

SOBRE LA ADMISIÓN¹

Adriana Rubistein

Según el diccionario, admisión es un “trámite previo en que se decide si ha o no lugar a seguir sustancialmente ciertos recursos o reclamaciones ante los tribunales” y admitir es recibir o dar entrada, aceptar, reconocer, permitir o sufrir, aceptar (esto no admite demora).”

Es también un término de la salud pública, “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”.

Implica, por lo tanto, un momento de toma de decisiones y un modo de articular las demandas con la oferta que pone en juego tanto criterios de tratamiento como recursos disponibles. Se lo acepta, se lo deriva o no se lo admite.

En la práctica, los diferentes servicios han organizado sus admisiones de maneras diferentes. Sería interesante hacer una investigación que permitiera evaluar las consecuencias que cada uno de estos sistemas tiene sobre los tratamientos, las deserciones, las derivaciones, así como los diversos problemas que se plantean a partir de cada una de estas modalidades.

En algunos es más administrativa. En otros hay equipos de admisión al servicio, en otros, cada equipo tiene su admisión. Muchas veces la marca del psicoanálisis ha tenido su efecto y se intenta que participe de la admisión alguien que tendría posibilidades de iniciar el tratamiento con el sujeto para evitar la derivación y sus problemas transferenciales. En estos casos, puede ocurrir, que lo que se llama admisión constituya ya el comienzo de las entrevistas preliminares.

El término admisión designa, entonces, la forma que la institución tiene de recibir, de acoger, a quien consulta buscando una respuesta a lo que le ocurre. Si admitir implica aceptar, dar cabida, es necesario para eso que haya por parte del quien consulta un pedido, una pregunta, que se dirija a un Otro. La respuesta que en ese momento se dé, el modo en que se lo escuche, las intervenciones que se produzcan condicionan, a su vez, en gran parte, el modo de tratarlo y la posición que el sujeto pueda tomar con relación a su propia consulta.

Por eso no es indiferente el modo en que dicha admisión se realice, la posición de quien esté a su cargo, y por eso suelen plantearse para los analistas interrogantes vinculados a las articulaciones y disyunciones entre el espacio de la admisión y las llamadas entrevistas preliminares. ¿Es la admisión un espacio administrativo o algo de la escucha analítica puede ponerse en juego desde un principio? Si esto es así, ¿qué pasa con la transferencia? Por otra parte, ¿a qué se lo admite? ¿A un tratamiento, a un análisis? ¿Qué enlaces hay entre uno y otro?

Podríamos pensar que lo que pase en este encuentro no es sin consecuencias. Que el sujeto sienta que su padecimiento es escuchado, que su palabra toma valor, no es lo mismo que si se siente tratado como uno más en una lista de espera. Que la dimensión del sujeto a producir tome lugar de entrada no es lo mismo que apuntar a un diagnóstico objetivante.

También las decisiones que se tomen estarán estrechamente vinculadas a lo que allí se escuche. ¿De qué depende que se lo admita? ¿Qué demanda va a ser recibida? ¿Cuál rechazada? ¿Es el diagnóstico lo que decide?

En este sentido, el momento de la admisión requiere de cierta experiencia. No es un mero trámite.

Es sin duda necesario partir de que admisión y entrevistas preliminares pertenecen a campos semánticos y discursos diferentes que no se recubren, pero entre los cuales puede haber intersecciones. Admisión es término de la salud pública y entrevistas preliminares es término del psicoanálisis, pero aunque tratado de diferentes maneras, para ambos es necesario un momento de decisión que implica la aceptación o no de la consulta y su eventual derivación o reformulación. En este trabajo tomaremos el tema desde el lado de la admisión como dispositivo institucional haciendo entrar en él algunas preguntas propias del psicoanálisis.

Pero también para los analistas, en el ámbito privado, se plantea durante las primeras entrevistas la necesidad de tomar decisiones. ¿Se lo acepta? ¿Se le propone un análisis? ¿Se continúan las entrevistas preliminares? ¿Se lo deriva? ¿Se lo interna? ¿Se pide una interconsulta? ¿Se lo rechaza? No son problemas exclusivos de la práctica hospitalaria, aunque en ella tomen matices especiales por la incidencia que tienen las formas de organización y los criterios institucionales.

Freud se preguntó en varias oportunidades quién es apto para el psicoanálisis. Lacan, ante la pregunta de los estudiantes de la Universidad de Yale respecto a cómo elegía a sus pacientes, respondió que ellos tenían que testimoniar de lo que esperaban como resultado de su requerimiento y planteó también la importancia que tiene que algo pujan, algo de lo cual el sujeto quiera desembarazarse y estar dispuesto a hacer el esfuerzo de regularidad que esto requiere. También planteó que no tomaba a los canallas. Pero, ¿cómo saberlo si uno no se toma cierto tiempo?

¿Qué lugar para el analista en las entrevistas de admisión? ¿Hay algo diferencial en una admisión tomada por un analista, por un psiquiatra o por alguien de formación no analítica?

Situaría la diferencia en la posibilidad de tener en cuenta la transferencia, pero fundamentalmente, en el lugar que el sujeto adquiere en ellas. La diferencia entre una admisión objetivante, puramente diagnóstica o para llenar los datos de una historia clínica, y una entrevista analítica donde el sujeto adquiere relevancia desde el primer momento es abismal. Nada mejor que ver las diferencias entre un interrogatorio y la puesta en marcha de la regla de Freud en la iniciación del tratamiento cuando le pide al paciente que hable, que le cuente de sus miedos, y lo va siguiendo en su relato, acompañando con sus preguntas más allá del requisito de llenar datos. Los datos en psiquiatría valen como signos para un diagnóstico, pero no dan lugar al despliegue de una historia subjetiva, en la cual esos datos van tomando su lugar en una historia de deseo.

Son varios problemas y trataré de tomarlos en sus diferentes facetas, pero quiero partir de algunas afirmaciones:

1- me parece que entre admisión y entrevistas preliminares, como términos que pertenecen a discursos y campos semánticos diferentes, pueden haber distinciones e intersecciones. La admisión como término pertenece al campo de la salud pública, las entrevistas preliminares al discurso psicoanalítico. Para uno y para otro es necesaria una instancia de decisión respecto del curso que se le va a dar a una demanda. Pero los criterios de la elección no son necesariamente los mismos. En el hospital

depende de la relación entre la demanda y los recursos disponibles para la atención. En psicoanálisis dependerá de que haya una demanda que permita iniciar un recorrido con un analista. En algunos casos, la admisión es ya una entrevista preliminar en tanto hay allí un analista que puede, desde el comienzo, poner en juego una escucha que apunte al sujeto. En este caso la iniciación posterior del tratamiento permite incluir las entrevistas de admisión *après coup*, como parte del proceso de entrevistas preliminares, aunque quien ocupe el lugar del oyente no sea el mismo. En otros casos, esto comienza en el momento en que se produce la derivación a tratamiento.

2 - Creo que es conveniente diferenciar, incluso en el consultorio privado, pero más aún en el hospital, la iniciación del tratamiento de lo que puede formalizarse como entrada en análisis. Creo que hay aquí temas complejos a dilucidar como, por ejemplo, ¿a qué llamamos entrar en análisis? Pero me importa marcar la diferencia porque un sujeto que sufre requiere un alojamiento que no puede demorarse demasiado en algunos casos. Este paso implica, un hacer lugar al pedido aún cuando no esté claro si esto podrá convertirse en un análisis. Pero es ya una decisión hacerse cargo de ese pedido, no derivarlo, no rechazarlo aunque el tratamiento concluya como entrevistas preliminares (de las que pienso, no está ajeno el acto analítico) Y esto marca el paso que en las instituciones se produce entre la admisión y la iniciación del tratamiento.

Ya no es el tiempo de decisión para ver si se lo toma o no, sino que se lo ha tomado, se ha dado lugar a su demanda y están por verse las posibilidades de transmutación subjetiva que pueden producirse. Pueden en estas entrevistas producirse efectos y transformaciones subjetivas muy importantes que pueden dejar el campo abierto, o no, a la posibilidad del análisis y, a pesar de esto, producir efectos. Es crucial diferenciar el acto de rechazar un sujeto, de aquél de rechazar la formulación de su demanda y acompañarlo a producir un reposicionamiento, sin rechazar al sujeto. Eso forma parte del trabajo de la admisión y de las entrevistas preliminares.

No planteo, con esto, que las entrevistas son para el hospital y el análisis para el consultorio, sino la importancia de reconocer los efectos a producir durante las entrevistas, en las que ya algo del psicoanálisis está puesto en juego.

Creo que aquí se abre una cuestión, a mi entender fundamental, un tema pendiente para nosotros y es dar cuenta más precisamente de qué forma el acto analítico está presente de entrada en estas entrevistas que llamamos preliminares, aun cuando el análisis no llegue a comenzar y que marcará seguramente la diferencia con otras formas de entrevistas.

Por otra parte, habría mucho que decir sobre la función de las entrevistas preliminares, que no son simples entrevistas diagnósticas para ver cuál es la estructura clínica y si es analizable, sino que implica tener en cuenta las condiciones de partida del sujeto, las condiciones de la transferencia y las posibilidades de su instalación, conjeturas diagnósticas y fundamentalmente la peculiaridad de la demanda, su posición en relación con ella y la posibilidad de que, a partir de las intervenciones del analista, se produzcan movimientos subjetivos que lleven a otra ubicación del sujeto en relación a sus dichos.

Pero volvamos a los problemas de la admisión para detenernos en algunas cuestiones.

1- Si toda admisión implica que hay sistemas de exclusión: algunos sí y otros no. ¿En función de qué se decide admitirlo y qué ocurre allí con la demanda? ¿Hay criterios? ¿Son generales? ¿Son caso a caso? ¿Qué valor tiene el diagnóstico para la decisión?

En parte depende de las posibilidades de la oferta que se realiza.

Pienso que, en primer lugar, es importante clarificar la demanda, ver cuál es el pedido que lleva a la consulta, si es que lo hay, de qué sufre. Es difícil iniciar una intervención si no hay reconocimiento por parte del sujeto de algo que lo perturba, de lo que quiera aliviarse.

No se trata de que tenga que probarse una demanda de análisis. Esto es algo a producir. Y no depende en absoluto de un pedido intelectual.

Ahora, ¿de qué depende que se decida que alguien inicie un tratamiento?

Nos encontramos con un sufrimiento, algo de lo que quiere desembarazarse: muchas veces no es un síntoma, es una angustia, una vacilación fantasmática o un quiebre narcisístico que amenaza con el pasaje al acto, un duelo. Pero tiene que poder localizarse un punto de falta, algo que motorice el consentimiento a hablar de lo que le pasa, a dirigir a Otro su padecimiento. Es difícil pensar en las posibilidades de iniciar algo si no hay una direccionalidad al Otro, un punto de falta y un consentimiento (aunque inicialmente sea mínimo) al trabajo asociativo. Una negativa rotunda, un forzamiento, no da lugar a la operación analítica. Vemos como la joven homosexual de Freud, no sufría por su homosexualidad. El motor único parecía ser el sufrimiento que causaba a sus padres. ¿Era eso suficiente?

De todos modos, las intervenciones del analista son, en este punto, importantes y decisivas. Es posible que lo que comienza como un "no quiero saber nada" se transforme en una segunda entrevista en otra posición.

No es la demanda consciente la única que importa. Tiene sus "peros", pero a veces, uno no puede disimular un sí. También es cierto que hay que poder escuchar el no y darle su lugar. A veces, poder aceptar el no, produce otras condiciones para el sí.

Es riesgoso, por lo tanto, ubicar en la admisión la afirmación de que si no hay demanda de análisis no se lo admite, que vaya a otro lado. Porque eso es algo a producir.

Tampoco se trata de convicción intelectual, de un quiero conocerme, ni de una convicción al modo de una creencia. Esto no asegura nada, es el consentimiento al trabajo lo que permitirá ir produciendo efectos.

Diferentes son los casos en los cuales, en el momento de la admisión, puede sospechar que se trata de un canalla, o de alguien que solo busca tratamiento como coartada para mantener su libertad condicional. ¿Hasta dónde es necesario prestarse a eso? ¿Cuándo decir que no? Son situaciones difíciles porque es necesario también ponerlo a prueba y dar cierto tiempo para tomar una decisión, pero no sirve continuar si se verifica que no hay demanda genuina.

Acá se plantea el problema de los tratamientos obligatorios, a los que es necesario sacar del marco de la obligación o del castigo para poder dar lugar a que una demanda del sujeto aparezca y que se trae de su decisión, no de una obligación.

Esto es fundamental en el tratamiento con chicos y adolescentes. Considerar las condiciones de una demanda que haga posible que el sujeto se haga cargo de sostener su tratamiento, no por rutina, sino por deseo; de que algo se produzca, aunque ese algo puede ser la búsqueda de restablecer una posición perdida. Pero es un comienzo.

También, es frecuente, en los casos de niños y adolescentes, tener que decidir quién demanda, quién es el paciente. Muchas veces, el chico es la excusa que hace posible el tratamiento de algunos de los padres, allí la función del admitir es sancionar la demanda que se produce. Pero hay que tener en cuenta, muy claramente, las condiciones de posibilidad de que ese tratamiento de los padres se inicie. No hay que dar saltos en el vacío haciendo indicaciones ideales pero no posibles, porque no están acompañadas de las condiciones subjetivas que puedan soportarlo.

La posibilidad de decir que no, implica también, que hay en juego una elección. Para el paciente, elegir tratarse con el que se lo deriva. Para el que recibe el paciente, la posibilidad de elegir tratarlo, o no. Estas decisiones, a veces, están restringidas en los hospitales.

Otra cuestión importante, a tener en cuenta, es que no siempre es deseable ni aconsejable que un sujeto inicie un tratamiento. Esto frecuente, en casos de chicos derivados por el colegio, en los que no siempre conviene convalidar y cristalizar esa derivación como enfermedad del chico o como molestia para padres y maestros. Es difícil, en algunas situaciones, decidir si continuar o cortar, pero también, en la admisión, la función del corte puede adquirir, en ciertos casos, su valor y tomarse el tiempo para decidir o no la iniciación del tratamiento.

En este punto, interviene otro factor que es el tiempo y que impone restricciones. ¿Cuántas son las entrevistas para tomar esas decisiones? Suele ocurrir que los equipos de niños se toman mas tiempo que los de adultos.

2 - Pero, ¿cómo regular la transferencia que puede establecerse con el admisor si luego va a tener que derivarlo?:

a - Si se decide que el tratamiento se inicie, es muy diferente si quien toma al paciente es quien lo vio en la admisión, que si ya hay allí una derivación. Si se trata de la misma persona hay, obviamente, menos complicaciones, situación mas parecida al consultorio. Cuando esto no es posible se plantea el problema de la derivación. En este punto, tanto en el hospital como en privado es importante la forma en que se realiza. Hay un problema con dos caras, por un lado, se trata de no alentar la transferencia con el admisor, pero si allí no se produce nada, sin transferencia, tampoco la derivación puede hacerse bien. Es desde la transferencia que la palabra del admisor puede tomar su valor y hacer posible el paso. Es lo mismo que cuando un médico manda un paciente, hay jugada una transferencia con el y ésto importa para las posibilidades del tratamiento futuro. También la derivación es importante en privado, uno no le pide una derivación a cualquiera, hay un lazo libidinal en juego.

Por otra parte ¿hasta donde intervenir en la admisión con alguna interpretación? ¿Apuntar al sujeto o mantenerse en un plano de recolección de datos? ¿Es un riesgo producir transferencia? Quizás esta posición, entendible en algunos casos requiera ser modalizada si tenemos en cuenta que en la transferencia no se trata de la persona del analista sino del lugar del Otro que se produce y de la demanda que se le dirige. Quien consulta en una institución tiene alguna transferencia con ella y esto permite que una derivación.

También importa, en este punto, el empleo que se hace de los datos de una entrevista de admisión cuando hay una derivación a tratamiento y es otro analista el que inicia la cura. ¿Se toman, ¿se omiten? ¿Puede desconocerse eso que se ha dicho como si no hubiera sido nunca oído, o se hace uno ahí cómplice del silencio desconociendo las condiciones en las cuales el tratamiento se puede llevar a cabo y que el paciente también conoce?

Quizás lo mejor sea no plantear standards al respecto y tener la libertad necesaria para introducir una información de la admisión en el momento oportuno y si se considera pertinente aunque el paciente no la haya repetido. Hay a veces elementos muy significativos y esenciales que aparecen en la admisión y no es necesario hacerse cómplice del silencio si esto no reaparece.

3- La decisión de una derivación a otro servicio u hospital, porque en este no hay posibilidades, es más difícil. No puede dejar de sentirse la responsabilidad del rechazo, y sería bueno encontrar los caminos para que las derivaciones entre servicios se vean agilizadas y haya, no un salto al vacío, sino un lazo entre una institución y la otra. Esto hace menos traumático el no.

4- La decisión de una internación: tampoco es fácil. Muchas veces se producen desde guardia, otras van dirigidas directamente a la sala y es la sala la que admite, en otros casos es desde externos que se decide la internación. No quisiera tomar criterios generales. El riesgo para sí o para terceros es fundamental, pero no siempre es calculable, las posibilidades de sostener una contención ambulatoria deben ser evaluadas en función de los recursos familiares y de las posibilidades del equipo.

5- ¿Cómo trabajar la derivación y la transferencia con el admisor?: Hay que tener en cuenta que la transferencia no es con uno como persona sino con el Otro y con el objeto colocado ahí. El analista es soporte de esa función, pero no está allí como persona. Por lo tanto debería ser posible trasladar la función a otro analista que la encarne, a pesar de los obstáculos transferenciales que se presenten. Esos obstáculos son resistenciales y deberían ser trabajados como tales para dar paso al Otro. Se hace difícil si uno piensa que es con uno y que además es insustituible o que ahí hay una pérdida irreparable que no se puede superar. Pero si se pone en juego que el Otro no existe, que es una invención y que el soporte puede pasarse a Otro, es posible la separación y la derivación- Como el destete de los niños. Por otra parte el saber adquirido en las admisiones no es de analista sino del sujeto y lo lleva con él a donde vaya- no se pierde lo que allí se produjo. Es importante que el analista pueda trabajar la demanda y la derivación durante las entrevistas para dar paso al Otro. Como en el football, pasar la pelota. Eso requiere confianza en que el que lo recibe podrá escuchar bien, no creerse el único. También depende de que el que lo reciba trabaje con esa resistencia transferencial si es que se presenta, no dándole consistencia, reduciendo su peso como transferencia imaginaria.

¹ Presentado en las *Jornadas Provinciales de Dispositivos de Salud Mental en Instituciones Públicas*, Paraná, Entre Ríos, Argentina, 26 de septiembre de 1996.