



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
- Trabajo Integrador Final -

**El dispositivo de admisión como entrecruzamiento discursivo entre dos instituciones:  
el Psicoanálisis y el Centro de Salud.**  
-Investigación de campo-

Autora: Lucía Canaglia

Legajo: C-3150/0

*Docente: Mario Kelman*

2018

## Indice:

Indice .....	2
Resumen.....	3
Tema y objetivos.....	4
Fundamentación.....	5
Análisis institucional.....	6
Marco teórico.....	7
Metodología.....	11
Desarrollo.....	12
Conclusión.....	16
Bibliografía.....	18

**Resumen:**

El presente trabajo de investigación de campo, tiene como tema el dispositivo de admisión como entrecruzamiento discursivo entre dos instituciones: el Psicoanálisis y el Centro de Salud. Se plantea como objetivo general del mismo, examinar y describir el funcionamiento del dispositivo de admisión desde el enfoque psicoanalítico dentro de una institución de Atención Primaria de la Salud. Para su realización, se llevaron a cabo entrevistas semi dirigidas al director y entrevistas de admisión a usuarios de un Centro de Salud de la ciudad de Rosario. Se pretende un análisis cualitativo a través de las mismas, que se desarrolla a lo largo del escrito. El desarrollo consiste en la indagación acerca de la tensión entre el tiempo del Psicoanálisis y el tiempo del dispositivo de admisión dentro del Centro de Salud, en la problemática de la cuestión transferencial en el mismo dispositivo y en la indagación del rol del psicólogo que allí se lleva a cabo. En relación a la conclusión, quedan interrogantes abiertos en relación a la temporalidad y a la cuestión transferencial. De acuerdo al rol del psicólogo, tiene que ver con llevar a cabo la práctica a partir de la lógica establecida por el Centro de Salud, sin dejar de lado el posicionamiento teórico y ético, alojando a ese sujeto que sufre, dándole la posibilidad de hablar sobre su padecimiento, ofreciéndole un lugar, una escucha.

**Palabras clave:**

Psicoanálisis, Centro de Salud, Dispositivo de admisión.

**Tema:**

“El dispositivo de admisión como entrecruzamiento discursivo entre dos instituciones: el Psicoanálisis y el Centro de Salud”.

**Objetivos:**

General:

-Examinar y describir el funcionamiento del dispositivo de admisión desde el enfoque psicoanalítico dentro de una institución de Atención Primaria de la Salud.

Específicos:

-Indagar acerca de la tensión entre el tiempo del Psicoanálisis y el tiempo del dispositivo de admisión dentro del Centro de Salud.

-Problematizar la cuestión transferencial en el dispositivo de admisión en una institución de Atención Primaria de la Salud.

-Indagar el rol del psicólogo en el dispositivo de admisión dentro del Centro de Salud.

## **Fundamentación:**

El presente trabajo está orientado a partir de una práctica en la residencia de Psicología en el Centro de Salud "7 de abril". El interés al elegir el área de Centros de Salud como espacio para realizar la práctica de Psicología, radica fundamentalmente en conocer el funcionamiento de estas instituciones y cómo es posible trabajar allí a través de un discurso psicoanalítico.

El rol como residente es realizar entrevistas de admisión, a usuarios del lugar, que concurren allí en busca de atención psicológica. A partir de esta práctica, se fueron presentando diversos interrogantes, en relación a la coexistencia de discursos, los cuales se pretende abordar en este trabajo. El objetivo primordial radica en examinar y describir el funcionamiento del dispositivo de admisión desde el enfoque psicoanalítico dentro de una institución de Atención Primaria de la Salud.

Se pudo pensar el problema planteado a través de vivencias presentadas en la experiencia en la institución.

Parece importante, para comenzar, establecer una diferenciación entre las entrevistas de admisión y las entrevistas preliminares previas al análisis. En el texto "Sobre la iniciación del tratamiento" Freud (1913) establece consejos más que reglas obligatorias, y allí habla de la puesta a prueba, que se referencia al concepto lacaniano de entrevistas preliminares. Para Lacan, no hay entrada en análisis sin el pasaje por las entrevistas preliminares. Es un tiempo previo a un posible comienzo del análisis. En este tiempo preliminar, el analista puede ver qué relación establece el sujeto con sus síntomas, cuál es el motivo de consulta, qué es lo que demanda. Freud habla de puesta a prueba o de un ensayo previo al tratamiento analítico, que nos ayudará a determinar si el paciente es o no es apto para el análisis.

Las entrevistas de admisión psicológica, por otro lado, son las requeridas desde una institución de salud, para que los usuarios de dicho lugar puedan acceder a un posterior tratamiento psicológico. La función de la misma, tiene que ver con establecer los motivos de consulta de los pacientes, evaluar el nivel de urgencia de cada consultante, regular la derivación interna o externa, dependiendo el caso.

## **Análisis institucional:**

El trabajo a llevar a cabo se realiza a partir de una experiencia en la residencia de Psicología en el Centro de Salud "7 de abril". Éste es un espacio de Atención Primaria de la Salud, que depende de la Secretaría de Relaciones Estudiantiles y tiene como objetivo principal abordar las problemáticas de salud de los estudiantes universitarios de grado y posgrado, y de los asociados a la Centenaria Asociación Israelita de Beneficencia Kehila.

A partir de una entrevista realizada por las residentes al Director de este espacio, Guillermo Scarinci, el mismo relata que el Centro de Salud surge en el año 2005, y agrega: "los estudiantes podían acceder antes a la obra social de la Universidad. Esa posibilidad se cierra en un determinado momento y, en consecuencia, surge la demanda de abrir otro espacio". El Centro de Salud está dirigido a aquellos estudiantes que no tienen obra social o a aquellos cuya obra social no tiene cobertura en la provincia."

En relación a la población que acude al lugar, son en su mayoría estudiantes universitarios que no tienen obra social. De acuerdo a esto, el director de la institución relata: "Es un centro de salud atípico, tanto por las características edilicias, como por la población que asiste... es sana, porque se trata de estudiantes jóvenes; las problemáticas tienen que ver con estrés por el estudio, separación del grupo familiar por mudarse a la ciudad para estudiar, etc. Entonces también se necesitó la incorporación de otro tipo de profesionales en relación a las problemáticas traídas por los jóvenes. Por ejemplo, el servicio de oftalmología." También asisten personas de la Asociación Israelita.

Según detalla el Director del Centro, el 72 por ciento de los pacientes son mujeres, nada tan extraño si se recuerda que seis de cada diez estudiantes de la UNR también lo son y que en el dispensario pueden retirar anticonceptivos y realizarse el Papanicolau. Este espacio consta de un área psicológica, un área médica (con distintas especialidades) y un área odontológica. Allí, el trabajo que se realiza es interdisciplinario, según la palabra de su director, y además agrega: "por ejemplo pueden combinarse las áreas de nutrición, psicología y clínica; kinesiología, fonoaudiología y odontología; psicología y bioquímica; psicología y clínica... todo va dependiendo de lo que el caso requiera." El Centro de Salud consta de una dirección y de un coordinador por área. Además, tiene un anexo en la Facultad de Ciencias Veterinarias en la Ciudad de Casilda y en la Facultad de Ciencias Agrarias de la localidad de Zavalla.

El año pasado se atendieron unas 10 mil consultas de estudiantes y hubo 700 nuevos inscriptos. Las especialidades con mayor demanda en sus tres espacios de atención (la sede de Urquiza 2906 y dos anexos en Casilda y Zavalla) fueron clínica, ginecología y psicología.

Dentro de la llamada área médica otro servicio muy concurrido es el de clínica. Y también hay una alta demanda de atención psicológica, un hecho que el profesional relacionó con padecimientos puntuales, como el desarraigo que enfrentan los estudiantes llegados de afuera y el estrés previo a los exámenes. El año pasado las consultas al psicólogo sumaron 1.400, pero siempre con un formato de terapias breves, de no más de tres meses.

Si el problema es de mayor complejidad, existen dos posibilidades. "Se los deriva al segundo o tercer nivel del Cemar (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias) o, si no son de Rosario, se llevan su historia clínica para atenderse en sus localidades de origen", explicó el secretario de Asuntos Estudiantiles.

Hasta los 21 años (y si se demuestra regularidad en los estudios hasta los 25) los hijos de padres con obras sociales o seguros de salud pueden tener cobertura de esos prestadores. También puede darse que alumnos procedentes de otras localidades tengan seguro médico en sus lugares de origen, pero esa cobertura no se extienda a Rosario y requieran atención primaria o urgente en la ciudad.

El 36 por ciento del estudiantado trabaja: quienes lo hacen en el mercado formal seguramente tienen obra social. Un universo aparte lo constituyen los estudiantes llegados del exterior, que representan el 3,25 por ciento del alumnado, pero en su mayoría no cuentan con seguro de salud y por ende recurren a la sanidad pública, en primer lugar a la UNR. El 57 por ciento son extranjeros. "Tenemos muchos pacientes de Brasil (la mayoría de ellos alumnos del área de Ciencias Médicas y en especial de Enfermería), Haití, Colombia y algunos de Chile", contó el director. "Hay que recordar que para la UNR ellos son como cualquier otro estudiante y gozan de iguales beneficios en cuanto a salud, comedor o gimnasio", dijo.

Aparte, para promover la salud universitaria el centro trabaja en "forma articulada" con otras direcciones que dependen de Asuntos Estudiantiles: los comedores (gracias al apoyo de nutricionistas), el gimnasio (kinesiólogos) y orientación vocacional (psicólogos). También desarrolla actividades de extensión abiertas a la comunidad: hace testeos de VIH y cuenta con un vacunatorio.

El rol como residente del lugar, es realizar entrevistas de admisión junto a una compañera de residencia a los usuarios del espacio que concurren allí en busca de atención psicológica. Esta práctica es supervisada por el psicólogo coordinador del área y por los profesores del espacio práctico en la Facultad.

El dispositivo de admisión se implementa a raíz de un déficit detectado en la institución. En determinado momento hubo una disminución de los pedidos de asistencia psicológica, debido a una respuesta insuficiente desde la misma, ante una demanda desbordante. La duración prolongada de los tratamientos dificultaba la rotación de pacientes y se generaban largas listas de espera. A partir de esto, se implementa el dispositivo de admisión destinado a lograr un acceso directo al tratamiento y un alojamiento del sujeto que sufre.

La función de la entrevista de admisión radica, por un lado, en responder a la demanda de tratamiento de cada consultante y, al mismo tiempo, regula la derivación interna en una institución de los pacientes a los diferentes equipos que la integran evaluando el nivel de urgencia del consultante. Por otro lado, la derivación externa a otra institución, en caso que el tratamiento a ofrecer no se adecúe a la situación del paciente.

A partir de la lectura de un texto oficial del Centro de Salud "7 de abril", pude conocer los objetivos específicos del dispositivo de admisión, los cuales consisten en recibir, orientar y derivar los pedidos; brindar una respuesta inmediata a cada uno de los consultantes y detectar los casos con mayor prioridad para facilitar el acceso al tratamiento.

En relación al área administrativa, las consultas son recibidas por la secretaría del Centro de Salud y se le comunica al consultante el día y horario para la entrevista de admisión. También se le informa que concurrirá a una instancia de admisión previa al inicio del tratamiento. En principio se realizan dos entrevistas, por lo que se dan el primero y segundo turnos juntos para evitar intervalos prolongados. En caso que el consultante falte sin previo aviso a la primera entrevista se cancelará la segunda; si avisa se le reprogramarán ambas, por única vez. Los pacientes que hayan hecho tratamiento en años anteriores y que soliciten retomar con el mismo profesional pasaran directamente a la lista de espera sin necesidad de realizar admisión. Aquellos que hayan realizado tratamiento en años anteriores y soliciten cambio de profesional deberán realizar nuevamente la admisión.

## **Marco teórico:**

En relación a los objetivos planteados anteriormente, el interés radica en problematizar el discurso psicoanalítico en el dispositivo de admisión, dentro del Centro de Salud. Para esto, se considera de gran importancia definir ciertos conceptos que se ponen en juego en el dispositivo, a partir del marco teórico del Psicoanálisis.

Respecto al dispositivo de admisión, Barcones y Dekleva (2009) afirman que es la conjunción de elementos fijos y la operatoria de sus diferentes combinatorias. Es un espacio que soporta el armado de tácticas y estrategias. Además, estas autoras afirman que la oferta del dispositivo de la admisión está recortado en la pregunta inicial formulada por el analista: ¿qué tiene para decir? Para ellas, 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.

En relación al tema elegido, “el dispositivo de admisión como entrecruzamiento discursivo entre dos instituciones: el Psicoanálisis y el Centro de Salud”, se considera al Psicoanálisis una institución, ya que se toma la concepción de institución de Castoriadis. Castoriadis (1975) plantea que somos instituciones andantes y que somos fragmentos complementarios de la institución de la sociedad. Para este autor, todo es institución.

### **1. Tiempo del Psicoanálisis – Tiempo del dispositivo de admisión.**

Con respecto a la tensión existente entre el tiempo del Psicoanálisis y el tiempo del dispositivo de admisión, se puede pensar que existe una distancia en cuanto al tiempo cronológico, propio del Centro de Salud y el tiempo del sujeto, que forma parte del Psicoanálisis.

Junto al instante de la mirada, el tiempo para comprender y el momento de concluir conforman lo que Lacan (1945) define como el “tiempo lógico”, el cual es una estructura dialéctica en tres momentos, conformando una lógica subjetiva basada en una tensión entre aguardar y precipitarse, entre la vacilación y la urgencia. El tiempo lógico es el tiempo intersubjetivo que, según Lacan, estructura la acción humana, oponiéndose así al tiempo cronológico. La consecuencia más importante de este uso del tiempo por parte de Lacan en el Psicoanálisis, es el empleo de las sesiones de duración variable, el cual se corresponde con la estructura misma de la palabra y del lenguaje.

El tiempo, dice Lacan (1981), que tiene un sentido dialéctico preciso en su aplicación técnica en el análisis, es otro muy distinto al tiempo escrupuloso y obsesivo del estándar al que los analistas obedecen ciegamente, sin inquietar a nadie. La interrupción de la sesión puede también tener valor de puntuación de lo que se ha dicho por el analizante: se “rompe el discurso para dar a luz a la palabra” (Lacan, p.304). En cambio, el corte de la sesión que obedece a un estándar de tiempo, “interrumpe los momentos de apresuramiento en el sujeto y puede ser fatal para la conclusión hacia la cual se precipitaba su discurso, e incluso fijar en él un malentendido, si no es que da pretexto a un ardid de retorsión.” (Lacan, p. 302).

El Inconsciente no conoce el tiempo. En todo caso, no se trata del tiempo “a priori” condición del pensamiento y de la observación del mundo, el tiempo que llamamos cronológico. Este tiempo, sabemos que no es el tiempo objetivo que se puede medir. “Los procesos del sistema lcc son atemporales, es decir, no están ordenados con arreglo al tiempo, no se modifican por el transcurso de este ni, en general, tienen relación alguna con él.” (Freud, 1915, p.184).

## **2.La transferencia en el dispositivo de admisión.**

En relación al tiempo del Psicoanálisis y al tiempo del dispositivo de admisión, se considera relevante recurrir a la categoría conceptual de transferencia, ya que ésta es inherente al encuentro con el analista, y, al igual que sucede con la temporalidad, este concepto está enmarcado, en este caso, por la lógica del Centro de Salud. 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.

Surge la interrogación no solo por la transferencia con el psicólogo admisor si no también por la que se establece con el psicólogo que va a llevar adelante el posterior tratamiento. En relación a esto, Bacchetta, (2007) afirma 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. Además, la autora agrega que 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. Los pacientes que llegan al hospital lo hacen porque, de algún modo u otro, se les juega algún tipo de transferencia con la institución. En el caso de este Centro de Salud, muchos usuarios llegan al dispositivo de admisión después de haber transitado por otros espacios del lugar. Esta transferencia -una transferencia en sentido amplio, “masiva e indiferenciada” (Gamsie 2009, 13)- de dichos pacientes con el hospital deberá ser tenida en cuenta si queremos pensar “cómo nos es dable operar sobre ella para producir efectos de orden analítico, cuando no se trata de una situación propiamente analítica.”

## **3.Rol del psicólogo en admisión.**

Por último, y siguiendo la pregunta por la cuestión transferencial, surge la interrogación acerca del rol del psicólogo en este dispositivo. Qué implica intervenir como analista en admisión. De acuerdo a esto, Felman (2008) plantea que 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. En relación al espacio donde se desarrolla el dispositivo, el Centro de Salud, y a la cuestión de cómo se trabaja allí desde un discurso del Psicoanálisis, Fernandez (2003) plantea que el Hospital y el Psicoanálisis se repelen, pero a su vez se necesitan. Agrega además que en un principio, la idea era que en el hospital los tratamientos funcionaran como entrevistas preliminares y que el verdadero análisis transcurriría en privado. Sin embargo, más tarde se dio otro giro a esta idea, si alguien recibía una palabra por parte del profesional que le produjera un cambio, eso ya podría denominarse psicoanálisis.

Siguiendo la línea del rol del psicólogo en la admisión, 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.

Y con respecto al entrecruzamiento de discursos, tomo ciertos autores que sostienen una articulación posible entre el Psicoanálisis y la institución de Salud. Fernandez (2003) 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. 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.

#### **4. Diagnóstico presuntivo – Historia clínica.**

Por último, parece importante definir el concepto de historia clínica, ya que se desarrolla a lo largo del trabajo como un posible obstáculo en la práctica. La historia clínica es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio, institucionalizado, realizado en efectores públicos y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos psicológicos, médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Si bien la historia clínica cumple una función legal, podemos pensar en el uso que el analista admisor puede darle. “El uso está dado por lo que se escribe de lo que se escucha, por ejemplo, la modalidad de presentación del consultante, el motivo de consulta, algún rasgo que se destaque de la entrevista, indicios transferenciales, etc. Esto es lo que el admisor pasa a través de la historia clínica al analista que recibirá al consultante para eventualmente comenzar un tratamiento.” (Sor, 2018). En relación al diagnóstico que allí se escribe, “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.

Dentro del Psicoanálisis se encuentran diversas posiciones respecto al diagnóstico, ya que para algunos autores tiene relevancia, mientras que para otros carece de valor. 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).

Resulta importante el modo en que se transmite la información del paciente, del psicólogo admisor al que continúa, que el diagnóstico en la historia clínica no sea una marca que determine a ese sujeto. “La admisión es un dispositivo en dos tiempos. El primer tiempo: el encuentro del admisor con el consultante y algunas de las vicisitudes que allí podrían darse. Pero considero que hay un segundo tiempo: la transmisión del material clínico al equipo donde se derivó ese paciente, transmisión que implica indefectiblemente un recorte, lectura de aquello que escuchó en ese encuentro. Un segundo tiempo muy enriquecedor, que a mi entender pone fin a la admisión para abrir otra instancia, ahora con el analista designado para dirigir esa cura. Pasaje de una escena a la otra que no es sin la posición del analista.” (Szyniak, 2008)

## **Metodología:**

### **-Tipo de investigación:**

Investigación cualitativa.

### **-Instrumentos de recolección de datos:**

La información para la realización del presente trabajo fue recolectada mediante la observación, la escucha de las entrevistas de admisión y la realización de una entrevista semi dirigida al director del Centro de Salud.

### **-Población y muestra:**

Población: usuarios de un Centro de Salud de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario.

Muestra: estudiantes universitarios, usuarios del dispositivo de admisión de Psicología en un Centro de Salud de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario.

### **-Procedimiento de la investigación:**

Para la realización del presente trabajo, a partir de la práctica de Psicología en un Centro de Salud de la ciudad de Rosario, se llevaron a cabo entrevistas de admisión a diversos usuarios del dispositivo, las cuales fueron de gran importancia a la hora de ejemplificar y contextualizar las problemáticas desarrolladas en el mismo. Los datos extraídos de las entrevistas fueron utilizados para el análisis cualitativo llevado a cabo en el trabajo. Las mismas fueron de una duración aproximada de media hora cada una, supervisadas semanalmente por el psicólogo coordinador del área del Centro de Salud, y por los profesores en el espacio práctico de la Facultad.

## Desarrollo:

Para empezar a desarrollar lo que se considera un choque discursivo entre el Psicoanálisis y el Centro de Salud, se toma del conjunto de las entrevistas realizadas, los puntos que se consideran disruptivos, aquellos a los que se les asigna un valor sintomático.

Para comenzar, en relación a los tiempos del Psicoanálisis y los del dispositivo, surge la pregunta acerca del número de entrevistas, ¿por qué se establece que deben realizarse dos a todos los usuarios?. Desde la institución afirman que la segunda entrevista funciona a modo de prever si va a haber una continuidad en el tratamiento o no ya que, según el psicólogo coordinador del área, pudieron observar que si los pacientes no concurren a la segunda entrevista posiblemente no iban a poder sostener un tratamiento, lo contrario sucedería con quienes sí asistan. Se considera que esa generalización preestablecida contrasta con el discurso psicoanalítico del caso por caso. ¿Cómo se puede pensar la singularidad del sujeto cuando existe una ley general de realizar dos entrevistas a todos por igual? En relación a esto, se exponen fragmentos de dos entrevistas realizadas a distintos pacientes para ejemplificar lo que se considera una contradicción al pensar que deben realizarse dos entrevistas a todos.

Por un lado, se atiende a un paciente, estudiante de abogacía, quien manifiesta como motivo de consulta no poder lidiar con las situaciones familiares que estaba viviendo. Éstas tienen que ver con las mujeres de la familia, tales como “la locura” de su madre, quien según sus palabras “vive gritando” y “gastando la plata de la familia”; y con haber presenciado un “brote psicótico” sufrido por su hermana, siendo, por el contrario, tanto su padre como su hermano mayor idealizados por él, contando con admiración: “mi papá, cuando mi hermana tuvo el brote psicótico, al otro día ya estaba trabajando”. Este joven es muy reservado a la hora de hablar y, al final de la segunda entrevista, se pudo pensar, a modo de hipótesis, que sus afectos de denigración y peyorativización hacia las mujeres de su familia podrían haberse desplazado hacia mi compañera y hacia mí, a través de una transferencia negativa, hecho que se pudo pensar con más seguridad al comentar el paciente que tiene preferencia por un psicólogo hombre. En esta segunda entrevista, el paciente admite tener en claro qué hecho fue el que lo llevó a tener una relación tan distante con su madre. Cuando se pregunta acerca del mismo, evade la pregunta diciendo que no lo quiere contar, que prefiere hablar con el psicólogo en el posterior tratamiento.

En ese entonces, habiendo transcurrido quince minutos de entrevista, se decide terminarla allí, ya que el joven no tiene intenciones en continuarla. En relación a esta experiencia, se considera que dos entrevistas son más que suficientes, debido a que el usuario tiene en claro que va a hablar en el posterior análisis.

Por otro lado, se realizan entrevistas a una joven estudiante de medicina proveniente de Brasil, quien cuenta muy angustiada qué la trae a este espacio. Se siente muy triste y sola ya que el día del cumpleaños no había recibido saludos de nadie, comenta que nunca tuvo amigos, que le cuesta establecer relaciones. En la segunda entrevista, comenta que después del primer encuentro, se sintió mejor de ánimo, y al finalizar pregunta si va a seguir concurrendo a ese espacio. En este caso, se considera que hubiera sido propicio realizar un par de entrevistas más ya que no se logró abordar un tema que había empezado a desarrollar en la última entrevista y, según lo expresado por ella, se puede vislumbrar que se estableció un buen vínculo transferencial.

En este sentido, se considera que contrastan los discursos ya que, por un lado, desde la lógica del caso por caso del Psicoanálisis no se podría pensar en un límite de tiempo establecido para las entrevistas, o en la cantidad de las mismas. Pero desde el Centro de Salud esto sí está establecido de esta manera, ya que esta temporalidad tiene que ver con el tiempo cronológico, propio de la institución. Además, una vez que se llega a la terapia con el

psicólogo designado, la misma tiene un límite de tiempo preestablecido, no puede extenderse más de tres meses, hecho que también va en contradicción con el tiempo del sujeto, del Psicoanálisis.

Siguiendo esto, Freud (1913) en el texto “Sobre la iniciación del tratamiento”, hace referencia al tema del tiempo, a la pregunta por la duración del tratamiento, lo cual resulta imposible determinar de antemano. De acuerdo a este texto, no pareciera determinante el tiempo de duración de la sesión, ya que habla de una hora pero también de pacientes que necesitarían más tiempo. Además, esta cuestión de la duración establecida del tratamiento va en contra de lo que Lacan llama sesiones de tiempo variable. Lacan, propone que el tiempo del análisis debe estar de acuerdo al tiempo del inconsciente, y por tanto de la palabra. En este sentido, a partir de las categorías conceptuales desarrolladas anteriormente, se puede pensar que en el análisis, la interrupción de la sesión puede tener valor de intervención a partir de lo dicho por el analizante, se interrumpe el discurso para dar valor a la palabra; pero por otro lado, se puede pensar que en un tratamiento con límite de duración, determinado de antemano, esta interrupción toma otro sentido al interrumpir los momentos de apresuramiento del sujeto.

Siguiendo el hilo de la temporalidad, se recurre al concepto de transferencia. Se considera que la transferencia es un proceso que se da en cualquier relación con un otro y que está presente aún antes de iniciar un tratamiento. Si bien sabemos que está presente en toda relación con el otro, cabe preguntarse si es la misma que la sucedida en un análisis ya que, en la mayoría de los casos, el psicólogo admisor no es quien continúa con el posterior tratamiento, sino que se trata de un momento de paso. Si bien desde la institución se plantea que la transferencia debe ser hacia la misma y no hacia los psicólogos admisores, se considera esto muy difícil de lograr ya que la transferencia no es algo que se pueda mantener bajo control.

A continuación se relatan una serie de experiencias a fin de ejemplificar lo que se considera un choque entre ambos discursos.

Se realiza una primer entrevista de admisión a un usuario. En un momento, surge una interrupción por una secretaria del lugar, quien golpea la puerta repetidas veces. Se le pide disculpas al paciente, y cuando se va hasta allí la secretaria ya no estaba. Se vuelve a al respectivo asiento y, en ese momento, vuelve a golpear la puerta. Cuando se recurre hasta allí nuevamente, la misma comenta que había llegado el próximo paciente. Se considera que estas repetidas interrupciones dificultan la transferencia ya que el paciente debe cortar su relato para proseguir luego. No es un dato irrelevante el que este joven haya estado contando, en ese momento, una vivencia angustiante para él en relación al miedo que sentía de sentirse rechazado.

Otra experiencia relacionada a esta, tuvo lugar un día en el que se presencia la entrevista en un consultorio, el cual está separado por una pared del área de secretaría. En el mismo se escuchan voces, risas y música provenientes del otro lado. Resulta incómodo el contraste entre las risas de un lado y el llanto y angustia del paciente del otro. Además, en un momento el entrevistado preguntó inhibido si se escuchaba lo que él hablaba del otro lado, lo que dificultó su libre relato.

Otra vivencia en relación a la cuestión transferencial, se presenta un día en el que se realiza la segunda entrevista de admisión a una paciente quien mostraba rasgos melancólicos, ya que manifiesta no merecerse todo lo bueno que le pasa en la vida, utilizando frases tales como: “yo no soy digna de establecer relaciones con las personas”, “no valgo nada”, relataba que estaba con chicos pese a que la engañaban porque para ella eso era una “pseudofelicidad”. Se considera que se creó en el espacio una buena transferencia ya que la paciente pregunta si nos va a seguir viendo a mi compañera y a mí. A partir de esto, surge el planteo acerca de la existencia de una forma de dosificar la

transferencia, ya que se supone que no se debe crear un amor de transferencia a fin de no perturbar el pasaje hacia el posterior tratamiento. En relación a esto, Bachtetta (2007) plantea: ¿admisor de qué? ¿Qué es lo que admite, si no es una transferencia? La admite para pasarla. Asimismo, creo que para lograr el objetivo de la admisión, que es que el paciente en su deriva llegue a algún lugar, ambas cuestiones son necesarias: tanto que la intervención que realicemos no refuerce una transferencia que sea intransferible, como que algo de la transferencia funcione para que dicha intervención tenga algún alcance. Si el analista escuchó e intervino, esto sólo parece posible en un campo transferencial.

Además del vínculo transferencial con el psicólogo admisor, se presenta la cuestión de la transferencia con el psicólogo que va a llevar adelante el tratamiento. En el lugar, una vez realizadas las entrevistas de admisión, el paciente no tiene la posibilidad de elegir para el posterior análisis psicólogo, psicóloga ni tampoco conocen el tipo de terapia que llevan a cabo. Se considera que esto también es algo que influye en la posterior relación transferencial, ya que no hay lugar ahí para la propia elección del paciente.

A partir de esto, surge la pregunta: qué lugar se le da a ese sujeto, cómo se alojan esos padecimientos subjetivos, cómo se juega su singularidad, qué valor se le da a su deseo a partir de estas lógicas objetivantes propias de la institución. Si la ética del psicoanálisis es la del deseo, cómo se puede pensar en contextos como estos, donde la subjetividad no tiene lugar, donde no se le da al usuario la posibilidad de elegir su analista.

En relación a otro de los objetivos planteados, el rol del psicólogo en admisión, se considera que no es tarea sencilla ya que, como se comentó en relación a la transferencia, las intervenciones que realicen deben tener algún alcance pero no deben reforzar el vínculo a fin de no perturbar el paso al siguiente tratamiento. Además, se debería tener ciertos límites en el decir debido a que el tiempo acotado del proceso no permitiría abordar ciertas problemáticas. Otra de las cuestiones a tener en cuenta como rol del psicólogo en admisión, tiene que ver con no realizar esclarecimientos muy tempranos, claro está que en dos entrevistas muy difícilmente se pueda arribar a un diagnóstico. Sin embargo, hubo una experiencia en la práctica en relación a esto. Se atiende a la primera paciente, quien llega manifestando haber tenido días atrás una “crisis” con parálisis en la mandíbula, no pudiendo mover el cuerpo y habiendo enunciado palabras en otro idioma que desconocía. En relación a su relato y a sus manifestaciones corporales, se conjetura que se trata de una joven con rasgos histéricos, aunque sin establecerlo terminantemente. Sin embargo, en la reunión semanal en donde se supervisan los casos con un psicólogo, el mismo afirma de manera determinante que si había existido un trastorno del lenguaje eso era equivalente a una psicosis, por lo tanto dice que a esta paciente hay que tratarla como psicótica. De acuerdo a esto, se plantea un interrogante en relación a su determinismo, ya que él no había presenciado la entrevista ni su relato, y no se considera que pueda realizarse un diagnóstico tan tempranamente habiéndose llevado a cabo solo una entrevista. Sin embargo, en reuniones posteriores se pudo comprender que es prudente posicionarse en un lugar de semejante, no enigmático ni de Sujeto Supuesto Saber, ya que en el caso de tratarse de una estructura débil podría desencadenar sentimientos persecutorios, o perturbar su concurrencia al Centro de Salud.

Siguiendo este caso, en el espacio práctico de la Facultad, en donde también se supervisan ciertos casos clínicos, se pudo apreciar lo importantes que son otros factores intervinientes en el proceso, como por ejemplo, los rasgos de la cultura, conocer el origen de procedencia del paciente, cómo se ha inscripto la cultura en ese ser hablante, establecer un aparato de lectura de la cultura, ya que ahí se tejen las fantasías, las realidades subjetivas. En el caso de la que fue citada últimamente, la misma es proveniente de un barrio de pueblos originarios. Podría haber sucedido que ese idioma extraño para nosotras, en el que hablaba en su estado de “crisis”, sea propio de su cultura. En este sentido se admite un

error, al no pedir especificaciones sobre cuál era el contenido de su lenguaje, sobre si recuerda el suceso o se lo contaron, ya que a través de estas preguntas tal vez se podría haber discernido si se trataba de un neologismo propio de las psicosis o si se trataba de una palabra inherente a su cultura.

Además, en relación al registro del diagnóstico, desde el Centro de Salud se solicita que se realice un diagnóstico presuntivo en la historia clínica durante cada entrevista. Cabe preguntarse cómo puede condicionar esto a los posteriores psicólogos cuando los psicólogos admisores no son quienes continúan con el siguiente tratamiento. Cuál es el uso que se le da al diagnóstico allí escrito. Si bien la historia clínica cumple una función legal, se puede pensar en el uso que el analista admisor puede darle.

El rol del psicólogo, entonces, podría tener que ver con llevar a cabo la práctica a partir de la lógica establecida por el Centro de Salud, sin dejar de lado el posicionamiento teórico y ético, alojando a ese sujeto que sufre, dándole la posibilidad de hablar sobre su padecimiento, ofreciéndole un lugar, una escucha. Respondiendo a las demandas del Centro de Salud, por ejemplo, en relación al registro de la historia clínica de cada paciente, pero sin objetivarlo determinándole un diagnóstico, no se trata de que ese diagnóstico impida escuchar.

## **Conclusión:**

A modo de conclusión, se pudieron plantear diversas preguntas y problemáticas en relación a lo que se considera un choque o entrecruzamiento discursivo entre el Psicoanálisis y la lógica institucional del Centro de Salud en el cual se desarrollaron las prácticas pre profesionales, a partir de la experiencia como residente de Psicología en un Centro de Salud de Atención Primaria de la ciudad de Rosario. Se fueron presentando interrogantes en relación al funcionamiento del dispositivo de admisión a medida que transcurrían más experiencias y vivencias dentro de la misma, entre ellos, si es posible que converjan ambos discursos en un mismo dispositivo.

En un principio, se planteó la problemática existente entre la tensión del tiempo del Psicoanálisis, del sujeto, y el tiempo institucional, cronológico, del Centro de Salud. Este contraste, fue desarrollado a lo largo del trabajo mediante las diversas experiencias vividas en la institución, sobre todo en ciertos casos en donde se ejemplificó la singularidad del caso por caso propia del Psicoanálisis, lo cual se considera que se deja de lado al establecer como regla general que se deben realizar dos entrevistas de admisión a todos los usuarios por igual. También, en este trabajo, se preguntaba en qué lugar queda el deseo del sujeto que no puede elegir el psicólogo para su tratamiento ni tampoco seguir con la terapia, ya que se establece un límite máximo de tiempo para la misma. Si bien se considera que se presentan muchas trabas en el dispositivo a partir de la inflexibilidad del mismo con respecto a sus tiempos, también se debe reconocer que éste debe estar regido por ciertas reglas para poder funcionar de la mejor forma posible, y de prolongarse las sesiones, muchos usuarios quedarían sin poder acceder, o en listas de espera interminables.

Otro de los temas desarrollados en el presente trabajo tenía que ver con la cuestión de la transferencia, a partir de la cual quedan interrogantes abiertos. Por un lado, en relación a la transferencia con el psicólogo que realiza las entrevistas de admisión, sigue quedando abierta la pregunta acerca de la existencia de una forma de dosificarla a modo de no detener ni perturbar el paso al siguiente tratamiento, y si es así de qué modo se puede pensar esto. Por otro lado, en relación a la transferencia con el psicólogo que va a llevar adelante el análisis, se interroga cómo influye en la misma el hecho de no poder elegir analista o psicólogo. Y si incide, de alguna forma, en este último, el tener un diagnóstico reciente sobre su paciente en la historia clínica.

Además, se plantearon otros interrogantes en relación al rol del psicólogo y al diagnóstico a partir de las entrevistas de admisión. Esto tiene que ver con que se solicita desde la institución a partir de una o dos entrevistas, realizar un diagnóstico presuntivo y dejarlo asentado en la historia clínica. En relación a esto, queda la pregunta en suspenso sobre si esto es éticamente posible, ya que una o dos entrevistas parece un número muy reducido como para poder arribar a una conclusión diagnóstica, y por qué tiene que ser un requisito el hecho de armar un diagnóstico presuntivo en las entrevistas de admisión, cuál sería el fin de objetivar un padecer si el psicólogo de admisión no va a continuar con el análisis de ese paciente. Además, se considera que la historia clínica que se esboce puede llegar a condicionar a los posteriores psicólogos. Pero se comprende que el uso de la historia clínica es obligatorio en los efectores públicos, puede ser un repliegue o puede ser un otro uso.

Más allá de cuestionamientos expresados a lo largo del trabajo sobre el dispositivo, se considera que se brindó desde la institución un espacio muy importante en el que se pudo acercar a lo que será la futura práctica de Psicología.

Que un psicoanalista en la institución pueda abrir un espacio a la dimensión subjetiva, abolida por los permanentes intentos de objetivación, dando cabida a una demanda de saber, y con ello al deseo, toma entonces todo su valor y legitima su presencia allí. (Rubistein, 2004)

## Bibliografía:

- Bacchetta, M. C. (2007) *¿Transferencia en la Admisión?* Recuperado de [http://www.elsigma.com/site/detalle.asp? IdContenido=11483](http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11483)
- Barcones O. & Dekleva G. (2009) *Hospital de Día*. En A. Rubistein, Un Acercamiento a la Experiencia: práctica y transmisión del psicoanálisis (pp 37-44). (Ed.) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Brousse, M. H.: *Cómo opera el psicoanálisis?* (Ed.) NEL-Guayaquil, Ecuador 2002, pág. 43.
- Castoriadis, C. (1975) *La institución imaginaria de la sociedad* – (Ed.) Tusquets: Colección Acracia
- Felman, G. (2008) *Proceso de admisión, una experiencia psicoanalítica*. Recuperado de <http://www.alefpsi.com/giselafelman.htm>
- Fernandez, E. E. (2003) *Psicoanálisis y Hospital. Tres efectos paradójales*. Recuperado de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=3889>
- Fernández Moores, S. (2010) *La admisión del Sujeto ¿Es necesaria la entrevista de admisión? Aún*, 206 – 213.
- Freud, S. (1913) *Sobre la iniciación del tratamiento*. (Ed.) Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (1915) *Lo inconsciente*, T. XIV, cap. V, pág. 184. (Ed.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *27º Conferencia. La Transferencia*. (Ed.) Buenos Aires: Amorrortu, 1996.
- Freud, S. (1919) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. (Ed.) Buenos Aires: Amorrortu, 1996.
- 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.
- Lacan, J. (1945) *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Escritos 1*. (Ed.) Siglo XXI.
- Lacan, J. (1959) *La ética del psicoanálisis. Seminario VII*. (Ed.) Paidós. 1997.
- Lacan, J. (1975) *Introducción a la edición alemana de los escritos*. Revista Mundial de Psicoanálisis, 42, 9-15.
- Roma, V. (1993) *Una cuestión de conceptos*. En Psicoanálisis y el Hospital. 1, Nº 2 (Ed.) Buenos Aires: Cupido y su arco - Mario Pujó. 1992.
- Rubistein, A. (2004) *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. En A. Rubistein, Un Acercamiento a la Experiencia: práctica y transmisión del psicoanálisis (pp 27-35). (Ed.) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Rubistein, A. (2009). *El uso del diagnóstico en Psicoanálisis*. En A. Rubistein, Un Acercamiento a la Experiencia: práctica y transmisión del psicoanálisis (pp 61-66). (Ed.) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sor, G. (2018) *Los usos de la entrevista de admisión*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/278421480/Los-Usos-de-la-Entrevista-de-Admision-Gabriela-Sor>
- Szyniak (2008) *La admisión, un dispositivo en dos tiempos*. Recuperado de <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/la-admision-un-dispositivo-en-dos-tiempos/11725>