



**Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Psicología**

**Trabajo Integrador Final**

**Ensayo:**

***“La Admisión hospitalaria.  
Reflexiones sobre el psicoanálisis en el  
Hospital”***

Autora: Giuntoli, Julia

Legajo: G-5157/8

Docente responsable: Ps. Hanono, Laura

Año: 2018

## **Agradecimientos**

A Javier, por sus minuciosas lecturas y muy valiosos consejos.

A Laura y a Franca, por su tiempo y enorme buena predisposición desde el comienzo.

A mis amigos, porque constituyen una parte muy importante en mi vida.

A mis abuelos, porque me hacen sentir la nieta más afortunada por tenerlos.

A mi hermano, quien a pesar de la distancia, siempre funcionó en mí como un guía.

A mis papás, porque sin su apoyo y sin su amor, este camino hubiera sido muy difícil.



## Índice

<b>Resumen y Palabras clave .....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>¿Es posible el ejercicio del psicoanálisis en una institución pública como el Hospital? Algunos Prejuicios .....</b>	<b>5</b>
<b>Dispositivo de Admisión El Dispositivo .....</b>	<b>9</b>
<b>La Admisión .....</b>	<b>12</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>17</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>20</b>

## **Resumen**

Es de común conocimiento que el psicoanálisis puede ser llevado a cabo en ámbitos que van más allá del consultorio privado. En la actualidad existen muchas instituciones públicas, como el Hospital, por ejemplo, en donde los tratamientos psicológicos se abordan desde la teoría del psicoanálisis.

Sin embargo, circulan muchos prejuicios y críticas en relación a la posibilidad del ejercicio del psicoanálisis en el Hospital. Por ende, uno de mis objetivos en este ensayo es indagar la posibilidad o no del ejercicio del psicoanálisis en dicha institución.

A su vez, me situaré puntualmente en el Dispositivo de Admisión de un Hospital de la ciudad de Rosario, lugar en donde realicé mis Prácticas Profesionales Supervisadas y en donde la perspectiva de trabajo es el psicoanálisis. Otro de mis objetivos será reflexionar acerca de si la tarea que se lleva a cabo en ese dispositivo constituye una tarea clínica o una tarea burocrática.

Finalmente, concluyo suponiendo la posibilidad de que el psicoanálisis pueda ser ejercido en el Hospital, a pesar de los diferentes obstáculos que la institución antepone y también considero que la entrevista de Admisión debería ser llevada a cabo por un analista, quien podría escuchar la emergencia subjetiva del paciente.

## **Palabras clave**

Hospital, Psicoanálisis, Dispositivo, Admisión.

*Asimismo, en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizá el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa, y también el influjo hipnótico pudiera volver a encontrar aquí un lugar, como en el tratamiento de las neurosis de guerra. Pero cualquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia.*  
Sigmund Freud, "Wege der Psychoanalytischen therapie", conferencia pronunciada en el V Congreso Psicoanalítico. Budapest, 1918.

## **Introducción**

A principios del siglo XX, cuando el psicoanálisis comenzaba, constituía una práctica reservada para las clases sociales pudientes y existían pocos profesionales preparados para llevar a cabo esa labor.

Sin embargo, en una conferencia que pronunció Freud en 1918 en el V Congreso Psicoanalítico en Budapest, hipotetizó la creación de instituciones públicas en las cuales el psicoanálisis estuviera presente y en donde el Estado debía ser garante de que el tratamiento psicoanalítico llegara a todos los habitantes de la sociedad.

Hoy es un hecho que en muchas instituciones públicas de nuestro país el paciente puede iniciar y sostener un tratamiento psicoanalítico.

La finalidad que persigo con este escrito gira en torno a preguntarme y reflexionar sobre la posibilidad o no del ejercicio del psicoanálisis en instituciones hospitalarias. Por lo tanto, indagaré las dificultades que presenta el ejercicio del psicoanálisis en dicho lugar, como así también, las condiciones que lo posibilitan.

El motivo por el cual surge esta idea, comienza con ciertos prejuicios o argumentos existentes en contra de lo que es un tratamiento psicoanalítico en el Hospital. Algunos de estos prejuicios se encuentran relacionados a lo prolongado que serían los tratamientos psicoanalíticos, a comparación de otras terapias como las TCC (terapias cognitivo-conductuales), las cuales serían más efectivas y demandarían menos tiempo de tratamiento. Otros prejuicios vigentes giran en torno al hecho de que se debería respetar necesariamente cierto encuadre que la institución no permite y también, que el hecho de no existir el pago de dinero por parte del paciente dificultaría el trabajo, puesto que constituye una condición necesaria del análisis.

Estos son sólo algunos de los prejuicios existentes en torno a la imposibilidad o deficiencia del psicoanálisis operando en una institución pública.

Específicamente, me referiré al Dispositivo de Admisión de un Hospital de la ciudad de Rosario, ya que allí he realizado mis Prácticas Profesionales Supervisadas. En este Dispositivo la escucha y el tratamiento se sitúa desde la perspectiva del psicoanálisis; y además, en este ensayo, desarrollaré los conceptos de Admisión y Dispositivo.

A su vez, en el Dispositivo de Admisión de dicho Hospital suele surgir de manera recurrente la pregunta acerca de si la entrevista de Admisión implica una escucha clínica o podría ser llevada a cabo como cualquier tarea burocrática del Hospital por un empleado administrativo.

Es por esto que, otro de mis objetivos en este ensayo será indagar esta postura que define a la entrevista de Admisión como una tarea que debe ser llevada a cabo por un psicoanalista, el cual podría oír la emergencia subjetiva que trae el paciente.

## ¿Es posible el ejercicio del psicoanálisis en una institución pública como el Hospital?

### Algunos prejuicios

En 1919 Freud (2013) publicaba la conferencia *Los caminos de la terapia psicoanalítica*, en donde plantea que el trabajo del analista consiste en revelar al enfermo neurótico sus tendencias reprimidas inconscientes, y descubrir con este fin las resistencias que en él se oponen a semejante ampliación del conocimiento de sí mismo. También agrega que el descubrimiento de estas resistencias no equivale siempre a su vencimiento; pero una vez descubiertas confía en alcanzar este último resultado utilizando la transferencia del enfermo sobre la persona del médico para infundirle la convicción de la falta de adecuación de las represiones desarrolladas en la infancia y de la imposibilidad de vivir conforme a las normas del principio del placer. A la labor por medio de la cual el analista hace llegar lo reprimido a la conciencia del enfermo, Freud lo ha llamado **psicoanálisis**.

En el artículo de 1919, Freud (2013) habla sobre el futuro del psicoanálisis, el cual parece fantástico en ese año, momento en que enuncia lo siguiente: en ese momento existían no muchos analistas, los cuales se avocaban a las clases sociales pudientes y se alejaban de las clases sociales populares, las cuales sufren igualmente bajo la neurosis. Pero Freud piensa en la posibilidad de que exista en el futuro una organización que permita aumentar el número de analistas, los suficientes como para tratar grandes masas de enfermos. Este hecho haría despertar la conciencia de la sociedad y advertir a ésta que los pobres tienen derecho al acceso del psicoterapeuta, y que las neurosis amenazan la salud del pueblo, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual.

Se crearán instituciones médicas en las que habrá analistas encargados de conservar capaces de resistencia y rendimiento a los hombres que, abandonados a sí mismos, se entregarían a la bebida, a las mujeres próximas a derrumbarse bajo el peso de las privaciones y a los niños, cuyo único porvenir es la delincuencia o la neurosis (Freud, 2013, p. 2462).

También Freud (2013) presagiaba que el tratamiento sería gratis, aunque el Estado tarde en reconocer la urgencia de esta obligación suya. Pero indudablemente estas instituciones serán un hecho algún día. A estas cuestiones, el autor agrega que se les planteará la tarea de adaptar la técnica del psicoanálisis a las nuevas condiciones.

Seguramente comprobaremos que los pobres están aún menos dispuestos que los ricos a renunciar a su neurosis, pues la dura vida que los espera no les ofrece atractivo alguno y la enfermedad les confiere un derecho más a la resistencia social (Freud, 2013, p. 2462).

Por último, Freud (2013) agrega que cualquiera sea la composición y estructura de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia.

Por lo tanto, Freud consideraba que más allá de cualquier modificación que se le impusiera a la técnica analítica, su aplicación a la terapéutica debía estar siempre inspirada en los principios rigurosos del psicoanálisis. Años más tarde, Lacan postularía que esta condición está estrechamente relacionada a la ética del psicoanálisis (Barros, 2011).

Lo que Freud presagiaba en 1919 se cumplió, y en la actualidad muchas instituciones de salud públicas de nuestro país abordan los tratamientos psicológicos desde una escucha psicoanalítica.

Sin embargo, es un hecho que en la sociedad posmoderna en la cual vivimos, tomando el planteo de Grimblat (2005) (quien se remite a la teorización de Bauman), se produce el derretimiento de la Modernidad Sólida, lo cual nos hablaría de un modo de estar del Estado, no ya como figura sólida sino líquida, cuyas propiedades físicas serían opuestas a la solides. La Estatalidad líquida tendría a diferencia de la sólida tendencia a la dispersión, al derrame, un estado fluido, tendencia a la evaporación. I. Lewkowicz, basado en el planteo de Bauman, extiende la idea al llamar **Desfondamiento del Estado**, al proceso de pasaje de la condición de sólida disciplinar basada en los AIE (Aparatos Ideológicos del Estado) a la líquida, cuya subjetividad es producto de la lógica del mercado.

Esta concepción de nuestra sociedad regida por la lógica del mercado explicaría el porqué del actual frenesí teratológico que combina el modelo sindrómico del DSM IV con las técnicas cognitivos-conductuales y el ejercicio de una psiquiatría reducida a la sola prescripción de psicofármacos, lo cual evidencia una profunda degradación de la práctica clínica. También en la actualidad suele extenderse la creencia de que acaso las TCC (terapias cognitivo-conductuales) y otras técnicas breves serían más eficaces para lo urgente y que el psicoanálisis estaría reservado a **lo profundo** (Barros, 2011).

Uno de los prejuicios existentes en torno al psicoanálisis en el Hospital que nombré en la introducción del ensayo, está en relación a la condición necesaria del pago de sesión. El pago en dinero lo entiendo como un acto por el cual el sujeto cede un objeto que representa la falta, en relación a ese goce que forma parte de su síntoma. Además el paciente pagando se compromete con su espacio analítico, por ejemplo, no llegando tarde y no faltando a sesión.

Pero también puede ocurrir que un paciente pague con dinero su análisis y sin embargo llegue tarde o falte a sesión. Lo cual indica que el pago no siempre confluye con el dinero. No obstante, que el analista **haga pagar**, es una de sus funciones ineludibles.

El paciente al representar la falta mediante la cesión de un objeto en ese pago, introduce su relación con la castración.

En el Seminario X, Lacan (2006) postula que el neurótico no recula ante la castración, sino que hace de su castración lo que le falta al Otro. Hace de su castración algo positivo, la hace garantía de la función del Otro. Esto sólo podrá asegurarlo por medio de un significante, y por fuerza este significante falta. En este lugar faltante el sujeto es llamado a hacer su aporte mediante un signo, el de su propia castración.

Consagrar su castración a la garantía del Otro, ante esto se detiene el neurótico, y esta detención se da en función de que es el analista quién lo conduce hasta allí, por lo que la castración no es más que el momento de la interpretación de la castración (Lacan, 2006).

Por ende, puedo pensar que si el sujeto accede a pagar, a ceder algo, al mismo tiempo estaría posibilitando un goce en relación a la transferencia.

Si bien en el Hospital el sujeto no paga con dinero, se puede plantear que paga con tiempo. De esta manera el paciente debe esperar a veces meses hasta que un psicoanalista del Hospital o del Centro de Salud al cual se lo derivó pueda atenderlo. Además, en una institución pública usualmente existe (en comparación al ámbito privado), un menor margen de elección del horario y día de sesión, por lo tanto, conservar y mantener un tratamiento analítico en una institución pública requiere constantemente un **pago** por parte del sujeto.

Por otra parte, existe entre psicoanalistas, un discurso prejuicioso, el cual le adjudica todo el **cobre** a la práctica del psicoanálisis en la institución, reservando el **oro** para la que se realiza en privado (Paola, 2008).

“Ahora bien, sabemos que el Hospital es un espacio asistencial del Estado, a donde suele retornar aquello que en lo social no anda, y cuyo cobre institucional plantea control y asistencia masiva, imponiendo la duración y gratuidad de los tratamientos” (Paola, 2008, p. 12).

De esto se deduce que la práctica del psicoanálisis en instituciones públicas como el Hospital, confronta con algunas legalidades que, aunque exteriores a su discurso, no cesan de condicionar los modos de la demanda, suscitando obstáculos cuando el analista debe posicionarse como tal. Porque es necesario reconocer que, aunque haya aleaciones más o menos adecuadas, no existe en el Hospital un dispositivo posible por fuera del circuito de la demanda institucional (Paola, 2008).

Creo pertinente puntuar que cualquier institución es resistente a la singularidad, a lo sumo tolera lo particular como forma de lo general. Por eso, la presencia de un psicoanalista, es decir, alguien en esa posición, siempre será conflictiva.

En el Hospital, el psicoanalista trabaja con aquello que **no anda**, con aquel síntoma que trae el paciente, muchas veces derivado por médicos que no han podido precisar su causa orgánica, por ende sería **algo psicológico**. Por lo tanto, se podría pensar que el psicoanálisis es una manifestación sintomática del discurso médico, de aquello que este discurso no puede dar cuenta o **solución**. Además, el psicoanálisis, a diferencia de otros discursos, tomaría el síntoma que trae el paciente como la forma en que el sujeto construye su relación con el Otro, y evitaría cargarlo con una palabra aplastante, cargada de sentido.

En las instituciones aparece **el procedimiento** y es más, a veces las demandas a los psicólogos de la **protocolización de las prácticas**. O sea, en orden a las reglas del mercado, o en nombre de una supuesta científicidad, se burocratiza una práctica para evitar recorrer cada vez la incertidumbre de los límites de una escucha (Baños, 2012). Por lo tanto, el analista deberá alojarse en un lugar **inexistente** en la institución.

“En el Hospital, en la escuela, en los Centros de Salud, las demandas que recibimos provienen no de **lo que no funciona**, sino de **lo que se supone que debe funcionar**.” (Baños, 2012, p.62).

Sin embargo, puede concederse a quienes sostienen la posibilidad del ejercicio del psicoanálisis en los Hospitales que, en primer lugar, no es imposible sostener la escucha analítica en esta institución, ni la producción de asociaciones por parte del paciente, ni la instalación de la transferencia. Además si bien se plantea el problema de los alcances de la acción analítica en un lapso temporal que se puede considerar como **breve**, término este que, es importante remarcar, tiene un carácter más lógico que cronológico por lo que queda indeterminada la medida de esa brevedad. Es fundamental subrayar esta idea: en psicoanálisis la brevedad se presenta como una categoría lógica, cualitativa, no cífrale en un tiempo que sería parejo para todos (Barros, 2011).

Es decir, se reconoce, sin reservas, que para que el acto del analista tenga lugar es preciso que haya un tiempo de despliegue discursivo que podrá ser breve o prolongado, pero es objetable que ese tiempo pueda ser determinado a priori por una norma general, ni con referencia a la sesión ni tampoco en referencia al tiempo total del tratamiento. Por lo tanto, la variabilidad del tiempo de las sesiones y del tiempo del tratamiento terapéutico en el Hospital se vincula a una temporalidad del sujeto, que no es la temporalidad cronológica, homogénea y contabilizable del estándar (Barros, 2011).

“Por entrar en la cuenta de la particularidad del sujeto, el tiempo de duración no puede responder a un estándar. Por jugarse lo contingente de cada encuentro, los **finales aluden a una pluralidad que ninguna técnica puede recubrir**” (Paola, 2008, p. 29).

En relación a la duración de los tratamientos, en el Hospital en donde realicé mis Prácticas, no rige ninguna regla sobre éste, lo cual daría cuenta de la posibilidad del ejercicio del psicoanálisis en dicha institución.

Siguiendo el planteo de Barros (2011) se puede establecer que el problema presentado se trata del **ejercicio** del psicoanálisis y de los límites que el contexto y las condiciones institucionales ofrecen, caso por caso, a ese ejercicio. Para comprender esta idea es necesario realizar una distinción entre psicoanálisis aplicado y psicoanálisis puro.

Se entiende el psicoanálisis puro como **una experiencia** que, en principio, no tiene fines terapéuticos. Pero la lógica de esa experiencia puede ser de hecho aplicada terapéuticamente aunque su mira en el plano del derecho sea independiente de esos fines, y estos se den como producto marginal a su desarrollo (Barros, 2011, p. 19).

Es decir que, de acuerdo con lo planteado anteriormente, se podría concebir la práctica hospitalaria como la aplicación terapéutica del psicoanálisis al pedido de ayuda que se aloja en el Hospital. Esta distinción entre psicoanálisis puro y aplicado parte de la enseñanza freudiana, ya que Freud entiende al psicoanálisis en primer lugar, como un método de investigación de ciertos contenidos psíquicos y no como una terapia; sólo en segundo término lo concibe como la aplicación de ese método al tratamiento de los síntomas neuróticos. También la orientación lacaniana establece esa distinción, le otorga al tratamiento hospitalario una chance que los estándares internacionales le niegan, sosteniendo que es el deseo del analista, su posición subjetiva, su ética, lo que determina el carácter analítico de una cura, y no la mecánica de un encuadre (Barros, 2011).

Para concluir, y paralelamente, reflexionar sobre la posibilidad de la práctica del psicoanálisis en instituciones públicas como el Hospital, Paola (2008) sostiene que el lugar del analista consiste siempre en ceder la posición del sujeto al hablante, ya que suponemos que hay verdad en lo que hablante dice, en tanto que, en eso que dice, no es uno con su decir.

Por lo tanto, podemos afirmar que, en la urgencia de lo insoportable de una ruptura, cuando un cuerpo es mostrado en la desgarradura de su sufrimiento, la maniobra del analista consistirá siempre en promover, mediante un acto de discurso, la emergencia de un sujeto que hable de ese cuerpo. Y aquí no se trata de lo que se pueda o no realizar en el Hospital, se trata de la ética del psicoanálisis. Porque la posición del analista podrá alcanzarse, aún soportando las inevitables variaciones en las condiciones del encuadre y en los modos de presentación de la demanda. Es decir que con su ética, no hay aleación posible en el analista (Paola, 2008).

También coincido con el planteo de Barros (2011) en relación a la presencia del psicoanalista practicante en las instituciones, la cual debería ser defendida. En primer lugar, porque es un avatar fundamental de la existencia del discurso analítico en la sociedad. En segundo lugar, porque preserva el lazo del psicoanálisis con una tradición clínica de la que Freud nunca deseó desligar al movimiento psicoanalítico, el cual es un lazo que opera como resistencia en contra de su disolución en los folletines del mercado de la cultura (filosófica, literaria, política). Además, es oportuno agregar que la práctica institucional constituye una valiosa experiencia para el analista en formación, ya que el Hospital es un lugar en el que puede sentir el pulso de su época.

Como creo pertinente llevar a un plano más tangible la presencia del psicoanálisis dentro del Hospital, me situaré puntualmente en el Dispositivo de Admisión del Hospital en donde fui residente de pregrado. Es por esto, que proseguiré mi escrito con la teorización sobre qué es un Dispositivo, qué es la Admisión hospitalaria y las tensiones que aparecen en un dispositivo analítico situado en una institución pública.

## Dispositivo de Admisión El Dispositivo

En primer lugar, definiré lo que es un dispositivo. Para esto me basaré en la teorización que realiza Michel Foucault sobre dicho concepto.

Este autor postula que un dispositivo es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, planificaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas... o sea: lo dicho, tanto como lo no-dicho, estos son los elementos del dispositivo. El dispositivo, en definitiva, es la red que se puede establecer entre estos elementos (Peusner, 2010).

En segundo lugar, Foucault señala la naturaleza de la relación que puede existir entre esos elementos heterogéneos que conforman al dispositivo. Entonces, por ejemplo, dice que un discurso puede aparecer como programa de una institución, tanto como, al contrario, un elemento que permite justificar y enmascarar una práctica que permanece muda, o funcionar como una reinterpretación secundaria de esa práctica, dándole acceso a un campo nuevo de racionalidad. En resumen, entre esos elementos, discursivos o no, habría una especie de juego, cambios de posición, modificaciones de las funciones que pueden también ser muy diferentes (Peusner, 2010).

En tercer lugar, el dispositivo estaría relacionado con una especie de formación que, en un momento histórico dado, tuvo por función mayor la de responder a una urgencia. Entonces, se puede postular que el dispositivo tiene una función estratégica dominante (Peusner, 2010).

En relación a la idea del dispositivo como red entre distintos elementos que se caracterizan por su heterogeneidad, se pueden distinguir allí a los discursos, los cuales según la descripción y desarrollo de Lacan serían cuatro (Peusner, 2010). A su vez, puedo pensar que existen diferentes discursos en el Dispositivo de Admisión del Hospital, los cuales son proferidos por sus integrantes dependiendo de la posición en la que se encuentran dentro de la institución (por ejemplo entre los psicólogos que pertenecen al staff del Hospital y los psicólogos que se encuentran realizando su concurrencia en la institución).

En cuanto a las planificaciones arquitectónicas, el Servicio de Psicología del Hospital Provincial de Rosario cuenta con varios consultorios en los cuales los pacientes pueden ser atendidos y una sala de espera, en donde la espera jugaría un papel muy importante en dicha institución y en la teoría del psicoanálisis.

También el Dispositivo de Admisión del Hospital cuenta con decisiones reglamentarias, leyes y medidas administrativas, por ejemplo: horarios, reuniones, políticas de sesiones caídas, etc. Asimismo, dicho dispositivo dispone de proposiciones morales y filantrópicas, en donde se tiene en cuenta la **emergencia subjetiva** de cada paciente que concurre al Hospital, dándose situaciones en donde se le otorga un turno a una persona que no le correspondería por su domicilio ser atendida en dicha institución, pero su caso se considera de urgencia.

El Dispositivo de Admisión, así como seguramente sucede en el resto de los dispositivos del Servicio de Psicología, se encuentra atravesado por enunciados científicos. Puntualmente, en el Dispositivo de Admisión al que hago referencia, la perspectiva de trabajo clínico es el psicoanálisis.

Obviamente, la interrelación de estos factores nos abre la puerta a un nuevo campo de racionalidad. Y todo esto en un interjuego en el que seguimos con cuidado los cambios de posición y las modificaciones de las funciones. Y, por último, también está la idea del surgimiento del dispositivo en cierto momento histórico dado, con una función

**estratégica**, tal como Lacan proponía en su célebre escrito titulado *La dirección de la cura* (Peusner, 2010, p. 25).

Cada dispositivo es creado para responder a necesidades puntuales y en un espacio y tiempo determinado. Pensar el porqué del Dispositivo de Admisión en un Hospital, el motivo por el cual fue construido, me invita a reflexionar acerca de la posición clínica que podría llevarse a cabo en este lugar. Con esta idea quiero expresar que, debido a la falta de recursos con los que cuenta el Hospital, en donde realicé mis prácticas, para otorgar un tratamiento psicoanalítico a todos los pacientes que lo solicitan, el Dispositivo de Admisión funcionaría como una especie de **filtro** de pacientes y de recursos. Se decide así quienes necesitan iniciar un tratamiento de manera urgente, quienes necesitan de la interconsulta con otro profesional del Hospital, quienes pueden ser anotados en una lista de espera y quienes pueden ser derivados a un Centro de Salud.

Esta decisión, la cual puede parecer ser insensible o indiferente con el paciente, en algunos casos, pienso que solamente podría ser tomada si hay alguien allí que escuche ese pedido con un oído clínico y no como una simple tarea administrativa.

Si bien, quienes tenemos conocimiento acerca de la teoría del psicoanálisis, sabemos que existen obstáculos inherentes al sujeto en análisis, quisiera puntualizar aquí algunas dificultades que son inherentes al análisis en la institución.

La primer dificultad la sitúo en relación al pedido con el cual llega el paciente al Hospital. Si bien en el ámbito privado muchas veces ocurre que el sujeto concurre a esa instancia por un **pedido de un otro**, sea este explícito o implícito, en el Hospital es usual que el pedido del otro sea una cuestión directa y manifiesta. Es decir, muchos pacientes llegan al Servicio de Psicología por derivación de un médico de la institución, por una orden judicial, por un pedido de la escuela, etc. Entonces aquí residiría una dificultad aún mayor que en el ámbito privado, de que ese pedido pueda transformarse en una demanda de análisis.

En segundo lugar, otra dificultad se sitúa en relación a que la persona que solicita tratamiento psicológico en la institución difícilmente sepa que allí se va a encontrar con un analista. También es muy factible (y hasta esperable) que los pacientes que concurren al Hospital desconozcan la teoría del psicoanálisis. Si bien, ya en la entrevista de Admisión el analista puede despejar algunas cuestiones de su disciplina, el desconocimiento del paciente representa una dificultad más para su posibilidad de llevar a cabo un tratamiento desde el psicoanálisis. Asimismo, no todos los sujetos están dispuestos a llevar adelante un análisis.

La tercera dificultad que quisiera nombrar aquí es la confusión que muchas veces presenta la persona que llega a la entrevista de Admisión acerca de poder distinguir que esta instancia no forma parte del tratamiento. Si bien el analista tiene la obligación de aclarar este aspecto al comienzo de la entrevista, difícilmente el sujeto, cuando relata el motivo de consulta, pueda hablar reconociendo que esa entrevista no es el tratamiento y finalmente no logra distinguir sobre qué cuestiones hablar y sobre cuales cuestiones no. Esto conduce, hacia el final de la entrevista, a una especie de obstáculo por parte del paciente, al reconocer que quizás sea derivado a un Centro de Salud o que quizás pasarán meses hasta iniciar su tratamiento y posiblemente sea con un analista diferente al de la entrevista de Admisión.

Este obstáculo en el paciente muchas veces conlleva a que cuando son llamados porque se le ha otorgado un turno para iniciar el tratamiento, no concurren a la sesión. Pienso que esto se puede deber a la exposición del sufrimiento del sujeto hacia un analista que posiblemente no va a llevar a cabo ese tratamiento y que tampoco se le da una devolución de lo que se escuchó en la entrevista de Admisión. Es aquí como si la burocracia institucional rechazara la transferencia establecida entre el paciente y el analista.

A su vez, entre los analistas que realizan la entrevista de Admisión, sobre todo en aquellos que recién inician su práctica en la institución, igualmente aparece esa confusión

sobre hasta dónde preguntar e indagar allí, sin que la Admisión se convierta en una entrevista preliminar o en una entrevista terapéutica.

Siguiendo con el desarrollo del concepto de Dispositivo, Gilles Deleuze (1990), plantea que en primer lugar éste es una especie de ovillo o madeja, es un conjunto multilíneal. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza y esas líneas no abarcan ni rodean sistemas cada uno de los cuales sería homogéneo por su cuenta (el sujeto, el objeto, el lenguaje), sino que siguen direcciones diferentes, forman procesos siempre en desequilibrio y esas líneas tanto se acercan unas a otras como se alejan unas de otras.

Cada línea está quebrada y sometida a variaciones de dirección (bifurcada, ahorquillada), sometida a derivaciones. Los objetos visibles, las enunciaciones formulables, las fuerzas en ejercicio, los sujetos en posición son como vectores o tensores. De manera que las tres grandes instancias que Foucault distingue sucesivamente (Saber, Poder, Subjetividad) no poseen en modo alguno contornos definitivos, sino que son cadenas de variables relacionadas entre sí (Deleuze, 1990, p.155).

Por otra parte, establece que en el dispositivo hay líneas de sedimentación, pero también líneas de **fisura**, de **fractura**. Desenmarañar las líneas de un dispositivo es en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas, y eso constituye el **trabajo en el terreno** (Deleuze, 1990).

De acuerdo a lo planteado, puedo establecer que los dispositivos tienen, entonces, como componentes, líneas de verdad, de enunciación, líneas de fuerza, líneas de subjetivación, líneas de ruptura, de fisura, de fractura que se entrecruzan y se mezclan mientras unas suscitan otras a través de variaciones o hasta de mutaciones de disposición (Deleuze, 1990).

A su vez, los dispositivos están atravesados por líneas de poder, concepto central en la obra de Foucault. En relación al poder, en *Microfísica del poder* plantea lo siguiente:

Por todas partes en donde existe poder, el poder se ejerce. Nadie, hablando con propiedad, es el titular de él; y, sin embargo, se ejerce siempre en una determinada dirección, con los unos de una parte y los otros de otra; no se sabe quién lo tiene exactamente; pero se sabe quién no lo tiene (Foucault, 1979, p. 90).

El autor postula que lo que produce que el poder se efectúe, que se le acepte, es simplemente que no pesa solamente como una fuerza que dice no, sino que de hecho va más allá, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir (Foucault, 1979).

El juego de poder dentro del Dispositivo de Admisión es muy visible entre las demandas burocráticas que impone la institución, como por ejemplo, la elaboración de un diagnóstico presuntivo en esa primer entrevista, y los fundamentos teóricos del psicoanálisis. Este punto sobre el diagnóstico presuntivo lo desarrollaré dentro del siguiente apartado.

## La Admisión

Por otro lado, creo pertinente analizar el concepto de Admisión, ya que atañe al dispositivo que deseo desarrollar en este escrito. La Real Academia Española define que admisión proviene del latín *admissio* (-ōnis) y hace referencia a la acción y efecto de admitir; y al trámite en que, atendiendo a aspectos formales, se decide si una demanda, recurso o petición deben ser tomados en consideración para resolver el fondo.

Acercándome a nuestro campo que es el psicoanálisis, el psicólogo Pujó, en la Revista *Psicoanálisis y el Hospital* establece que:

El término admisión designa en la institución la forma que ella misma tiene de acoger, de consentir, de dar un sí, a quien, muchas veces sin saberlo, y por una determinada concatenación de acontecimientos siempre precisable, viene allí a quejarse a testimoniar, a interrogar, a buscar una respuesta a lo que le ocurre. La aceptación o el rechazo de este modo de presentar lo que allí se articula, condiciona a su vez, en gran parte, el modo de tratarlo; vale decir, el tratamiento mismo (Pujó, 1993, p.4).

Por lo tanto, puedo establecer que la Admisión es la entrada a la institución de sujetos portadores de un pedido, que solicitan atención, sostenidos por un sufrimiento, con la consiguiente apuesta que supone un saber en el analista (Diamand, 1993).

Según Castañón (1993), quien es psiquiatra de planta del Hospital Álvarez de la ciudad de Buenos Aires, una entrevista de Admisión se diferencia de una primera entrevista terapéutica por las siguientes cuestiones: la ampliación del campo de análisis e intervención, la utilización de otras herramientas (que provienen de otros instrumentos pero pertenecen al mismo campo y por eso son aplicables), el trabajo para instituir el dispositivo (que es un contra dispositivo para el sistema de poder que sustenta la institución) y el trabajo de constitución del equipo de Admisión (establecer lazos, recabar información, formar agentes, teorizar y supervisar la clínica).

La Admisión puede ser entendida como una **carta de presentación** de una persona que solicita tratamiento psicológico y allí se aloja algo de su pedido en el Otro, es decir, la institución en este caso. Aquí existiría una transferencia del paciente con la institución. Esto diferenciaría la entrevista de Admisión de las entrevistas preliminares, es decir, previo a iniciar el análisis, en que aquí habría una transferencia a un analista en particular y también sucedería que ese pedido del paciente se podría convertir o no, en una demanda de análisis.

También puede suceder que el paciente puede necesitar un tratamiento, o puede ser que el resultado de la Admisión sea un interconsulta, o una serie de entrevistas destinadas a la clarificación de las configuraciones vinculares y no necesariamente un análisis. El analista que lleva a cabo la entrevista de Admisión no está allí para iniciar un tratamiento. Este tolera lo complejo del campo, sin excluir ni invisibilizar las cuestiones que el paciente trae (Castañón, 1993).

Una admisión que funciona bien, ordena, limita y habilita la consulta. Inaugura un lugar para esa persona. Abre un registro institucional e inscribe los elementos de su entrada en la institución en una forma que resulta compatible por otros profesionales. El admissor encuentra un camino para dar un cauce factible a la consulta, eligiendo las herramientas más adecuadas, dentro del campo de problemáticas que despliega el consultante. Evalúa riesgos, hace una primera aproximación diagnóstica y pronóstica, constituyéndose a veces en el primer acto terapéutico, ya que la aplicación del dispositivo es en sí una intervención. Si ofrece escucha puede generar demanda (Castañón, 1993, p.12).

En relación a la estructura de la experiencia analítica, esta consiste en que alguien le habla a Otro, por lo que esa experiencia tiene un único médium, que es la palabra del paciente. Y si toda palabra llama a una respuesta, siguiendo a Lacan, entonces hablar implica una dirección al Otro que llamamos demanda (Paola, 2008).

También Lacan establece que el analista debe pagar algo para sostener su función:

Paga con palabras – sus interpretaciones. Paga con su persona, en la medida en que, por la transferencia, es literalmente desposeído de ella. Toda la evolución presente del análisis es su desconocimiento, piense lo que piense al respecto y aunque su recurso ante el pánico sea **the counter-transference**, es necesario que pase por allí. No está solo él ahí, frente a aquel con el que asumió cierto compromiso (Lacan, 2006, p.347).

A su vez, Lacan (2006) plantea que el sujeto recurre a un análisis con una demanda de felicidad, lo cual implicará siempre un lugar abierto a una promesa, a un milagro, a un espejismo de genio original o de excursión hacia la libertad y advertirá que hacerse el garante de que el sujeto puede de algún modo encontrar su bien mismo en el análisis, sería una estafa.

Por otra parte, quisiera exponer algunas tensiones o interrogantes que surgen a partir de la Admisión en el Hospital. En primer lugar sostengo, al igual que Roma (1993), que la cuestión de un diagnóstico presuntivo es, desde cierta perspectiva teórica, insostenible. El diagnóstico es posible únicamente en transferencia. Por fuera de ella, sólo es posible desde un discurso médico-psiquiátrico o psicológico.

Con lo cual sería muy difícil poder hablar de un diagnóstico o de una estructura psíquica en la entrevista de Admisión. En el Hospital en donde realicé mis prácticas, este es un casillero que se debe llenar por una demanda de la institución y no por el deseo de los analistas que llevan a cabo la Admisión. Entonces, ¿qué valor posee ese diagnóstico presuntivo en el cual no confían los mismos profesionales que lo establecen?

Además, quisiera agregar, que en su conjunto, según mi concepción, las estructuras psíquicas no son cuadros nosográficos o psicopatológicos, sino configuraciones en las que se inscribe **la posición del sujeto con respecto a la falta**. Digo sujeto en tanto sujeto dividido y falta, haciendo referencia a la falta de objeto. Es decir, la estructura le permite ubicar al analista **las vicisitudes de la posición del sujeto con respecto a la falta** (Baños, 2012).

Entonces la estructura es algo que sólo puede revelarse por sus funciones, es lo que nos permite pensar el síntoma no como dato nosográfico sino construirlo y desplegarlo en la transferencia. O sea, estoy hablando de la estructura como **estrategia del sujeto frente a la castración** (Baños, 2012, p. 54).

Es decir que en psicoanálisis al diagnóstico sólo podemos pensarlo en un movimiento de anticipación y retroacción. Baños (2012) plantea que si la dirección de un análisis implica la travesía de hacer pasar un sujeto de ser un síntoma a tener un síntoma, la disyunción del ser con respecto al síntoma será correlativa en la transferencia a la caída del SSS. Es preciso agregar, que el corte analítico es volver a separar y profundizar la división entre Saber y Verdad que sólo será posible en transferencia. **Este planteo se sostiene enteramente en la ética.**

Por supuesto que el diagnóstico, siendo utilizado de manera correcta, guía y ayuda en el tratamiento analítico. Es decir, en tanto el analista elabora el diagnóstico tomando en cuenta la transferencia, o sea su inclusión en ese diagnóstico, escucha entonces un discurso que lo toma como interlocutor privilegiado y no un cuadro psicopatológico. Aquí creo pertinente distinguir la contratransferencia del deseo del analista. La contratransferencia legítima una relación dual necesariamente psicologizante. En cambio, la función deseo del

analista refiere a la hiancia donde el analista deberá alojarse. Como consecuencia, diagnosticar desde la contratransferencia es poner el diagnóstico al servicio de la **resistencia del analista**, crear la ilusión de un Saber del que es posible apropiarse para aplicarlo (Baños, 2012).

El único saber del que dispone el analista, en relación al S, es el que le otorga la palabra en transferencia, fuera de eso como dice Lacan, en *Variantes de la cura tipo*, “el analista no podrá comunicar nada que no haya recibido de un saber preconcebido o una intuición inmediata, es decir, que no esté sometido a la organización de su propio yo”. Entonces, el analista “analiza con su fantasma” o analiza con el objeto **a**. (Baños, 2012, p. 59).

Esta cuestión de la exigencia de la elaboración de un diagnóstico presuntivo en la entrevista de Admisión, me invita a reflexionar sobre cómo las necesidades y demandas de la institución, a veces sobrepasan a los fundamentos teóricos del psicoanálisis.

Es así que otra tensión presente en el Dispositivo de Admisión del Hospital es que el psicoanalista que realiza dicha entrevista deberá decidir, junto a su equipo, si el paciente está pidiendo efectivamente un tratamiento o concurre por un mero pedido de un otro; si podrá ser atendido por algún otro profesional, sopesando no sólo su malestar, sino también si el Servicio posee los recursos adecuados; si debe ser derivado a un Centro de Salud; si debe pasar a una lista de espera; si él mismo o alguien del staff quiere atenderlo por considerarlo **complejo**; en fin, decisiones que comprometen más a la persona que cumple la función que a la persona misma (Roma, 1993).

Entonces, surge la pregunta, desde el psicoanálisis... ¿qué se puede pensar de la Admisión hospitalaria con sus inevitables atravesamientos institucionales?

La cuestión central es que alguien vino a ser escuchado; podrá haber sido por distintos motivos, pero está ahí y el analista deberá hacer su apuesta. La apuesta de escuchar, y más allá de lo que pide (o de lo que no pide), articular algo de la verdad. Es necesario sostener ese espacio de la Admisión como lugar, como primer momento para producir un efecto: el de admitir (**Dar entrada/ Aceptar/ Permitir o sufrir**), apostando a darle entrada, permiso, a la posibilidad de que emerja algo del sufrir del sujeto y del sujeto de ese sufrir (Roma, 1993).

Cuando nos preguntamos por qué una persona llega al Servicio de Psicología del Hospital, qué lo mueve a haber hecho esa consulta, tenemos en mente una referencia básica freudiana: existen motivos manifiestos de consulta y motivos latentes. La demanda del paciente encierra un sentido que deberemos desentrañar, pero la paradoja de la situación de los admisores es que desentrañarla puede implicar todo un análisis y el sentido de la demanda, el deseo, surge retroactivo al trabajo analítico mismo. Con esta idea quiero expresar, tal como lo hace Sotolano (1993), que no podemos exigirle a la Admisión la función de entender lo que sólo se hará al final del proceso, esto es: tratar de ubicarse en relación al deseo de análisis del paciente mismo.

Siguiendo el planteo de Barros (2011), coincido con él en que el pedido de ayuda encuentra su lugar en la Admisión como espacio institucional, pero su transformación virtual en demanda de análisis abre otro espacio que se superpone al primero.

Este espacio analítico mantiene con el espacio institucional de la admisión una relación de **apuntalamiento** en el sentido freudiano del término. Cabe recordar que aunque la admisión posee un encuadre estructurado según la lógica de las instituciones, sean cuales fueren sus características, la condición de posibilidad de un análisis no está planteada por ningún encuadre sino por el deseo del analista (Barros, 2011, p. 48).

En relación al deseo de análisis, Sotolano (1993) hace referencia con esta categoría a tratar de ubicarse en ese punto de interrogación y enigma acerca de sí que posibilita cuestionar los saberes que sobre sí alguien ha construido hasta ese momento. Pero lo importante, en su opinión, es que esa dimensión exista.

En el Dispositivo de Admisión del Servicio de Psicología del Hospital del cual hago referencia, una vez a la semana realizan una reunión de equipo. En dichas reuniones frecuentemente surge la siguiente pregunta: ¿la Admisión debería ser llevada a cabo por un psicoanalista o es una mera tarea burocrática que podría realizarla un empleado administrativo del Hospital?

En relación a la Admisión, Tomkiewicz (1993), psicólogo del Centro de Salud de la Municipalidad de Lanús, propone respecto de los sujetos que consultan: a) En el primer contacto de un sujeto con la institución es fundamental que quien lo escuche sea un analista, previamente designado a tal efecto. b) Que dicho espacio de la Admisión pueda servir como lugar de contención a pacientes que por una urgencia o crisis así lo requiriesen, continuando con las instancias con las que cuente el equipo para dichos casos, aún cuando no hubiese turnos disponibles. c) Que en las Admisiones se pueda articular aquello que podría llamarse “demanda social” (lo que quienes consultan y otros grupos de la propia institución imaginan que se hace o se debería hacer con algunos casos) con la **demanda del paciente** (decir del sujeto), formando parte las Admisiones del Dispositivo terapéutico.

Este autor también propone lo siguiente al respecto de los psicoanalistas: a) Que el analista previamente designado tenga clara la articulación de variables tanto cualitativas que entran en juego en los tratamientos que tienen lugar en las instituciones y que hacen a lo que se puede ofrecer en una primera entrevista. b) Que las entrevistas de Admisión tengan un lugar diferenciado dentro de las actividades del equipo a fin de brindar contención a los profesionales que van a realizar dicha entrevista. c) También aclara que, organizar el trabajo de este modo no significa programar la escucha, sino crear un espacio en función del sujeto que consulta y del psicoanalista; en general e históricamente se ha privilegiado el análisis de las variables en función de quien consulta (Tomkiewicz, 1993).

Teniendo en cuenta que la perspectiva teórica de trabajo del Dispositivo de Admisión del Hospital de la ciudad de Rosario y la que guía el presente escrito es el psicoanálisis, no puedo dejar de tener en cuenta que en la entrevista de Admisión, como en un análisis, el paciente es llevado hasta esa institución o hasta determinado analista por algo del orden del amor. Es así como se introduce ya en esta primer instancia de la entrevista inicial, algo del orden de la transferencia. Quisiera presentar aquí una cita de Pujó:

Desde la perspectiva del analizante, admitir a un analista no es algo sencillo, ni inmediato. Porque si su posición inicial está generalmente ligada a un sufrimiento, también lo está por añadidura a su modo particular de **no querer saber nada sobre eso** en el que su sufrimiento se instala. Si no nos podemos apoyar a priori en un deseo de saber, y mucho menos en una **Wissentrieb** como pulsión de saber, se trata en el consentimiento del paciente, en su apertura al analista, de algo del orden del amor, del amor al saber. Que un sufrimiento empuje, la instauración de un amor al saber (es lo que se llama transferencia) y el sí que el analista da a este amor al saber que él mismo suscita, sitúa los contornos del inicio de un análisis, sus condiciones de posibilidad (Pujó, 1993, p. 33).

Freud en relación a la transferencia, en las *Conferencias de introducción al Psicoanálisis*, se refiere a ella como una disposición amorosa que existía antes del tratamiento y que sufre una **transferencia** sobre la persona del analista, y no es ocioso ni redundante recordar aquí lo etimológico: se transfiere una disposición a transferir, bajo la forma de amor o de hostilidad (hostilidad a la que le da igual **adherencia sexual** que al amor). En este texto, la transferencia positiva aparece ligada a la obediencia y la negativa a

la rebeldía, como indicios de la dependencia al objeto. Por esa vía, la dirección de la cura dirigida a la nueva enfermedad, es decir, a la neurosis de transferencia, apuntaría a un más allá de lo alienante de la obediencia o la rebelión, diferenciándose así de la solución sugestiva que implica la creencia reverencial en algún amo. Aquí Freud resalta la importancia exagerada que los métodos sugestivos dedican a la transferencia, mientras que el psicoanálisis la coloca en el lugar de objeto, la interpreta (Steinberg, 2012).

En relación a la transferencia, en este Hospital ocurre un fenómeno curioso en relación a ella. Desde mi mirada, existe, en muchos pacientes que desean comenzar un tratamiento psicológico, una relación transferencial con dicha institución, lo cual permitiría el ejercicio del psicoanálisis. En varios casos, movilizarse hasta el Hospital es toda una travesía que implica bastante esfuerzo, la cual podría ser aminorada si decidieran atenderse en el Centro de Salud más cercano a su domicilio. Sin embargo, estos pacientes manifiestan el deseo de atenderse en el Hospital, cargado de una investidura muy grande.

Por otro parte, desde la perspectiva del analista, se trata de una decisión, la elección de una respuesta entre varias posibles; lo que inevitablemente lo sitúa en una dimensión de responsabilidad, que introduce de entrada una cuestión ética. Es decir, es exigible al psicoanalista un cierto saber sobre el sufrimiento, un saber que sepa ignorar, que sepa dar lugar a lo no sabido, a la sorpresa, a la verdad. Decir que sí, decir que no, implica erigir o franquear un límite, rozar una certidumbre, demarcar un antes y un después, cuestiones atinentes al acto analítico (Pujó, 1993).

Asimismo, Lacan en el Seminario *La ética del psicoanálisis*, apunta a establecer que el psicoanálisis aporta algo que puede nombrarse como **medida de la acción del analista**. Define a la ética como un juicio sobre nuestra acción, para diferenciarla de la moral, que lleva a esperar sentados por nuestros deseos; la vertiente moral del deseo llevaría al **tú debes** (desear), es decir al ideal como contradictorio con el deseo. Lo ético del deseo es que **accione**, lo moral es que rinda cuentas, en el sentido del costo-beneficio, es decir, en el sentido de **lo que está al servicio de los bienes o lo conveniente** (Steinberg, 2012).

La ética del análisis no es una especulación que recae sobre la ordenanza, sobre la disposición del servicio de los bienes. Implica, la amplitud que se expresa en la dimensión trágica de la vida. En dicha dimensión se inscriben las acciones y se requiere que el analista se ubique en lo tocante a los valores (Lacan, 2006).

## Conclusión

En *El porvenir de la terapia psicoanalítica*, texto escrito en 1910, Freud (2013) habló de un **efecto general** de la labor del psicoanalista. Aludía con ese término a una singular constelación terapéutica que no aparecía en otro sitio. Las psiconeurosis son satisfacciones sustitutivas deformadas de pulsiones cuya existencia tiene que ocultar el hombre a los demás e incluso a su propia conciencia. La psiconeurosis reposa en esta deformación y este desconocimiento por parte del individuo. Entonces, con la solución del enigma por ellas planteado y la aceptación de la misma por el enfermo, estos estados patológicos desaparecerían.

Lo novedoso que propone Freud (2013) aquí, es pensar la sociedad entera en el lugar del individuo enfermo, sociedad compuesta por personas sanas y enfermas, y la curación individual por la aceptación general de las afirmaciones psicoanalíticas. Es decir, que el éxito que el análisis pueda obtener en el individuo, habrá de obtenerlo igualmente en la colectividad. Los enfermos no podrán exteriorizar sus diversas neurosis en cuanto sepan que todos los demás, familiares o extraños, a los cuales quieren ocultar sus procesos anímicos, conocen perfectamente el sentido general de los síntomas y advierten que sus fenómenos patológicos pueden ser interpretados en el acto por todos. Pero el efecto no se limitaría a esta ocultación de los síntomas, pues la necesidad de ocultarlos quita toda razón de ser a la enfermedad. Entonces, la comunicación del secreto ha influido en la **ecuación etiológica**, de la cual surgen las neurosis, en su punto más vital; ha hecho ilusoria la **ventaja de la enfermedad**, y en consecuencia, el resultado final de la modificación introducida por la indiscreción del médico no puede ser más que la desaparición de la enfermedad.

Las neurosis tienen su función biológica, actuando como dispositivos protectores, y su justificación social, **su ventaja**, no es siempre puramente subjetiva. Pero Freud (2013) aseguraba que el tratamiento del psicoanálisis debía ser individual y así llegaría a la masa de la sociedad.

Para terminar, quiero daros la seguridad de que cumplís vuestro deber en más de un sentido tratando psicoanalíticamente a vuestros enfermos. Además de laborar al servicio de la ciencia, aprovechando la única ocasión de penetrar en los enigmas de la neurosis, y además de ofrecer a vuestros enfermos el tratamiento más eficaz que por hoy poseemos contra sus dolencias, cooperáis a aquella ilustración de las masas de la cual esperamos la profilaxis más fundamental de las enfermedades neuróticas por el camino de la autoridad social (Freud, 2013, p.1570).

Me pareció interesante tomar este texto de Freud para comenzar a desarrollar este último apartado, porque allí él hablaba del hipotético caso en el cual toda la sociedad tendría conocimiento acerca del secreto que guardarían los síntomas que conforman a las psiconeurosis, y de esta manera, al no haber nada que ocultar, las psiconeurosis desaparecerían. Esto podría ser cierto, pero Freud aquí hace hincapié en que el tratamiento de las psiconeurosis siempre debía ser individual y de esta manera llegaría a la sociedad.

Este texto escrito en 1910 me genera curiosidad porque habla acerca del conocimiento del psicoanálisis que podría tener toda la sociedad y del deseo de Freud que este se extendiera. En la actualidad, sobre todo en nuestro país, creo que el psicoanálisis tiene mucha aceptación por parte de la sociedad, lo que permite, por ejemplo, que se pueda trabajar de manera adecuada desde esta teoría en una institución pública.

En este escrito considero que intenté definir y finalmente ubicarme a favor del abordaje del psicoanálisis en las instituciones públicas, aunque existan demasiados prejuicios y/o argumentos en su contra (lo cual constituiría una dificultad para el psicoanálisis en el Hospital) y también haya otras dificultades inherentes al ejercicio del psicoanálisis en

esta institución. Para argumentar a su favor, me sitúe en los planteos como el de Barros (2011), el cual sostiene que es el deseo del analista, su posición subjetiva, su ética, lo que determina el carácter analítico de una cura, y no la mecánica de un encuadre.

Quisiera agregar que, desde nuestra perspectiva, la cura en el tratamiento es, solidario de un cambio de posición del sujeto respecto de sus enunciados. Esta modificación de la enunciación implica una rectificación de la posición del sujeto que aporta un alivio subjetivo ya sea que esté o no acompañada por una remisión sintomática. Lacan en el Seminario X postulaba que la finalidad del análisis es **mejorar la posición del sujeto** (Barros, 2011).

En relación al tiempo del tratamiento, creo que una cuestión fundamental es que por lo menos en el Hospital de la ciudad de Rosario en donde realicé mis prácticas, no rige ninguna norma de cuánto debiera durar una terapia. Lo que permite ubicar cómodamente un análisis. A su vez, en relación al tiempo del análisis, aparece otro prejuicio en torno a que este sería muy prolongado, ya que iría a lo **profundo** del sujeto y por ello serían más prácticas y convenientes las TCC, las cuales ayudarían al paciente en lo urgente, en un plazo de tiempo menor.

En contra de este prejuicio del psicoanálisis, puedo decir, luego de haber realizado el recorrido de la escritura del ensayo, que en un análisis, los movimientos que puedan ocurrir en el sujeto no responden a tiempos cronológicos, sino que corresponden a tiempo lógicos. Con esta idea quiero decir que, la variabilidad del tiempo de las sesiones y del tiempo del tratamiento terapéutico en el Hospital se vincula a una temporalidad del sujeto.

En relación al tiempo, también ubique la cuestión del pago. En el Hospital el paciente no paga con dinero, pero paga con tiempo.

Si bien reconozco que el psicoanálisis dentro del Hospital constantemente se encuentra en tensión con las demandas de la institución, como por ejemplo, en el momento de la elaboración de un diagnóstico presuntivo en la entrevista de Admisión, sin embargo, la escucha y el abordaje de cada caso son posibles desde la teoría del psicoanálisis.

En este ensayo sitúe puntualmente al Dispositivo de Admisión del Hospital en donde realicé mis Prácticas Profesionales Supervisadas, teorizando acerca del concepto foucaultiano de dispositivo y acerca del valor y función de esta primera entrevista del paciente, llamada Admisión. Allí postulé como ideas centrales que el Dispositivo es creado debido a una necesidad puntual en un momento y lugar dado y para responder estratégicamente a las demandas tanto de la institución como de los profesionales del Servicio de Psicología. A su vez, el dispositivo se encuentra atravesado por diferentes elementos, uno de ellos es el poder (en este punto se puede observar la tensión permanente entre la institución y el psicoanálisis).

En relación a la Admisión hospitalaria, la definición esencial de ella es que es la puerta de entrada de un sujeto que sufre al Servicio de Psicología del Hospital, portando un pedido de ayuda y suponiendo un saber al analista que lo escucha. Allí la transferencia es hacia la institución, lo cual la diferencia de una entrevista preliminar, en donde existiría una transferencia hacia la persona del analista.

Por otra parte, en relación al Dispositivo de Admisión del Hospital Provincial, puntúe que en las reuniones de equipo que se realizan una vez a la semana, con frecuencia surge la pregunta sobre si la entrevista de Admisión debe ser llevada a cabo por un analista o si la podría realizar un empleado administrativo, entrando en la categoría de una mera tarea burocrática.

Luego de haber realizado el recorrido en este ensayo, y al haber delimitado la función de la entrevista de Admisión y su diferencia con una entrevista preliminar o con una entrevista terapéutica, sostengo que la Admisión es una labor clínica. En primer lugar, porque la escucha del analista lo compromete en el relato del sujeto que está delante de él y que sufre, lo cual implicaría estar preparado para ello. Además, la elaboración de un

diagnóstico presuntivo, aunque es un concepto bastante problemático (como expresé en el desarrollo), únicamente podría establecerlo un analista. En conclusión, creo que esta es una tarea que demanda la escucha analítica, para poder ir más allá de los datos personales que se le piden al paciente y escuchar en el motivo de consulta cuál es la emergencia subjetiva del paciente, así como también, si es que existe una demanda y un deseo de análisis.

Finalmente, considero que es de suma importancia defender el lugar del psicoanalista dentro del Hospital. Creo que él con su mirada puesta en la singularidad y en el caso por caso, es capaz de visibilizar aquello que en la sociedad no anda, aliviando enormemente el pesar que acarrean los pacientes.

## Referencias bibliográficas

- Baños, L. (2012). El psicoanálisis y su institución (la institución como impedimento). En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp.61-68). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Baños, L. (2012). Impasses: la reacción terapéutica negativa y las interrupciones en el análisis. En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 35-42). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Baños, L. (2012). La estructura, entre la ética y la psicopatología. En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 53-60). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Barros, M. (2011). *Psicoanálisis en el hospital: El tiempo de tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Castañón, D. (1993). La admisión: campo de problemáticas. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 1, (2), p. 10-12.
- Deleuze, G. (1990). *Michel Foucault, filósofo*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Diamand, M. (1993). ¿Quién admite a quién? –La clínica psicósomática-. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 1, (2), p. 22-24.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, España: La Piqueta.
- Freud, S. (2013). *El porvenir de la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (2013). *Las resistencias contra el psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (2013). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Grimblat, S. (2005). *Violencia blanca. En Del silencio al grito, la violencia nuestra de cada día*. Rosario, Argentina: Capital Intelectual.
- Lacan, J. (2006). *Lacan, El seminario. La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2006). *Lacan, El seminario. La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Paola, C. (2008). *El oro y el cobre (del a-meghino y otros fragmentos)*. Buenos Aires, Argentina: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Peusner, P. (2010). *El dispositivo de presencia de padres y parientes en la clínica psicoanalítica lacaniana con niños*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Pujó, M. (1993). Cupido y su arco. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 1, (2), p. 3-4.
- Pujó, M. (1993). Modos de lo inadmisibles. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 1, (2), p. 33-39.
- Real Academia Española: consultado en: <http://www.rae.es/>
- Roma, V. (1993). Una cuestión de conceptos. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 1, (2), p. 5-6.
- Sotolano, O. (1993). La admisión en la Institución Hospitalaria. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 1, (2), p. 13-17.
- Steinberg, I. (2012). El psicoanálisis en el malestar: la cuestión del goce. En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 103-109). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Steinberg, I. (2012). Fundamentos de la dificultad. En Baños, L. (Ed.), *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*. (pp. 77-83). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.

- Tomkiewicz, F. (1993). Admisiones, pacientes y terapeutas. En *Psicoanálisis y el hospital*. Año 1, (2), p.17-18.