significantes del Otro. Benjamin (op.cit.) además define 2 modos, 2 ideales, que pueden entorpecer la actividad de abstinencia de un analista. Al primero, lo llamó ideal de autenticidad. Al segundo, ideal de independencia.

El ideal de autenticidad ocurre cuando el analista espera recibir una 'auténtica demanda de análisis'. Representada por aquellos pacientes que vienen por su propia cuenta y no en nombre o a pedido de terceros. Este ideal obstaculiza la escucha analítica y simplifica el concepto de demanda. Ya que la posición neurótica en sí misma es la de acceder a los reclamos del Otro, a costa de su propio deseo. Sostener ese ideal implica suponer que una forma de aparición de la demanda es más auténtica que otra.

El ideal de independencia actúa impidiendo la tolerancia respecto al modo de presentación de un sujeto. Lo que no se tolera es que en la presentación dependa del pedido de un tercero. Esa disminución de la tolerancia puede cerrar la puerta a un

posible tratamiento antes de abrirlo. Puede ignorar que bajo los significantes de la demanda del Otro un paciente puede llegar e incluso desde allí definirse. Benjamin( 1993) concluye afirmando que admitir es hacer lugar a la particular manera de pedir que un sujeto presenta o se representa.

Respecto a los casos donde los pacientes no formulen ninguna pregunta durante la admisión, Sotolano ( 1993) considera necesario crear un espacio donde sea posible la futura existencia de interrogantes. En estos casos el analista también puede disponerse a ofrecer su escucha.

Tampoco se debe ignorar que ofrecer su escucha no implica ponerse en pie de igualdad con el paciente (Freud, 1921). El concepto de escucha empática no forma parte de la teoría ni de la practica del psicoanálisis. La relación del que consulta con el que admite es de asimetría.

Freud (1912) también aconsejó que tampoco se deben tener ambiciones pedagógicas hacia el paciente enseñándole algo acerca de su síntoma. Este criterio también es parte del concepto de abstenerse a imponer a sus ideales.

Otras dificultades respecto a la iniciación de un tratamiento, según Freud (1913), tienen que ver con el vínculo social, amistoso o parental del paciente hacia la persona del analista. Es aconsejable que no existan relaciones previas a la analítica.

Respecto a la interpretación, Freud (1914) asevera que debe empezar una vez que el paciente esté bajo el influjo de la neurosis de transferencia.

Freud (1913) se opone a la mecanización de la utilización de la técnica psicoanalítica, pero aclara que la conducta del analista deberá ser acorde a un fin. Él no habló de entrevistas de admisión, teorizó acerca de las entrevistas preliminares.

La aclaración a los pacientes que se presentaban a las entrevistas preliminares, era que ellos solamente serían aceptados provisionalmente. Llamó a ese momento *'periodo de prueba'*. La finalidad de ese período es netamente diagnóstica. Afirmó que ese ensayo puede o no posibilitar una decisión segura respecto del diagnóstico y,

consecuentemente, de la posibilidad de que un paciente pueda empezar un tratamiento psicoanalítico. Según Freud (1913), los pacientes que podrían beneficiarse de un análisis serían aquellos diagnosticados como neuróticos.

Finalizando, se entiende que la técnica utilizada no es ajena al practicante de la misma. Nasio (2009) subraya que la esencia de la técnica analítica es obtener un fondo estable en el analista. Este fondo se caracteriza por un estado particular de espera orientada, elegida y polarizada por la realización de una experiencia particular. Esto permite que el analista esté dispuesto hacia una experiencia singular, la de percibir fuera de él mismo de modo inconsciente, al inconsciente en el análisis. Esto quiere decir que la esencia de la técnica reside en el deseo del operador.

## **La posición de admisor analista**

Bacchetta (2007) define a la posición del Admisor como aquella a cargo de admitir o no a una transferencia. Su función es admitir para pasarla.

Nasio (2009) define que el trabajo del analista es sobre todo con su inconsciente. Según la relación del analista con el psicoanálisis, se intervendrá de un modo u otro. Señala que el primer objeto transferencial no es el analista, sino la relación del psicoanalista con el psicoanálisis. Agrega que la transferencia de saber está ya instaurada en el consultante antes mismo que éste último llame a la institución para pedir una consulta. El consultante ya trae consigo una transferencia o una pretransferencia. Eso ocurre hasta cuando no se demanda análisis.

Nasio (op.cit.) señala la necesidad de que el analista haga silencio enigmático, que hable poco, se vele, se reduzca, se empequeñezca. El analista debe ocupar el lugar del que vela al objeto de la pulsión. Ocupar este lugar significa poder abandonar a su propio Yo por un instante y posicionarse en el lugar del portavoz, de un vehículo, que el analista se permita dejarse tomar por el discurso del consultante.

Sotolano (1993) agrega que, cuando el analista se posiciona en ese punto de interrogación y enigma acerca de sí mismo, hace posible al paciente cuestionar los saberes que éste ha construido sobre sí hasta el momento. Esto ocurre necesariamente porque, al ponerse en posición de enigma, el analista no funciona como un espejo para el que consulta.

Durante una admisión es probable que prime en el discurso del paciente una queja por sus síntomas y no una pregunta por el sentido de los mismos. Frente a este discurso, el admisor trata de verificar la posibilidad de que el paciente vaya más allá de la queja por sus síntomas y pueda preguntarse por el sentido de ellos. Es decir, localizar dónde está la angustia. No es suficiente que un paciente consulte para suponer el deseo de hacer algo con su padecimiento, muchas son las veces que una consulta puede tener otro objetivo, exactamente contrario al de iniciar un tratamiento ( Sotolano, 1993).

Como parte del intento de localizar la angustia, la pregunta que el admisor debe hacerse es qué mueve al paciente a hacer una consulta. Entonces la demanda del paciente encierra un sentido que el admisor debe desentrañar. Pero la paradoja de la situación de los admisores es que desentrañar puede implicar todo un análisis; y el sentido de la demanda, es decir, el deseo, surge retroactivo al trabajo analítico mismo. Entonces, interpretar el sentido de la demanda es análogo a la interpretación del sentido de un sueño de comienzo de análisis: solo podría ser plenamente captado al final del proceso analítico ( Sotolano, 1993)

Por otro lado, Castañón ( 1992) subraya que del admisor no se espera una eficacia psicoanalítica, sino institucional. Al ofrecer su escucha puede generar demanda de análisis; en otras palabras, puede generar la transferencia del paciente hacia la institución. El admisor tiene que ubicarse como la puerta de entrada del paciente a la institución. Normalmente, no es mismo el que va llevar a cabo la tarea de análisis de ese paciente, sino otro analista.

Entonces, la tarea del admisor es encontrar un camino para dar un cauce factible a la consulta. Elige las herramientas más adecuadas dentro del campo de problemáticas que despliega el consultante, evalúa riesgos, hace una primera aproximación diagnóstica,

constituyéndose a veces en el primer acto terapéutico; ya que la aplicación misma del dispositivo es en sí una intervención (Castañón, 1992) .

Es necesario reconocer esas condiciones al admitir a un paciente, porque éstas habilitan y forman parte del dispositivo. Preexiste al admisor. Si se desconocen los precondicionantes del dispositivo y los atravesamientos del contexto, la admisión fracasa, se ritualiza y consecuentemente se torna impotente (Castañón, op.cit.).

Orvañanos (1986) describe a la posición del analista como la de causa del deseo, sea en una única entrevista de admisión o en el curso de un análisis. Pero se pregunta en cuál posición se ubica el analista en el momento que hace el corte de la entrevista de admisión y realiza una devolución. Informar al consultante de que va a ser llamado en breve por otro analista deja en la duda si este operó como causa del deseo o como terapeuta.

Respecto al discurso del paciente, Mannoni (1982) afirma que el consultante llegará hablando a la entrevista como habla en todos los lados. La posibilidad de este discurso de tener alguna diferencia es la escucha del analista. Reconoce en la escucha del analista un llamado a la verdad de aquél que viene a hablar. Esta forma de escuchar logra por sí sola que el discurso del parlante se modifique, siendo escuchado éste de forma diferente por él mismo, como si fuera una nueva versión del mismo tema, asumiendo así un nuevo sentido para el paciente.

Roma ( 1992 ) afirma que la tarea del analista es escuchar al que consulta, más allá de lo que pide- o de lo que no pide- y articular algo de la verdad . Definió a la verdad como aquello de lo cual el saber no se entera de lo que sabe, y hace actuar al neurótico por su ignorancia.

Por ultimo, el arte del analista está en introducir una diferencia respecto a la posición que el paciente presenta al ser admitido.

## Consulta y Demanda

Roma ( 1992 ) se preguntó qué es lo que como analista se recibe en una consulta de admisión. Se respondió que lo recibido es un pedido. Alguien vino a ser escuchado, podrá haber sido por diversos caminos, pero vino. Y la tarea del analista es hacer la apuesta de escuchar. Ese pedido se lo conoce bajo el concepto de *demanda*.

Benjamín ( 1993 ) describe que toda demanda, por estructura, se formula a través de las palabras del Otro. Solo el hecho de hablar ya implica pedir. Esa primera y más elemental dimensión de la demanda está en juego en quien asiste a la admisión.

A ese primer pedido, el de ser escuchado, puede agregarse otro pedido: el de ser admitido. Scavino (1992) comprende a la admisión como un significante correlativo de la dimensión de la demanda, la cual significa como demanda de ser admitido, pero no por cualquiera. Es necesario para el que demanda creer en el saber del admisor. No solamente demanda ser admitido, demanda también el saber de quien lo va a admitir. Subyace la creencia de que el médico conoce lo que al paciente le pasa y es capaz de dar una respuesta y una solución a ese padecimiento. Entonces al analista, tal cual a un médico, se le demanda un saber previo a la escucha. El paciente supone que el analista sabe lo que le pasa antes mismo de que hable.

Relacionando a quién se le demanda el saber, Orvañanos ( 1986 ) define el primer problema a ser pensado e interrogado, el de identificar a quién se le demanda el análisis: quien está en el lugar del saber para el consultante. No es a un analista determinado a quien se le dirige la demanda de análisis en una institución, sino a esta última. Esta ocupa el lugar del *Sujeto Supuesto al Saber*.

Lo que motiva a un consultante a ir a demandar una escucha a un analista tiene que ver con una transferencia o pretransferencia establecida con anterioridad. Esto ocurre hasta cuando no se demande un análisis. Esa transferencia previa, impulsora de la consulta, es un efecto del estado previo del paciente a la llegada al consultorio: el

individuo no encuentra enteramente satisfechas sus necesidades de amor en su realidad. Consecuentemente, el individuo se encuentra en estado de espera de esa satisfacción libidinal, pasible de ser dirigida a cada nuevo sujeto que ingresa en la vida de aquél que consulta. Ese estado de espera es un indicador de la posibilidad de que ese pedido de consulta devenga en un posible análisis o en una demanda de análisis. De esa forma, el consultante aparenta una disposición de ser afectado por la neurosis de transferencia (Nasio, 2009).

A las demandas de ser escuchado, admitido y la del saber del analista también puede estar agregada la de demandar ser curado de los síntomas. Nasio(2009) refiere que lo que impulsa a un consultante a buscar un analista es la idea de curación por parte de este último. Curación entendida como la eliminación del sufrimiento ligado a los síntomas. Entonces en el pedido de consulta, la demanda implícita o explícita es la de ser curado. Para que el consultante pueda empezar un análisis, con el esfuerzo que eso implica, es necesario que se queje de sus síntomas, aspire a la curación, y crea en su posibilidad. Señala a la manifestación de la demanda de curación como una mezcla de quejas u anhelos, que no siempre es formulada de forma explícita. Al demandar, el paciente cree en el poder curativo y transformador que atribuye al procedimiento del análisis.

Por otro lado, Orvañanos ( 1986 ) describe que en la entrada al análisis lo que está en juego es un llamado al saber del Otro. La demanda por lo tanto no es de curación. Entonces el síntoma puede ser entendido como síntoma analítico, es decir articulado a una demanda de análisis.

Entonces, por un lado está la demanda como un pedido de ser escuchado, curado, entendido y, por otro lado, la demanda de análisis. Ésta última supera el nivel de la queja y del pedido de solución de los síntomas y se articulan los saberes armados acerca del sí mismo.

Respecto a cómo se formula la demanda, Pujo ( 1993 ) señala que presuponer que una demanda, una pregunta o una queja debería ser formulada de un modo previamente determinado, para ser considerada como analíticamente valedera, no constituye más que una resistencia del analista. Los pedidos se formulan como se pueden, según una cantidad de imponderables.

Un analista jamás sabe lo que el otro realmente le demanda. Una palabra es en realidad repetición del discurso del Otro, es una cita. A veces un paciente busca a un analista para finalmente saber si alguien puede entender lo que él dice. La capacidad del analista en convencer al paciente de que él puede entender lo que escucha, tiene que ver con aplicar la función del malentendido. Por ejemplo, preguntar por eso que el consultante quiso decir cuando dijo algo, lo introduce en la función del malentendido. Esa pregunta introduce al analista en la dimensión del Sujeto supuesto saber. Pues demostrando al paciente que no se le entendió, se introduce al sujeto en el hecho de que él mismo no se entiende (Miller, 2009).

Finalizando, Ibirre (1994 ) afirma que aun en el caso de que un paciente sea admitido, eso todavía no indica la analizabilidad de una demanda. Sí es o no analizable se define en el curso del análisis, no en una entrevista de admisión.

## ***Método:***

Tipo de estudio: descriptivo

Diseño: estudio de caso

Se acompañó como observadora la entrevista de admisión al centro terapéutico con enfoque psicoanalítico de una consultante de 74 años, realizada por una psicoanalista de la institución, en el 08/04/2009. La paciente vino a la entrevista acompañada por una de sus nietas. La consulta le fue indicada por un médico clínico.

### *Técnicas:*

*Análisis de documentos de la admisión hechas por la Licenciada a cargo de la entrevista.*

*Análisis de documentos y observación no participativa de la admisión, lo que fue registrada por la autora de este trabajo.*

### *Procedimientos:*

*Se describió la entrevista de admisión en el centro terapéutico realizada por una psicoanalista de la institución acompañada por la autora de ese trabajo.*

*Se analizó la única entrevista que la paciente tuvo en la institución.*

*Para analizar esa entrevista, se dispuso de las anotaciones realizadas por la admisora durante la admisión y también las anotaciones de la pasante realizadas en la misma ocasión.*

*El análisis de esa entrevista y la conclusión de ese trabajo fueron realizados en base al material bibliográfico elegido para abordar la problemática elegida y hacer una integración teórico-práctica en ese trabajo.*

## Entrevista de admisión

La paciente inició la entrevista diciendo ‘dígame, no se...’. Siguió diciendo que andaba con problemas de salud. Que hacía poco se sintió mal, con taquicardia, y por eso fue al médico. El médico le pidió un electrocardiograma cuyo resultado indicó que no había ninguna alteración o enfermedad cardiológica. Entonces el médico le recomendó que fuera a un psicólogo.

Relató nunca haber hecho un tratamiento psicológico. Dijo que andaba un poco nerviosa. Qué venía de una familia donde todos se llevaban bien, que su hija le dijo que fuera al psicólogo porque andaba nerviosa. Comentó que conoce a una señora que se atiende en esta institución.

La admisora interrumpe el discurso y le pregunta qué le parecía a la paciente respecto de cómo andaba.

Respondió que se sentía muy acelerada. Como si estuviese en el aire, nerviosa, mareada. Que hace 8 años tuvo pulmonía. Contó que es diabética y que hacía 15 días empezó a tomar las pastillas para la enfermedad.

Describió vivir con su marido, que tiene 2 hijas casadas, 5 nietos y que una de sus hijas vive en la casa debajo de la suya, con sus 4 hijos.

Dijo que no tenía problemas con la familia, que son una familia de trabajo. Comentó que en el día anterior a la entrevista su marido había cumplido 77 años, y lo festejaron en el mismo día el cumpleaños. Mencionó tener una buena pareja. Y que están muy bien controlados. Fue muy activa, pero que hace 3 meses, más o menos, que se siente muy gastada y dolida.

Comentó que antes su marido trabajaba de mozo y que ella lavaba ropa para fuera. Después, montaron su negocio donde él vendía carne y ella se ocupaba de la verdulería. Actualmente cuida a sus nietos y 3 veces por semana va a yoga.

Al finalizar ese relato, la paciente le pregunta a la admisora cómo ella la veía. Si la veía bien. La admisora le sonrío y le pregunta a la paciente cómo ella se veía. La paciente le respondió que pensaba que iba a ser atendida por una profesional en la entrevista, que le iba decir si estaba o no bien.

La paciente le pregunta si necesitaba de un tratamiento psicológico o psiquiátrico. La admisora le informó que en la institución se realizan tratamientos psicológicos y que

ella podía iniciar ese tratamiento. Si la analista que quedaría a cargo de su tratamiento lo considerara pertinente podría solicitar una interconsulta al psiquiatra.

Finalizando la entrevista, la admisora le informa a la paciente que ella recibiría un llamado de la institución, que la informaría cuándo y dónde sería la primera entrevista con el psicólogo que la iba a atender.

## Discusión

La consultante llegó a la institución narrando haber sido mandada primeramente por un médico, como consecuencia de haber sentido un malestar físico, no asociado con ninguna enfermedad biológica. Después su hija le dijo que fuera a un psicólogo. A la institución llegó acompañada por una de sus nietas. Además, M comentó conocer a una señora que concurre al centro.

Estos datos son de mucha relevancia para un admisor. Son los primeros indicios que la paciente ofrece de su apertura hacia la iniciación de un tratamiento. Estos indicios, más allá de responder o dar informaciones acerca de qué realmente le pasa a la consultante, abren los caminos del admisor respecto a cuáles puntos conviene interrogar en esa primera entrevista.

La admisión es el dispositivo donde el admisor se plantea cuestiones muy específicas, tales como: preguntarse él mismo y al consultante a qué vino, por qué en ese momento, cómo llegó a la institución, cómo dice lo que dice, cómo se encuentra y qué sentido da a los problemas relatados en el propio discurso.

Preguntar cómo llegó a la institución abre la cuestión acerca de la transferencia primaria que la paciente estableció acerca de la institución. Esa transferencia es anterior a la llegada misma de la paciente, tiene que ver con el saber que el consultante deposita en quien la recomendó. La consultante recibió una recomendación médica de ir al psicólogo, pero a la institución llegó a través de una señora que conoce y se atiende allí. Todos estos factores influyen desde diferentes perspectivas.

Scavino( 1992) recuerda que un paciente cuando va al médico tiene la creencia de que éste conoce y está apto para dar una respuesta a su padecimiento , previamente a que el paciente hable. Por lo tanto, el saber de qué ocurre con el propio cuerpo queda depositado en la figura del médico.

Pensar acerca de qué se trata la posición del médico, y qué se espera de él , puede ser muy útil cuando el consultante menciona haber llegado a la institución por una derivación directa o a través de una la recomendación, como en el caso de la consultante.

La tarea del paciente frente al médico es relatar sus síntomas, ser examinado y esperar por la respuesta del médico. Respuesta a cuyo efecto de verdad, no interroga o cuestiona. El saber queda de un solo lado. Y al fin y al cabo, para eso se consulta a un médico, para escuchar una respuesta. Si el paciente tuviera la convicción de saber qué es lo que le pasa y cómo solucionarlo, no iría a la consulta, ni a la del médico, ni tampoco a la de un analista. Por ende, esa misma confianza en el saber, también sucede a los consultantes que buscan a un analista por primera vez. Saben que algo les pasa, pero no saben qué es exactamente ese algo, qué es lo que lo causa. Por ende no lo pueden solucionar. Entonces depositan la confianza de que el analista sí lo sabe y puede solucionarlo.

Este primer momento de la transferencia puede iniciarse en la admisión de un paciente en una institución. Pero todavía no sería una transferencia depositada en la persona del analista. Es una confianza en un emblema que carga un profesional por pertenecer a determinado gremio y que tiene su saber convalidado por la institución que representa. Orvañanos ( 1986 ) considera importante averiguar a quién el paciente realmente demanda análisis, saber quién está en el lugar del Sujeto Supuesto saber para el que consulta. En el caso de esa consultante, pareciera que quien ocupa esa posición de saber, primeramente, fuera el médico a quien consultó por cuestiones de salud.

Los pacientes construyen hipótesis acerca de qué es un analista, previamente a la concurrencia a la consulta; pueden construir dichas hipótesis basándose en la fuente de la derivación, en este caso, un médico de forma indirecta. Esas formulaciones o imaginaciones van a promover que ella espere algo del profesional al cual consulta (Sotolano, 1993). Posiblemente espere una respuesta semejante a la que escuchó de su derivador.

Ahora bien, resulta que contrariamente a la posición del médico, la posición del analista implica que éste sepa que no sabe qué es lo que le pasa al que consulta, pero

sostiene la suposición de saber que el paciente le asigna. Que el discurso del paciente es lo que va a ir dilucidando la cuestión de la verdad de su padecimiento, según la evolución del tratamiento. Eso no ocurre inicialmente en una entrevista de admisión. Eso va ser todo el trabajo de análisis en el caso de que haya un análisis. Es tarea del analista posicionarse ya al comienzo para propiciar que eso ocurra en algún momento. Y para eso, el analista debe ocupar la posición de enigma. Pero esa posición no implica que el profesional no le diga nada al paciente acerca de lo escuchado. Al principio el consultante tiene que creer en la autoridad del analista. Es preciso que él haga semblante de saber. Esto no implica que el analista ofrezca una cátedra de conocimientos teóricos acerca del psicoanálisis ni tampoco que hable de su curriculum. El semblante de saber se hace con el silencio.

Para eso es necesario que el admisor se deje tomar como vehículo, portavoz de aquél, se deje tomar por el discurso del consultante (Nasio, 2009). Es importante poder desvincular su Yo de lo que escucha, para dar lugar a ese discurso que va escuchar. Nasio (2009) refiere esa posición como un estado de espera por parte del analista, espera polarizada en poder realizar con ese que consulta una experiencia inédita.

Entonces, desde el primer encuentro con el consultante, el analista se ubicaría en la posición de velo. Y con la evolución del análisis, esas acciones del analista tienen la finalidad de que el paciente pueda desde el propio discurso ir descubriendo que la verdad de su padecimiento es inconsciente.

Al comienzo, el paciente tiene la creencia de que quien realmente sabe de su inconsciente es el analista. La consultante apenas se sentó frente a la admisor y fue diciendo: 'dígame'. Este pedido confirma la convicción de que la admisor sabe. Esta creencia de la consultante en este saber de la admisor podría posibilitar a que las primeras entrevistas ocurriesen.

El analista tiene saberes, y ocupa el lugar que ocupa también por eso. Lo que no sabe el analista a priori es sobre el inconsciente del que consulta; no sabe en qué puntos discursivos, significantes, el sujeto quedó atrapado y fabricando síntomas. No sabe qué hace gozar al paciente .

El analista tiene el saber de que la verdad de los padecimientos está en el inconsciente. Sabe que el consultante no sabe nada de eso. Además, ese saber que tiene el analista no lo comunica al paciente. La función del analista no es tampoco informar al que consulta el estado de sus síntomas ni el diagnóstico, además, porque desde el psicoanálisis eso no tendría otra función que encasillar al paciente en alguna categoría, bloqueando, de esa forma, la apertura hacia el discurso particular del sujeto. La consultante relató síntomas característicos de lo que podría ser diagnosticado como una crisis de angustia - se sentía como si estuviese en el aire, acelerada, nerviosa, mareada – la admisora frente a este relato no emitió sonido. La escuchó, y no comunicó ningún diagnóstico, para seguir escuchando cómo seguía el relato de la consultante.

Orientándose por estos saberes, la analista trataba de ir conduciendo a la que consultó a un lugar donde parece que algo esta última sabe. En algo estaba ella implicada respecto a la producción de sus síntomas. Así hacía la apuesta a que la paciente empezara a hablar, pero que había alguien que la escuchaba.

Más allá de las habilidades de la analista en conducir al consultante a ese estado, se exige también una cierta flexibilidad o apertura del paciente. Si la posición del paciente respecto de que el saber está únicamente del lado del analista, no es susceptible de caerse ni un poco, él no va acceder o dar lugar a su propio saber. Va a exigir del analista únicamente su saber y que éste ofrezca sus conocimientos como lo hace el médico. Durante esa admisión, M no se mostró interesada en cuestionar nada de sí. Hizo un resumen de su vida pero sin aparente implicación con lo que relataba.

La consultante mencionó que su hija dijo que ella andaba nerviosa, e iba seguir ese relato, pero fue interrumpida por la admisora: le preguntó qué le parecía a ella respecto de cómo andaba. Ante esta pregunta, la consultante empezó a narrar sus síntomas en nombre propio, diciendo cómo se sentía. Igualmente el discurso cambió rápidamente, volviendo la paciente a narrar su situación de salud y a describir su familia.

En el caso de la admisión de esa consultante, pareciera que el discurso médico tenía particular relevancia. Pero la paciente no mencionó si el médico al cual consultó era su médico, o uno de alguna guardia, si ya había consultado al mismo anteriormente, entre otras cosas.

A primera vista, parecería que la modalidad de la transferencia ni siquiera se encarnaba en un profesional específico, sino en los emblemas que encarnan una modalidad discursiva de saber institucional. Tampoco fue a buscar a un profesional psicólogo específico, con nombre y apellidos sabidos, fue a otra institución a consultar con un profesional que representara a esta última. También está la señora que ella conoce y que se atiende en la institución, jugando en la transferencia imaginaria de saber de la consultante.

Castañón (1992) recuerda que la importancia de poder investigar las condiciones en que las derivaciones ocurren; para verificar si esa derivación fue una expulsión de una institución, o si con ese acto se habilita un campo terapéutico o no.

Quizás las derivaciones más exitosas serían aquellas donde el paciente pueda percibir, a través de la palabra de quien lo deriva, una necesidad propia. Si esa derivación es recibida como una orden, acatada como una prescripción médica más, quizás no se habilite o se reduzca la posibilidad de que se abra un campo terapéutico para la consultante. Descriptivamente, M fue a la institución, hizo su tarea de presentarse a la entrevista, preguntó a la admisoras como la veía, se fue, y nunca volvió para una segunda entrevista. Igualmente, Roma (1992) recuerda que alguien que se presenta a una consulta, vino a ser escuchado y puede haber llegado ahí por diversos caminos, pero que la tarea del analista es escuchar.

La prescripción médica de ir a consultar a un psicólogo pareciera no haber sido el único mandato que motivaba a la consultante a responder con su presencia en entrevista. También relató que le dijo su hija a que fuera ver a un psicólogo porque andaba muy nerviosa. Otra vez mandada, o demandada. Esta vez, respondiendo a una aparente demanda de su hija.

Esa cuestión abre el interrogante sobre si la consultante viene a demandar a un analista o viene a responder a la demanda de un tercero. De quién es la demanda para que ella consulte a un psicólogo? Del médico, de la hija, de ella misma, de la señora que ella conoce y que iba allí, o de otro no mencionado en el discurso?. Esa temática abre la cuestión de cómo el neurótico formula sus demandas. Pujo (1993) recuerda: no hay

una forma determinada de demanda más valedera que otras. Los pedidos se hacen como se pueden.

A primera vista, pareciera que la consultante no fue a un analista a demandar nada sino a satisfacer demandas de terceros. Benjamin (1993) recuerda de la posición neurótica en sí misma es la de acceder a los reclamos del Otro, a costa de su propio deseo. El admisor tendría que estar atento respecto al ideal de esperar de los pacientes demandas auténticas o independientes.

Sus únicas preguntas ocurrieron al final de la entrevista. Preguntó cómo la analista la veía y si ella necesitaba de un tratamiento psicológico o psiquiátrico. Demandó que el otro le diga.

Orvañanos(1986) dice que para haya demanda de análisis habría que ver si a través de la demanda hay un llamado al Otro. La paciente formuló una pregunta a la analista, pero no es seguro que ese llamado específico de saber del Otro fuera para empezar un análisis. Puede que en el pedido esté el llamado, pero ¿qué se demanda con ese llamado? Es un enigma. Miller (2009) recuerda que un analista jamás sabe lo que el otro le demanda. Toda palabra es una cita, una repetición del discurso del Otro. Eso de preguntar ¿cómo la veía?, ¿podría significar que la paciente quería certificarse de haber sido entendida? ¿Qué fue escuchada? o ¿qué fue vista?. Nasio (2009), por otro lado, recuerda también que la demanda que está implícita o explícita en una consulta de admisión es la de ser curado.

Miller ( 2009 ) afirma que la posibilidad de darle al paciente esa primera seguridad, de que ha sido escuchado, es a través de la función del malentendido. En este caso, por ejemplo, podría ser que la admisor simulara no entender la pregunta que le fue hecha. Y le volviera a preguntar qué quería decir con esa pregunta, demostrando así no entender el sentido de la pregunta.

La admisor, frente a esa pregunta, le respondió a la paciente con otra pregunta, que posiblemente resultó muy enigmática, más aun a una consultante que en apariencia siquiera tenía una demanda explícita. Preguntó cómo la consultante se veía a sí misma. La paciente no intentó responder a la pregunta de cómo se veía a sí misma, medio

ofendida, dijo que pensaba que iba a ver un profesional. Aparentemente no se sintió escuchada.

Pujo (1993) recuerda que la admisión sucede también desde el consultante. Por dos razones principales: la primera, como consecuencia de la posición de sufrimiento al cual el que consulta estaría ligado y, la segunda, que ese sufrimiento se instala en una posición de no querer saber nada de eso: ‘...dígame...’. Además, la consultante trataba siempre de dar una buena impresión de sí misma y de su familia. Dijo que andaba nerviosa, pero no pudo precisar el por qué.

La forma de conmover al sufrimiento ligado a no querer saber nada de ello, a un lugar de querer saber, es la transferencia. El amor de transferencia. La consultante mencionó al principio de la entrevista, que nunca había ido a un psicólogo. Y, según el relato que aportó, pareciera no diferenciar muy bien la función del psicólogo con la del médico. Igualmente, pareciera que allí lo que importaba era el emblema.

De todos modos, no es posible saber si la intervención de la admisora tuvo o no éxito. Medir el éxito de una intervención, y de un paciente que vino a una sola entrevista de admisión, es algo imposible de lograr. Los resultados en psicoanálisis siempre se verifican a posteriori. No se sabe si con la pregunta de cómo ella se veía se despertó algo, una reflexión, un cuestionamiento, o qué.

Roma (1992 ) recuerda: lo que el analista recibe es un pedido de ser escuchado. El trata de escuchar lo que pide el paciente y más allá de lo que no pide también. La pregunta que le devolvió a la consultante era la señal de que se escuchó un pedido formulado a través de la pregunta por el reconocimiento. Suponiendo que la analista respondiera a la demanda de saber como ella la veía; ¿a qué demanda estaría en realidad dando respuesta? Las implicaciones se desconocen. Teniendo en cuenta que todo discurso es una cita, y que ésta viene del Otro, esa pregunta seguramente se remitía a mucho más de lo que aparentaba.

Nasio( 2009) relata que, al final de la primera entrevista, manifiesta al paciente su impresión de lo que escuchó. Pero esa impresión no es nunca la respuesta directa a una demanda de saber. Siendo posible, es importante decir una respuesta que pueda resituar

al consultante con relación a su sufrimiento. Pero en el caso de la consultante, cabría la pregunta ¿Cuál es el sufrimiento que la consultante padece? No estuvo claro. De manera que la analista no pudo decir nada.

Nasio (op.cit.) refiere que es esencial despejar el motivo de consulta, la razón por la cual el paciente ha decidido llamar a un psicoanalista. La consultante mencionó que hacía 3 meses se sentía gastada y dolida. Hizo mucho énfasis en que siempre había trabajado junto a su familia, que siempre fue muy activa. Uno de los sufrimientos en la neurosis es aquél que no es vivido de forma consciente, que es imperceptible, y que los síntomas tratan de atemperar. Pareciera que M se situó casi herméticamente en esa posición. Habló de las enfermedades, de que se sentía mareada, nerviosa. También mencionó que ella y el marido andaban muy bien controlados.

Otro aspecto de esa entrevista que llama a la reflexión tiene que ver con la edad de la consultante. Desde el sentido común, teniendo en cuenta la edad de la consultante, sería usual pensar inmediatamente en temas como el envejecimiento y la muerte. La admisora, al término de la entrevista, al hablar con la pasante formula la hipótesis de que, para ella, algo de todo lo que estaba pasando a la consultante tenía que ver con la edad. Podría ser, ¿por qué no? Así dice el sentido común, y las teorías psicológicas acerca del ciclo vital, que algo de eso tendría que estar causando los síntomas, que envejecer por sí mismo causa trastornos psicológicos determinados y previstos. En el caso de la consultante, ni siquiera uno de los síntomas físicos que tuvo estaba relacionado a su rango de edad. Tuvo síntomas de taquicardia, y al hacer los exámenes correspondientes, su corazón desde el punto de vista biológico se encontraba muy bien y “mandaba saludos”. Sin embargo dijo que andaba gastada y dolida.

Freud ( 1913 ) menciona que la consulta psicoanalítica que implicaba la mejor apertura era la efectuada por alguien joven, con capacidad económica de sostener su tratamiento, que demandaba él mismo en forma autónoma, en su propio nombre, aquejándose de pesares intrapsíquicos.

La consultante aparentemente no llegó demandando de forma autónoma, colocó primero al médico, y después a su hija, como los que la demandaban. No fue posible reconocer claramente cuál era la demanda de ella, no se trata de alguien joven, no

aparentaba quejarse de pesares intrapsíquicos por todos los relatos de las enfermedades corporales, ni presentaba quejas respecto a conflictos familiares. No se la puede situar en el grupo de pacientes considerados como con mejor apertura al análisis. Sin embargo, que no tenga la mejor apertura no significa que no haya ninguna apertura.

Nasio(2009) recuerda que la primera relación de transferencia que hay es en realidad del analista con el psicoanálisis. De esto será responsable del modo de posicionarse frente a su práctica. Y teniendo también en cuenta que el principal recurso del analista es su propio inconsciente, la forma como guarda estereotipos acerca de determinados grupos de pacientes, o hacia determinadas formas de presentación, van a influir en cómo éste dirige a la entrevista. Puede dirigir tanto dando lugar a ese discurso en particular, escuchándolo de forma inédita, o, contrariamente, generalizando e interpretando los dichos del paciente desde un lugar de sentido común.

En este segundo caso, puede ocurrir la no Admisión. Esa No- Admisión no necesariamente tiene que ser a través de un comunicado formal al paciente de que no es admitido en la institución. Cuando se vincula a un posible perjuicio o estereotipo por parte del analista, ocurre de forma silenciosa: Sintomática. Entonces la respuesta es la de no escucha desde lo singular. Es bloquear a la escucha de lo que dice el paciente. En otras palabras, silenciarlo.

Pareciera que la no admisión en ese caso sucedió en ambos lados: la consultante no pudo reconocer en la analista al semblante de saber al cual buscaba ‘pensé que iba a ver un profesional’; y la analista, relativizando a la narración de la consultante a cuestiones de edad.

## Conclusiones

La admisión es un campo muy complejo. Donde interactúan permanentemente los 4 componentes que la constituyen: Institución, Admisor, Consultante y Transferencia .

Desde la cuestión institucional, se admite o no según las posibilidades de poder llevar a cabo el tratamiento de un paciente. Estas posibilidades tienen que ver con los recursos materiales, profesionales e ideológicos de una institución.

El admissor como parte integrante de los recursos profesionales que cuenta la institución representa a la totalidad de los profesionales e ideologías ante la mirada del que consulta. Por tal motivo , la transferencia que el paciente desarrolle con el admissor va a ser para ese último la representación de la institución misma.

Por otro lado, es interesante pensar la posición del admissor, que pasando el día atendiendo a muchas consultas, tiene que preservar la escucha analítica de la singularidad de cada caso, teniendo en cuenta de que no va atender a estos pacientes que ha entrevistado por primera vez. Por eso es importante rescatar que la posición del admissor tiene que ver con la institución a la que representa. Lo que éste primero va o no admitir tiene que ver con los criterios profesionales individuales , así como con los recursos de atención e ideologías que cuenta la institución.

Por último, el consultante no ocupa pasivamente el rol de admitido. Por un lado, éste también admite o no a una institución. Esta admisión es una combinación de la pretransferencia que trajo al consultar a una institución en particular, que a su vez será reforzada o debilitada según la transferencia establecida con el admissor.

Una consulta no necesariamente desemboca en un tratamiento. No hay que dar por sentado que, por la razón de recibir una consulta, hay demanda de tratamiento. El consultante puede haber ido por mil razones a la consulta, insondables cuando no regresan más. Pero el admissor va apostar igualmente en la escucha de cada nuevo posible paciente.

Los temas respecto a las posibles situaciones que ocasionaron que el paciente no regrese son complejos de abordar porque no ofrecen ninguna base de inferencia segura. Aunque se desprende la hipótesis de que la no iniciación del tratamiento puede estar conectada por la ausencia de demanda explícita de saber del paciente. Igualmente, habría que investigar si hay correlaciones positivas entre aquellos pacientes que demandaron explícitamente el saber del analista durante la admisión e iniciaron posteriormente a un análisis, con aquellos que concurrieron a la primera entrevista sin una demanda específica e iniciaron un análisis.

Otra temática que se desprende de ese trabajo tiene que ver con las cuestiones teóricas/ideológicas del psicoanálisis respecto al análisis de pacientes de la tercera edad. Comparado a otros segmentos de la población general( de niños, adolescentes y adultos) no hay mucho material teórico o práctica escrito acerca de ese grupo. Escasea el conocimiento acerca del abordaje de un análisis a ese grupo y sobre si la problemática del ciclo vital puede o no influir en el abordaje de un analista en el caso de que reciba una demanda de análisis. Nasio (2009) recuerda que la primera relación de transferencia en un análisis es la del analista con la teoría. Entonces, que no haya muchos materiales escritos puede ser un síntoma del abordaje teórico y de investigación del psicoanálisis frente a esa temática, y, consecuentemente, puede tener consecuencias en la lectura de estos casos en la clínica y en las instituciones psicoanalíticas.

## Bibliografía

- Bacchetta, M. C. (2007). ¿Transferencia en la admisión? Recuperado de 26 de marzo de 2011 de la base de datos de El Sigma  
<http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11483>
- Benjamin, A. (1993). Admitir la demanda. *Psicoanálisis y el hospital*, 2 9-10.
- Castañon, D. (1992). Campo de problemáticas. *Psicoanálisis y el hospital*, 2 10-12.
- Forbes, J. (1999). *Da palabra ao gesto do analista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor
- Freud, S. (1913). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Trabajos sobre la técnica psicoanalítica y otras obras XII (pp.111-119)*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1921). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Trabajos sobre la técnica psicoanalítica y otras obras XII (pp. 163-174)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ibirre, M. (1994). El turno de la admisión. *La ciudad del discurso, Nueva serie psicoanálisis e instituciones, 1 77-85*
- Lacan, J (1953). *El mito individual del neurótico*. Buenos Aires: Paidós
- Lopes, S. (1998). Satisfacciones del síntoma. *El Caldero de la Escuela*. Buenos Aires
- Mannoni, M. (1982). *La primera entrevista con el psicoanalista*. 3ª ed. Buenos Aires: Celta.
- Miller, J.A.(1998). Diagnóstico Psicoanalítico y localización subjetiva – Introducción al método psicoanalítico. *Buenos Aires: Nueva biblioteca psicoanalítica 1*.

- Nasio, J.D. (2009). *Como trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.
- Orvañanos, M. T. (1986). Entrevistas de admisión y entrevistas preliminares. *Otium Diagonal No 10, Publicación de la Asociación de Psicoanálisis Biblioteca Freudiana de Barcelona*, 27-32.
- Pujo, M. (1993). Modos de lo inadmisibile. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 33-39.
- Roa, A. (2002). La admisión no es una entrevista preliminar. En *Hojas Clínicas 2008*. Buenos Aires: JVE.
- Roma, V. (1993). Una cuestión de conceptos. *Psicoanálisis y el hospital*, 2, 5-6.
- Scavino, R. (1993). La admisión en tanto operación. *Psicoanálisis y el hospital*, 2, 7-8.
- Sotolano, O. (1993). La admisión en la Institución hospitalaria. *Psicoanálisis y el hospital*.
- Silvestre, D.(1987). Problemas y particularidades de la demanda de análisis en la institución. *El significante de la transferencia II* . Buenos Aires: Manantial.
- Tendlarz, S.E.(2008). *Estudios sobre el síntoma*. Buenos Aires: Ediciones del Signo