

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Andrés Matkovich, quien acepto guiarme en el presente trabajo.

A la Universidad Nacional de Rosario que con la creación de la extensión áulica facilitó el cursado de la carrera de Psicología.

Al Centro Universitario de Marcos Juárez que me permitió llevar a cabo mi carrera.

A todos los que conforman el espacio TIF, en especial a los que viajaron a Marcos Juárez, por su predisposición y compromiso.

Y en especial, a mi familia por todo su apoyo y comprensión.

A todos ellos, gracias.

**INDICE:**

Resumen.....3  
Introducción.....4  
Desarrollo.....6  
Conclusión..... 16  
Bibliografía.....17

**RESUMEN:**

Este trabajo es producto de aquellas dudas e interrogantes que surgieron durante el transcurso de las prácticas profesionales supervisadas realizadas en el Hospital Regional Dr. Abel Ayerza de Marcos Juárez como así también del cursado de dicha materia. A tal institución asisten una gran variedad de sujetos y por lo tanto se condensan diversas demandas. Es debido a esta experiencia que el interés se centra en describir la posición del analista en la admisión a partir de la escucha de tales demandas. Se propone así, situar en el centro de la cuestión al sujeto. Teniendo en cuenta al mismo tiempo el contexto actual y entendiendo las problemáticas en un marco colectivo y complejo.

**PALABRAS CLAVES:** ADMISIÓN-SUJETO - DEMANDA- ESCUCHA-ANALISTA

El presente trabajo surge a partir de haber realizado las prácticas profesionales supervisadas en el Hospital Regional Dr. Abel Ayerza ubicado en la ciudad de Marcos Juárez. Esta experiencia me permitió tener una mirada más amplia acerca de los ámbitos en que puede desempeñarse el analista en los espacios públicos. Por lo tanto, para iniciar este recorrido voy a valerme de dicha experiencia, de los interrogantes y de las inquietudes que me surgieron.

Como eje central voy a desarrollar la posición del analista teniendo en cuenta al mismo tiempo su articulación con la demanda del paciente. Para esto primeramente propongo una breve reseña acerca de la institución pública y su relación con la Salud Mental, lo cual a mi entender es fundamental.

El desarrollo de las instituciones públicas de Salud Mental responde al reconocimiento de la causalidad psíquica de los trastornos mentales y al principio democrático por el cual todos los habitantes de una población tienen derecho a dirigir la demanda de curación para el sufrimiento psíquico. (Gallano, 1995, p.15)

El campo de la Salud Mental produjo una nueva coyuntura para el psicoanálisis y ha sido también un lugar de verificación de la clínica del sujeto. Entonces podemos ver como el discurso del psicoanálisis ha influido en la clínica de las instituciones asistenciales, y en la relación médico-paciente.

Es por esto, siguiendo a Sousa Campos (1996), que la clínica moderna debe basarse sobre un descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el sujeto concreto, no un caso, un sujeto portador de alguna enfermedad.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en su Artículo N° 3, establece:

En el marco de la presente ley se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p.12)

Es decir, dicha ley lo que ampara es que los pacientes de Salud Mental sean admitidos en el hospital público. Por tal motivo debe entenderse y comprenderse en términos sociales, como aquello que nos compete e involucra a todos.

Como dice Josefina Amad (1995) la institución debe dar cabida a un nuevo personaje, con un discurso diferente que apuesta a un deseo en juego, por lo tanto el malestar no solo aqueja el cuerpo del sujeto. Se puede considerar al hospital como un lugar donde poner los actos en palabras y la demanda en interrogante, tendiendo como propósito disminuir el malestar.

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

## ¿Cómo pensar la admisión?

En el campo de la Salud Mental, los dispositivos del hospital presentan diferentes modalidades de atención para hacer frente al padecimiento de las personas. Uno de ellos es el dispositivo de admisión.

Entonces la admisión es un dispositivo institucional, pero **¿qué es un dispositivo?** “Es un conjunto heterogéneo, que incluye virtualmente cualquier cosa, lo lingüístico y lo no-lingüístico, al mismo título: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas de policía, proposiciones filosóficas. El dispositivo en sí es la red que se establece entre estos elementos” (Agamben, 2011, p.3).

Y por otro lado **¿qué es admisión?** La definición operativa dada por el marco normativo de Salud Pública dice:

Es la entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de filiación, motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde: 1- su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado; 2- su derivación a otros servicios hospitalarios; 3- no requiere tratamiento alguno. (Roma, 1993, p. 12)

Con respecto a lo que es la admisión encontramos varios autores que se refieren al tema y comentan acerca de la relación entre ésta y la institución. Para dar cuenta de esto voy a referenciar algunos de ellos para tomar finalmente lo que propone Sotolano.

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

pude ver reflejado en mi práctica ya que luego de las primeras entrevistas los pacientes eran derivados para un posterior tratamiento.

Autores como Scavino (1993) y Bacchetta (2007) agregan que un sujeto requiere un lugar en el Otro, el cual es encarnado por el admisor, sin embargo, éste último es recubierto por la institución.

Vemos que en el caso de la admisión, el consultante puede poner en el analista distintas suposiciones como la de un profesional que lo escucha, lo guía, le indica, lo comprende, lo acepta o rechaza. El admisor está en el lugar de un Otro del que se espera que diga algo, dé alguna respuesta, ponga alguna palabra, y esto implica cierta conexión.

Como comenta Tomkiewicz (1993) existe una transferencia previa hacia la institución, es decir, cierta predilección del consultante -por diversos motivos- a escoger esta institución y no otra. Entiendo por lo tanto que cuando una persona se acerca pidiendo ser atendida, se hacen visibles esbozos de la transferencia previa, lo cual brinda una ventaja al profesional por el simple hecho de pertenecer a la institución.

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

Como mencione anteriormente vemos como estos autores presentan una postura similar respecto de la admisión y de su función en la institución. Sin embargo Sotolano (2005) en su

texto “Acerca de la admisión en la institución hospitalaria” plantea otra cuestión. Nos dice que admitir un paciente es llevar adelante el análisis con él, para que cuando la admisión concluya él se vaya. Acuerdo con la postura de dicho autor, ya que considera que la admisión está en el final del proceso que se desarrolla, y no al principio.

Sin embargo plantea como central escuchar que si un paciente no demanda análisis, está demandando otra cosa. Seguido a esto destaca como fundamental la cuestión de la angustia, ya que sin ella, no hay análisis y el trabajo analítico es imposible.

El analista aplicará las entrevistas preliminares: son ese tiempo que va desde que un sujeto se encuentra con su analista hasta el momento de entrada en análisis tras una modificación subjetiva. Durante las entrevistas tiene que emerger una verdadera demanda creando el síntoma analítico, que es la relación del síntoma a la transferencia y la posición del sujeto en relación a su deseo, según expresa Monton (2017).

Al paciente se lo entenderá retroactivamente y en ese sentido no podríamos exigirle a la admisión la función de entender lo que sólo se hará al final del proceso. Sotolano (2005) agrega que en la admisión hay preguntas fundamentales que definen el campo de escucha, entre ellas me parece fundamental tomar como interrogante: **¿por qué hoy está aquí?** ya que en mi práctica pude notar que siempre estuvo presente.

Eran los mismos pacientes quienes, en algunos casos, respondían a esto sin necesidad de preguntarles: **“estoy acá porque no doy más” “ya no sé qué hacer, no quiero tirarme a la cama” “toque fondo”, “tengo tristeza todo el tiempo”, “no doy más”** son algunas de las respuestas que recuerdo. Podemos escuchar en cada relato que algo no está bien, que algo anda

mal. Estas citas corresponden a sujetos que manifestaban estar angustiados desde hacía ya un tiempo, sin embargo nunca habían buscado ayuda.

Si bien entiendo que cada caso es particular, a partir de lo que pude escuchar puedo decir en general que, estos sujetos intentaron lidiar con su sufrimiento por sí solos antes de acudir al hospital por ayuda. Primeramente tomaron este malestar como algo pasajero y comenzaron por prestarle mayor atención cuando ya influía o perturbaba otros aspectos de su vida, de su familia o actividades que realizaban.

Me parece importante tomar en este punto lo que plantea Sousa Campos (1996) en su texto:

Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el "proceso de cura" sino en el proceso de "invención de la salud" y de la "reproducción social del paciente". Se trata de un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. (Amarante, 1996, p. 2)

A partir de lo expuesto considero importante dos cuestiones: por un lado, cada admisión será particular debido a la singularidad de cada paciente y a la que es propia de cada adisor. Es decir, será inherente a la especificidad de cada caso. Por el otro, la admisión tiene una doble función- doble posibilidad: que analista y paciente se admitan. Por ende la admisión resulta algo mutuo.

Si bien creo que el contexto y el entorno de la institución (en este caso el hospital) pueden condicionar al dispositivo (admisión), sin embargo no impiden hablar de la posición del analista, entendiendo que a lo que éste apuesta es al sujeto.

Se admite para dar un lugar a ese sujeto que llega, un lugar para que surja a través del decir, algo del sufrimiento del sujeto, el cual lo que busca es una respuesta a lo que le ocurre.

Admitir que refiere a recibir, aceptar, alojar, tolerar, permitir, entre otros, son los términos que considero más pertinentes para reflejar su función dentro del hospital....

### **¿Qué decir con respecto a las demandas?**

Esta pregunta me permite pensar en la demanda del paciente, que fue lo que lo llevó allí y cómo llegó, ya que a veces es otro quien indica que lo haga. De tal modo considero que el hospital se presenta como un espacio donde se entrecruzan diferentes discursos y se condensan diversas demandas.

Si es otro quien “lo manda”, por ejemplo la escuela, el juzgado, es decir, el paciente es derivado, como ocurría la mayoría de veces en el hospital, el espacio de admisión puede ser la oportunidad de involucrar al sujeto de otra manera, en un pedido que en principio no respondía a su propia demanda.

Como ocurrió con un paciente quien había llegado por derivación del juez, por ejercer violencia hacia la hija de su mujer. A pesar de no haberse acercado al hospital por su propia voluntad, en este espacio y ya en la segunda entrevista comenzó a desplegar otras cuestiones en relación a problemas laborales, a conflictos con su madre.

Felman (2008) explica que en una primera consulta, aparece una pregunta por el padecer, un pedido acerca de qué hacer con eso que la persona no puede resolver de forma

autónoma. Este pedido está dirigido a un profesional al que se le supone un saber, un profesional que pueda ofrecer su escucha como manera de alojarlo.

“Entonces indagamos quien lo manda, quien demanda” (Cirillo, 1995, p. 15). Parfraseando a esta autora vemos que el trabajo es con quien consulta y el trabajo es de quien consulta. Es la persona quien despliega su sufrimiento, le da una historia al síntoma, habla.

Pero no debemos olvidar la referencia freudiana básica, que existen motivos manifiestos de consulta y motivos latentes. Tomando lo que plantea Pau Martínez Farrero (2015) el motivo de consulta puede tener que ver con la clínica objetivable pero también con una inquietud subjetiva que el paciente no sepa o no se atreva a manifestar.

El motivo de consulta manifiesto obedece a la interpretación que el paciente hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica que dispone, su capacidad para entenderla adecuadamente, el haber sufrido experiencias previas iguales o semejantes, el imaginario socio-cultural en el que vive. Mientras que el motivo de consulta latente es el que hace referencia a la percepción subjetiva del motivo de consulta.

El autor nos dice, es evidente que a veces el motivo que el paciente alega como justificante de su consulta, o que el psicólogo presupone a partir de la clínica, es decir, lo que se denomina motivo de consulta manifiesto o explícito no es el motivo que profundamente ha estimulado al paciente a consultar.

Por lo tanto “la demanda no se refiere a la satisfacción que aparentemente reclama” (Cirillo, 1995, p. 8). Y a partir de Lacan (1962) puedo agregar que la demanda debe leerse en términos significantes, y no al pie de la letra, porque esto significaría que el sujeto siempre tendría un Otro

encima. Al demandar el sujeto queda a merced del poder de lectura del Otro. El que demanda pide que se obture su falta, su falta estructural en el ser.

La demanda del paciente encierra un sentido que deberemos desentrañar, pero la paradoja de nuestra situación de admisores es que desentrañarla puede implicar todo el análisis que estemos en condiciones de emprender y (en esa perspectiva de la demanda) el deseo surgirá (de surgir) retroactivo al trabajo analítico mismo. (Sotolano, 2005, 194)

A partir de mi práctica pude entender que esos pacientes traen consigo un sufrimiento, algo que los aqueja, un malestar como lo llama Silvia Bleichmar (2007). Siguiendo a esta autora, este malestar está dado por la gran mutación histórica sufrida en los últimos años, la cual deja a los sujetos despojados de un proyecto trascendente que les posibilite disminuir el malestar. Entonces todo lo pensado entró en crisis, quedando librado a una recomposición futura y produciendo el envejecimiento de una generación entera.

Continuando con la misma línea de pensamiento encontramos la posición de Ana Bloj (1977) quien explica que lo importante es que el sujeto pueda nutrirse de instrumentos que le permitan convivir con el conflicto y su desequilibrio fundante. Que pueda operar creativamente para soportar el malestar propio de la cultura.

La mayor parte de las demandas que se presentan en admisión en Salud Mental, refieren a situaciones relacionadas con violencia, condiciones laborales, niños que llegan derivados por supuesta “mala conducta”, entre otras. Entiendo por lo tanto que estas problemáticas no son más que las propias manifestaciones del contexto social que nos atraviesan.

No es la angustia de supervivencia biológica lo que está en juego, es la angustia de supervivencia representacional lo que hoy agita a la gente, al menos en este país, esto es algo que

permanentemente tiene que ver con las formas con que se organiza el narcisismo. (Bleichmar, 2001, p. 15)

Es por este sufrimiento imperante en nuestra sociedad que se torna necesario y fundamental la posición del analista, no solo para “alojar” en cierta forma la constante demanda de los sujetos sino también para dar cuenta de su rol.

Además considero - entiendo que es imposible pensar en la posición del analista sin aludir a la demanda del paciente, ya que se determinan la una a la otra.

La función del analista es la de escuchar, pero **¿escuchar qué?** Escuchar más allá de lo que el sujeto pide- o de lo que no pide- y poder articular algo de la verdad. El analista, entonces, puede intervenir como tal al recortar del discurso del consultante un pedido, una demanda incipiente.

Planteado esto puedo decir que...

Hablar de la escucha es hablar del verbo escuchar que se impone en nuestro medio. Entonces, nuevamente, **¿qué quiere decir escuchar?** Según Sotolano (2005), la idea de escucha se forjó en oposición a otro sentido, el de la mirada. Interpretar es ese acto en el que la escucha se legitima. “Nuestra escucha se sostiene en la necesidad de sabernos hipoacúsicos” (Sotolano, 2005, p. 104).

Si se cree que siempre el analista escucha bien en tanto que el paciente entiende mal, solo se tratará de mantener el ideal del analista. Escuchamos con los oídos, la nariz y hasta las tripas, nos dice el autor, entonces cuando circunscribimos el escuchar a una función ligada a una forma

de sensibilidad perdemos de vista el eje del descubrimiento freudiano: los síntomas tienen sentido.

Porque cuando escuchamos lo hacemos con nuestra historia, nuestro cuerpo, nuestros saberes, nuestros modos de entender el psicoanálisis, y también, el mundo y la vida. Pero básicamente, en nuestro escuchar, la teoría que nos abrace definirá el modo en que lo hagamos. (Sotolano, 2005, p. 16)

“No hay escucha analítica sin regla de la asociación libre explicitada, ni sin psicoanalista dispuesto a escuchar lo inusitado, y aunque pueda parecer trivial, sobre todo, dispuesto a escucharse mientras escucha” (Sotolano, 2005, p.106).

El paciente sólo deseará que lo escuchemos, que no digamos nada, que no pretendamos interpretar, que estemos allí para que nuestra capacidad de oírlo se convierta en él en capacidad de escucharse y en confianza de que podamos escucharlo. Según María Rosa Cirillo (1995) al decirle simplemente a un paciente que se lo escucha, el analista instituye una situación de demanda, vía acceso al deseo inconsciente.

Freud en su texto “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” (1912) nos dice que uno debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo, ya que la mayoría de las veces uno escucha cosas de las cuales solo entenderá el significado con posterioridad. Porque si la neurosis se estructura en torno a una pregunta, lo que se escucha es una pregunta...

Finalmente, para cerrar este recorrido, tomo lo que afirma Lacan quien define la posición del analista en términos de docta ignorancia. Lo que el psicoanalista debe saber: ignorar lo que sabe. El analista ha de rechazar el “saber”, en el sentido de los prejuicios, del saber propio del yo, debe abstenerse de comprender para que advenga el sentido propio del paciente.

Nos dice que la posición del analista debe pensarse en relación a una ética: la introducción del sujeto en el orden del deseo. Por lo tanto, la escucha analítica implica la suspensión del juicio personal a los fines de la emergencia de ese sentido singular, único modo de alcanzar la implicación del sujeto en su malestar.

Dicho esto, puedo agregar por otro lado que no se debe dejar de pensar en la importancia y la necesidad de la interdisciplina, la cual se impone cada vez más como respuesta a los casos de complejidad creciente que plantea la situación actual. Si bien decidí centrarme en la posición del analista, sin embargo, no dejo de tener en cuenta que un analista no trabaja solo. Que se trata de un trabajo en equipo que permite intercambiar ideas, discutir, interrogar, generando así un espacio enriquecedor para la experiencia clínica.

A modo de cierre puedo decir que cada admisión es particular, no se trata de algo estandarizado, sino que va a depender de la singularidad de cada sujeto el cual se ubica en el centro de la cuestión. De ahí lo novedoso y complejo de la misma.

El dispositivo de admisión le permite al analista estar en relación directa con la demanda del entorno social, es decir, conectarse con la subjetividad de la época. Entiendo por lo tanto que las problemáticas que aparecen como individuales en las consultas deben ser comprendidas y pensadas en un marco colectivo y complejo, para así tratar de evitar la estigmatización y patologización de los sujetos.

Por último considero que haber indagado sobre esta temática me permitió ampliar mis conocimientos y contribuirá en un futuro a mi formación personal.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Agamben, G. (2011) *¿Qué es un dispositivo?* Argentina.

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

Amad, J. Una escucha psicoanalítica posible en la prevención. *Revista psicoanálisis y hospital*. N°7. Pág. 99.

Bacchetta, M. C. (2007). ¿Transferencia en la Admisión? Recuperado de <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp>.

Basilio, F. De preguntas y respuestas. *Revista psicoanálisis y el hospital*. N° 7. Pág. 40.

Bleichmar, S. (2007). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires. Argentina: Topia Editorial.

Bloj, A. (1977). *Problemas de aprendizaje ¿Qué prevención es posible?* Rosario: Homosapiens.

Cirillo, M. R. Demanda de curación y demanda de análisis. *Revista psicoanálisis y el hospital*. N° 7. Pág. 15.

Cortiñaz, M. Si la palabra aparece bloqueada, ¿Qué escucha un psicoanalista? *Revista psicoanálisis y el hospital*. N°7. Pág.102.

Felman, G. (2008). Proceso de admisión, una experiencia psicoanalítica. Recuperado de <http://www.alefpsi.com/giselafelman.htm>.

Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Bs. As: Amorrortu editores.

Freud, S. (1919). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Madrid: Amorrortu editores.

Gallano, C. La salud mental y la clínica del sujeto. *Revista psicoanálisis y el hospital*. N° 7. Pág. 15.

Lacan, J. (1963). *Seminario 10: la angustia*. Argentina: Paidós.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina. 25 de noviembre de 2010.

Monton, O. Las entrevistas preliminares. Recuperado de [http://nucep.com/wp-content/uploads/2012/09/prod\\_Olga-Monton- Las-entrevistas-preliminares.pdf](http://nucep.com/wp-content/uploads/2012/09/prod_Olga-Monton- Las-entrevistas-preliminares.pdf).

Pau Martínez Farrero. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/370616066/Del-motivo-de-consulta-a-la-demanda-en-Psicologia-pdf>.

Roa, A. (2008). La admisión no es una entrevista preliminar. En G. Lombardi (Ed.), *Hojas Clínicas 2008* (pp. 173-182). Buenos Aires: JVE Ediciones.

Roma, V. (1993). Una cuestión de conceptos. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 5-7.

Scavino, R. (1993). La admisión en tanto operación. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 7-9.

Sotolano, O. (2005). *Bitácora de un psicoanalista*. Argentina: Colecciones: Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

Sousa Campos, G. (1996-1997). *La clínica del sujeto*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada.

Tomkiewicz, F. A. (1993). Admisiones, pacientes y terapeutas. *Psicoanálisis y el Hospital*, 2, 17-19.