

AÑO 2022



TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA EN PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

Las Fronteras del Psicoanálisis:

Entre el Consultorio y las Instituciones

Diversidad de Dispositivos y su Relación con la Técnica

Director: Mag. Ezequiel Achilli

Maestranda: Lic. Ivana P. Chmielewski

AGRADECIMIENTOS

A papá, por creer en mí.

A mamá, por ser suficientemente buena.

A Pablo, por ser mi compañero, mi hogar, mi familia.

A Mara, Nadia, Esteban y Nico, los mejores hermanos que me pudo dar la vida.

A Fran, Feli, Benja y Santi, por llenarme de alegría.

Muchas personas me acompañaron en éste trayecto que resultó ser más largo de lo esperado, por lo que posiblemente mi inconsciente me juegue una mala pasada y cometa algún olvido. Aun así, quiero resaltar que durante éste tiempo me vinculé, aprendí, me tropecé, me levanté, me identifiqué e intercambié saberes de Psicoanálisis, de Salud Mental, de Psiquiatría, Neurología y de la Naturaleza Humana; con personas muy valiosas que dejaron marcas importantes en mi subjetividad como persona y como analista.

A Nancy, Guille y Romi, por ser mis amigas, devenidas en las más pacientes interlocutoras de éste proceso (Gracias Nancy por tu tiempo y tus atinadas valoraciones).

A María Julia, por tu sostén e interpretación.

A Reina Benhamú, por tu sabiduría y tu amistad.

A Ezequiel Achilli, por transmitirme tu pasión.

A Alberto Solimano, por tu sapiencia y generosidad.

A Adolfo Zonis, por hacer que mis pacientes sueñen otra vez.

A Alfredo Ortiz Frágola y Juan Ramón Aguilar, por su calidez y predisposición.

A mis compañeros Rocío, Diego, Eve, Fini y Virginia, por la compañía, los cafecitos y los intercambios logrados.

A los analistas que tan amablemente se tomaron el tiempo para dialogar conmigo y compartirme sus experiencias.

A la Institución y al equipo de trabajo que me alojó por más de diez años y me legó grandes aprendizajes.

Y, aunque un poco trillado, no puedo dejar de decir, parafraseando a Winnicott (1971) *“A mis pacientes, que pagaron por enseñarme”*.

Índice

Resumen	6
1. Introducción	7
1.1. Antecedentes	7
1.2. Pregunta Problema	12
1.3. Hipótesis	12
1.4. Objetivos generales	12
1.4.1. Objetivos Específicos	12
1.5. Materiales y métodos	13
2. Desarrollo	14
2.1. Los inicios del Psicoanálisis	14
2.1.1. El Psicoanálisis Latente	14
2.1.2. El Psicoanálisis Manifiesto	16
2.2. El Psicoanálisis Prospero	21
2.2.1. El Psicoanálisis en Movimiento	21
2.2.2. La Técnica Analítica	25
2.2.3. Problemas Técnicos	31
2.2.4. Modificaciones Apropiadas	34
2.2.5. Profano vs. Silvestre	37
2.2.6. Psicoanálisis, Instituciones y Dispositivos	40
2.2.7. Lo Institucional	43
2.2.8. <i>Entre</i> el Psicoanálisis y la Salud Mental	46
2.3. El Psicoanálisis creativo	51
2.3.1. Winnicott	51

2.3.2. La Consulta Terapéutica	53
2.3.3. Privado vs. Público	56
2.3.4. De Fenómeno Transicionales	58
3. Instrumento de Evaluación	62
3.1. Cuestionario	62
4. Análisis y Elaboración de las Observaciones Realizadas	62
4.1. Caracterización de la Experiencia de Instituciones y Consultorio Privado	63
4.2. Diferencias y Semejanzas entre Ambos Dispositivos de Trabajo	65
4.2.1. Semejanzas	66
4.2.1.1. La Persona del Analista	66
4.2.2. Diferencias	69
4.2.2.1. Intervención	69
4.2.2.2. La Técnica Analítica y el Encuadre de Trabajo	70
4.2.2.3. Acerca de los Honorarios	75
4.2.2.4. Demanda y Gravedad de los Casos	77
4.2.2.5. Interdisciplina y Marco Institucional	80
4.3. Beneficios y Contratiempos	84
4.3.1. Beneficios del Trabajo Institucional	84
4.3.1.1. La Protección de la Institución y sus recursos	84
4.3.1.2. Inter(entre)disciplinas y Experiencia Profesional	86
4.3.1.3. La Estabilidad Laboral	89
4.3.1.4. Aporte a la Comunidad	89
4.3.2. Contratiempos Institucionales	90
4.3.2.1. La Masividad	92

4.3.2.2.	Exigencias Institucionales y Encuadre de Trabajo	93
4.3.2.3.	Transferencia Institucional y Demanda	95
4.3.2.4.	La Rigidez Institucional	95
4.3.2.5.	Escases de Recursos y Remuneración Económica	96
4.3.3.	Beneficios de la Consulta Privada	97
4.3.3.1.	Autonomía: Técnica, Encuadre y Contrato	98
4.3.3.2.	Satisfacción Profesional y Económica	100
4.3.4.	Contratiempos del Consultorio	101
4.3.4.1.	Sobre la Soledad y la Inestabilidad	101
4.4.	Aporte de la Mirada y la Escucha Analítica al Trabajo Institucional	103
4.4.1.	El Psicoanálisis como Experiencia de la Singularidad	103
4.5.	El Proceso Analítico en la Consulta Privada y las Instituciones	105
4.6.	Acerca de Prejuicios	109
5.	Conclusiones	111
6.	Referencias	116

Resumen

A partir de la idea de que psicoanálisis nació en una especie de *zona intermedia* (Winnicott, 1971) *entre* la labor institucional y la consulta privada, me cuestioné acerca de las similitudes y diferencias presentes en el trabajo psicoanalítico llevado a cabo en ambos territorios de la práctica; como así también respecto de las contribuciones específicas que realiza un psicoanalista en dispositivos institucionales diversos. Mis hipótesis se basaron en la creencia de que habría diferencias y semejanzas (como el análisis del analista) entre el trabajo del consultorio y las instituciones. También en el hecho de que existiría un aporte particular que brindaría un psicoanalista en éstas últimas.

Para dilucidar dichos interrogantes, se efectuó un recorrido bibliográfico y se realizaron veinte entrevistas con profesionales de orientación psicoanalítica que hayan tenido experiencia laboral en dichos ámbitos. Los objetivos consistieron en evaluar las diferencias y similitudes de la práctica analítica llevada a cabo en un consultorio particular de aquella que se realiza en contextos institucionales; y explorar los aportes específicos que puede realizar un psicoanalista en su práctica institucional.

De la investigación se obtuvo que las principales diferencias, se centraron en el establecimiento del encuadre y el desarrollo de una técnica adecuada. Respecto de las semejanzas, las mismas coincidieron con la contribución específica que realiza el analista en el ámbito institucional: su persona y su escucha. Ésta variable está vinculada indefectiblemente al análisis del analista. Pareciera ser que la escucha analítica se lleva a todos lados cuando alguien se formó como tal, brindando un aporte valioso al trabajo institucional, que es la experiencia de la singularidad (Rodulfo, 2008).

Palabras Claves: *Consulta Privada- Institución- Escucha analítica – Técnica – Encuadre*

1. Introducción

“El análisis no es solamente un ejercicio técnico. Es algo que somos capaces de realizar cuando hemos alcanzado una fase determinada en la adquisición de una técnica básica. (...) todos los rasgos importantes de este proceso emanan del paciente y no de nosotros en tanto analistas” (Winnicott, 1955, p. 371)

1.1 Antecedentes

Sigmund Freud (1923 [1922]), afirmó que “Lo mejor para comprender al psicoanálisis es estudiar su génesis y desarrollo” (p. 231), conjuntamente con los mitos fundacionales que escoltaron dicho proceso. Motivada por ese designio y con un Trabajo Final de Maestría (TFM) a cuestas, me aboqué a la tarea de retornar al origen y seguir paso a paso el progreso de ésta práctica, que, casi desde su comienzo, fue hallando y sirviéndose de diferentes dispositivos. Desde la creación del Ambulatorium (1920) e inclusive antes, si rastreamos sus rudimentos por La Salpêtrière o Burghölzli, el psicoanálisis ha encontrado un dialogo entre dispositivos institucionales y la consulta privada; entre las más diversas disciplinas y el contacto irreductible con la clínica, entre el prolífico Freud y otros muchos (muchísimos) interlocutores.

La elección de dicho camino no fue casual, ya que por varios años mi profesión se desarrolló *entre* el consultorio particular y Gendarmería Nacional, Institución Pública quizás poco convencional para una analista en formación constante. Asimismo, acarreaba desde hace algún tiempo, interrogantes que surgían del contacto propio con la práctica, inquietudes que podrían resumirse en las siguientes preguntas:

¿En qué contextos un analista puede prestar su escucha? ¿Qué actos profesionales pueden ser considerados analíticos? ¿Quién puede ser considerado un analista? ¿Cómo valernos de la pluralidad de enfoques y la interdisciplina sin caer en eclecticismos? ¿Qué implicancias tiene para un psicoanalista trabajar por fuera de la consulta privada? ¿Qué aporta la escucha y la mirada psicoanalítica en la diversidad de dispositivos en donde puede alojarse?... Estas dudas y muchas otras cuestiones seguramente continuarán interpelándome, con respuestas que posiblemente permanecerán vedadas. De igual manera considero importante abordar de manera escrita, algunos puntos que manan indefectiblemente de la experiencia, “testimonio” equiparable si se quiere, a la figura del “autoanálisis”, al decir de André Green (2008).

Sería pretencioso aseverar, que estos interrogantes me pertenecen por completo, ya que mucho se ha pensado, debatido y escrito sobre problemáticas afines, pero me amparo en el pensamiento de Winnicott (1953) que asegura que: “En cierta medida, los escritos de todos nosotros son necesariamente una copia. No obstante, creo que no nos copiamos: Trabajamos, observamos, pensamos y descubrimos, aunque pueda demostrarse que lo que hemos descubierto ya había sido descubierto anteriormente” (p. 13).

Sigmund Freud (1932-1936) había señalado que el psicoanálisis, amén de haber nacido como método de investigación y terapia, había tomado el estatuto de psicología profunda, por lo cual su interés se propagó a áreas diversas, tales como la educación, la pedagogía, el arte, la literatura, la filosofía, la sociología, entre otras disciplinas; y como complemento de prácticas médicas y psiquiátricas, lo que hoy forma parte de la interdisciplina propia del trabajo en Salud Mental. En esos sitios y en otros que quizás no registramos, prestó su saber y su escucha, provocando efectos diversos, alimentando mi interés de aproximarme a los aportes que puede brindar el psicoanálisis en dispositivos no tan habituales como lo es la consulta privada.

Con gran capacidad de adaptación, la doctrina analítica tuvo que debatir algunos aspectos de su estructura para crecer y hacerle lugar a lo nuevo: la psicoterapia psicoanalítica, el análisis de niños, la clínica de pacientes psicóticos (y de otras estructuras no neuróticas), el abordaje de grupos y el trabajo en instituciones, entre otros emergentes de la praxis e inquietudes del propio Freud, respecto de la utilidad social del Psicoanálisis. Con la irrupción de las Guerras y las neurosis concomitantes, prestó auxilio a los ejércitos, siendo numerosos los psicoanalistas que sirvieron en el frente de batalla como médicos y psiquiatras, y, posteriormente, como analistas en los Sanatorios que se crearon con el fin de que un amplio número de personas con padecimientos psíquicos sean beneficiadas por los efectos de ésta disciplina (Montejo Alonso, 2009).

Freud (1910) imaginaba la expansión del psicoanálisis, señalando tres aspectos centrales como facilitadores de dicha tarea, que no pierden vigencia al día de hoy:

1) **Un progreso interno**, referido al avance teórico-clínico de su invención. Continúa siendo inevitable y necesario que el psicoanálisis siga creciendo y produciendo teoría que nos brinde los instrumentos necesarios para operar de manera adecuada en la dirección de la cura de los sujetos que encontramos en la consulta al día de hoy, así también

como herramienta para pensar acerca de los bienestares y malestares de la cultura de cada época.

2) **Un aumento de la autoridad**, vinculado a la relevancia del rol del analista en la comunidad médico-científica y en la sociedad. Considero que todavía es menester nuestro luchar para abandonar el lugar, me animo a decir, marginal, que aún poseemos aquellos que trabajamos en Salud Mental frente al discurso médico/biologicista predominante, como así también los que pensamos la práctica desde el psicoanálisis ante otros modelos psicoterapéuticos que prometen curas veloces, consonantes con los ritmos actuales.

3) **El efecto universal de nuestro trabajo**, relativo a la utilización masiva del psicoanálisis para aliviar los padecimientos psíquicos de la sociedad, inclusive, negociando y renunciando a algunos aspectos dogmáticos de su método (Freud, 1918). A su vez, Freud advertía que una epidemia de neurosis era tan o más dañina que una de tuberculosis. Basta con ver lo que sucede en nuestras consultas, o los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales, para alegar que el oriundo de Moravia no estaba para nada errado.

Otro gran psicoanalista que sostuvo una continua actitud reflexiva respecto de la práctica analítica, realizando contribuciones valiosas para el psicoanálisis que me posibilitan circundar mis interrogantes, fue **Donald Winnicott** (1896-1971). Su recorrido da cuenta de una vasta experiencia clínica acontecida tanto en el ámbito privado como en el hospitalario, “entre” la práctica médica y la psicoanalítica. Dirigió un plan de evacuación de niños durante la Segunda Guerra Mundial, y asumió el rol divulgador del psicoanálisis en una emisora radial, dialogando y canalizando inquietudes de las familias respecto del desarrollo emocional de sus hijos. Bajo ésta perspectiva, me es lícito inferir que el autor consideraba que el pensamiento analítico podía tener lugar y provecho en una multiplicidad de territorios: “En otros términos, el psicoanálisis ha afectado profundamente nuestro modo de considerar la vida, y puede brindar aún más de lo que hasta ahora ha aportado al estudio de la sociedad y de la gente común” (Winnicott, 1961 p.20).

Sus desarrollos acerca de los objetos y fenómenos transicionales me permiten reflexionar acerca de los modos en lo que se constituyeron y se construyen las teorías y las prácticas psicoanalíticas (el plural es intencional). Es en esa zona intermedia, donde suceden experiencias intensas tales como: el vivir imaginativo, la religión y el arte, conjuntamente con la creatividad científica, tan propia del psicoanálisis (Winnicott, 1951).

El pediatra inglés, además de trabajar bajo los designios del psicoanálisis más escrupuloso, produjo aportes novedosos en la teoría y la técnica analítica respecto al vínculo temprano, el desarrollo emocional, la clínica con niños y adolescentes, como también así pacientes con patologías no neuróticas. Su hábil manejo de ciertas situaciones de la praxis merece ser tenido en consideración.

Winnicott (1965) tuvo la audacia de realizar intervenciones, que, a pesar de no ser calificadas como psicoanálisis podían ser de gran interés para los psicoanalistas, siendo éstos los más idóneos para poder llevarlas a cabo, y así, provocar efectos beneficiosos en los pacientes o consultantes. Ésta noción la desarrollaré más adelante, ya que me invita a reflexionar respecto de los beneficios de incorporar la mirada y la escucha psicoanalítica (no un *“psicoanálisis salvaje”*) en contextos diversos y no excluyentes a un tratamiento psicoanalítico con todas las de ley.

Otro aspecto que destaco de éste pensador que opera como eje del presente trabajo, es su pretensión de realizar un estudio comparativo entre el psicoanálisis llevado a cabo en un contexto institucional, de aquel que se ejerce en el ámbito privado. Él consideraba que cada área de trabajo tenía algo valioso que aportarle a la otra, por lo cual es posible tomar alguno de sus indicadores como fundamento (Winnicott, 1954).

Siguiendo la idea anterior, y a la luz de lo indagado teóricamente, retomo y reafirmo la premisa que planteé inicialmente: el psicoanálisis nació en una especie de ***zona intermedia*** (Winnicott), un ***entre***¹ (Alejandra Tortorelli, 2006) la práctica institucional y la consulta privada; un ***entre*** multiplicidad de disciplinas y la experiencia clínica, un ***entre*** Sigmund Freud e interlocutores que fueron pensando con él respecto de los acaecimientos de la vida anímica, los padecimientos psíquicos, los malestares de la existencia cotidiana. De ese modo logró crecer y expandirse como hoy lo conocemos en la actualidad. Ricardo Rodulfo (2008) lo describió como “...un pensamiento ***entre***, intersticial, periférico, underground...” (p. 48) sin fronteras delimitadas, siendo un distintivo particular del psicoanálisis el hecho de “no tener medio propio, entre lo “psíquico” y lo “orgánico” convencionales, entre lo “individual y lo “social convencionales” (Rodulfo, 2008, p. 48).

¹ “Entre” para Tortorelli (2006) remite al espacio transicional de Winnicott. En palabras de la autora “Busca evitar la nominación sustantiva o subjetiva para dar paso a un **espacio de producción** que, como tal, no admite ni sujeto ni objeto”, agregando a su vez: “Como el “entre” —una simple alusión— lo transicional, en su “ir y venir” tampoco admite localización ni apropiación alguna. Lo transicional no es “de” uno ni es “del” otro, ni puede ser pensado desde uno u otro término de la relación” (p.3)

En éste orden de ideas, mi propuesta para éste Trabajo Final de Maestría se basó en establecer un dialogo *entre* colegas sobre sus experiencias laborales tanto en la clínica privada como en el ámbito institucional. Para tal fin, llevé a cabo veinte entrevistas semidirigidas, en las cuales indagamos las diferencias y semejanzas presentes en ambos espacios, así como también los aportes que brinda un psicoanalista en dispositivos o instituciones menos convencionales en donde ejercen su práctica.

Mediante el instrumento seleccionado, se recabó material que permitió cumplir con los objetivos propuestos y corroborar las hipótesis planteadas. Esto es: habría diferencias y elementos comunes, como el análisis del analista, en el trabajo psicoanalítico llevado a cabo en un consultorio particular con aquel que se ejerce en un contexto institucional. Asimismo, existirían contribuciones específicas que ofrece el psicoanálisis en el trabajo institucional.

Respecto de las diferencias, las mismas se centraron en los aspectos técnicos y de establecimiento del encuadre, siendo las dificultades para establecer el mismo, y, por lo tanto, desarrollar una técnica adecuada, el mayor obstáculo presente en el trabajo institucional. Es por esto, entre otras cuestiones, que la mayoría de los consultados, manifiesta que el proceso analítico llevado a cabo en éste contexto no es el mismo que aquel que sucede en el consultorio privado. La transferencia y las interferencias institucionales afectan el proceso, haciendo que el mismo no sea necesariamente de menor calidad, pero sí que posea características distintivas que no se pueden soslayar. A pesar de estos inconvenientes, la escucha analítica se sostiene, siendo las falencias institucionales fuente de muchas frustraciones, pero paradójicamente, pueden estimular la creatividad del analista, convirtiéndose en terreno fértil para intervenciones tales como la psicoterapia psicoanalítica (André Green, 2010) o las consultas terapéuticas (Winnicott, 1965).

En relación a las similitudes, se halló que las mismas coinciden con aquellas contribuciones específicas que ofrece un psicoanalista en el trabajo institucional: su persona y su escucha. Éstos atributos son los que cobraron mayor relevancia, pareciendo indicar que la escucha analítica se lleva a todos lados cuando alguien se formó como tal (y esto es, en principio, mediante su propio análisis), aportando algo distinto y novedoso a la tarea cotidiana. Es por ello, entre otras razones, que resulta valiosa y necesaria la presencia de analistas en espacios institucionales, ya que aportan una *experiencia* (Winnicott, 1971) en todo el sentido del término: la experiencia de la singularidad (Rodulfo, 2008).

El trabajo *entre* ambos territorios de la práctica es fuente de conocimiento y avance, tanto para los psicoanalistas, como para nuestra doctrina analítica.

1.2 Pregunta problema

Este trabajo va a intentar responder las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué similitudes y diferencias existe entre el trabajo psicoanalítico llevado a cabo en un consultorio particular del que se realiza en contextos institucionales?
- ¿Qué contribución realiza un psicoanalista en los diferentes dispositivos institucionales en donde ejerce su práctica?

1.3 Hipótesis

- Habría diferencias y elementos comunes, como el análisis del analista, en el trabajo psicoanalítico llevado a cabo en un consultorio particular y aquel que se ejerce en un contexto institucional.
- Existirían contribuciones específicas que ofrece el psicoanálisis en el trabajo institucional.

1.4 Objetivos Generales

- Evaluar las diferencias y similitudes de la práctica analítica llevada adelante en un consultorio particular de aquella que se realiza en contextos institucionales.
- Explorar los aportes y/o contribuciones específicas que puede realizar un psicoanalista en su práctica en Instituciones.

1.4.1 Objetivos Específicos

- Evaluar cuáles son los elementos comunes en de la práctica analítica en las instituciones y el consultorio particular.
- Estudiar cuáles son las principales dificultades para llevar a cabo un tratamiento en un ámbito institucional.
- Analizar cuáles son las principales dificultades para llevar a cabo un tratamiento en el consultorio privado.

- Indagar aspectos favorables de la práctica psicoanalítica en contextos institucionales.
- Examinar aspectos favorables de la práctica psicoanalítica en el consultorio particular.
- Explorar los diferentes dispositivos institucionales en los que los psicoanalistas pueden ejercer su práctica.
- Investigar las contribuciones que un psicoanalista puede realizar en una institución o dispositivo ajeno a la consulta privada.

1.5 Material y métodos

Lo elaborado tiene la metodología de ser un trabajo teórico clínico, reemplazando a la clínica por entrevistas con profesionales en la materia. Se realizará en principio, un recorrido bibliográfico de autores psicoanalíticos, a los fines de vincular dichos desarrollos con la experiencia procedente de entrevistas a profesionales de orientación psicoanalítica que ejerzan (o hayan ejercido) su práctica tanto en un ámbito institucional, como en el consultorio particular, siendo dicho aspecto criterio de inclusión de caso.

Luego de la constitución del Marco Teórico, se seleccionarán las variables que guiarán la construcción y posterior análisis del instrumento de recolección de datos, consistirá en una entrevista semidirigida.

2 Desarrollo

2.1 Los inicios del Psicoanálisis

2.1.1 El Psicoanálisis Latente

“Muchas veces hemos oído sostener el reclamo de que una ciencia debe construirse sobre conceptos básicos claros y definidos con precisión. En realidad, ninguna, ni aun la más exacta, empieza con tales definiciones” (Freud, 1915, p.113)

Si bien la psicoterapia como arte sanador presenta vestigios que nos retrotraen a la más remota antigüedad, su estatuto como ciencia se materializa en el transcurso del Siglo XIX, de la mano de las escuelas francesas de sugestión, con referentes tales como Liébeault (1823-1904), Bernheim (1840-1919) y Charcot (1825-1893) (Horacio Etchegoyen, 2014). Las controversias suscitadas por las discrepancias entre Nancy y Salpêtrière (Freud, 1888) en la concepción y tratamiento de las enfermedades nerviosas, estimularon la audacia de nóveles galenos que buscaban darle una solución a la difícil tarea de comprender y abordar terapéuticamente a las neurosis.

Sigmund Freud (1853-1939) médico neurólogo procedente de la escena vienesa, desembarca en el otoño parisino de 1885, patrocinado con una beca para estudiar con alguien de imponente trayectoria en el ámbito hospitalario: Jean-Martin Charcot. En un principio, querrá profundizar su conocimiento acerca de problemas anatómicos como eran las atrofas y degeneraciones secundarias ocasionadas por las encefalitis de la infancia (Freud (1956 [1886])); pero más temprano que tarde, ese objetivo inicial se altera considerablemente.

Las condiciones edilicias desfavorables y los escasos recursos que disponía el laboratorio en el que iba a emprender su investigación, sumado a las apasionantes lecciones y demostraciones que realizaba su colega francés sobre el universo de las histerias, se condensaron con inquietudes que venía acarreado de un tiempo a esta parte, por la experiencia de *la escucha* (en el sentido clínico de la palabra) del caso de una paciente de su mentor y amigo, Josef Breuer (1842-1925): la memorable Anna O. (Freud, 1925 [1924]; Elizabeth Roudinesco, 2000).

Sus meses de práctica en el Hospicio de la Salpêtrière le aportaron una mirada más novedosa a su formación alineada (por su origen) con las Academias de Austria y de Alemania (Freud, 1956 [1886]): eminentemente biologicistas y teóricas, y, por lo tanto, más reticentes a aceptar procedimientos considerados de cientificidad fortuita y de tintes cuasi esotéricos como

podría serlo la hipnosis. También le brindaron la posibilidad de observar un gran caudal de pacientes para nutrirse de los emergentes de la clínica, fundamental para la escuela de Charcot que recalca la soberanía de la misma: “La teoría es muy bonita, pero no impide que las cosas sean lo que son” (Freud, 1893, p. 15).

Simultáneamente, se convirtió en un punto de inflexión en su carrera, pues su atención viró de la neuropatología a la psicopatología (James Strachey, 1893) al descubrir que las histerias poco entendían de terminales nerviosas o de leyes anatómicas, debiendo volcar sus sospechas a la existencia de otro tipo de lógica subyacente en la etiología y sintomatología de las mismas.

Como corolario de lo anterior, el objetivo primordial del joven Freud consistió en encontrar un tratamiento exitoso para las neurosis, punto que para su tutor *parisien* no era, en apariencia, un asunto prioritario. Esta diferencia determinó que más adelante emprenda su viaje a Nancy para instruirse del método terapéutico de Bernheim. Con él adquiere preceptos distintos respecto de la hipnosis y la sugestión, mientras que sincrónicamente advierte otro modelo de trabajo con los enfermos: uno que instala la relación interpersonal médico-paciente en un plano notable.

A la luz de los sucesos precedentemente desarrollados, podemos sospechar que su tránsito por éstas Instituciones emplazadas en el territorio galo resultó de lo más inspirador. Gracias a la perspectiva vanguardista de aquella generación de profesionales y el profundo trabajo que sobrevino después, las histerias fueron abandonando lentamente su lugar en el inframundo, el patrimonio exclusivamente femenino, la mirada prejuiciosa y la clínica a desgano, para lograr el estatuto de enfermedad nerviosa digna de atención médica, logrando su “carta de ciudadanía” tomando la expresión de Alfredo Panceira (1997, p. 20); lo mismo ocurrió con la técnica de hipnosis que logró desasirse de su aura lóbrega, al ser claramente vinculada con fenómenos usuales de la vida psicológica y del dormir (Freud, 1888 [1888-89]).

De éste modo, Freud consigue trascender las ideas de sus maestros sin quedarse atrapado en una batalla que parecía ser de un maniqueísmo irreductible: “El “error” de los dos sabios hará que Freud avance por la vía “negativa”, hacia el descubrimiento del inconsciente y de la transferencia” (Roudinesco, 2000, p. 48.) planteándose múltiples interrogantes acerca de “...la naturaleza de esos procesos psíquicos que dejaban tan insólitas secuelas” (Freud 1925 [1925], p. 229) en los enfermos neuróticos, para lo cual debe romper con los paradigmas anteriores y comenzar a realizar su propio recorrido.

Finalmente, termina por cuestionar la centralidad de la tesis neuropatológica de las enfermedades nerviosas erigida por Charcot, aferrándose cada vez más a la idea de un origen anímico de éste tipo de cuadros. Dicho quiebre no escondió ningún tipo de vilipendia hacia su maestro, a quien admiraba profundamente, sino que aconteció como un hecho necesario e intrínseco a su maduración como médico y al progreso de la ciencia (Freud, 1893).

Ésta cosmovisión incipiente se reflejará en su retorno a Viena, donde comienza a ligar con cierto talante impreciso muchas de las ideas que importó desde Francia con otras que emergieron de su propio ingenio, y que más tarde, alcanzarán una forma más consistente: la posibilidad de la existencia de pensamientos desvinculados de la conciencia, el rol central de la sexualidad en los trastornos anímicos, la relevancia de agudizar los sentidos frente a los hechos clínicos, la palabra y la escucha como instrumentos insoslayables de trabajo, entre otras destacables cuestiones. También delineará sus primeros bocetos relativos al dispositivo terapéutico y al encuadre en torno al mismo, transformando el escenario más bien público del que se valía Charcot en un sitio privado, que bien podría funcionar como equivalente del espacio psíquico del consultante (Roudinesco, 2000).

Así pues, su motivación se iba a concentrar en la investigación de los procesos neuróticos, trasladando todos sus esfuerzos en la elaboración de un método terapéutico eficaz para el tratamiento de los mismos, un método disonante con los imperativos científicos de la época: un método terapéutico basado en la palabra.

2.1.2 El Psicoanálisis Manifiesto

“Me es lícito aseverar que el método analítico de la psicoterapia es el de más penetrantes efectos, el que permite avanzar más lejos, aquel por el cual se consigue la modificación más amplia del enfermo. Y si se me permite abandonar por un momento el punto de vista terapéutico, puedo aducir en su favor que es el más interesante, el único que nos enseña algo acerca de la génesis y de la trama de los fenómenos patológicos” (Freud, 1905 [1904], p.249)

Entonces Freud, nutrido por los avances anteriormente relatados y enmarcado en el paradigma positivista, tuvo la virtud de presentar al psicoanálisis como un modo novedoso de psicoterapia, brindándole rigor científico (al margen de las polémicas que siempre surgirán al respecto) como bien lo explica Horacio Etchegoyen (2009) “Desde aquel momento, será psicoterapia un tratamiento dirigido a la psiquis, en un marco de relación interpersonal, y con respaldo en una teoría científica de la personalidad” (p.28).

Dicha acreditación posibilitará su crecimiento y evolución en las primeras décadas del Siglo XX, cosechando una gran cantidad de admiradores y no menor número de detractores; teniendo que sobrellevar con entereza, las resistencias y ofensivas de la comunidad científica de la época.

La psicoterapia sigue pareciéndoles a muchos médicos un producto del misticismo moderno, y por comparación con nuestros recursos terapéuticos físico-químicos, cuya aplicación se basa en conocimientos fisiológicos, un producto directamente acientífico, indigno del interés de un investigador de la naturaleza. Permítanme ustedes, entonces, que defienda aquí la causa de la psicoterapia y ponga de relieve lo que en ese juicio adverso ha de tildarse de incorrecto o de erróneo. (Freud, 1904, p. 248)

Lo paradójico de dicha situación conflictiva, era que aquellos tratamientos que reunían las condiciones científicas dominantes para ser avalados por expertos, sencillamente, no funcionaban: “El psicoanálisis surgió del apremio médico; respondió a la necesidad de procurar auxilio a neuróticos que no hallaban alivio alguno en el reposo, las curas de aguas o la electroterapia” (Freud, 1919, p. 255)

Freud (1919 [1918]) adjudicaba gran parte de las resistencias de sus colegas, a la tradición académica en la fueron formados (él inclusive), orientados unilateralmente hacia las Ciencias Naturales en desmedro de otros conocimientos cardinales como aquellos relativos al psiquismo humano, eludiendo la importancia de los factores anímicos, tanto en la vida cotidiana de las personas, como en los procesos de enfermedad y cura.

Quizás provenga de que los médicos se comprometen muy poco con los neuróticos; oyen con tan poca atención lo que ellos tienen que decirles que se han enajenado la posibilidad de extraer algo valioso de sus comunicaciones, y por tanto de hacer en ellos observaciones en profundidad. (Freud, 1917 [1916-1917], p.224)

Dicho vacío traía como efecto una serie de consecuencias negativas: En principio ocasionaba desinterés en el médico, afectando tanto la adecuada evaluación del cuadro del paciente, así como la propia acción terapéutica. No sólo porque un trato “apático” por parte

del clínico no hacía más que provocar deserciones y consultas con individuos de pericia dudosa (“curanderos y charlatanes” en palabras de Freud) con los riesgos que dicha decisión podía ocasionar; sino porque la *persona misma* del médico resulta ser una pieza indiscutible de la cura.

En el caso particular de las neurosis, el desconocimiento sobre los procesos psíquicos se combinaba de la peor manera posible, con atributos singulares de las mismas. Esta mixtura ponía en jaque la lógica médica, provocando enojo, frustración y un rechazo generalizado hacia éste tipo de pacientes pues, según la experiencia de Freud (1988) “En ninguna otra enfermedad puede el médico obtener logros tan milagrosos o quedar tan impotente” (p.59).

Sin lugar a dudas, advertir que los síntomas neuróticos tenían un sentido y que a partir de la revelación de ese significado oculto (catarsis mediante) los mismos eran factibles de ser cancelados (Freud, 1923 [1922]) fue un descubrimiento excepcional, aunque de momento poco apreciado. Amén de éste panorama tan hostil, Freud continuó con su empresa, guardando quizás cierta esperanza futura de poder complementar el discurso médico con el saber analítico.

De todos modos, el psicoanálisis, revolucionario por vocación, fue complejizándose a partir de la continua revisión y producción de conocimientos de Freud y su círculo de allegados, que, posteriormente se congregaron en la “*Sociedad Psicológica de los miércoles*” (1902) para compartir inquietudes afines.

Los hallazgos develados, motivaron modificaciones teórico-técnicas siguiendo los emergentes de la práctica: respecto de la técnica, pasó de la hipnosis, la sugestión y del método catártico ideado por Breuer, a la coerción asociativa. Gracias a ésta última descubrió las resistencias, hecho a partir del cual esboza finalmente, su técnica de asociación libre. Los resultados obtenidos mediante ese cambio, le exigieron adoptar una concepción diferente (aunque no contradictoria) de la labor terapéutica, bautizando a su peculiar método como “analítico” (Freud, 1904).

Es dable destacar que “éste nuevo método de indagación y terapia” (Freud, 1910 [1909], p. 7) que Freud despliega para “...ayudar a los enfermos nerviosos o, al menos, comprender algo de sus estados...” (Freud, 1914, p. 9) significó un cambio de paradigma bastante radical en múltiples sentidos, de los cuales, en ésta primera instancia, nos resulta importante mencionar a dos que están intrínsecamente vinculados entre sí.

En primer lugar, no sólo le puso un borde a la supremacía del saber médico-anatómico, sino también a la omnipotencia del rol profesional que situaba al enfermo en un lugar de total sumisión. Conferirle a la persona que sufre la posibilidad de sanarse a sí misma hablando (Roudinesco, 2000), nos muestra a un Freud que en cierta manera empodera al paciente, brindándole protagonismo y un posicionamiento más activo en el camino de la cura "...el enfermo tiene que consumarlo, y el médico se lo posibilita..." (Freud 1916-1917, p. 411).

Por otra parte, se entrevistó el interés que asume el creador del Psicoanálisis en trabajar en pos de evitar futuras recidivas, apostando no sólo a la remisión sintomática, sino también a la prevención de las "enfermedades del alma", sumando otra disonancia con los métodos terapéuticos vigentes. Estos últimos generaban gran dependencia de la figura del médico, una de las razones por la cual el neurólogo vienés comienza a desistir del uso de la hipnosis y del método catártico.

La terapia analítica hincó más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos. La terapia hipnótica deja a los pacientes inactivos e inmodificados, y por eso, igualmente, sin capacidad de resistir cualquier nueva ocasión de enfermar (Freud, 1916-17, p. 410)

El proceso analítico concebido de éste modo, ya no se puede tramitar por aquellas técnicas en las que Freud se instruyó y experimentó sistemáticamente durante casi una década: la hipnosis y la sugestión directa (de las cuales sólo conservó la indicación de acostarse en el diván); sino que deberá incorporar dos métodos más adecuados a la tarea y al objetivo a alcanzar: la asociación libre y la interpretación (Freud, 1924 [1923]). Estos, operarán a la par del influjo de un fenómeno complejo, no exclusivo del psicoanálisis (aunque éste se encarga de revelarlo a la conciencia); y si bien también de naturaleza sugestiva, ostenta el don de operar a modo de "fuerza impulsora" (Freud 1916-1917 p. 411) del análisis, a pesar de que en muchas ocasiones se convierta en un obstáculo del mismo: Estamos hablando de la *transferencia*.

A través de la *asociación libre*, Freud (1904) logró sumergirse en las profundidades de la realidad psíquica de sus pacientes, obteniendo un mayor acceso al gran caudal de pensamientos involuntarios que éstos presentaban. Notó que los mismos eran comúnmente

sofocados por los analizantes, tanto por su contenido perturbador como por ser considerados anodinos. Con la enunciación de la *regla fundamental*, Freud los incitó a comunicar dichas ideas, captando mediante *la atención parejamente flotante* los indicios que en el relato demostraban, no sólo la disociación de la conciencia, sino también otras problemáticas relacionadas al malestar vivenciado.

Como consecuencia de lo anterior, en relación a su foco teórico, Freud transitó de la hipótesis traumática y del recuerdo, a la sexual, lo que le permitió “no creer en sus neuróticas” (Freud, 1897) y crear así su teoría del conflicto intrapsíquico. De éste modo devinieron desarrollos nodales tales como: la sexualidad infantil, el Complejo de Edipo, los fenómenos de transferencia y contratransferencia, el inconsciente y sus manifestaciones, la represión y las diferentes teorías pulsionales, entre otros descubrimientos. Freud (1919) expresa que “Así se fue plasmando de manera cada vez más nítida y completa la imagen de la fábrica anímica” (p. 256), permitiendo explorar de modo más exhaustivo, los avatares de la vida psíquica (Etchegoyen, 2009).

Cabe aclarar que la tesis de Freud (1916-1917) que enuncia que “...en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva” (p. 336) no implicó necesariamente negar situaciones traumáticas que pudieron haber acontecido en la biografía del paciente, situaciones que él mismo alertaba y reconocía como realidad material; sino que abrió la posibilidad de aceptar la habitual coexistencia de lo traumático y lo fantasmático, requiriéndonos a los analistas, trabajar en el límite de ambos ordenes de la realidad. Roudinesco (1999) es muy clara cuando enuncia que “la negación del orden fantasmático puede provocar una herida tan mutiladora en un sujeto como la negación de un abuso real” (p.62); demostrando que la noción de realidad psíquica instituida desde el Psicoanálisis, es una contribución invaluable.

A modo de síntesis, podemos definir al Psicoanálisis como la labor por medio de la cual trasladamos a la conciencia del enfermo lo anímico reprimido que está en él, a partir del descubrimiento y la superación de las resistencias (Freud 1919 [1918]). Freud (1923 [1922]) indicaba que para llevar a cabo ésta tarea y ser considerado un psicoanalista idóneo, era necesario adherir a supuestos teóricos tales como: La existencia de procesos anímicos inconscientes, conocer a fondo la doctrina de la resistencia y la represión, valorar la sexualidad y el Complejo de Edipo como ejes centrales de la vida anímica, entre otros principios dogmáticos. “Las doctrinas de la resistencia y de la represión, de lo inconsciente, del valor

etiológico de la vida sexual y de la importancia de las vivencias infantiles son los principales componentes del edificio doctrinal del psicoanálisis” (Freud, 1925 [1924], p.38)

Más allá que desde lo manifiesto el Psicoanálisis emergió como terapéutica y teoría para abordar procesos patológicos, de alguna manera, “por añadidura”, terminó de consolidarse como psicología profunda (Freud, 1933 [1932]). Esto se fue procurando por el temprano hallazgo freudiano de que fenómenos habituales como el sueño (Freud, 1899) y actos de aparente intrascendencia como los chistes, los lapsus, los actos fallidos y los olvidos (Freud, 1901) eran manifestaciones del inconsciente, ostentando una naturaleza afín a la del síntoma neurótico.

También, por la existencia de aquel entusiasta círculo de pensadores que mediante el trabajo exhaustivo (e intenso) con pacientes y su disposición para aprender, debatir, intercambiar y consultar a su mentor acerca de éstos y otras inquietudes, se toparon con síntomas, con rasgos psicopatológicos y simultáneamente, con mecanismos normales de funcionamiento psíquico.

Aquel motivo los llevó a inclinarse a admitir otra noción de salud psíquica, tal vez menos totalitaria (pero no por ello menos controversial); así lo ilustra la expresión de Freud (1916-17 [1915-17]), cuando dice que en teoría podríamos decir perfectamente que “todos somos neuróticos”.

Éste curioso modo de comprender los fenómenos psíquicos y aliviar el malestar subjetivo, con conceptos propios y métodos peculiares, fue creciendo en fundamentos para ocupar paulatinamente un lugar significativo tanto en la comunidad científica como en la cultura popular, rompiendo la hegemonía de los tratamientos de corte biologicista, físico-químicos, moral, místico y por qué no, esotéricos, que imperaban desde hace tiempo en el abordaje de las consideradas enfermedades nerviosas “funcionales”(Freud 1924 [1923]).

2.2 El Psicoanálisis Próspero

2.2.1 El Psicoanálisis en Movimiento

“Una diferencia esencial entre este segundo decenio del psicoanálisis y el primero consistió en que el suscrito ya no era su único sostenedor. Un círculo en continuo crecimiento de discípulos y partidarios se habría congregado en derredor de él; primero se empeñaron en difundir las doctrinas psicoanalíticas, para después continuarlas, completarlas y profundizarlas”. Freud, (1924 [1923] p.213)

Para Freud (1925 [1924]) la historia del psicoanálisis podía dividirse en dos momentos, si es que se eludía su prehistoria catártica. El primero transcurriría entre 1895-1896 hasta 1906-1907, década en que él tuvo que fundar y sostener su descubrimiento prácticamente a solas; y luego de 1907, donde la producción teórica de sus discípulos y allegados tuvieron un rol preponderante en el desarrollo y perfeccionamiento de su invención. De éste modo, se fue hilvanando de manera incesante, la trama de la doctrina psicoanalítica.

La diversidad de temas loables de ser abordados por el Psicoanálisis convocó el interés, no sólo de ramas de la medicina como la neurología y la psiquiatría, sino también de ciencias del espíritu como la filosofía, la psicología y la religión. Del mismo modo, se trasladó a otras áreas de conocimiento como la filosofía, la literatura, la sociología, la antropología y el arte. Éste crisol de disciplinas que no discriminó entre facultativos y legos, colaboró en la expansión y la legitimación de nuestra ciencia, pero también instaló en la agenda, desinteligencias, conflictos y rupturas.

Así como sostener el psicoanálisis de manera independiente le significó a Freud sufrir en solitario las críticas, las acusaciones, las ironías y cierto destierro de la comunidad científica de la que formaba parte; compartir y desarrollar el psicoanálisis con otros intelectuales de ámbitos tan disímiles, hizo que deba tolerar incontables veces diferencias de criterio, y otras tantas, soportar el “fuego amigo” y las subsecuentes disidencias y/o deserciones, como fueron los casos de Adler (1870-1937) y Jung (1875-1961).

En efecto, el psicoanálisis es creación mía, yo fui durante diez años el único que se ocupó de él, y todo el disgusto que el nuevo fenómeno provocó en los contemporáneos se descargó sobre mi cabeza en forma de crítica. Me juzgo con derecho a defender este punto de vista: todavía hoy, cuando hace mucho he dejado de ser el único psicoanalista, nadie puede saber mejor que yo lo que el psicoanálisis es, en qué se distingue de otros modos de explorar la vida anímica, qué debe correr bajo su nombre y qué sería mejor llamar de otra manera. (Freud, 1914, p.7)

Ciertamente, desde su nacimiento hasta entonces, el psicoanálisis configuró un fenómeno complejo y atípico; y como resultado de su evolución, gozó de la singularidad de ser una práctica que enlazaba tres procesos a la vez: un método de investigación científico

de los procesos anímicos, una forma de psicoterapia y una disciplina teórica (Freud, 1922-1923).

Pero la disciplina freudiana no se deja reducir a esas tres dimensiones (la teoría, la investigación del inconsciente, la cura), sino que, además, al igual que Freud, los psicoanalistas siempre han afirmado que el psicoanálisis es también un “movimiento” (Freud, 1914; González M., Dagfal A., 2012)

Éste colectivo de personas regidas por un líder y unidas por lazos intelectuales, epistémicos y libidinales tuvo que batallar largo tiempo para abandonar el lugar marginal que en ese momento ocupaban por adherir a la doctrina creada por Freud y unirse en pos de un objetivo en común. Sándor Ferenczi (1910) problematizaba el desorden inherente a los correligionarios del psicoanálisis, siendo éste una de las dificultades más grandes para extender dichas ideas y buscar nuevos adherentes “...ante la gran mayoría somos unos exaltados sin organización ni disciplina, y no podemos imponernos de esa manera” (p.3)

Por tal motivo, la institucionalización del movimiento psicoanalítico fue un paso necesario a la hora de proyectar el futuro del psicoanálisis y beneficiar su proceso de legitimación. Brindarle al mismo una estructura organizacional iba colaborar en cuestiones importantes tales como: diferenciar al psicoanálisis de otras terapias o métodos; propiciar la cohesión y sentimiento de pertenencia de sus miembros; constituir modos de selección y formación de nuevos candidatos, motivar la producción y publicación de trabajos científicos, ocupar un lugar dentro de la comunidad científica, entre otros asuntos.

A su vez, favorecía la posibilidad de insertarse en lugares estratégicos para la investigación clínica y la transmisión del método; esto sería en instituciones tales como la Universidad y el Hospital Público. De éste modo, desde el área educativa, se podría impartir la teoría y técnica analítica en recintos donde se certificaría más fácilmente la doctrina, complementándola a su vez, con el saber médico/psiquiátrico. Si bien para Freud (1919 [1918]) se podía prescindir del claustro académico, reconocía que la incorporación del psicoanálisis a la currícula universitaria “significaría una satisfacción moral para todo psicoanalista” (p. 169). Por otro lado, desde lo asistencial, se tendría acceso a un gran caudal de personas, de diferentes clases sociales y con otros tipos de trastornos anímicos ajenos al mundillo de las neurosis y que rara vez llegarían a la consulta privada; entonces el psicoanálisis ampliaría su técnica para abordar otros malestares y prestaría apoyo a sectores más vulnerables de la comunidad.

Por consiguiente, el establecimiento y la expansión del “Movimiento Psicoanalítico” (Freud, 1914) se vio reflejado en aspectos tales como la sofisticación de su estructura organizacional, la sistematización de sus ritos de iniciación y en la formalización de sus mecanismos de transmisión. Es decir, pasó de una reunión de naturaleza íntima los días miércoles con un número discreto de personas, a la conformación de la Asociación Psicoanalítica Vienesa, siendo éste el puntapié inicial para el armado de otras sociedades locales que pocos años más tarde confluían en la Asociación Psicoanalítica Internacional (1910), fundada con el objetivo de:

Cultivar y promover la ciencia psicoanalítica fundada por Freud en su condición de psicología pura y en su aplicación a la medicina y a las ciencias del espíritu; alentar el apoyo recíproco de entre sus miembros en todos los esfuerzos por adquirir y difundir conocimientos psicoanalíticos. (Freud, 1914, p.43)

Asimismo, la elaboración intelectual y la presentación de casos tuvo su equivalente académico un poco más masivo en la producción de revistas y de literatura propia, como también en la organización y disertación de Congresos Psicoanalíticos, siendo el primero llevado a cabo en la ciudad de Salzburgo en el año 1908 y los sucesivos en otras ciudades europeas, organizados con un grado mayor de escrupulosidad al estar nucleados por la IPA.

El movimiento psicoanalítico trascendió el continente europeo y no sólo se erigió de manera independiente nucleándose en las tradicionales asociaciones, sino que finalmente logró hacerse sitio en otras instituciones académicas, hospitalarias y de otras naturalezas, como veremos más adelante. Tomó protagonismo en el ambiente sociocultural y científico, impactando favorablemente en la cantidad de miembros que se formaban y transformaban en psicoanalistas, a partir requisitos que se fueron formalizando y continúan manteniéndose al día de hoy: el análisis personal, la supervisión de material clínico o análisis de control y la formación permanente y/o presentación de trabajos científicos/investigación.

Dicha consolidación también se evidenció en su campo de acción: pensado originalmente para tratar determinados cuadros psicopatológicos, periodo vital y nivel sociocultural, los criterios de analizabilidad se extendieron gracias a la labor emprendida por nuevos psicoanalistas que se aventuraron a explorar áreas de trabajo y recovecos subjetivos,

hasta ese entonces, inaccesibles, pero que Freud (1904) divisaba como posibilidad futura, manifestándolo tempranamente, por ejemplo, al hablar de patologías no neuróticas:

Las psicosis, los estados de confusión y de desazón profunda (diría; tóxica), son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis. (p. 253)

Éste brío característico atravesó toda su obra. Freud no desistió de examinar continuamente sus propios conceptos, modificando permanentemente sus ideas en función de su experiencia clínica: esto sucedió no sólo con su teoría de la sexualidad, sino que transformó sustancialmente su doctrina con la elaboración de la segunda tópica y con sus nociones respecto de la pulsión de muerte (Roudinesco, 1999). Del mismo modo, su técnica fue cambiando y afinándose, ponderando algunos rasgos frente a otros y descartando algunos aspectos por ser superfluos e incluso, destructivos (Jones, 1994).

También se reflejó en muchas otras de sus acciones: poner al psicoanálisis en marcha, sustentarlo con continua producción teórica, expandirlo a diversos puntos del planeta, institucionalizarlo para darle un marco y cierta sistematización. Transmitirlo a los fines de formar nuevos referentes y sucesores, buscar transformarlo para que la sociedad sea beneficiada por sus efectos, entre otras operaciones, nos sugiere la premisa de que Freud estaba al tanto que dicha disciplina lo iba a trascender. Es así que consideraba necesario mantenerla viva y acorde a las demandas nacientes; independientemente de las resistencias (tanto propias, como ajenas) que más temprano que tarde, iban a manar de dicho proceso.

2.2.2 La Técnica Analítica

“Estimados colegas: Ustedes saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se lo pueda sustituir por algo mejor” (Freud, 1919 [1918], p. 153)

Freud caracterizó y describió en numerosas oportunidades a éste nuevo modo de intervenir, siendo quizás una de las definiciones más operativa, acabada, y por qué no, compleja, la siguiente:

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica. (Freud, 1923 p. 231)

En éste apartado en particular, nos referiremos brevemente a la segunda dimensión de la definición freudiana: el “poder hacer”, aunque es más que probable que nos corramos varias veces de ese borde. En palabras de Etchegoyen (2009) “La teoría y la técnica son indisolubles en nuestra disciplina de modo que en cuanto nos internamos en un área pasamos sin sentirlo a la otra” (p.14). Esto es efecto de la naturaleza del psicoanálisis y los niveles que lo conforman (Laplanche y Pontalis, 1996), provocando en ocasiones confusiones o “fusiones” conceptuales.

Alberto Solimano (2015) también reflexiona sobre éste punto, alegando que:

Ciertamente esta conjunción tiene un valor definitorio, en tanto preserva la singularidad de su objeto, en este caso un sujeto, diferenciándose de la clínica psiquiátrica, que privilegia regularidades y universales para encarar el padecimiento mental y su tratamiento, basándose así en descripciones taxonómicas agrupadas en conjuntos sintomáticos. Esta es una diferencia por la que paga el precio de no poder contar con validación estadística. (p.50)

Volviendo a Etchegoyen (2000), las innovaciones en la teoría psicoanalítica impresionan ser más evidentes y polémicas que las de la técnica, siendo éstas últimas más graduales, aunque no por ello menos controversiales. Éste reconocido autor argentino elaboró uno de los escritos más completos acerca de la técnica analítica, motivado por la escasez de textos que la abordaran acabadamente, con sus problemáticas y vicisitudes. Destaca, además, que es imprescindible distinguir dos conceptos: *técnica*, a la que entiende como las pautas universales vigentes para todos los analistas; y *estilo*, vinculado más bien a cuestiones individuales de cada terapeuta, siendo una variable sujeta al contexto (Etchegoyen 2009).

Pero entonces, ¿cómo delimitamos la noción de técnica? Freud (1923) utiliza esa expresión para nominar “un método de tratamiento” (p.231). Según Julieta Bareiro (2019) Freud designaba como técnica a la praxis psicoanalítica, sin realizar una discriminación conceptual entre técnica y tratamiento:

Freud siempre insistió a lo largo de su obra que la eficacia del caso se sostiene en la obediencia del analista a la técnica. Su buen manejo es que la garantiza no sólo la validez del discurso psicoanalítico, sino también su ética. Esta premisa se mantuvo en autores posteriores a Freud como M. Klein y J. Lacan. (Bareiro, 2019, p.64)

Ralph Greenson (1976), al igual que Donald Winnicott (1954) creen relevante diferenciar la noción de técnica analítica, con la de proceso terapéutico, definiendo a la primera como “...una medida, un instrumento, un modo de obrar, unos medios a que recurren el terapeuta o el paciente con el fin de favorecer los procesos terapéuticos” (Greenson, 1976, p.23). Winnicott (1954) a su vez, esbozará el concepto de *setting* como aquel marco que inspira confianza, donde “el analista se comporta como es debido” (p. 381). Es el modo de nominar la sumatoria de todos los pormenores técnicos, a los que les otorga un papel importante para llevar a cabo el análisis, y más aún, en pacientes graves.

José Bleger (1960) toma ésta definición de Winnicott para distinguir el proceso del encuadre. Para él, la situación analítica está conformada por todos los fenómenos que indagamos, interpretamos e investigamos, y que emergen de la díada analista-analizando. Dicho proceso debe estar sostenido por un “no-proceso”: el encuadre de trabajo, conformado por elementos tales como: “...el rol del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica (en la cual se incluye el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etcétera)” (Bleger, 1960, p.103)

Etchegoyen (2009) entiende al encuadre de la misma manera y enfatiza en las normas que delimitan tanto los roles como la tarea que emprenderán los protagonistas de éste encuentro. Panceira (2015) a su vez nos dice, que dichas pautas hacen posible que se establezca un ambiente estable, confiable y libre de imprevistos (a no ser aquellos que provengan de la realidad).

Más adelante, Green (2010) observará que el encuadre de trabajo es permeable a sufrir notables cambios según el país y la corriente psicoanalítica a la que pertenezcamos, estando también sujeto al ámbito laboral del analista: la consulta privada o una Institución. Según su experiencia, el *pensamiento clínico*² del profesional dependerá del contexto en el cual éste sea llevado a ejercer su función y a menudo, el analista se verá obligado a realizar variaciones en su método. De ahí que cree conveniente realizar una distinción en el seno mismo del encuadre, caracterizando:

- Una matriz activa: Es el núcleo duro del análisis. Aquí ubica a la asociación libre del paciente conjuntamente con la atención flotante y la neutralidad benévola del analista.
- Una fracción variable: Que hace las de estuche protector de la anterior. En éste apartado se encontrarían otros rasgos de menor prioridad: visibilidad-no visibilidad del analista (diván, cara a cara), regulación de los honorarios (condición de gratuidad o no) frecuencia y duración de las sesiones, regulación de las faltas, entre otras cuestiones (Green, 2014).

Cabe destacar que el interés por las modificaciones y/o mejoras técnicas podemos verlas en principio, en el propio Freud, con los cambios que fue introduciendo y que relatamos en apartados anteriores: hipnosis, método catártico, coerción asociativa, hasta llegar a la técnica de asociación libre. Ésta eterna búsqueda de los modos de abordaje más apropiados, fue replicada por analistas contemporáneos a él y otros que llegaron a continuación, movilizados fundamentalmente, por imperativos de la práctica.

En relación a los aspectos técnicos, Starchey (1911-1915 [1914]) nos cuenta que Freud era bastante renuente a la hora de realizar puntualizaciones sistemáticas respecto de éstos. Principalmente, porque no deseaba que sus potenciales pacientes pudieran tener acceso o conocimiento acerca de sus modos particulares de proceder. Además, no creía que fuera posible realizar una automatización general de la misma, como lo aclara en los escritos en los que aborda dichas inquietudes. De igual manera, se encargó de formular algunas reglas a modo de guía y/o consejo:

² Para André Green (2010) “en psicoanálisis existe no sólo una teoría de la clínica, sino también un pensamiento clínico, es decir, un modo original y específico de racionalidad surgido de la experiencia clínica” (p.12). Similar a la idea de Freud (1932-1936) que vinculaba el desarrollo del psicoanálisis al trato con los pacientes, el autor francés asegura que, si bien la elaboración teórica puede tomar distancia de la clínica y los analizantes, “el pensamiento clínico hace pensar siempre en ellos” (2010b, p.13)

Espero que tomarlas en cuenta ahorre muchos gastos inútiles a los médicos que practican el análisis, y los salve de incurrir en muchas omisiones. Pero estoy obligado a decir expresamente que ésta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a los enfermos y a las tareas por solucionar. (Freud, 1912, p. 111)

No pareciera ser obra del azar que empleara la metáfora de una partida de ajedrez para referirse a los tratamientos de índole analítico: en ambas situaciones sólo las aperturas y los cierres son plausibles de ser reglados, mientras que la infinidad de movimientos que pueden suceder en el medio, resultan casi imposibles de nominar (Freud, 1913). Ernest Jones (1997) acompañaba la moción freudiana, explicando que “La complejidad de la psique humana es tal que resulta imposible enumerar todas las situaciones y dificultades particulares que pueden surgir en el curso de un análisis” (p. 245).

Lejos estaba el padre del Psicoanálisis de abogar por una técnica *laissez faire*, empero confiaba en la adquisición del correcto dominio de la destreza analítica en la experiencia clínica, siendo el análisis personal un requisito ineludible, al que posteriormente se le sumó el “*análisis de control*”. Si es cierto que remarcó como cardinal para la figura del analista la regla de la abstinencia; de éste modo no se entorpecían las asociaciones del analizante y se evitaba el impulso peligroso de acceder a mociones y demandas del mismo, resultado de aspectos transferenciales y contratransferenciales.

Etchegoyen (2000) condensa la pericia freudiana de la siguiente manera:

Freud establece la asociación libre como la *única* regla que impone a sus pacientes, la regla *fundamental* indispensable para el desarrollo de la cura. La asociación libre y su contrapartida, la atención flotante, marcan la tarea del analizado, que es dar información diciendo *todo* lo que aflora en su mente, y del analista, que es recibir esa información (escucha) y responder sólo con una información que se llama interpretación (y/o construcción). De ellas se siguen las otras normas del método, esto es, la reserva analítica, la asimetría y la regla de la abstinencia. (p.48)

Por otra parte, Freud reconoció en distintas oportunidades las dificultades que presentaba la técnica clásica a la hora de abordar otro tipo de patologías: “Nuestra técnica creció en el tratamiento de la histeria y sigue ajustada a esa afección” (Freud, 1919 [1918], p. 161); inclusive señaló otros modos de proceder en el caso de las fobias, como así también, en algunas neurosis obsesivas, en las que una espera pasiva por parte del analista era a la mar de inapropiada, pudiendo hasta tener efectos iatrogénicos en desmedro de los curativos.

Dichas dificultades se acrecentaban más aún en el abordaje de otro tipo de trastornos, como eran los casos de las “neurosis narcisistas” (Freud, 1916-1917, p.384), afirmando que los métodos técnicos estándares de ese entonces, debían ser sustituidos por otros, sin certeza de que puedan, a la brevedad, encontrar dicho reemplazo.

Sabemos que el ideal analítico consistía en hacer consciente lo inconsciente, y más adelante, segunda tópica mediante, bajo la premisa “donde ello era yo debo advenir” (Freud, 1932, p.74), se enfocó en el fortalecimiento del yo mediante el levantamiento de la represión, el deshacimiento de las resistencias y la rememoración de aquello inconsciente reprimido. Amén de esto, Freud era consciente de que dicho mandato no siempre podía ser llevado a cabo mediante la pasividad habitual del analista.

En ocasiones, se valía del uso de las construcciones, es decir, elaboraciones que realiza el analista en transferencia, para recomponer y llenar lagunas de recuerdo del pasado infantil. Prestarle representaciones, imágenes, sensaciones al paciente, donando nuestro preconsciente, es una tarea frecuente con pacientes que bordean los procesos neuróticos o presentan dificultades en los procesos de simbolización.

Acorde a lo manifestado precedentemente, Freud (1919 [1918]) vaticinaba un futuro próspero para su creación, y creía que había que suscitar la posibilidad de que el psicoanálisis logre una efectividad terapéutica mayor. Para que esto se hiciera realidad, su disciplina debía poder tratar a una cantidad numerosa de personas, como así también, a un espectro más diverso de trastornos anímicos.

Aquello debía estar acompañado de dispositivos de enseñanza y formación, imperativo que adquiere una animosidad mayor, luego de descubrir las problemáticas que suscitaba la contratransferencia. Por ende, la doctrina analítica sería aprehendida con pericia a la vez que el alivio de la cura analítica sería experimentado sin discriminar estratos sociales. Con vistas a éste proyecto, Freud (1919 [1918]) se mostraba dispuesto a aceptar algunos

cambios, siempre y cuando la psicoterapia analítica conserve los ingredientes principales del psicoanálisis más riguroso.

A pesar de lo expresado, pareciera que Freud tenía actitudes algo ambivalentes respecto a desarrollos y ampliaciones de los aspectos técnicos de su doctrina, promoviendo y obstaculizando en partes iguales, dicho progreso con sus discípulos.

2.2.3 Problemas Técnicos

“El conocimiento psicoanalítico no siempre sigue una línea ascendente y no es sólo fruto del ingenio de unos pocos, sino también del esfuerzo de muchos” (Etchegoyen, 1985 p. 13)

Sándor Ferenczi (1873-1933) fue uno de los psicoanalistas más cercanos a Freud que realizó contribuciones técnicas muy notables, y tal vez, demasiado audaces para la época. Es posible que por ésta razón las mismas fueran descalificadas por mucho tiempo, hasta por el mismísimo profesor: “La necesidad de curar y asistir se había vuelto hiperpotentes en él. Es probable que se hubiera puesto metas inalcanzables con nuestros actuales métodos terapéuticos” (Freud, 1933, p.228)

A diferencia de ese entonces, al día de hoy sus ideas están siendo redescubiertas y valorizadas. Su recorrido teórico, clínico e institucional fue de lo más prolífico, convirtiéndose inclusive, en el primer referente de la doctrina en obtener una cátedra de Psicoanálisis en la Universidad (Budapest, 1919) y uno de los principales promotores de la conformación de la IPA.

Éste autor proveniente de Budapest, desarrolló una visión crítica sobre la técnica analítica y delineó tres propuestas para subsanar ciertos “puntos ciegos” del método clásico: la “técnica activa”, su aporte más conocido y al que dedicó varios años, y el “principio de relajación” y el “análisis mutuo”. Éstos consistían en modos de abordaje complementarios a la técnica analítica “estándar”; plausibles de ser utilizados en determinados casos clínicos o momentos particulares del análisis, en los que la cura estaba detenida u obstaculizada.

Según Ferenczi (1920), la noción de *actividad* procedía del propio Freud: Primeramente, por el rol protagónico que el método catártico tuvo en la prehistoria del psicoanálisis; y más tarde, al señalar la pertinencia y subsecuentes beneficios de cierta actividad por parte del analista, a la hora de tratar algunas fobias y obsesiones (Freud, 1918; Ferenczi, 1919).

En principio, Freud (1919 [1918]) parece celebrar dichos avances, aludiendo que en determinados casos la actividad por parte del médico es admisible e incuestionable, precisando de igual manera que: “En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación –de abstinencia–”(Freud, 1919 [1918]) p.158.). Esta declaración aparenta estar a tono con lo que postulaba el mismo Ferenczi (1920, 1926), para quien la aludida actividad hacía las de ortopedia del método tradicional, reservándola exclusivamente para momentos específicos de un tratamiento. Es más: su tino era resultado indefectible de un vasto dominio del método clásico, y de un vínculo transferencial con el paciente sólidamente instalado, sino, corría peligro de transformarse en un mero autoritarismo o en un retorno a prácticas sugestivas ya abandonadas por su obsolescencia.

La mencionada técnica constaba de indicaciones o actos que animaban la actividad del paciente que se encontraba estancado en el análisis, con el fin de precipitar la aparición de material para la interpretación (Ferenczi, 1928). Asimismo, podía consistir en construir y/o prestar representaciones a un analizando que se encontraba imposibilitado a formar asociaciones, como también establecer una fecha límite para el fin del análisis, intervención que realizó el mismo Freud (1914 [1918]) en su célebre tratamiento con Serguéi Pankéyev y en otros tantos, con resultados no concluyentes.

Más adelante, éste productivo analista, pulió su teoría y progresó a lo que denominó “*principio de relajación*” y “*análisis mutuo*”. En términos generales, ambos conceptos consistían en la adaptación del dispositivo terapéutico a las necesidades del paciente, poniendo el foco en la empatía y el clima afectivo de las sesiones, y jerarquizando la espontaneidad del analista, en especial con aquellos pacientes cuyo análisis no podía ser desarrollado en un completo estado de privación y abstinencia.

Heinz Kohut (1984) compartía una visión similar al revelar que establecida la situación analítica y una actitud confiable del terapeuta para con sus pacientes, se podían obtener muy buenos resultados terapéuticos por más que las teorías que orientan al analista sean erróneas, es decir, que la comprensión, el *tacto* (Ferenczi) o la *persona del médico* (Freud) eran fundamentales para la dirección de la cura.

Seguramente éstas hipótesis acontecieron a partir de la capacidad Ferenczi de trabajar con analizantes de naturaleza no neurótica, siendo conocido en el gremio de la época por tomar casos difíciles o considerados “*no analizables*” por otros colegas (Helen Deuch). En palabras de Winnicott (1959-1964), “Ferenczi (1931) realizó un aporte significativo al

considerar el análisis frustrado de un paciente con trastorno del carácter no simplemente como una falla de la selección, sino como una deficiencia de la técnica analítica” (p.163). Su impronta puede verse reflejada en los modos de emprender la clínica y en las nociones teóricas de psicoanalistas de la talla del mismo Winnicott, Balint, Lacan y Kohut, como también en el desarrollo de las psicoterapias de índole analítico (Manuel Murillo, 2016).

Podemos presumir, que, por falta de tiempo, las nociones de *análisis mutuo* y *principio de relajación* no fueron precisadas con la profundidad requerida, prestándose a lecturas confusas. Era opinión de Freud que los artificios técnicos necesitaban ser perfeccionados para que se integren al repertorio cotidiano, situación que finamente fue sucediendo con los aportes ferenczianos.

Otro investigador que tuvo inquietudes afines fue Otto Rank (1884-1939), flamante secretario del grupo de Viena, considerado en un período por Freud (1914) como su “más fiel auxiliar y colaborador” (p. 24). Tal es así, que ocupó cargos significativos en el Movimiento Psicoanalítico, vinculados mayormente a las revistas y editoriales, en consonancia con su recorrido y con su formación; privilegios que más adelante se van a dar por perdidos.

Los primeros trabajos de éste psicoanalista “profano” fueron relativos a la literatura y al arte, supeditados a lo que él denominó “impulso creativo” (Rank, 1932). Éste concepto fue concebido como una fuerza intencionalmente trascendental y libre, producto de la lucha contra miedos y ansiedades respecto de las dos realidades inherentes al ser humano: la vida y la muerte (Philip Hetch, 1994). Luego, conjuntamente con Ferenczi (1924) en “Perspectivas del Psicoanálisis” y posteriormente a solas, basó sus escritos e interés en aspectos más delicados de la doctrina, que lo llevarían a cuestionar algunas nociones analíticas centrales, fuertemente establecidas.

Al igual que su colega húngaro, Rank apoyaba la premisa de una técnica analítica más dúctil y con tiempos limitados, abogando por una psicoterapia breve. Por éste motivo, solía informar de antemano a sus pacientes la duración del proceso terapéutico, sumando al trabajo de elaboración del pasado infantil, el abordaje de la conflictiva actual del paciente.

Uno de sus desarrollos más controversiales y sonados, fue el denominado “trauma del nacimiento” (Rank, 1924). En dicho escrito, Rank consideraba que la separación entre madre e hijo durante el momento del alumbramiento ocasionaba una angustia primitiva que podía explicar el origen de los trastornos neuróticos. Esto no hubiera sido un inconveniente mayor,

si no lo hubiera postulado como un conflicto nuclear que competiría a la par con uno de los fundamentos analíticos por excelencia: el Complejo de Edipo.

Por tanto, éstas ideas tampoco fueron bien recibidas en el círculo freudiano al considerarse contrarias a los estatutos básicos propuestos por Freud. Aun así, dichos aportes favorecieron el interés hacia otras áreas de investigación no exploradas hasta ese momento, tales como la figura materna y el vínculo temprano, de gran trascendencia para ulteriores desarrollos.

A pesar de la exigua acogida inicial, la elasticidad o adaptabilidad de la técnica analítica a las necesidades del paciente, y también, podemos agregar, a la realidad contextual, fue retomada y desarrollada por muchos psicoanalistas coetáneos a Freud y tantos otros posfreudianos. Según Green (2010), éste desacuerdo dio origen a un nuevo linaje de analista: “el analista-terapeuta” (p.21).

Freud (1910) lo había formulado inicialmente expresando que “...la técnica analítica tiene que experimentar ciertas modificaciones de acuerdo con la forma de enfermedad y las pulsiones que predominen en el paciente” (p.137), aunque tal vez, no quería apresurarse en incorporar nuevas herramientas sin que éstas logren una madurez necesaria, por eso quizás, no llegó a aceptar lo propuesto por Ferenczi o Rank.

2.2.4 Modificaciones Apropriadas

“El psicoanálisis se inició con investigaciones sobre la histeria, pero en el transcurso de los años se ha extendido mucho más allá de ese campo de trabajo” Freud, (1913 [1911], p. 211).

Conforme a lo que fuimos desplegando y consabido por la propia experiencia, la técnica en psicoanálisis es un atributo fundamental en nuestra disciplina, exhibiendo aspectos distinguidos por todos y otros que parecieran permanecer más bien herméticos o arcanos. En palabras de Ferenczi (1927-1928):

Siempre hubo, y todavía las hay, en el interior de la técnica psicoanalítica, muchas cosas que daban la impresión de ser algo individual, difícilmente definible con palabras; en principio el hecho de que, en este trabajo, la importancia que se daba a la “ecuación personal” fuera mayor de la que debíamos aceptar en el mundo científico. (p. 2)

Edward Glover (1899-1972) fue uno de los primeros analistas en escribir acerca de la técnica y sus vicisitudes, manifestando que había una deuda importante en el diálogo oficial respecto del accionar procedimental en psicoanálisis. Atribuía esto, en principio, a la dificultad en la forma describir y sistematizar nuestro modo de trabajo de manera concreta; y, en segundo lugar, a razones defensivas consecuencia de ansiedades subjetivas de los propios analistas (Glover, 1928, 1940)

Con éste estado de situación, el autor llevó a cabo una interesante investigación basada en entrevistas a miembros de la Sociedad Psicoanalítica Británica, como modo de abrir el debate respecto de éste tema, ya que según él: "Eclecticismo y ansiedad son compañeros cuestionables en el camino de la ciencia. Su influencia combinada es disruptiva" (Glover, 1940, p.2)³. Sus inquietudes y el método que adoptó para canalizarlas, iluminan en cierta manera, el desarrollo del presente trabajo.

Poco tiempo después, Otto Fenichel (1897-1946) presentó su propio compendio sobre las problemáticas suscitadas a partir de la técnica, en donde señalaba que:

Podemos y debemos ser siempre elásticos en la aplicación de las reglas técnicas. Todo es admisible a condición de que se sepa por qué se hace. Para poder hablar de que un trabajo es analítico no hay que tener en cuenta ciertas reglas técnicas sino el modo de abordar la resistencia y la transferencia (Fenichel, 1941, p.30)

Unas décadas más adelante, encontramos a Winnicott (1954) alegando que el psicoanálisis era más que un ejercicio técnico. Enfatizaba la importancia de la formación teórica, desaconsejando su uso excesivo y deliberado durante el trabajo clínico, siendo fundamental que el analista haya aprendido su técnica a tal punto de que pueda olvidarse de ella (Panceira, 2015, p. 69). Manifestaba que ciertas operaciones efectuadas en el campo analítico requerían ser revisadas y discutidas, para que no queden solapadas bajo el disfraz de "arte intuitivo" del analista, similar si se quiere, a lo planteado por Glover.

³ La traducción es mía.

Para lograr aquello, resultaba imprescindible realizar una correcta distinción entre técnica y proceso terapéutico, reconociendo, además, que muchos casos clínicos le habían demandado revisar su repertorio técnico (Winnicott, 1954).

Aquí podemos volver a Freud (1932-1936), quien había tomado la premisa de Charcot de la clínica como soberana, afirmando: “Ustedes saben que el psicoanálisis nació como terapia; ha llegado a ser mucho más que eso, pero nunca abandonó su patria de origen, y en cuanto a su profundización y ulterior desarrollo sigue dependiendo del trato con enfermos” (Freud, 1932-1936, p.140).

Para Winnicott, Freud eligió para trabajar aquellos pacientes que habían recibido un adecuado cuidado de su medio en la infancia más temprana, sujetos que habían alcanzado la triangulación edípica, para los cuales el método clásico se ajustaba (casi) a la perfección. Dicha apreciación no fue hecha como una crítica al “alma máter” psicoanalítico, sino como un dato de la realidad, que motivaba a completar aquel trabajo que Freud, por obvias razones, dejó para que finalicen los psicoanalistas fiduciarios de su patrimonio.

De acuerdo con Michael Balint (1982) esa “penosa selección” de analizantes, interfirió en la adquisición de responsabilidad hacia nuevos fenómenos de la vida psíquica, en perjuicio de todos los que ejercemos el psicoanálisis y para la propia disciplina, perdiendo una oportunidad irrecuperable:

Nuestra técnica fue elaborada para tratar a pacientes que experimentan la interpretación del analista como interpretación y cuyo yo es lo bastante fuerte para permitirles “aceptar” las interpretaciones y llevar a cabo lo que Freud llamó proceso de “elaboración”. Sabemos que no todos los pacientes son capaces de llevar a cabo éste proceso, y es precisamente en éstos pacientes en los que encontramos dificultades. (Balint, 1982, p. 22)

En los años subsiguientes otras “modificaciones apropiadas” de la mano de distintas personalidades de dicho colectivo. La labor analítica con niños y adolescentes (Klein, A. Freud, Winnicott), con grupos (Bion, Goldenberg, Anzieu, Pichon-Rivière), el abordaje de las psicosis y otras problemáticas más cercanas a Narciso que a Edipo (Franz, Winnicott, Bion, Lacan, Meltzer, Rosenfeld, Seagal, Searles, Balint, Green) que tan frecuentemente

encontramos en nuestra clínica actual, fueron corriendo inevitablemente los bordes del llamado “análisis clásico”, sin menoscabar sus principios fundamentales ni su identidad.

2.2.5 Profano vs. Silvestre

“Al analista lego profesional no resultará difícil ganarse el prestigio que merece como curador profano de almas” (Freud, 1926, p. 239)

“Primero, el psicoanálisis debe ser una experiencia” (Rodulfo, 2008, p.14)

Así como los aspectos técnicos se instauraron paulatinamente entrando al segundo decenio del psicoanálisis, e implicaron una serie sustancial de desavenencias; los inconvenientes entorno a nuestra ciencia no se detuvieron allí. Un nuevo frente, íntimamente vinculado a la técnica, que quedó en evidencia con la profesionalización del psicoanálisis y su expansión internacional, fue el debate respecto de quienes estaban capacitados y autorizados para ejercerlo.

Si desde su más tierna infancia, el psicoanálisis fue víctima de la intransigencia médica para aceptarlo como un modo de psicoterapia para las enfermedades mentales, décadas más tarde, se convirtió en una cruzada galena, obtener el monopolio de la función analítica. Hasta cierto punto, Freud (1926) tomó éste ímpetu como un logro, pues una actitud más benévola de sus pares, significaba la aceptación de la doctrina que había fundado y nutrido con tanto celo. Por otro lado, implicaba un obstáculo bastante importante, ya que había muchos analistas en sus filas, incluida su hija Anna, que no tenían el grado en medicina.

El tratamiento analítico emprendido por no médicos, conocido como “análisis profano”, se asimilaba al mero curanderismo y podía ser penado por la ley en distintos países. Con la imputación de Theodor Reik, Freud (1926) escribe un alegato en el que establece algunas puntualizaciones respecto del Reino Unido, Estados Unidos (ciertos Estados) y Alemania, territorios cuya normativa no interferiría para llevar a cabo un análisis lego; a diferencia de Austria, Francia y podemos agregar también el caso de nuestro país, en donde tratar enfermos sin el título de médico estaba penado por la ley.

Las resistencias hacia ésta modalidad del análisis, no sólo provenían desde presiones externas al Movimiento Psicoanalítico, sino que brotaban del brazo más ortodoxo de la asociación, siendo algunos de los más fervientes detractores de la práctica profana, los noveles analistas norteamericanos, que pujaron por una normativa que formalice dicha

interdicción. Tal es así que, por varios años, se estableció una alianza entre Medicina, Psicoanálisis y Universidad en Estados Unidos.⁴

Para Freud (1926), la disputa tocante a la habilitación de la práctica psicoanalítica, no podía resolverse a través de costumbres heredadas, o, dicho de otro modo, recurriendo al territorio seguro del patrimonio médico. La novedad que comportaba dicha problemática, requería una tramitación que esté a la altura de las circunstancias: Así pues, la resolución más adecuada consistiría en que los analistas tengan la posibilidad de adquirir una instrucción específica y adecuada para ejercer de manera idónea. Su intención apuntaba a que ésta formación sea independiente de la medicina, psiquiatría o psicología.

Como en ese entonces, la disciplina freudiana no formaba parte ningún programa universitario, facultades o casas de estudios superiores, los Institutos Psicoanalíticos recientemente inaugurados, eran un recurso oportuno para sortear, al menos inicialmente, dicho apremio. Con miras a éste objetivo, cobraba gran importancia ofrecer oportunidades de formación, de modo tal que se pueda aumentar el influjo sobre los candidatos, motivándolos y guiándolos hacia una práctica competente (Freud, 1926).

Contrario a lo que sucedía con muchos de sus colegas, Freud (1927) se mostró mucho más preocupado por el “análisis silvestre” (Freud, 1910), aquel que era llevado a cabo por galenos sin instrucción específica en psicoanálisis, declarando de manera contundente que “...el analista médico carente de formación era todavía más peligroso que los legos” (Freud, 1927, p.240). Remarcando que aquellas intervenciones realizadas desde un psicoanálisis mal aprendido, dejaban sin posibilidad alguna que devenga un verdadero análisis en un futuro cercano.

Para que el médico se cultive en dicha doctrina, los libros no eran suficientes, siendo condición de adquirir ésta habilidad, aprenderla “con quienes ya la dominan” (Freud, 1910 p.226). En palabras de Ferenczi (1927-1928): “...la segunda regla fundamental del psicoanálisis a saber que quien desee analizar a los demás debe primero ser él mismo analizado” (p.2), agregando que “Esta educación para el conocimiento y el dominio de uno

⁴ Dicha problemática es abordada en el trabajo de Sánchez-Barranco Ruiz, Sánchez-Barranco Vallejo, & Balbuena Rivera (2002)

mismo es lo esencial de la formación analítica, su condición sine qua non; la formación teórica y práctica sólo puede venir después” (Ferenczi, 1928, p. 1). En palabras de Jones (1997):

Existe, sin embargo, un requisito previo para el uso adecuado de esa experiencia y es cierta libertad personal y cierta armonía, que se consiguen solamente a través de la experiencia personal del análisis y que nos permite descubrir siquiera un eco en nosotros mismos de toda reacción emotiva manifestada por el paciente y comprender su significado (p. 245).

Según Winnicott (1961) “A menos que tenga el genio de Freud, un analista no puede practicar el psicoanálisis si no lo ha experimentado él mismo” (p.22). Rodulfo (2008) en una línea similar, alude que nuestra profesión no se aprende simplemente estudiando una teoría, sino que “...ser analista es un acontecimiento que adviene de un encuentro...” (p.15), refiriéndose a la experiencia del análisis personal. Acorde a lo investigado por Roudinesco (2015), la idea del análisis de analistas, tanto el didáctico como el de control, se establecerían con el paso de los años a partir de la célebre experiencia del Policlínico de Berlín.

En Argentina, no fuimos ajenos al dilema del análisis lego. Para Rosa Falcone (2012) el interés por las psicoterapias, especialmente por el psicoanálisis, se dio justo en un momento donde transcurría un cambio de paradigma sustancial: de la psiquiatría asilar al higienismo mental, con ideas importadas desde los movimientos de Estados Unidos y Francia. Dichas transformaciones dejaron a su paso lugares vacantes, que, paulatinamente, fueron ocupados por psicoterapias que se desarrollaron al margen de la medicina, cobrando el psicoanálisis profano un rol fundamental. Esto también se vio reflejado, años más tarde, en el desarrollo de la carrera de psicología, teniendo nuestro país, así también como Francia, una impronta significativa de psicólogos-psicoanalistas.

Con éste estado de las cosas, los flamantes psicólogos tuvieron, en un principio, una impronta más social, formados por referentes analíticos con ese compromiso muy arraigado, como Enrique Pichon-Rivière y José Bleger. Su trabajo se orientó a las instituciones y a la comunidad, vital en el traspaso del paradigma de la higiene mental (más ligado a la psiquiatría y la neurología) al de la Salud Mental (en el que el psicoanálisis tendrá un lugar protagónico);

para luego mutar y centrar su arte, en la consulta privada, habilitada tiempo después de atravesar distintas resistencias.⁵

2.2.6 Psicoanálisis, Instituciones y Dispositivos

“Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta [ambulatoria] a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes, aplicando el análisis, volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren peligro de caer quebrantadas bajo la carga de las privaciones, a niños a quienes solo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos”. (Freud, 1918, pág. 167)

Tal como lo fuimos viendo, el psicoanálisis, lejos de ser ajeno e impasible a las condiciones de época y a los “malestares culturales” resultantes de las mismas, fue habitando diversos (y adversos) contextos históricos y socioculturales, constituyendo dispositivos alternativos para brindar su escucha y su modo particular de pensamiento. Ya en 1918, a partir de los efectos traumáticos ocasionados por la Gran Guerra, y al considerar a las neurosis como una problemática de Salud Pública, Freud propició la apertura del psicoanálisis a otros ámbitos, posibilitando, tanto su acceso a una mayor cantidad de pacientes, como la formación y transmisión del mismo a profesionales interesados en éste novedoso abordar las enfermedades del alma.

La frase de Freud (1918) donde sugería “alejar el oro puro del psicoanálisis con el cobre de la sugestión directa”, abrió la posibilidad de emplear el procedimiento analítico bajo un claro principio de realidad: A menudo habrá que resignar su “pureza” con el objetivo de extender sus ámbitos de aplicación. Él consideraba que “la patria de origen” del psicoanálisis era la clínica con pacientes (Freud, 1933), reflexión que no pierde vigencia y que nos recuerda permanentemente que la longevidad del método que elegimos para acompañar la cura de nuestros analizantes, queda irremisiblemente sujeta a los emergentes de la práctica, premisa que apoyaron psicoanalistas como Winnicott, Balint, junto con otros tantos.

Pero la introducción del psicoanálisis en las instituciones no fue tarea sencilla. Según Francisco Montejo Alonso (2009) siguió siendo rechazado por la comunidad científica como teoría y como terapéutica, por lo que la práctica se limitaba a pocas consultas privadas y a escasa cantidad de psicoanalistas. Con éste estado de las cosas, tenía pocas posibilidades de desarrollarse y llegar a más personas. Para ello, debía apuntalarse en nuevos proyectos,

⁵ Alejandro Dagfal (2011, 2014) realiza un estudio profundo e interesante sobre éste punto.

entre los que se estableció como prioridad, la creación de clínicas gratuitas que a la vez funcionen como institutos de formación para nuevos psicoanalistas.

En consonancia con dichas ideas y con la ferviente contribución de Karl Abraham, Max Eitingon y Ernst Simmel, en 1920 Freud inaugura el Instituto Policlínico Psicoanalítico de Berlín (también conocido como “la Poliklinik”), primer servicio ambulatorio psicoanalítico que dos años más tarde tendrá su réplica en la ciudad de Viena, el célebre “Ambulatorium”.

Entre las llamativas novedades de la Poliklinik se hallaban el tratamiento gratuito, las pautas relativas a la extensión del tratamiento, y el análisis fraccionario o de tiempo limitado. Allí se debatieron los gérmenes del análisis de niños y cobró carácter formal la capacitación psicoanalítica. (Danto, 2007, p.634)

Para Elizabeth Danto (2007) éstos novedosos dispositivos fueron replicando las dificultades, bondades y capacidad de inventiva del psicoanálisis, a partir de debates respecto de la técnica, el encuadre y la educación de base del analista en formación. La concepción esencialmente igualitaria del psicoanálisis, implicaba que el proceso terapéutico llevado a cabo en éstos espacios no guarde diferencias con el trato que recibían los pacientes de la práctica privada.

La puesta en marcha del sueño freudiano, tenía como meta brindar tratamiento tanto a víctimas de la guerra, como a aquellas personas que no podían acceder a un espacio analítico por cuestiones económicas. Esto era funcional a su vez, para resolver las dificultades que implicaba el aprendizaje correcto de la técnica analítica, tanto por su singularidad, como por la escasa accesibilidad que podían tener los interesados en ello; aumentar el número de analistas, así como también resolver la dicotomía silvestre-profano.

Para Freud (1925 [1924]), éstos dispositivos: “Hacen posible la formación de un número mayor de analistas instruidos, en cuya eficacia debe verse la única protección posible contra el daño que personas ignorantes o no calificadas, sean legos o médicos, infieren a los enfermos” (p.290). En función de todo lo anterior, se establecieron diversos modos de transmisión: conferencias para profesionales de la salud y la educación, así como también la tarea de formar analistas nóveles, estableciendo un modelo de Institución Psicoanalítica con los diversos pilares que sustentan la doctrina (Achilli, 2020).

Freud (1918) esperaba que estas Instituciones y asociaciones se sigan multiplicando y que éstos dispositivos sostenidos y financiados desde aportes privados, tengan su réplica en el estado: “Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. [...] es probable que sea la beneficencia privada la que inicie tales institutos. De todos modos, alguna vez ocurrirá.” (Freud, 1918, pág. 167)

En el caso de nuestro país, Falcone (2012) nos explica que, aunque la clínica analítica se inició en Instituciones Hospitalarias, en los años subsiguientes se instaló casi exclusivamente en el ámbito de la consulta privada. Las ideas de Freud aterrizan de la mano de precursores de la Salud Mental tales como José María Ramos Mejía (1849-1914), José Ingenieros (1877-1925), Horacio Piñero (1869-1919), Fernando Gorriti (1876-1970) y Jorge Thenón (1902-1985) quienes esgrimieron al Hospital Público como ámbito para la práctica y la enseñanza de las “enfermedades nerviosas”, sentando las bases para la inserción del pensamiento analítico en la Salud Pública Argentina (Jardon M, 2012), manteniendo prácticamente una sincronía con la vanguardia europea.

A pesar de esto, las referencias respecto de la práctica analítica de la época, son escasas. Como mencionamos en el apartado anterior, según Falcone (2012) la transmisión de dicha técnica tuvo un vínculo complejo con la medicina psicobiológica (a diferencia de Estados Unidos), resultando que la aplicación del psicoanálisis en ámbitos públicos–y/o privados sea un proceso lento y dificultoso. En éste contexto, el psicoanálisis profano cobró un rol muy criticado pero crucial, trazando la peculiar amalgama psicólogo/psicoanalista tan característica en nuestro país (González y Dagfal, 2012).

También se replicó lo que sucedía del otro lado del océano: la formación analítica se realizaba en grupos de estudios, centros y dispositivos no universitarios. La primera Asociación Psicoanalítica del país, la Asociación Psicoanalítica Argentina (1942), se desarrollaba como su referente la IPA de manera privada, al margen del Estado y la Universidad, constituyendo un ámbito profesional independiente de las instituciones tradicionales (González y Dagfal, 2012). De igual manera, referentes como Rascovsky, Pichon-Rivière y Arminda Aberastury dejaron su huella inaugural del Psicoanálisis en el Hospital (Jardón, 2012; Paola, 2008), marca que fue replicándose en otros dispositivos como el Hospital Lanús, primera Institución Pública en brindar una formación psicoanalítica integral según los principios doctrinales que guiaron las clínicas europeas (Dagfal, 2007).

Según nos cuenta Emiliano Galende (1990) “la extensión de lo psicológico implicó la expansión de lo psicoanalítico” (p.259). De éste modo, el psicoanálisis ofrendó su sapiencia y sus garantías, al crisol de prácticas psicológicas que penetraban el ámbito educativo, la salud, los “reformatorios” de menores y cárceles de adultos, entre otras instituciones. La inserción en diferentes ámbitos y prácticas terapéuticas, más que la integración con la psiquiatría, favoreció la creación de un espacio propio, influenciando a su vez la modernización de aquella (Galende 1990).

Actualmente, somos muchos profesionales de orientación psicoanalítica que pivoteamos nuestra práctica entre la consulta privada y dispositivos institucionales de Salud Mental, ámbitos donde la clínica se tiñe con la singularidad propia de cada cultura institucional: sus tiempos, sus discursos, sus significantes, sus padecimientos, las leyes que la enmarcan y la pluralidad de exigencias que devienen de las interacciones de lo anteriormente mencionado.

Dichos atributos muchas veces, penetran la intimidad del consultorio, moldeando de manera distintiva los vínculos transferenciales y provocando efectos (a veces deseados, otras no tanto) en el análisis, pasando a ser la Institución otro personaje principal en la escena terapéutica, ya sea como holding, ya sea como obstáculo o discurso alienante. Resulta ineludible el surgimiento de sentimientos ambiguos y contradictorios muy difíciles de evadir, ya que las Instituciones como instrumentos de la cultura expresan una innegable cuota de poder, brindándonos al mismo tiempo malestar y bienestar, protección y sufrimiento (Freud S., 1929; Fernández L., 1994).

La voráGINE laboral, favorece la emergencia de interrogantes respecto al quehacer psicoanalítico en los diversos escenarios que se nos presentan para ejercer nuestra práctica: su pertinencia, su adaptabilidad y su actualización, con especial atención en su puesta en juego sin perder de vista las fronteras éticas e identitarias que delimitan nuestro trabajo.

2.2.7 Lo Institucional

“La aplicación honesta de las enseñanzas del psicoanálisis al campo de lo público es un esfuerzo creativo cuyos frutos están siendo altamente rentables [...] La discriminación negativa de una práctica pública es, en mi criterio, una infracción a la ética del psicoanálisis” (Leal Rubio, 1995, p.96).

Si bien nos hemos acercado a la noción de institución cuando reseñamos la organización del movimiento psicoanalítico, la creación de las clínicas y el ambulatorio,

simultáneamente con la relación vacilante del psicoanálisis con los ámbitos de tipo “corporativo”, no terminamos de delinear ninguna definición que nos dé cuenta de qué hablamos cuando hablamos de las instituciones. Establecer una enunciación certera en ésta materia no es tarea fácil, pero tomaremos los puntos que juzgamos más significativos para éste trabajo.

Una primera aproximación, quizás evidente, pero al mismo tiempo insoslayable, es la de considerar a las instituciones como subrogados culturales. Freud (1930 [1929]) concibe a la cultura como “...la suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales, y que sirven a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres” (p. 88). Las instituciones, representantes de la misma, funcionan como continente del psiquismo y de las pulsiones ante la ausencia de límites francos con el mundo exterior, operando como sostén y ortopedia frente al estado de indefensión propio del ser humano. Por tanto, actúan como defensa frente a todo tipo de ansiedades primitivas (Klein) a la vez que son guardianes del orden establecido, brindándole al sujeto la posibilidad de organizar el mundo, que, de otra manera, irrumpiría de un modo anárquico y amenazante (Fernández, 1994).

Pasar de lo individual a lo social, cultura mediante, es un paso decisivo y complejo. Implica numerosas renunciaciones personales (y pulsionales) al establecer ideales categóricos que modelan la subjetividad de cada época, ideales que son encarnados y promovidos por las instituciones. Adentrarnos en éste universo nos proyecta a su vez, a la problemática de la intersubjetividad. El padre del psicoanálisis explicaba *que* “En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo...” (Freud, 1921, p. 67).

Aun cuando sus desarrollos se centraron en los procesos intrasubjetivos, muchos pos freudianos abordaron profundamente las vicisitudes de lo vincular, espectro amplio y complejo que no podremos abordar en el presente trabajo. Si cabe mencionar, que el encuentro con otros y su consecuente alteridad, provoca efectos diversos en la propia subjetividad.

La unión a partir de lazos libidinales e identificatorios, que nos brinda cohesión y sentido de pertenencia a un grupo social o institución, tiene su contracara de rechazo y necesidad de exclusión cuando la alteridad o ajenidad del otro excede nuestra capacidad de representación (Berenstein, 2004).

Como veníamos expresando, ser parte de una institución reviste un carácter ambivalente: así como nos brinda protección, seguridad e ilusión, a su vez, es el origen de muchos pesares, frustraciones y sufrimientos (Freud 1930 [1929]; Fernández, 1994, Kaës, 1989).

Siguiendo ésta línea, René Kaës (1989) conceptualiza tres fuentes distintas de padecimiento institucional:

- La primera, relacionada al hecho institucional mismo: El hombre civilizado realiza una cesión de placer y felicidad individual a cambio de la seguridad que le brinda la vida en común (Freud, 1930).
- La segunda, atañe a las características propias de cada institución y de la adecuada puesta en marcha de sus formaciones intermediarias⁶: el “*entre*” sujeto e institución
- La última fuente de sufrimiento, según el autor, devendrá de la configuración psíquica de cada sujeto: no todos padecemos “*lo institucional*” de la misma manera (Kaës, 1989, 1998).

Para Fernando Ulloa (1969), resulta difícil comprender a las organizaciones institucionales desde una óptica exclusivamente psicoanalítica, dificultad que se acrecienta con la ambigüedad del término, que puede enunciar tanto la regularidad de una acción como una organización social. La entiende como: “...un organismo con una geografía y una ordenación del tiempo y de las responsabilidades con objetivos por alcanzar y medios adecuados a tal fin, todo regulado por un código y por normas explícitas e implícitas” (Ulloa, 1969, p.6).

Kaës (2004) comparte la visión de Ulloa, alegando que “La institución liga, junta y procesa formaciones y procesos heterogéneos” (p.656). No sólo constituyen una formación social y de la cultura, sino que, a su vez, revisten la complejidad de ser un entramado psíquico. Las define como “...el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: regula nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros: se inscribe en la permanencia.” (Kaës, 1987 p.22). Tienen como objetivo realizar una actividad útil y necesaria para el funcionamiento social y la conservación de la vida. Si bien las instituciones poseen reglas y valores de importante significación para ciertos grupos sociales (Fernández, 1994), son atravesadas por un conflicto permanente entre “lo instituido” y “lo instituyente”

⁶ Las **formaciones intermediarias** constituyen los espacios psíquicos comunes y compartidos de las instituciones. Son alianzas inconscientes, contratos, pactos que dan consistencia a la realidad del lazo institucional. Implica una renuncia pulsional en pos de un lugar en la institución (Kaës, 2004).

(Castoriadis, 1975) entre orden y transgresión, movimiento esencial que las mantiene con vida (Enriquez, Kaës y otros, 1989).

Continuando con los desarrollos de Kaës (1989), el autor menciona tareas a partir de las cuales las instituciones se fundan: la reproducción de la vida, la educación, la salud, el trabajo, la defensa colectiva, entre otros intereses. La tarea primaria de cada institución, funciona como reaseguro de su identidad: "Define y delimita un lugar (un adentro/afuera), una economía de inversiones, una dinámica de los conflictos y sus modalidades de resolución" (Kaës, 2004 p. 657). Asimismo, contribuye a la identificación y sentido de pertenencia de sus miembros, que adhieren a determinada profesión, saber o ideal. A partir de su objetivo último, cada institución tendrá problemáticas, conflictos, aspectos sublimados, reprimidos, negados, conjuntamente de los padecimientos que emergen de éste entramado complejo.

2.2.8 Entre el Psicoanálisis y la Salud Mental

"El psicoanálisis convive en Salud Mental con otros discursos, respeta sus límites y a la vez establece los propios. En sus conceptos encuentra las razones que fundamentan su propia experiencia de la transferencia y también resortes para analizar otros ámbitos sociales de producción subjetiva: la religión, la política, la cultura, la medicina. En estos ámbitos encuentra su objeto, pero no funda las prácticas que sostienen a esas disciplinas ni se confunde con ellas" (Galende, 1990, p. 262)

Sabemos que *entre* el Psicoanálisis y la Salud Mental hay un vínculo de colaboración y de tensión irreductible. Para Ferenczi (1926) el parentesco de las metas perseguidas por el psicoanálisis y por el Movimiento de Higiene Mental, precursor de lo que hoy conocemos como Salud Mental, era innegable, considerando imperioso establecer una cooperación entre ambos discursos, siendo el ámbito institucional y hospitalario territorio fértil para tal fin.

Ya mencionamos que en nuestro país dicha contribución sucedió con algunos vaivenes. Es dable destacar a su vez, que hace doce años nuestra práctica está enmarcada por La Ley 26.657, que define a la Salud Mental como "...un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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 26.657, 2010, Art. 2)

Retomando lo que veníamos desarrollando en el capítulo anterior, sabemos que para los psicoanalistas que trabajamos en Instituciones nuestro objetivo difícilmente coincida con la tarea primaria de las mismas, amén de que éstas tengan como meta el trabajo asistencial y la Salud Mental, donde intervienen otros condicionantes. Para Galende (1990), el campo de

la Salud Mental se construye alrededor de múltiples demandas que exigen cierta normativización, restitución y/o vigilancia de los sujetos (que no aprenden, que no se adaptan, que sufren o que delinquen, entre otras problemáticas), esperando por parte de los agentes de salud, una respuesta, una neutralización de ese conflicto. Como analistas, éste rol, nos debería resultar, por lo menos, un tanto ajeno o cuestionable.

Si nosotros ponderamos la singularidad del sujeto, apostamos a la pregunta, a la capacidad de asociar libremente en el proceso analítico, proceso que, como su término lo indica, lleva su tiempo; las instituciones más de las veces, propenden a lo multitudinario, lo normativo, lo burocrático y lo expeditivo. Más que instalar interrogantes, exigen respuestas.

Es por esto, que Carlos Paola (2008) manifiesta que ejercer la práctica en una Institución Pública de Salud Mental, implica indefectiblemente, enfrentarse al “cobre institucional” (p.22) aleación que exige masividad, control social e interfiere en el encuadre de los tratamientos (duración, gratuidad), entre otros potenciales obstáculos. Para Galende (1990), es posible soslayar ciertos elementos del encuadre siempre y cuando se mantengan rasgos analíticos esenciales, tales como: la calidad de la intervención, la privacidad y el mantenimiento del secreto profesional, la actitud de respeto tanto por el paciente como los síntomas que lo aquejan, la modalidad de la escucha con las consecuentes interpretaciones y señalamientos. Por último, pero no por ello menos importante, está la transferencia, fenómeno presente en el paciente que se instalará siempre que haya una elección y encuentro recíproco con el analista.

Lo trascendente aquí, es que sea el analista quien dirija la cura según las particularidades de cada caso, poniendo un borde a las interpelaciones y demandas que provienen de la institución. Éste arduo quehacer, va a implicar bregar con cuestiones administrativas, clasificatorias, generalizaciones, requerimientos diagnósticos, plazos y otros puntos de conflicto que, con toda seguridad, no hallarán soluciones definitivas. También involucrará el hecho de reconocer que un tratamiento analítico llevado a cabo en una institución, cualquiera sea ésta, va a añadir algo cardinal, que es la transferencia (y contratransferencia) institucional, dando como resultado un análisis con características peculiares (Galende, 2009).

Las múltiples interferencias de “lo institucional” provoca una serie de problemáticas, de ruidos, de hiatos, que deben ser registrados por el psicoanalista y el equipo de trabajo que conforma. De éste modo se podrá encontrar una adecuada representación e inscripción de

dicha incomodidad o conflictiva, mediante la palabra, el juego y la creatividad (Kaës, Winnicott). Esto no es una tarea sencilla: implica un desafío constante, ya que el “furor asistencialista” tan propio de las instituciones públicas promueven de cierto modo, la automatización de las respuestas de los profesionales, mecanismo de defensa que emerge como forma de resguardarse y amortiguar las demandas de lo urgente (Paola, 2008).

Más allá de los reveses y contratiempos, la presencia e insistencia (en la apuesta) de los analistas en las más variadas organizaciones públicas es evidente: ¿Qué aportes podemos efectuar los psicoanalistas en instituciones heterogéneas con fines tan diversos? Para Doltó (1987), un psicoanalista tiene la condición particular de ser “una presencia humana que escucha” (p.3), a lo que agrega que “...su sensibilidad receptora le permite oír los varios niveles del sentido subyacente emocional, que hay en el paciente, y en una forma por lo general más fina de los que pueden hacerlo los que no han sido psicoanalizados” (Doltó, 1987, p.3).

Para Panceira (2015) lo más importante que proporciona el analista, es su persona: ante todo está presente y escucha sin perder su sensibilidad, su empatía (Kohut, 1984). Esto acompaña lo que traduce Winnicott (1954), del encuadre freudiano: En un horario determinado, el analista se colocaba al servicio del paciente hallándose “allí, puntualmente, vivo, respirando” (p.380) en una habitación apropiada para tal fin. Durante un periodo de tiempo, éste permanecía despierto, preocupándose por el analizante, expresando tanto su odio como su amor de manera honrada (mediante los elementos del encuadre). El analista, por sobre todo, “se comporta como es debido” (Winnicott, 1954, p.380) sobreviviendo y siendo más confiable que el común de la gente.

Es opinión de Adriana Rubinstein (2014) que los efectos terapéuticos del psicoanálisis, exceden la práctica privada, encontrando un importante lugar en el territorio de la Salud Mental, con sus múltiples instituciones y diversos dispositivos de atención. Según su experiencia, aun cuando estos espacios se alejen de un análisis propiamente dicho, muchos casos pueden verse beneficiados a partir del encuentro con un analista: “Se trata de preservar en el seno, de las instituciones y en diferentes espacios de intervención un espacio para la singularidad del sujeto” (Rubinstein, 2014, p.3)

Pero no es sólo eso. Como dijimos en capítulos anteriores, el psicoanálisis trascendió el hecho de ser una disciplina clínica para tratar enfermedades mentales (Freud), convirtiéndose entre otras cosas, en un instrumento invaluable para reflexionar de forma

crítica sobre aspectos socioculturales y formas de vida alienantes que promueven una cuota importante de dolor psíquico (Leal Rubio, 1994).

La progresiva incorporación de los psicoanalistas a las instituciones de educación, servicios sociales, justicia juvenil, etc. -siguiendo con ello las previsiones freudianas (...) permite la generación de nuevos discursos en espacios altamente difíciles. Rescata la dimensión de sujeto frecuentemente perdida en los avatares complejos de las instituciones en donde es más fácil hablar de la enfermedad que del enfermo, de la delincuencia que de quien delinque, de la necesidad que del necesitado (Leal Rubio, 1994, p.92-93)

En el mismo sentido, Galende (1990) manifiesta que, en éstos ámbitos, los psicoanalistas introducen un modo particular de pensamiento y una práctica crítica de las condiciones de subjetivación, con sus tormentos y desviaciones: "Porque lo que caracteriza un pensamiento crítico, como creemos es el psicoanálisis, es su capacidad de problematizar la realidad sobre la que piensa, mostrar su complejidad, sus tensiones, sus fuerzas, los caminos de resolución de sus conflictos" (Galende, 1990 p.60)

Esto significa que nuestra labor institucional no debería estar encuadrada únicamente en su función más tradicional, sino que "el psicoanálisis puede realizar una contribución muy real" (Winnicott, 1949, p. 64) en otro tipo de territorios que involucren el carácter interrogativo de su escucha: intervenciones en crisis, atención primaria de la salud, trabajo con grupos, comunidades y análisis institucional, entre otros avatares. Éste referente argentino remarca el compromiso de no abdicar la posición de analista, posición que exhorta una singularización plena: "el caso por caso, situación por situación" (Galende, 1990, p.71)

Es interesante atender a Green (2010) quien, a modo orientativo, establece una diferenciación de la naturaleza de la acción analítica, esquematizándola del siguiente modo:

- El *trabajo de psicoanálisis*, que alude al dispositivo más tradicional de análisis y psicoterapia psicoanalítica que sucede en el consultorio del analista
- El *trabajo de psicoanalista*, que involucra a nuestra práctica, cualquiera sea el sitio por fuera del encuadre clásico (instituciones, hospitales, universidades, etc.)

- El *trabajo de psicoanalizado*, que amén de una formación que habilite a la tarea, no implica necesariamente ejercer como analista (Green, 2010).

A su vez, considera que el *pensamiento clínico* estará necesariamente ligado a las características del campo donde el analista sea convocado a trabajar (Green, 2010). No es extraño suponer que la práctica institucional nos enfrenta a una realidad compleja, a una pluralidad de discursos y legalidades que condicionan de una manera u otra nuestra forma de proceder. Para Paola (2008) existe cierto mandato social de que el profesional “psi” y las instituciones del Estado deben responsabilizarse de un sinnúmero de situaciones y problemáticas. Sumada a esa exigencia, se idealiza y flexibiliza nuestra función y accionar en áreas que exceden las competencias y posibilidades técnicas propias, desde ya, mal delimitadas (Leal Rubio, 1995). De ésta forma, se pretende un analista “todo terreno” que pueda canalizar cualquier necesidad y “tapar” todo tipo de agujero.

Considerando éste panorama, Leal Rubio (1995) subraya la importancia de no ampararnos (a modo defensivo) en especulaciones teóricas incesantes, emprendiendo el valioso trabajo de des-idealizar el psicoanálisis, transformarlo en real, en posible. Esto se logra, en parte, aceptando nuestra propia incompletud y sabiendo que para poder canalizar las demandas de los pacientes/usuarios del sistema, debemos contar con otros sujetos, con otros discursos, y también, con otros saberes (Laurent, 2009).

Sumado a esto, se torna indispensable apostar a nuestra capacidad lúdica y creativa para así poder construir nuevos recursos, introducir algo distinto, colaborar con la fuerza de “lo instituyente” (Castoriadis) de modo tal que pueda inscribirse/producirse algo novedoso. Podríamos pensarlo como una especie de “neogénesis⁷ institucional”, si jugamos con éste concepto de Silvia Bleichmar (2010). Creemos, como indica Paola (2008), que “la clínica en la Institución interroga al analista y lo obliga a dar cuenta de su práctica. Porque privilegiadamente es confrontado, allí, con lo que no se puede y con lo que lo precipita a inventar” (p.65).

⁷ Silvia Bleichmar esboza éste concepto hablando de la intervención del analista, intervención que no sólo está acotada a encontrar lo que ya estaba, develar lo oculto, sino producir algo nuevo, inaugurar algo que no estaba y que sin el análisis no hubiera llegado a instalarse por sí mismo. Entiende al aparato psíquico como un aparato abierto que siempre tiene vías libres de acceso, que va a recibir elementos de la realidad y por tanto, estará abierto a los cambios.

2.3 El Psicoanálisis Creativo

2.3.1 Winnicott

“El análisis no consiste sólo en interpretar el inconsciente reprimido, consiste en propiciar un marco confiable donde la interpretación pueda llevarse a cabo” (Winnicott, 2006, p. 133)

Como fuimos viendo, incluir otras subjetividades, dispositivos y formas de sufrimiento psíquico en una disciplina hecha “a la medida” de las neurosis no pudo procurarse sin debates, crisis, descubrimientos y acontecimientos, llevados a cabo con esfuerzo, pericia, responsabilidad y no por mencionarla en último lugar menos importante: creatividad.

Un referente que encarnó tales atributos fue Donald Winnicott (1896-1971), afín al padre del Psicoanálisis en el aspecto de ser un pensador independiente (Green, 2007) y en la falta de conservadurismo con el que abordó el sufrimiento de sus analizantes. Así como Freud demostró una actitud permanente de “investigar la clínica, construir teoría y volver con otra mirada a sus pacientes...” (Nemirovsky, 2006, p. 27), Winnicott hizo lo propio adaptando su encuadre y modalidad terapéutica a la realidad de sus pacientes y el ámbito en el que ambos estaban inmersos.

El autor británico realizó importantes aportes al Psicoanálisis a partir de su teoría del desarrollo emocional, creando un lenguaje propio e intervenciones de carácter insólito, suplementando la semiología psiquiátrica y psicoanalítica con la semiología del medio (Rodulfo), dando cuenta de éste modo, de las bases que lo formaron como profesional: la clínica pediátrica, la psiquiatría infantil y el psicoanálisis.

Sus contribuciones sustentaron la rama infantojuvenil del Psicoanálisis, ya próspera de la mano de Melanie Klein y Anna Freud, enriqueciendo paralelamente el enfoque de pacientes graves, con quienes el encuadre de trabajo, la figura del analista y la situación transferencial, ameritaban ajustes de distinta naturaleza. Para ello, tuvo que reconocer, no sin cierta nostalgia, que la época en la cual el psicoanálisis únicamente abordaba padecimientos neuróticos se acercaba “irremisiblemente a su fin” (Winnicott, 1995).

Puede desprenderse de lo que fuimos mencionando que Winnicott fue reacio al pensamiento doctrinario, defendiendo con firmeza una postura intermedia, solidaria con su modo de pensar y con el “Middle Group” al que pertenecía (Phillipps, 1988). Consideraba que convertirse en psicoanalista exigía “un trabajo muy duro y un estudio prolongado” (Winnicott,

1987, p. 27-28), y habilidades particulares entre las que destacaba (quizás por el tipo de clínica que ejercía) la vulnerabilidad, la paciencia y la benevolencia. Tenía la convicción que la vida y la prosperidad del Psicoanálisis estaban vinculadas al uso creativo y no dogmático del mismo, creencias análogas a su concepto de individuo sano: aquel que es capaz de adaptarse a su medio, sin perder su modo singular de ser.

Porque tener una existencia creativa depende solamente de poseer un punto de vista personal en relación al mundo, poder procesar las ideas y opiniones que se reciben del medio para hacerlas propias o no, y sentir que lo que uno hace, al menos durante largos momentos de la vida, nace de uno y no es mera respuesta a los estímulos que vienen de afuera. (Panceira, 2015, p. 39)

Sospechamos que ese fue su modo de *experimentar* la clínica, permitiéndose “jugar” (en el sentido creativo del término) con el Psicoanálisis y sus conceptos, completando el trabajo de Freud (Green, 2000) y considerando sus contribuciones como “una de las tareas que Freud dejó sin realizar para que nosotros emprendiésemos” (Winnicott, 1999 [1954], p.371). Siguiendo ésta línea, cuestiona a Melanie Klein por el carácter ortodoxo de su escuela, cualidad que, para él, encierra el riesgo de convertir dicha teoría, en lenguaje muerto: “Sus ideas solo perduraran en tanto y en cuanto sean redescubiertas y reformuladas por personas originales, dentro y fuera del movimiento psicoanalítico” (Winnicott, 1987 [1952], p.90).

Winnicott se vio interpelado por las disyuntivas anteriormente planteadas, ya que su “alergia” al partidismo teórico no significó de ninguna manera que ostentara intenciones eclécticas y/o anarquistas. Los retos que se le fueron presentando en el psicoanálisis aplicado, lo motivaron a apostar al uso, podríamos decir “sustentable”, de la mirada analítica, sorteando las “dificultades y desengaños” (Winnicott, 1942) de su ejercicio mediante la noción de “extender el valor social del analista” (Winnicott, 1965), premisa para nada impropio con los anhelos freudianos.

Como psicoanalista advierto que estas ideas afectan lo que haga, pero sin modificar, creo, mi adhesión a los rasgos importantes del psicoanálisis que enseñamos a nuestros estudiantes, y que proporcionan un factor común en la enseñanza de esa disciplina, tal como creemos que deriva de la obra de Freud. (Winnicott, 1971, p.80)

El oriundo de Plymouth consideraba que la formación analítica era la base para el ejercicio de la psicoterapia, cuya pertinencia se encuentra supeditada más bien a las necesidades del paciente o del caso, que a las preferencias del propio analista. Inclusive, lleva su apuesta un poco más allá, diciendo que él no era capaz de distinguir el tratamiento psicoanalítico de la psicoterapia individual: “Para mí la pregunta es si el terapeuta ha tenido o no formación analítica” (Winnicott, 1958, p. 149).

Éste último estaba preparado para utilizar otra técnica que no sea el análisis, reconociendo desde lo personal que a pesar de trabajar “...en el centro mismo del mundo psicoanalítico, tan sólo un porcentaje muy pequeño de los muchos pacientes que, de un modo u otro, llegan hasta mí reciben tratamiento psicoanalítico” (Winnicott, 1962, p. 117).

2.3.2 La Consulta Terapéutica

“Confío en que después de un amplio examen de mis casos, el único rasgo fijo que se observe sea la libertad con que usé mi conocimiento y experiencia para atender la necesidad de cada paciente particular, tal como se desplegaba en la sesión que se describe”. (Winnicott, 1965, p.49)

Según Roudinesco (2015), además de sus analizantes a quienes brindaba tratamiento seis veces por semana, Freud, a su vez, recibía a otros pacientes a los fines de mera consulta, tanto para atención médica o como para llevar a cabo sesiones acotadas de psicoterapia, realizando intervenciones de manera puntual, aunque no haya dejado escritos particulares al respecto. Galende (1990) también habla acerca de “intervenciones analíticas que, sin constituir un tratamiento, se basan en su método y producen ciertos efectos” (p.263), dando como ejemplo algunas interpretaciones o señalamiento que el mismo Freud realizaba con las formaciones del inconsciente que un amigo o compañero ocasional de viaje podía llegar a compartirle.

Asimismo, en el recorrido realizado, fuimos viendo que otros referentes intentaron modificar algunos rasgos del análisis estándar para adaptarlo a determinados pacientes y/o situaciones precisas, con efectos disímiles y aquiescencia vacilante por parte de la comunidad psicoanalítica.

En el caso de Winnicott, los avatares de la clínica y los años trabajados en el Departamento Infantil del Paddington Green Hospital, lo llevaron a aprovechar lo mayor posible la primera y/o primeras entrevistas con los pacientes, motivándolo a inventar lo que él

mismo denominó “consulta terapéutica”. Ésta curiosa destreza, si bien no puede ser considerada como un análisis en toda regla, su creador presume que es de interés para el Psicoanálisis y los psicoanalistas.

Esto sucede porque, en principio, dicha intervención se realiza desde una escucha psicoanalítica, talento que logran aquellos profesionales que se han sometido a un análisis completo y prolongado, de modo tal que puedan desempeñar un rol adecuado, tanto para llevar a cabo un análisis, como para que ese encuentro limitado, cumpla con el fin de aliviar el malestar psíquico del consultante.

Para Winnicott (1961) es fundamental preguntarnos respecto de los objetivos: “¿Queremos hacer lo más o lo menos que se pueda? En el psicoanálisis nos preguntamos: ¿cuánto podemos hacer? En el hospital donde trabajo adoptamos la posición opuesta, ya que nuestro lema es: ¿qué es lo mínimo que necesitamos hacer?” (p.118). En algunas situaciones un análisis no siempre es mejor que una entrevista psicoterapéutica, ya que según nos enseña el autor: “El tratamiento psicoanalítico a menudo deja intacta la sintomatología por un periodo durante el cual las repercusiones sociales pueden complicar infinitamente la cuestión” (Winnicott, 1965, p.44)

Los tiempos institucionales suelen ser, con frecuencia, apremiantes, y en la consulta está la posibilidad de encontrarnos con sujetos cuyas condiciones socioeconómicas y otros aspectos de la realidad sean muy desventajosos. Éstas y otras circunstancias a tener en cuenta, pueden inclinarnos a ponderar un cambio sintomático ante una cura analítica, más allá de nuestra clara predilección por la segunda opción (Winnicott, 1965). Para Winnicott (1961) “Lo expresado hasta aquí nada tiene de original, pero quizás les guste oírse lo decir a un psicoanalista, ya que los analistas son especialmente propensos a empantanarse en tratamientos prolongados, durante cuyo transcurso pueden perder de vista un factor externo adverso”. (p.118)

Llevar a cabo una intervención de éstas características no puede tener como fin la obtención de resultados milagrosos, como todo acto profesional, tiene sus pros y contras. Winnicott (1965) subraya que hacer uso de ésta técnica, de naturaleza más bien activa, implica un riesgo real, pero a la vez existe otro peligro al que también nos enfrentamos si decidimos no actuar en lo absoluto. De acuerdo con su experiencia, no era frecuente que un paciente resulte dañado a partir de interpretaciones erróneas que el terapeuta realizó en éste

dispositivo específico, siempre y cuando el mismo hubiera transmitido un verdadero deseo de auxiliar y comprender al consultante.

Dicho en otros términos, el paciente trae a la situación una cierta creencia, o la capacidad para creer, en una persona que lo ayude y comprenda. También trae cierta desconfianza. El terapeuta aprovecha todo eso que trae el paciente y actúa hasta el límite de las posibilidades que ofrece. El paciente se va sin haber tenido una percepción objetiva del terapeuta, y será menester una segunda visita para que éste sea objetivado y despojado de toda magia. (Winnicott, 1965, p. 45)

Para Winnicott (1965), la diferencia entre éste procedimiento y el psicoanálisis, radica principalmente en que en ésta situación “el terapeuta tiene un rol prefijado que se basa en la pauta de expectativas del paciente” (p. 45) y ante éste tipo de demanda, como analistas podemos adaptarnos a la situación y emprender algún tipo de intervención, o ampararnos en el axioma de practicar “psicoanálisis o nada” (Winnicott, 1965, p.45).

En el medio psicoanalítico los pacientes traen muestras de su pasado y de su realidad interior, y las exponen en la fantasía correspondiente a su relación siempre cambiante con el analista. Así, poco a poco, lo inconsciente puede hacerse consciente. Una vez iniciado éste proceso y obtenida la cooperación inconsciente del paciente, siempre hay mucho por hacer, de ahí la extensión de los tratamientos corrientes. (Winnicott, 1961, p.119)

Si en éste encuentro proporcionamos el marco profesional adecuado, en donde la *humanidad* del terapeuta (o el “tacto” Ferencziano) cobre vital importancia, el paciente podrá desplegar aquello que le preocupa en la consulta: “cualquier cosa puede suceder: lo significativo es eso que sucede” (Winnicott, 1965 p.48).

A la manera Freudiana, no describe una técnica precisa, pero deja pistas y pautas, tanto en la descripción de sus casos clínicos como en su teoría, para que cada terapeuta pueda escoger los modos de abordaje que considere más apropiados para cada caso. Sí advierte sobre rasgos particulares del terapeuta que lo pueden llevar a actuar de manera

inapropiada, como la angustia, culpa o necesidad de tener éxito, aspectos que seguramente pueden ser domeñados con un buen análisis personal.

Galende (1990) relata que éste tipo de intervenciones suelen ser muy frecuentes en los dispositivos de Salud Mental. A diferencia de los tratamientos propiamente dichos, suelen emerger de manera espontánea, siendo su ocurrencia patrimonio de la presencia y la habilidad de los psicoanalistas en las instituciones, que utilizan los recursos disponibles, con una cuota de ingenio y creatividad. Para él, ésta *experiencia*⁸ es un claro ejemplo de la contribución y el valor del analista en las mismas: intervenciones subrepticias y frecuentes con usuarios, pacientes, compañeros, de modo tal que un síntoma devenga como tal: se visibilice, logre circular, se simbolice y pueda tener un abordaje adecuado.

2.3.3 Privado vs. Público

“Ahora me estoy dedicando a desarrollar mi técnica para tratar casos privados, la cual posee características especiales, siendo la principal que uno mismo es todo el equipo y asume la responsabilidad total. Como puede conjeturarse, esto tiene ventajas así como desventajas” (Winnicott, 1969, p. 301)

Tenemos conocimiento de que Winnicott ejerció su clínica en dispositivos diversos. A mediados del siglo pasado, realizó una presentación frente a la Sociedad Psicológica Británica⁹, expresando su interés en comparar la práctica institucional y la privada, por considerar los aportes significativos que podría brindarle la una a la otra (Winnicott, 1955). Contrariamente al imaginario actual, en ese momento, parecía haber cierto menoscabo del trabajo privado en Salud Mental, por lo cual, el británico quería investigar si dicho dispositivo arrojaba resultados lo “suficientemente buenos” y ventajosos para ser tenido en consideración.

Para Winnicott (1955), el ámbito privado podía ofrecer un “método psiquiátrico económico” (p. 16), amén de que ciertos casos necesitan indiscutiblemente del manejo institucional para su contención e investigación, por ejemplo, aquellos que no tengan un mínimo sostén por parte del medio y/o estén judicializados. Ante éstas situaciones y otras que pudieran presentarse, recomendaba que el profesional que trabaje de manera autónoma,

⁸ Siempre que resalte la palabra experiencia de algún modo, me referiré al modo en el que Winnicott concibe a la misma.

⁹ Si bien Winnicott habla de la consulta privada en psiquiatría infantil, manifiesta que su práctica es eminentemente psicoanalítica y en muchas oportunidades indica que lo expresado en la clínica de niños puede traspasarse tranquilamente al trabajo con adultos.

tenga una institución asistencial con la que referenciarse y a la cual acudir en caso de precisarlo.

Otra observación que realizó de éstos espacios, es lo respectivo al trabajo con colegas. En instituciones los profesionales de la salud trabajamos y dependemos de un equipo interdisciplinario. En el ámbito privado, para Winnicott (1955) el equipo se reduce al médico y a su secretaria; a lo que podemos agregar a crédito personal, que más de las veces transitamos nuestra praxis en solitario, o en diálogo con nuestra teorización flotante (Piera Aulagnier), habitando los espacios potenciales que sustentan nuestra doctrina (análisis personal y de control, intercambio con colegas). Ambas situaciones tienen sus perjuicios y sus beneficios.

En el privado, el profesional tiene el manejo completo del caso y asume toda la responsabilidad por el mismo, incluso de sus errores, teniendo mayor libertad para tomar decisiones y para manejar su agenda, que rara vez cuenta con lista de espera. De no tener disponibilidad, puede realizar una derivación oportuna, para que el caso tenga un abordaje adecuado. Frecuentemente, la demanda, los recursos y la disponibilidad del paciente y su medio es mayor, ampliando el espectro de intervenciones. La contracara de esto, es sostener y atravesar los momentos en los que uno o más casos atraviesan periodos complicados (Winnicott, 1955).

Según entiende Winnicott (1955) lo institucional brinda la posibilidad de que estos “dolores de cabeza”, las transferencias y las responsabilidades estén más bien repartidas y compartidas, sacrificando de cierta manera, la autonomía en la toma de decisiones. El trabajo en equipo tiene su costo, siendo difícil poder llevar a cabo las acciones necesarias en el momento oportuno y lograr acuerdos. No es raro que se pierda la oportunidad de realizar una intervención sencilla, que, en algunos casos, podría resolver el motivo de consulta, por la complejidad propia de la realidad institucional y las burocracias que la atraviesan. Por ello el británico pensaba que la consulta privada podía ser muy eficaz a la hora de asistir consultantes con sintomatología leve o que pudieran resolver sus malestares con intervenciones acotadas.

Concluía que al ser beneficiosa y económica la práctica privada psicoanalítica, sería un paso saludable para el profesional, que al ser capaz de confiar en sí mismo y en su rol, logrará trabajar de una mejor manera con el equipo institucional.

2.3.4 De fenómenos Transicionales

“Pienso, entonces, que los fenómenos transicionales no “pasan”, al menos no cuando hay salud.”. (Winnicott, 1959. P.78)

De acuerdo con Winnicott (1971) el psicoanálisis per sé es un fenómeno transicional: *“Lo natural es el juego, y el fenómeno altamente refinado del siglo XX es el psicoanálisis”* (p.64). Para éste autor, “el psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunicación consigo mismo y con los demás” (Winnicott, 1971 p.64), describiendo el proceso terapéutico como una tarea que tiene lugar en la superposición de las zonas de juego del paciente y el terapeuta, siendo la función de éste último, llevar al paciente de un estado en que no puede jugar, a uno que sea capaz de hacerlo (Winnicott, 1971).

Sus desarrollos respecto del jugar, rige para todos los momentos vitales y surge en el material de trabajo con niños, adolescentes y adultos, más allá que en los últimos se presenta de manera más sutil por el monopolio casi absoluto de la comunicación verbal. Por este motivo, en la clínica de la adultez nos invita a atender a la elección de las palabras, los tonos de la voz, los gestos y el sentido del humor, entre otras manifestaciones lúdicas: “Para dominar lo que está afuera es preciso hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer”. (Winnicott 1971 p.64)

Siguiendo esta línea, Rodulfo (2008) enuncia que entre la teoría que los psicoanalistas llevamos en nuestro “interior” y la praxis que ejercemos en un aparente “afuera”, se despliega la espacialidad de lo transicional, sitio donde acontece y se aloja la práctica del analista. Winnicott (1968) también consideraba como espacios potenciales, además de los vinculados a nuestro descanso, aquellos que sustentan nuestra doctrina: congresos, conferencias, diálogos con otros colegas, análisis personal, supervisiones, lecturas.

Para mi sorpresa, he comprobado que el juego y el jugar y los fenómenos transicionales forman la base de la experiencia cultural en general, y por ende lo que indagaba concerniente a la mayor parte de nuestras vidas. Incluso en éste preciso momento estamos aquí en ese espacio potencial, y sin un quehacer materno suficientemente bueno, este debate nos resultaría ajeno (Winnicott, 1968, p.249)

Dentro del ámbito psicoanalítico, suele pensarse que una de las contribuciones más valiosas que realizó Winnicott, y por lo que suele ser mayormente conocido, es su desarrollo del área de los fenómenos y objetos transicionales (Cadwel & Joyce, 2011). El ilustre pediatra y psicoanalista se abocó a la tarea de conceptualizar este “territorio del desarrollo y la experiencia individuales” (Winnicott, 1971, p.13) vinculado a la ilusión, el jugar, la creatividad, la salud y la cultura (entre muchas otras cosas); en apariencia, olvidado en el trabajo y pensamiento de los psicoanalistas, probablemente, por poner el foco en aspectos relativos a la realidad psíquica, o, por el contrario, a la realidad exterior (Winnicott, 1971).

Para Winnicott (1971) a esos ámbitos ampliamente investigados, habría que sumarle otro: “...la tercera parte de la vida de un ser humano, una parte de la cual no podemos hacer caso omiso, es una zona intermedia de experiencia a la cual contribuyen la realidad interior y la vida exterior” (Winnicott, 1971, p. 19).

Cabe aclarar, que Winnicott (1952) destaca su preferencia por el término “transicional” frente a “intermedio”, ya que el primero transmite con mayor intensidad la idea de movimiento. Esto sucede con muchas de sus significaciones formuladas en gerundio, herramienta que utiliza para poner énfasis en los *procesos*: “...yo no debo perder de vista esto, ya que de lo contrario mi nombre se vería asociado a alguna especie de fenómeno estático.” (Winnicott, 1952, p.99).

Podemos encontrar la siguiente definición en las palabras de su creador:

He presentado los términos “objeto transicional” y “fenómenos transicionales” para designar la zona intermedia de la experiencia, entre el pulgar y el osito de trapo, entre el erotismo oral y la verdadera relación objetal, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya ha sido introyectado, entre la inconsciencia primaria de la deuda y el reconocimiento de la deuda. (Winnicott, 1951, p. 308)

Dicha zona intermedia se corresponde con la “experiencia del vivir” (Winnicott, 1968, p. 247). No es ni relación de objeto ni sueño, pero a la vez que no es ninguna de éstas, es también, ambas cosas: Paradoja esencial que debemos aceptar y no resolver para captar la naturaleza de éstos fenómenos (Winnicott, 1968).

Aclara que su pretensión no es estudiar el primer objeto del bebé, sino la primera posesión, simultáneamente, con el espacio coexistente entre lo subjetivo y lo objetivo, donde se asientan las bases de la experiencia. Esta operación tiene lugar en una fase temprana del desarrollo y está ligada a la capacidad que tiene la madre para adaptarse a las necesidades del pequeño "...permitiéndole así a éste la ilusión de que las cosas que él crea existen realmente" (Winnicott, 1971, p. 324). Así pues, para que el niño sea capaz de crear y de emplear "ésta primera posesión no-yo" (Winnicott, 1971, p.30) que le brinda continuidad a su existencia, el objeto interno debe permanecer vivo y real, ser "suficientemente bueno" para que no se transforme en persecutorio (Winnicott, 1951).

Panceira (1997) nos dice que el objeto transicional es "heredero de la primitiva experiencia de ilusión" (p. 86), y con la conquista del mismo, "se inicia la cadena simbólica que, una vez adquirido el lenguaje, proliferará hasta el infinito, abriéndose el campo del juego y posteriormente de la cultura (Panceira, 1997, p.86).

Por lo tanto, la transicionalidad es universal, no sólo tiene un rol crucial para el desarrollo de un niño sano, sino que "...es retenida a lo largo de toda la vida dentro de las intensas experiencias propias del arte, la religión y el vivir imaginativo, así como de la labor científica creadora" (Winnicott, 1971, p. 324).

Winnicott (1958) entiende la *experiencia* como un logro de la madurez del yo, que sucede *entre* la creatividad y aquello que el mundo tiene para brindarnos. Nos abre la posibilidad de "descansar de la tarea de distinguir el hecho respecto de la fantasía" (Winnicott, 1958, p.206), siendo ésta zona, el territorio en el cual el mundo personal se irá constituyendo y donde residirá la visión original que el individuo tendrá acerca de la realidad compartida (Panceira, 1997).

Tal es su valor, que le otorga el estatuto de "sagrado", considerándolo imprescindible para una vida saludable. Mientras reconozcamos éstas áreas intermedias y podamos complacernos de encontrar cierta superposición de las mismas con otras personas, seremos capaces de compartir con los demás diversos campos de la experiencia (Winnicott, 1971).

Todas estas observaciones nos interpelan fuertemente como analistas: tener la capacidad de vivenciar y percatarnos de ésta clase de fenómenos, se torna fundamental a la hora de construir teoría y desplegar la práctica: "Hay que partir de la base de que el terapeuta es capaz de jugar, y de disfrutar con el juego" (Winnicott, 1964-68, p.26)

En primer lugar, porque tiene que ver con nuestra salud psíquica y rol profesional: si no transferimos cierta cualidad lúdica a nuestro trabajo, no podremos disfrutarlo y apropiarnos subjetivamente del mismo (Rodulfo, 1989, 2012). Ésta incapacidad de sentir las experiencias como reales, Winnicott (1952) las caracterizó, tomando a Ronald Fairban, como “sentido de futilidad” propio de la sumisión y el conformismo (Phillips, 1988) presente en muchos analizantes promedio. Para que la persona se sienta viva y real, la actividad motivada y la creatividad deben imponerse a la actividad reactiva (Winnicott, 1970), siendo ésta la meta de muchos análisis.

3 Instrumento de Evaluación

Pensando en integrar lo desarrollado teóricamente con los interrogantes que se me presentan en la actualidad y se cristalizaron en la pregunta problema, se ideó entrevistar a profesionales de orientación psicoanalítica que ejerzan su práctica tanto en instituciones públicas como en la tradicional consulta particular.

Para tal fin, se procedió a elaborar un instrumento de evaluación conformado por preguntas sencillas orientadas a que los mismos compartan su *experiencia* en ambos ámbitos, de modo tal que se puedan establecer elementos comunes y disidentes, como también una valoración de su aporte en tanto analistas en los distintos territorios del psicoanálisis aplicado.

Previo al encuentro, los entrevistados recibieron un breve resumen de lo abordado en el presente Trabajo Final de Maestría.

El objetivo de las mismas fue de carácter exploratorio, pudiendo ahondarse respecto de algún emergente particular en una investigación futura.

3.1 Cuestionario

- 1) Comente brevemente su experiencia, caracterizando su trabajo en el consultorio particular y en el contexto institucional donde ejerce su práctica
- 2) ¿Qué diferencias y semejanzas encuentra en ambos espacios de trabajo?
- 3) ¿Qué beneficios y contratiempos encuentra en el trabajo institucional y el privado?
- 4) ¿Según su opinión qué le aporta la mirada y la escucha psicoanalítica a su trabajo institucional?
- 5) ¿Considera que es el mismo el proceso psicoanalítico llevado adelante en una institución que en la práctica privada? ¿Por qué?
- 6) ¿Percibió algún tipo de prejuicio por parte de colegas acerca del trabajo psicoanalítico en instituciones?
- 7) ¿Quiere agregar algo más?

4 Análisis y Elaboración de las Observaciones Realizadas.

Como parte del proceso de investigación, se contactaron alrededor de 31 profesionales de orientación psicoanalítica que trabajan (o hayan ejercido su práctica) en el

ámbito clínico e institucional. El rango etario de los profesionales consultados osciló entre los 30 y los 60 años, siendo 29 mujeres y 2 hombres.

Según las preferencias de cada uno de ellos y teniendo en cuenta la situación sanitaria, se le brindó la posibilidad de realizar la misma en modo de entrevista remota o como cuestionario autoadministrable. De los profesionales contactados, cuatro no cumplieron con el criterio de inclusión de caso y con siete no se logró coordinar y/o concretar el proceso de entrevista, por lo cual, para el objetivo de éste trabajo se utilizarán **20 de las 21 entrevistas concretadas**.

Todos los profesionales entrevistados, tienen en común trabajar en clínica particular y haberse formado bajo la orientación psicoanalítica, reconociendo su pensamiento e intervenciones como tales, siendo éste el criterio fundamental para ser considerados un caso.

Es dable destacar que existen profesionales que trabajan en más de una institución, lo cual se verá reflejado a continuación, ya que encontramos mayor cantidad de Instituciones que analistas entrevistados.

Las entrevistas se encuentran disponibles en el Anexo I (pág. 116)

4.1 Caracterización de la Experiencia en Instituciones y Consultorio Privado

Respecto de la solicitud: **“Comente brevemente su experiencia, caracterizando su trabajo en el consultorio particular y en el contexto institucional donde ejerce su práctica”** se observó que los profesionales brindaron mayor cantidad de detalles para describir su práctica institucional, quedando la consulta privada quizás como un área “sobreentendida”, posiblemente por ser considerada el contexto “ideal” de nuestro oficio o el dispositivo común frente a la diversidad institucional presentada.

En relación al trabajo institucional, podemos realizar la siguiente clasificación:

- **2 (Dos)** trabajan en el Poder Judicial **B** y **F**
- **1 (Una)** Una trabajó en un Servicio Social con Conflictos no Judicializados **E**
- **1 (Una)** trabaja en el Servicio Penitenciario Federal **H**
- **2 (Dos)** trabajan en Gabinetes Escolares **C** y **D**
- **1 (Una)** trabaja en una Fuerza Armada **E**
- **3 (Tres)** trabajan en Fuerzas de Seguridad **C**, **K** y **Q**

- **6 (Seis)** trabajan/trabajaron en Hospitales Municipales, Nacionales y Provinciales. Una como Jefa de un Servicio de Atención Integral de las Adolescencias y como Psicoterapeuta, otra brindando consejería de Salud Sexual y Reproductiva y las demás como psicoterapeutas **C, I, J, N, P y S**.
- Una trabajó en un Centro de Salud Mental asociado a una Universidad **M**
- Dos realizaron Residencia y Concurrencia en Hospitales **A y G**
- Tres trabajan en dispositivos de Atención Primaria de la Salud y Salud Comunitaria **O, S y L**
- Una trabajó en una Dirección Municipal de Género **S**
- Tres trabajan en el área de discapacidad: Una es Directora de un Hogar de Niños con Discapacidad y fue psicoterapeuta, otra es psicoterapeuta de un Centro de Discapacidad y otra está a cargo de las Certificaciones del Sistema Ramsay **R, M y S**
- Una trabaja en un Organismo de Derechos Humanos **Ñ**
- Una trabaja en Clubes y Ámbitos Deportivos (Club de Fútbol, Rugby) desde un proyecto Municipal **S**

A grandes rasgos, se evidencia que los espacios institucionales en donde se insertan los psicoanalistas, son notablemente diversos. Esto suele omitirse en la mayoría de los estudios e investigaciones que abordan la problemática de la inserción del psicoanálisis en las instituciones, asimilando la misma al trabajo taxativamente clínico en los Hospitales y casi siempre, desde la enseñanza de Lacan. Si bien la muestra investigada es muy pequeña, puede observarse que el ambiente hospitalario no es el único espacio público en donde los profesionales de orientación psicoanalítica somos llamados a ejercer nuestra práctica.

De los analistas entrevistados, **dieciséis (16)** llevan/llevaron a cabo **tratamientos psicológicos** de orientación psicoanalítica **en Instituciones: H, E, C, K, I, J, N, P, S, M, A, G, O, S, R y Ñ**.

Los analistas que trabajan en una **institución sin fines asistenciales son diez (10): B, C, D, F, H, K, L, Q, R y S**.

Es más que probable que la demanda de la Institución o la de los usuarios/beneficiarios de la misma, no sea específicamente de un proceso de análisis o no busquen precisamente un analista para aliviar su malestar psíquico, sino que el encuentro con éste suele darse "*por añadidura*". La amalgama tan propia de nuestro país de psicólogos/psicoanalistas que

mencionamos anteriormente, favorece que ante el requerimiento de un profesional del área “psi” probablemente éste cuente con formación psicoanalítica (González y Dagfal, 2012).

Respecto de la clínica privada, la mayoría (**13**) reveló que trabajan sólo con adultos y adolescentes **A, C, D, E, F, H, J, K, L, Ñ, O, R, S**, quedando en segundo lugar (**8**), aquellos que también se dedican a la clínica de niños: **A, B, D, K, Ñ, O, R, S**. A su vez, algunos (**2**) trabajan en clínica de sujetos con discapacidad **M** y **R**, una profesional (**1**) con pacientes oncológicos y sujetos en el tramo final de su vida **N** y otra (**1**) manifiesta trabajar a su vez desde el psicoanálisis vincular: familia y pareja **Ñ**. Por otro lado, tres (**3**) profesionales declararon ser prestadores de prepaga y/o obra social **D, P** y **O**, organización institucional que a su vez agrega diferencias sustanciales en la clínica. Asimismo, hubo un grupo que no esclareció las especificidades de su clínica.

Asimismo, se puede observar que ciertos entrevistados (**3**) también realizan evaluaciones psicodiagnósticas, psicolaborales y/o periciales **C, D** y **B**, territorio perteneciente a la psicología, distinto a la clínica psicoanalítica, pero de la cual se nutren para tal fin. En éste sentido observamos que, aunque no es en su mayoría, el espacio privado de trabajo muchas veces también es utilizado para objetivos que trascienden lo propiamente clínico.

Si tomamos los dichos de André Green (2010), podemos pensar que la práctica de los profesionales entrevistados pivotea *entre* “el trabajo de psicoanalista” y “trabajo de psicoanálisis”.

4.2 Diferencias y Semejanzas Entre Ambos Dispositivos de Trabajo.

La pregunta “**¿Qué diferencias y semejanzas encuentra en ambos espacios de trabajo?**” tuvo como inspiración el texto de Winnicott (1955) “La práctica privada de la Psiquiatría”, en el cual éste importante pensador expresaba el deseo que se comparase la práctica institucional y la privada, como modo de encontrar el sustento de nuestro trabajo en ambos contextos.

El objetivo de éste interrogante, fue que los profesionales entrevistados pudieran establecer similitudes y distinciones entre ambos territorios del psicoanálisis aplicado, sin que éstas tengan necesariamente una valoración (positiva o negativa) en particular, cualidad que se reservó para abordar en el apartado siguiente.

4.2.1 Semejanzas

4.2.1.1 La Persona del Analista

Lo analógico de ambas labores, se basó principalmente en la **persona del analista** y/o en la **posición analítica** del profesional: **su predisposición** y su **capacidad de escucha**. Esto fue considerado por **14** de los **20** entrevistados. Los **6** restantes negaron y/o soslayaron dichas semejanzas.

Doltó (1987) nos enseñaba que la escucha analítica no es una escucha cualquiera, sino que tenía la peculiaridad de ser sensible, receptiva, atenta, y de ir más allá de lo que se dice conscientemente. Ésta cualidad la logra aquel profesional, que, ajustado a la segunda regla fundamental (Ferenczi), ha tenido la experiencia de transitar su propio análisis personal, amén de sus valiosos espacios de formación y supervisión, **experiencia** que comparten **20** de los entrevistados.

Freud (1919) consideraba que, mediante el encuentro con un analista, el paciente tenía la posibilidad de hallar alivio mediante la palabra y no solamente a través de intervenciones de índole biológicas y/o medicamentosas. Asimismo, advertía que la persona del médico era una pieza fundamental, demostrando efectos directos en el establecimiento de la cura (Freud 1917 [1916-1917]). Esto es compartido por muchos autores como Winnicott (1964), quien consideraba axiomático que, si están dadas las condiciones para comprender a un paciente, esto es, un profesional “despierto, vivo y respirando”, dispuesto a escucharlo, dicho paciente podrá verbalizar algo de su sufrimiento en la consulta.

Para Winnicott (1954), encontrarse bien analizado, en un contexto seguro y a cargo de una persona madura que sea capaz de realizar las intervenciones pertinentes (interpretaciones, señalamientos, entre otras), respetando el proceso personal, de por sí, tenía efectos tranquilizadores y/o terapéuticos. Asimismo, señalaba que todos los profesionales que trabajamos en Salud Mental (Médicos, enfermeros, trabajadores sociales, a lo que podemos agregar, psicólogos y psicoanalistas) “...estamos obligados a ser humanamente (no mecánicamente) confiables, a llevar incorporada la confiabilidad en nuestra actitud general...” (Winnicott, 1970, p.131). Ésta humanidad, *tacto*, al decir de Ferenczi, y/o *confiabilidad* si tomamos a Kohut, es muy importante a la hora de establecer el primer contacto con el sujeto que consulta, sea en el dispositivo que sea.

Comenzaremos el estudio de éste interrogante con una distinción preliminar. En principio vamos a citar a aquellos psicoanalistas que ejercen (o ejercieron) una función específicamente clínica en ambos dispositivos, para luego dialogar con aquellos que prestan servicio en Instituciones que involucran otro tipo de tarea que no tenga que ver necesariamente con la dirección de la cura.

Considerando lo anterior, encontramos manifestaciones tales como:

E: “Semejanzas: la posición de psicoanalista respecto al saber, y todo lo que se produce allí (la transferencia, por ejemplo)”

J: “Yo soy la misma y mi escucha es la misma y mi inconsciente es el mismo (...)”

O: “Las semejanzas tienen que ver con la predisposición de mi parte con respecto al compromiso asumido hacia mis pacientes”

Esta visión de la persona del analista es compartida por aquellos profesionales que en la institución donde trabajan, no realizan tareas de índole clínico:

B: “Creo que la convergencia en ambos trabajos es la escucha activa, el acompañamiento ante la vulnerabilidad y el padecer”

D: “Semejanzas, la mirada clínica, poder leer más allá de lo que se dice, el inconsciente”

K: “En ambos lugares soy psicóloga, soy psicoanalista y me interesa brindar un lugar confiable de escucha al paciente o consultante”.

S: “En fútbol también entré como para abordar el tema de “las violencias”, es un espacio chiquito de escucha. Yo creo que soy psicoanalista deportiva. El psicoanalista tiene ese arte de la interpretación”.

H: “Al ser una cárcel de máxima seguridad, muchas veces no está la intimidad del consultorio, como que lo escuchado termina siendo compartido. Si veo que tiene posibilidad y da la situación, se busca alguna idea para conectar, algo interno, lo buscás. Que el otro se vaya pensando. Que haya un ida y vuelta. A veces se da y otras no, hay que apuntalar lo que se pueda”.

A pesar de la diversidad y adversidad de los ámbitos institucionales, y, por tanto, funciones y tipo de intervenciones, la mayoría de los analistas encontraron una trama común, referida justamente, a su posición o identidad como tales, que aporta un ingrediente especial al trabajo realizado. Freud (1923 [1922] ;1925 [1924]) consideraba que un psicoanalista debía adherir a determinados principios dogmáticos, tales como el reconocimiento de la resistencia y de la represión, de los procesos inconscientes, la importancia de la vida sexual y de las vivencias infantiles, además de la escucha atenta, parejamente flotante. Éste atravesamiento pareciera estar presente en todos los profesionales entrevistados, independientemente de la tarea institucional que llevan a cabo en su cotidianeidad.

Una de las profesionales lo describe de la siguiente manera:

M: “Creo que la semejanza está en el encuadre interno que tiene el profesional, que traspasa el encuadre externo, lo que no quiere decir que no se vea influenciado por éste y tenga que vérselas con vicisitudes a veces”

Ésta visión es la que nos transmite Green (2008), para quien el encuadre interno del analista es lo que permite alojar la subjetividad del paciente. El análisis personal además de otorgarnos el aprendizaje de la técnica y el cuidado de nuestro aparato psíquico, promueve una nueva reflexividad. Ésta actúa como soporte del encuadre interno, siendo éste último una “matriz abierta a la singularidad del otro, a su alteridad radical” (Green, 2008, p.119).

4.2.2 Diferencias

Respecto de las diferencias, éstas se exhibieron de una manera más acentuada y variada, siendo un disparador que abarcó criterios varios y que inclusive, se entremezcló con la pregunta consecutiva que aborda más directamente, elementos positivos o negativos. A los fines establecer algunos ejes ordenadores, vamos a agrupar las diferencias según la temática predominante en la respuesta del profesional.

4.2.2.1 Intervención

La divergencia fundamental, como era de esperarse, se evidenció en los analistas que trabajan en instituciones con una función distinta a la clínica (**10**). Aquí **6 profesionales** manifiestan el tipo **intervención** como aquello más disímil entre ambas prácticas. La función que realizan en dichas instituciones son más propias de un psicólogo que de un psicoanalista. Esto, sin lugar a dudas, tiene efectos en el tipo de vínculo que se establece con el sujeto de dicha intervención y en la transferencia, entre otros aspectos.

Transcribo algunos ejemplos de lo manifestado:

B: “Mi tarea es realizar evaluaciones de riesgo en situaciones de violencia familiar, evaluaciones interdisciplinarias y Psicodiagnósticas en todas las materias en las que la Juez a cargo solicite la intervención siempre en relación a cuestiones vinculares, sobre el sistema familiar y sus integrantes”.

F: “La diferencia principal radica en la intervención. En el ámbito judicial la intervención se centra en la evaluación de riesgo y su posterior derivación; en el ámbito privado se presenta la posibilidad concreta de realizar un trabajo analítico”

L: “En cuanto al trabajo comunitario que realizo en el Barrio son otras las demandas y el vínculo necesario para establecer con las familias a fin de que cualquier intervención tenga efecto. Vínculo de afecto y contención”

K: “Diferencias hay muchas. En lo institucional uno tiene múltiples funciones, que por momentos está bueno porque uno explora muchas facetas de nuestra profesión, pero esto de ser todo terreno a veces agota o hace que nuestra práctica no esté bien delimitada y se nos requiera para todo: éste “valor” del psicólogo muchas veces lo termina desvalorizando”

Q: “Tiene muchas diferencias porque el pensamiento por ahí desde el aspecto psicoanalítico es mucho más profundo y abarca un montón de cuestiones que no son tan fáciles de aplicar en el contexto laboral (...) Es una función con más distancia porque uno evalúa en realidad a la persona para su trabajo. Si puede o no realizar ciertas tareas, así que uno lo que hace es más bien una observación del aquí y ahora más que un trabajo en profundidad que cuando uno observa cosas para trabajar se recomienda que lo hagan en un contexto terapéutico en el ámbito civil”.

H: “En criminología las psicólogas trabajamos con diferentes módulos, hay 450 internos por módulo y son 6 módulos. Los evaluamos cada 3 meses, se codifican según cómo se desempeñan en cada área: su rutina, las sanciones que tuvo, si se integró con los demás internos. El juzgado se las pide y se le brindan beneficios según cómo se desenvuelven. Son 4 o 5 instituciones que nos monitorean, entre las que está procuración”

4.2.2.2 La Técnica Analítica y el Encuadre de Trabajo

Otra diferencia fundamental, fue respecto de aquellos elementos que tienen que ver con la **técnica** y el **encuadre** de trabajo que interfieren de una manera u otra, con la naturaleza del análisis. De los **20** entrevistados, **15** se refirieron a éste importante elemento. Etchegoyen (2009) nos transmite, parafraseando a Bleger (1967), que el proceso analítico sucede en una dialéctica de constantes y variables, siendo la

estabilidad la que define el setting o encuadre, base donde se apoyan las normas que habilitan éste proceso. Dicho marco es uno de los rasgos del análisis que se encuentra más afectado en el trabajo institucional, excediendo la voluntad y la capacidad de decisión del profesional.

La problemática del **encuadre** terapéutico en las Instituciones se evidencia en cuestiones diversas tales como las **coordenadas temporo-espaciales**, **la intimidad**, **la frecuencia** de las sesiones, **la transferencia institucional**, entre otros aspectos relevantes que comprometen la **técnica**. Si bien sabemos que la posición psicoanalítica puede conservarse en sitios tan insólitos como puede serlo un viaje de tren, la cima de una montaña (Zuberman, 2004), en paseos, en museos o en el hogar (Winnicott, 1942), como bien nos mostraron referentes de la talla de Freud y de Winnicott, no dejan de ser dispositivos “no ideales” que tienen efectos en el encuentro analítico y que provocan cierto ruido con el que tenemos que lidiar. Según Zuberman (2004) “...un psicoanálisis es la cura que conduce un analista, en las condiciones que le es posible” (p.11), siendo lo más probable para las instituciones, la adaptación del dispositivo analítico en una psicoterapia psicoanalítica (Green, 2004).

Para escenificar las diferencias entre ambos dispositivos, transcribo algunas partes pertinentes de ciertas entrevistas:

B: “En el espacio público los tiempos son distintos (...) El consultorio particular implica una responsabilidad más personal, la complejidad es mayor en cuanto uno está más solo. También la práctica se centra más en lo clínico, en sus intervenciones, cuando el caso lo requiere uno intenta armar un equipo a veces incluso con la familia, pero se responden a la demanda más terapéutica”

C: “En el consultorio particular puedo establecer varias de las pautas de trabajo y acordar algunas de ellas con los pacientes. En el ámbito institucional, el encuadre está establecido por la misma institución, existen pautas de trabajo y de abordaje que superan mi mirada profesional; si bien algunas puedo adaptarlas siempre es de manera parcial e interfieren en el espacio terapéutico”

J: “En cuanto a lo que son tratamientos, digamos, psicoterapéuticos, analíticos, podríamos decir, en el hospital, por supuesto que no se me ocurriría bajo ningún punto de vista poner a un adolescente en una camilla y decirle que asocie libremente, porque el contexto hospitalario no da ésta posibilidad. No solamente porque no es adecuado, la transferencia no es únicamente con el analista, la transferencia también es institucional, y nos atraviesa. El hospital es un lugar con muy poca privacidad, te abren la puerta a cada rato del consultorio (...)”

E: “Diferencias: los tiempos, las urgencias de los pacientes de Salita Asistencial, los tiempos/plazos de atención (30 sesiones, renovables, 30 o 40 minutos por sesión)”

G: “...en lo público los tiempos son muy acotados, es todo más rápido porque son muchos pacientes...”

H: “La parte sanitaria da tratamiento al que lo pide, pero hay que pensar que son tres psicólogos para trescientos internos, por lo cual como mucho se da cada quince días” (...) “Pero tenés que pensar que, en la realidad, el tratamiento se da en un cuartito con la puerta abierta y a un metro y medio de distancia, un guardia de seguridad. El encuadre está ajustado a esa realidad. Es mejor que nada”

I: “...quizá en el consultorio parecería que uno dispone más libertad en tanto en lo institucional las normativas y lineamientos que rigen lo instituido delimitan algunos aspectos”

K: “En el consultorio, la práctica está más enmarcada, más delimitada, se respeta más el encuadre de trabajo”

O: “En el ámbito institucional público, el encuadre y el dispositivo psicoanalítico debe ajustarse muchas veces a las necesidades y recursos de la propia institución.

El aspecto del **encuadre** también se hace presente en los psicoanalistas que trabajan sin fines clínicos o en multiplicidad de tareas. Por ejemplo, donde no hay un espacio de intimidad, éste debe ser construido mediante la **creatividad** del analista. Si bien el impulso creativo es un rasgo fundamental para la vida en general, aquí cobra un valor distintivo (Winnicott, 1972).

Hacer frente al rigor de “lo instituido” (Castoriadis) involucra de cierta manera, “impedir el aniquilamiento permanente producto de la sumisión frente a lo que el medio nos impone” (Winnicott, 1970 p.50). La capacidad de ser creativo en contextos corporativos, funciona como un antídoto eficaz contra la rigidez, la insensibilidad, el automatismo y “el adormecimiento” (Paola, 2008) que acontece de la institucionalización y/o “sobre adaptación” institucional.

Si bien la siguiente circunstancia no involucra directamente la creatividad del analista en sí, logra representar con mucha claridad, como lo creativo, **lo transicional** (Winnicott, 1971) actúa como bálsamo frente a la rigidez e inflexibilidad propias de una institución de encierro que trabaja con las violencias.

H: “El trabajo institucional, es muy estructurado, verticalista (...). (la institución) es brutalmente rígida y más con el personal que cuida que con los internos (...) Hay otros espacios también, como el arte, los actos de fin de año, donde todos nos conectamos emocionalmente. Lo que se despliega en el arte, todos, el personal, los internos, los profesionales, hay una sensación de que “todos somos uno”, es muy lindo lo que se da en ese espacio”.

Siguiendo con nuestro análisis, nos referenciamos en Zuberman (2004) quien revela que “el psicoanálisis es una práctica que permite creatividad e invención cuando el analista se deja interrogar por lo nuevo que le llega en el tiempo que le toca sostener esta práctica, cabe diferenciarla de una prédica. Practicar no es predicar” (p. 13).

Podemos pensar a la prédica como aquella defensa teórica que tan fácilmente esgrimimos frente a la frustración que sobreviene de la realidad de nuestro ejercicio, como también manifestaba Leal Rubio (1995).

Una de las analistas lo define claramente de la siguiente manera:

Q: “Pienso que lo que nos pasa muchas veces a los Psicoanalistas es que nos sentimos muy cómodos en lo teórico y tenemos dificultad para el día a día, para lo cotidiano”.

Para Winnicott (1965), ante éstos desafíos de la práctica, se presentan dos caminos posibles: podemos adaptarnos (y no “sobreadaptarnos”) al contexto en el que nos toca trabajar y practicar un psicoanálisis a la altura de la realidad; o frente a la imposibilidad de “perfección” optar por la inacción, postura que no deja de tener sus propios riesgos. Volviendo a Freud (1918) y a su afamada expresión “alejar el oro puro del psicoanálisis con el cobre de la sugestión directa”, estamos al corriente de que en ocasiones y por efecto del contexto, debemos resignar la pureza del análisis a los fines de favorecer su aplicabilidad. Esto es, siempre que sepamos lo que hacemos (Fenichel, 1941) podemos **crear** diversas aleaciones que habiliten dicha posibilidad.

S: “La primera diferencia que encuentro es especial, del entorno, del encuadre. En el consultorio hay un horario donde la persona tiene que hacerse presente, yo lo espero ahí, desde un lugar más de quietud, más pasiva. En lo otro me vivo moviendo, en la cancha. Tengo que buscar la privacidad, recrear la dimensión espacial para inventar el espacio de escucha -vamos abajo del árbol-”

K: “En lo institucional, a veces hay que inventar, hacer malabares, construir el encuadre y los lineamientos de trabajo todo el tiempo, para enmarcar la práctica y cuidar la intimidad de la persona que consulta. A veces no hay un lugar, o el lugar es compartido con tanta gente, que uno tiene que crearlo y termina

atendiendo en sitios insólitos, en una oficina prestada, un aula, un baño en desuso, un oratorio o debajo de un árbol”.

S: “También trabajé en el Argerich, estuve en sala de espera trabajando sobre salud sexual pre y pos aborto, consejería sexual, en esa época en donde la ley del aborto no estaba, ahí también trabajando desde la escucha analítica y desde la perspectiva de género, en un lugar donde había que hacerse el lugar”

La capacidad creativa de los analistas, propician a que se aventuren a inventar un consultorio debajo de un árbol, dentro de un pabellón de internos, en un baño abandonado o en un pasillo de Hospital, o que puedan realizar un abordaje psicoterapéutico acotado (en pocas entrevistas o escaso tiempo) y que aun en esa adversidad, la intervención pueda tener efectos terapéuticos.

Una de las profesionales comparte la siguiente reflexión, que está vinculada a la capacidad creativa de los analistas en contextos no analíticos:

M: “Grandes teorías que usamos hasta el día de hoy germinaron en espacios fuera del consultorio freudiano, ya sea en grupos de militares con Bion o en la consulta pediátrica de Winnicott”

Para Winnicott (1942), muchas actividades que no son propias de la clínica nos ayudan a reflexionar acerca de aquellas situaciones insospechadas que acontecieron en nuestra consulta particular y que también poco se asimilaban a un análisis de libro. Estos movimientos forman parte de la dialéctica instituido-instituyente que sucede dentro del seno mismo del psicoanálisis, propiciando su avance y actualización.

4.2.2.2.1 Acerca de los Honorarios

Vinculado al **encuadre** y al **contrato** que establecen el analista y el analizando, está el asunto de los **honorarios** y, por tanto, el valor que se le otorga al espacio analítico, entre otros aspectos. Dicho rasgo fue mencionado (Galende, 1994, Green,

2004, Paola, 2008) aunque no desarrollado en la presente tesis. Emergió en el discurso de **5** de los entrevistados de la siguiente manera:

C: “Respecto al pago. En el espacio institucional, el pago no es directo del paciente al profesional, por lo que el manejo del dinero/deuda al verse en juego en el espacio psicoterapéutico, se dificulta su abordaje”

G: “El privado marca una diferencia que tiene que ver con el pago: poner ahí, pagar con los síntomas, poner a laburar el dinero, es diferente. Se ubican en otro lugar de esa manera”

M: “El modo de pago es diferente, pues está mediado por las obras sociales, lo cual muchas veces interfiere en la transferencia y compromiso con el tratamiento de sus hijos. Además, está el tema transporte, el cual también es, en la mayoría de los casos, aprobado por la obra social y dependen de éste para asistir. O se juegan cuestiones como, si no va una terapeuta, “no vale la pena ir” “no me sirve”. Destituyendo de su valor en sí mismo a los otros tratamientos”

S: “En APS, había diferencias y no. En parte era como el consultorio, un lugar con una agenda de turnos, pero sin abonar. Para eso, tenía que establecer un encuadre -si faltás más de una vez sin aviso, entrás en lista de espera- de forma tal que las personas logren darle valor a los turnos, que puedan acceder a un análisis en el centro de salud como en el consultorio”

Una de las analistas, planteó una visión disidente respecto de la “gratuidad” de los tratamientos en el ámbito público, en la que no sólo considera las variables intrapsíquicas, sino lo contextual:

J: “El paciente también paga cuando va a la institución pública, tal vez no paga con dinero, pero paga de otra forma, porque te aseguro que es bastante más incómodo, primero porque hay una cuestión que tiene que ver con...hay veces que se suspenden atenciones, se suspenden turnos cuando el paciente ya está ahí, y vino, y bueno, yo puedo decirle me podés esperar hasta tal hora, yo por ahí bajo y podemos tener la sesión y por ahí son sesiones más chicas por qué, porque me tiene que esperar el resto también”

Como éste tema está vinculado a la demanda, continuaremos su abordaje en el siguiente ítem.

4.2.2.3 Demanda y gravedad de los casos

Otra distinción que establecieron **9** de los analistas que trabajan en contextos hospitalarios o instituciones que implican asistencia y/o tratamiento psicológico, estuvo vinculada al tipo de **demanda** de los pacientes, la exigencia de tener que alojar ésta demanda (frecuentemente, masiva) con la **vulnerabilidad** y **gravedad** que suelen presentar los pacientes que consultan. Era opinión de Winnicott (1942) que “El analista que nunca dispone de espacio para atender un caso agudo se pierde una serie de experiencias valiosas” (p.109)

Según la mirada de Zuberman (2004) “El Hospital es el lugar donde llega aquello de la sociedad que no anda bien, que no camina, que no funciona; los restos, el resto, podríamos decir en nuestro lenguaje” (p.9). La gravedad de los pacientes que demandan, está vinculada a una complejidad de situaciones: vulneración de derechos, escasa red familiar, marginalidad, desvalimiento, entre muchas otras cuestiones. Frente a la urgencia y la regresión que involucra éste tipo de casos, y ante la posibilidad de que por motivos diversos no encontremos un ambiente “suficientemente bueno” (Winnicott) que aloje al paciente, la institución no sólo será un recurso ventajoso, sino necesario. Puede operar brindando sostén y cuidado al paciente, así como también, tendrá más medios para establecer una investigación más profunda del caso que llega a la consulta en éstas condiciones (Winnicott, 1954).

Situaciones de éste tipo se evidencian, por ejemplo, en el siguiente fragmento de entrevista:

A: “La práctica privada me encanta, siempre que esté bien enmarcada y uno pueda decir “esto no es para acá, es para otro lugar” y con ciertos casos terminó sucediendo. Hay casos que son para un manejo institucional. Me ha pasado con situaciones de abuso o de violencia familiar, donde uno necesita la institución y los recursos que tiene disponibles para que el caso tenga un abordaje más adecuado.”

Para Paola (2008) “...la práctica psicoanalítica en la Institución nos confronta con legalidades (¿el cobre?) que si bien son exteriores al análisis “condicionan los modos de la demanda”, suscitando obstáculos cuando el analista debe posicionarse como tal” (p.31). Sabemos que las Instituciones Públicas de Salud Mental tienen el imperativo de atender a “todos” al estar atravesadas por uno de los Derechos Humanos que es el Derecho a la Salud. En absoluto estaríamos en desacuerdo con ésta premisa, pero sabemos la masividad y la exigencia de respuestas rápidas, puede implicar algo más cercano al “furor curandis” que, a un proceso analítico en toda regla, ya que la lógica asistencial encierra el riesgo de ubicar al individuo en un lugar pasivo, reclamando que las “soluciones” o la cura provengan de afuera (del otro) y no del propio sujeto (Leal Rubio, 1995).

Respecto a la demanda, como dijimos anteriormente, no suele ser una demanda de análisis como sucede o deviene “más fácilmente” (o sin tantos intermediarios) en el consultorio particular. Esto a su vez, coexiste con la clínica de las urgencias que requieren el abordaje inmediato de lo agudo, y, por ende, un manejo distinto de la situación, como bien lo indica el siguiente testimonio:

J: “En el ámbito hospitalario me llegan casos bastante, bastante más graves, casos graves, de moderados a graves (...) es un trabajo que implica mucha atención en lo inmediato, en sacar al paciente del padecimiento agudo, para que pueda instalarse en un dispositivo psicoterapéutico”.

Para Winnicott (1961) el deseo de llevar a cabo un proceso analítico que pudiera haber por parte del profesional quedará irremediamente detrás de los requerimientos del paciente o del caso. Por eso, aconsejaba idear “modificaciones adecuadas” (parecido a lo que planteaba Freud) cuando un análisis no podía ejercerse por algún motivo: condiciones ambientales, falta de turnos, escasos profesionales con experiencia, entre otras variables.

Transcribo algunas respuestas para escenificar lo anteriormente planteado:

G: “...hay mucha demanda y también mucha gravedad. Se ve todo el tiempo casos muy graves, situaciones de mucho desamparo. Lo bueno es que es más en equipo”

A: “A veces uno vive situaciones de mucho estrés, se ve mucho desamparo, sufrimiento, desborde...”

H: “La demanda es un tema. Hay internos con angustia que solicitan el tratamiento, hay otros que están aburridos. Por otro lado, en los delitos de abuso sexual el tratamiento está ordenado. Hay varios grupos: De homicidas, de abuso sexual, grupo de varones que ejercen violencia, grupo de adicciones, tratamientos individuales y grupo de extranjeros. Por ley se les ofrece tratamiento, si el interno no quiere, no lo hace. Está a disposición, es un beneficio y se les reconoce”

I: “La demanda mayormente provienen de otras instituciones, y no del deseo propio...aunque luego se hace una reorientación o reformulación”

O: “Las diferencias están sobre todo en cuanto al espacio de trabajo, los tiempos de los que uno puede disponer, la sobredemanda respecto de pacientes y de instituciones (escuela, hospitales) aprovechando la presencia de

un profesional de la salud mental que lamentablemente escasean en el ámbito público, ante una enorme demanda de la población”

R: “El tema es que con las instituciones está la exigencia de “darles todo” en discapacidad. “Cubrir todas sus necesidades” ¡No tiene que haber falta! Y me parece que debería ser algo común, algo que pueda hacer que vayan en la búsqueda de, y no suele pasar. Acá van a tener todo y está bueno que se complementen”.

Otra de las profesionales, habla de los tiempos de la demanda y de las demandas institucionales que se entremezclan o condicionan la del propio paciente, así como también, la posición del profesional:

C:” Pareciera que el paciente en una institución construye su demanda en menor tiempo que en el consultorio privado. Entiendo que esto puede deberse a las condiciones que la misma institución expresa (explícita e implícitamente), como así también del posicionamiento donde yo como analista me ubico teniendo en cuenta estas condiciones institucionales (que generalmente se expresan por la urgencia y escasos tiempos/sesiones de abordaje)”

4.2.2.4 Interdisciplina y Marco Institucional

En cierto sentido vinculado a lo anterior, aparece en el discurso de la mitad de los entrevistados **(10)** la reflexión respecto de la presencia de los otros: el **equipo de trabajo** en Salud Mental y el **marco** que brinda la **Institución**, que puede sentirse, como nos enseñan Freud (1930 [1929]) y Fernández (1994) entre muchos otros, como protección o como sufrimiento. El trabajo interdisciplinario no escapa a ésta lógica ambivalente: brinda compañía, sostén y diálogo, pero a la vez, asoman contradicciones, imposiciones, disidencias y otras problemáticas complejas propias del vínculo con el otro, otro que según Freud (1921) se puede presentar “...como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo” (p.67), siendo el otro como semejante

plausible de inscribir, contrariamente a lo que pasa con la ajenidad del otro, cualidad que provoca rechazo por poner en jaque la propia subjetividad (Berenstein, 2004).

Winnicott (1955), consideraba que en contextos públicos resultaba difícil "...emprender la acción en el momento oportuno, en la dirección correcta y en la esfera que corresponde" (p.18) dificultad propia de la diferencia que encierra el trabajo con los demás. Según las características que revista el otro: como prójimo (semejante) o extranjero (ajeno), se sentirá más o menos cómoda la labor conjunta.

Una de las entrevistadas nos ofrece un ejemplo de lo que provoca la "ajenidad" (Berenstein, 2004):

N: "La primera característica sustancial que se me ocurre al pensar en la diferencia, es la "otroriedad" (sic) que presenta trabajar en institución. La práctica dentro de un marco institucional requiere de la participación de otros profesionales. En mi experiencia habiendo trabajado en una Institución de Salud mental perteneciente al Estado Nacional, requiere de un dispositivo que incluye un asistente social, un psiquiatra y un psicólogo. Esta diversidad obliga a intercambiar y acordar miradas en un discurso único. Además, que requiere de un informe al juez, sobre el estado personal de cada paciente. A diferencia del consultorio particular donde la individualidad en el trabajo carece de este intercambio y de esta otra mirada evaluativa"

El trabajo con otros discursos que difieren con el analítico, sumado a la impronta institucional, pueden ser vivenciados por los analistas de múltiples maneras. Lo mismo sucede con la intimidad del consultorio privado. Esto se abordará nuevamente cuando detallemos la pregunta número 3, ya que ésta diferencia aparece con la cualidad de **Beneficio.**

B: "En el espacio público los tiempos son distintos se prima más el trabajo en equipo, la orientación psicoanalítica se vuelve más ecléctica es verdaderamente

más una orientación y se pone en juego dinámicas más grupales y los entre discursos...”

A: “En la residencia había más psicólogos y psiquiatras, está bien que había casos mucho más complejos en el Hospital, todo el tiempo. Estás más acompañado y estás respaldado por la institución, tenés el “Hospi” (sic) más a mano. Hay cosas más cómodas en el consultorio y otras en las instituciones”

J: “Desde el paradigma del psicoanálisis abordamos las diferentes temáticas, no obstante, en la guardia, la escucha va a ser siempre psicoanalítica, no puede ser de otra manera, pero tenemos que tener también una mirada “saludmentalista” (sic), estamos interactuando con otros profesionales de otras especialidades, médicas sobre todo y bueno, es importante que tengamos un lenguaje en común en relación a la historia clínica”

G: “...Lo bueno es que es más en equipo. Por ejemplo, nos reuníamos todos los días a hacer el “pase clínico” a las 12, nos juntábamos a hablar de los casos más graves de la mañana, por ejemplo, el psiquiatra, el médico, la nutricionista y yo. Exponíamos, debatíamos, consultábamos, como un ateneo o una supervisión grupal. Pensábamos al paciente entre todos en ese momento. Si llegaba a la guardia por ejemplo un paciente todo cortado, pensábamos todos en ese momento - ¿cómo lo abordamos? -, estaban los mecanismos armados”.

El equipo de trabajo, la **interdisciplina** o el **diálogo** con otros discursos y **significantes institucionales**, que implican un posicionamiento distinto por parte del psicoanalista también provoca efectos en los analistas que trabajan en otros contextos distintos a la clínica. Según explica Kaës (2004), cobramos existencia y nos vinculamos con la institución y con los otros que participan de la misma, según la tarea primaria que la rige: cuidar, enseñar, corregir y reinsertar, controlar, defender, ordenar, etc. A lo

que agrega: “Las investiduras y las conrainvestaduras de la tarea primaria son elementos de la realidad psíquica común, compartida, conflictiva. En la institución, somos sujetos “parciales” (Kaës, 2004, p.655) y aceptar esa parcialidad o incompletud (Leal Rubio, 1995), esa otredad (Berenstein, 2004) no deja de ser una herida narcisista.

D: “Hay una gran diferencia y en la institución hay variables institucionales, está todo el sistema que se pone en juego con las personas que ejercen determinados roles (...) Cómo se leen las situaciones depende de la cabeza del colegio también. Y vos estás metida en esa lógica institucional y mediando diferentes discursos: legal, administrativo, psicoanalítico, TCC, que éste última pega muy fuerte en lo escolar”.

B “La mayor diferencia recae en el equipo de trabajo, mientras en el juzgado se atraviesan múltiples miradas desde distintas disciplinas inclusive en simultáneo mientras se realizan las intervenciones; el consultorio lleva una tarea a solas con el paciente, la interpretación y transferencia que solo emerge en un espacio de análisis y la reflexión con un colega en el espacio de supervisión o con otros colegas que acompañen también desde otros procesos de terapia a familiares, parejas”.

H: “Los grupos de trabajo no son psicoanalíticos, se trabaja de manera interdisciplinaria. Hay diferentes áreas: Servicio Social, Sanidad, donde hay psiquiatras y psicólogos, Educación, que hay desde primaria, desde la alfabetización hasta la universidad, y criminología, donde trabajo actualmente yo, que maneja el tema de los beneficios, de la evolución de los internos y la parte legal”

R: “El consultorio, lo siento solitario, a diferencia de la institución donde todo es en equipo, o al menos uno espera. Cuesta un montón también el trabajo en

equipo, coordinar las miradas y el espacio de terapias, aunar criterios, miradas, de profesiones tan distintas: Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Psicólogos, aunar criterios es complicado, en ese sentido lo individual del consultorio es más sencillo, esa es la particularidad que encuentro”

En el mismo sentido que venimos trabajando, otra de las profesionales, comparte la visión de Winnicott (1955) quien piensa que la institución y el consiguiente trabajo en equipo colabora en eludir frecuentemente los dolores de cabeza que traen aparejados muchos casos cuando se los atiende en solitario:

D: “La diferencia es que en la institución y los otros te protegen, -entre comillas-, de la contratransferencia. En el consultorio uno tiene el estudio, la supervisión y el análisis propio, pero es más difícil porque hay más compromiso emocional, uno se juega más. En la institución la transferencia y la demanda es compartida con otro”.

4.3 Beneficios y Contratiempos

La pregunta **¿Qué beneficios y contratiempos encuentra en el trabajo institucional y el privado?** es una continuación del interrogante anterior, que tiene como fines el profundizar aspectos negativos y positivos de los distintos dispositivos en donde un analista practica su arte. En éste apartado habrá planteos que se repiten o se fusionan con el precedente, al tiempo que afloran otras percepciones del área personal y profesional.

4.3.1 Beneficios del Trabajo Institucional

4.3.1.1 La Protección de la Institución y sus Recursos

En éste momento de la entrevista, comprobamos que retorna la ambivalencia “innata” que tenemos los sujetos con las instituciones y otros determinantes culturales (Freud, 1930). Sabemos por Kaës (1989) que las instituciones además de ser una formación sociocultural compleja, lleva a cabo funciones psíquicas importantes: identificatorias, defensivas (Klein), organizativas, estructurales, regulatorias, narcisísticas, entre otras. Así como en el apartado en el que detallamos las diferencias,

el mayor número de profesionales se explayó en el sentido del *sufrimiento institucional* por las interferencias en el encuadre y en las intervenciones analíticas (16); en éste interrogante, para 8 de los entrevistados la institución se presenta como **protección**. Hace las de sustento necesario para sobrellevar la labor cotidiana, como aquel “holding” que provee una “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1960) al sostener el narcisismo incipiente del bebé.

En principio, lo que resonó reiteradamente como aspecto positivo del trabajo institucional, estuvo relacionado al orden y a la protección que brinda la institución y los recursos con los que ésta cuenta, tanto para los profesionales como para los usuarios. En cierta manera, pertenecer a una determinada entidad no deja de ser una *experiencia de ilusión*: “interacción entre lo que la creatividad y lo que el mundo tiene para ofrecernos” (Winnicott, 1952, p.100).

Sentimos que somos parte de un todo, de algo más grande, trascendental, que promete rescatarnos del caos y de la incertidumbre. Esto no es sin su cuota de malestar, pero bien decía Freud (1930 [1929]) que las personas preferíamos ceder parte de nuestra felicidad por un poco de seguridad. Algo de esto se cuela en las respuestas, ya que la Institución no siempre se luce en el discurso, como ideal laboral o fuente primaria de satisfacción, sino como un instrumento para apuntalar el narcisismo o evitar el sufrimiento. Otro de los entrevistados la vivencian como una plataforma a partir de la cual pueden llevar a cabo proyectos de índole profesional.

El marco institucional y el trabajo con otros que para Freud (1918) se sostiene, entre otras cosas, mediante mecanismos libidinales e identificatorios, brinda alivio a la hora de abordar determinados casos, ya que hay semejantes que pueden funcionar como auxiliares o como sostén (Freud, 1921). A su vez, los recursos (con sus consiguientes falencias) se encuentran disponibles y los caminos más facilitados: Suelen haber protocolos de acción frente a determinados eventos que ordenan las intervenciones cuando prima la urgencia y se dificulta la pregunta y el pensar.

Aquí transcribimos algunos ejemplos de ello:

A: “Con la institución uno se siente más respaldado, más contenido, y tenés más a mano de los consultorios externos, la guardia y otros dispositivos

intermedios. Hay mayor facilidad en la conexión con profesionales, se aloja más el caso y el marco legal que en el consultorio está muy desarticulado. A veces uno vive situaciones de mucho estrés, se ve mucho desamparo, sufrimiento, desborde. Estar con otro hace que lo lleves de otra manera, mucha carga”.

D: “Te cuida más lo institucional”

G: “En lo público estaba todo compaginado y eso me encantaba, al menos ahí donde estaba yo”.

H: “La institución tiene algo bueno que es la estructura y la internalizas (...) El trabajo en equipo es necesario, uno escucha cosas tremendas, y son cosas que no se pueden compartir, por una cuestión ética y porque es tremendo.

Q: “En el institucional, hay cierto beneficio en el sentido que uno está amparado de alguna forma por la institución donde trabaja, en el sentido que lo que uno firma, sella o recomienda, tiene un apoyo institucional”.

P: “En la institución los beneficios es que el trabajo con otros alivia muchas cuestiones de gran complejidad habilita pensar de otros modos, intervenir en diversos sentidos no solo el clínico”

H: “Más allá de lo que intente el sistema, también hay una energía de no libertad que es tan densa, tienen cosas para hacer dentro de la institución, recursos que ésta ofrece y en el afuera no hay nada de eso”.

4.3.1.2 Inter (entre) disciplinas y Experiencia Profesional

Otro rasgo que se suma a la protección institucional, combinándose con el mismo, es el enriquecimiento y el aprendizaje que surge de la interdisciplina o “entre-

disciplinas” y su vínculo con la experiencia y la experticia, del cual hablaron **9** entrevistados. Como componente identificador, complejiza y fortalece la mirada profesional. Como espacio transicional o potencial (Winnicott, 1972), es terreno fértil para el desarrollo de la creatividad. Para Freud, las instituciones eran lugares privilegiados de investigación y transmisión del método analítico. A su vez, la historia psicoanalítica demuestra que el diálogo e intercambio con otros, desde el grupo de los miércoles hasta hoy, no hace más que nutrir y expandir nuestros conocimientos, y, por tanto, robustece el psicoanálisis teórico, así como también vigoriza al aplicado.

J: “...lo que tiene el hospital es que me siento mucho más en todo caso, acompañada, hay un equipo, hay un equipo que está ahí de carne y hueso al lado mío todo el tiempo, ósea, yo no voy sola a la guardia, yo no voy sola a internación, yo no estoy sola, hay permanentemente un equipo y le digo a mi compañera, al psiquiatra por más que sea de adultos, che qué hacemos, o mi compañera la clínica médica, porque nosotros hacemos salud integral, si bien cada uno trabaja dentro de su especialidad, tenemos una interdisciplina que nos permite opinar, así como también me pregunta la clínica médica a mi yo le pregunto a ella, es muy importante que haya la mirada del otre”

C: “En el ámbito institucional, la posibilidad de trabajo en equipo fortalece la propia práctica profesional”

L: “El aprendizaje que se obtiene al trabajar interdisciplinariamente y en equipo”.

M: “Institucional: Beneficios → trabajo interdisciplinar, contar con espacios de supervisión en intercambio, una infraestructura que se ocupa de cuestiones administrativas”

S: “Para mí el beneficio es no solo lo que se genera en la mirada, sino el ida y vuelta, ese saber a partir de intervenir, de ese enriquecimiento mutuo que se da

en el espacio analítico que a ambos nos beneficia y nos enriquece. El paso de un psicoanalista por una institución creo que marca una diferencia, yo soy muy optimista igual, la negatividad me cuesta. Creo que hay desafíos y apuestas y para eso hay que aceptar la falta de lo que no puede acontecer, saber correrse para no dañarse uno, saber sus límites. Creo que siempre está la posibilidad de escuchar, de preguntar, que surjan cuestiones del inconsciente”.

G: “En mi experiencia la concurrencia para mi fueron todos beneficios (...) incorporé mucha experiencia, bagaje, no me pagaban, pero me servía porque me brindaba más seguridad en lo privado”

Otros profesionales, si bien tomaron a la interdisciplina como un aspecto significativo y nutricional, reconocieron que el trabajo con otros también encierra un costado ambivalente y beligerante, que dificulta la propia práctica. Ya de por sí el psicoanálisis no configura un espacio uniforme (Rodulfo, 2008) y si a eso le sumamos otros discursos aún más disímiles como aquellos que coexisten en Salud Mental (Galende, 1990) o en la misma Institución, pueden acontecer conflictos y desencuentros. Ni hablar si consideramos nuestros propios atravesamientos inconscientes y los procesos de identificación con los pacientes y las poblaciones a las cuales les prestamos nuestra escucha, que suelen resonar en los equipos de trabajo.

N: “En ambos dispositivos encuentro el mismo beneficio y contratiempo en simultáneo. Ya que el hecho de trabajar en equipo muchas veces enriquece la mirada individual y suma otras posibilidades de pensar la clínica, al mismo tiempo que a veces dificulta la toma de decisiones u obliga a negociar posturas para llegar a una mirada en común. Esto muchas veces se torna problemático ya que hay miradas con posturas de base muy diferentes, que entiende el dolor del otro desde una concepción diferente a la mía”.

K: “El trabajo institucional tiene como beneficio la interdisciplina, la mirada de los otros, su acompañamiento y su escucha. Esto a veces no funciona así, hay crisis de equipo y también se tiene que enfrentar con cierta soledad. De alguna manera uno se siente más resguardado por la institución, más allá de que pueda ser algo más ilusorio que real”

4.3.1.3 La Estabilidad Laboral

Otro de los aspectos positivos que se consideraron en las respuestas, fue lo relativo a la estabilidad laboral que brinda el ejercicio del psicoanálisis en una institución **(4)** que también se desprende de la seguridad que ofrece el trabajo en relación de dependencia. Los profesionales no dejamos de ser individuos con atravesamientos personales, socioculturales y económicos, de modo tal que dicho aseguramiento (real y simbólico) no deja de ser una variable importante a considerar:

E: “...los pacientes llegan solos siempre hay lista incluso de espera”

Ñ: “...en lo institucional no está sometido a los vaivenes del deseo y de la salud, por llamarlo del algún modo, del profesional, no posee inestabilidad, solo la que brinda poder resistir o no al factor institución per sé”.

L: “Beneficios en el trabajo Institucional tiene que ver principalmente con la posibilidad de contar con estabilidad económica y laboral.

P: “Brinda mayor estabilidad y uno puede administrar mejor sus tiempos de trabajo”

4.3.1.4 Aporte a la Comunidad

Las respuestas restantes **(3)** estuvieron enfocadas en el valor social del psicoanálisis, en el aporte profesional que se puede hacer para el bien común o para cumplir con ciertos principios o ideales.

Freud, Winnicott y muchos otros analistas, tuvieron inquietudes sociales, volcando mucho de sus esfuerzos y desarrollos a problemáticas de orden social. Según Ezequiel Achilli (2021), hay una extraña creencia que circula en el imaginario analítico, que indica que practicar el psicoanálisis por fuera del dispositivo clásico implica alejarse de las enseñanzas de Freud:

Aparentemente por alguna razón le quitamos una pata a la mesa ya que además del análisis personal, las supervisiones y los seminarios, en la formación ofrecida por las primeras instituciones también existía la participación institucional y social (en el Ambulatorium, por ejemplo). Eran 4 las patas de la formación (Achilli, 2021, p. 224)

Así como aquellos grandes referentes no fueron ajenos a sus condiciones de época, nosotros tampoco lo somos, siendo deseable, o más bien, imperioso, que podamos comprometernos a realizar intervenciones y acciones desde nuestra mirada, de modo tal que provoquemos efectos positivos mediante el lazo con comunidad donde vivimos.

F: “El beneficio radica en que el trabajo en sí condensa el análisis con el bien comunitario y cierto aporte de justicia”

L: “También el poder desarrollar mi interés por el trabajo comunitario”.

P: “(...) Pero me genera un enorme placer que la población pueda acceder a éstos espacios de manera gratuita y desde nuestra labor, poder hacer redes con otras instituciones y profesionales para trabajar en equipo y en forma interdisciplinaria”

4.3.2 Contratiempos Institucionales

En el apartado donde abordamos las diferencias, la intromisión institucional con sus consecuencias técnicas y afectación del encuadre de trabajo, ha sido una de las variables que

más impresionó con tintes negativos. Aquella pregunta, funcionó como depositaria de los aspectos más peyorativos del trabajo en la institución, amalgamándose con la actual, y, por tanto, dejando un resto más pequeño de problemáticas para analizar en éste apartado.

A su vez, se presenta la dificultad de establecer una diferenciación tajante respecto de los “pro” y los “contra”, porque existen hechos o componentes que aparecen con ambas cualidades, producto de la varias veces mencionada ambivalencia que la institución y la diferencia propia del encuentro con los otros nos provoca. Ya nos adelantaba Kaës (2004):

Si existe una realidad psíquica de (en) la institución, existe una fuente de placer y de sufrimiento para sus miembros. Placer y sufrimiento están ligados a las dimensiones organizacionales de la institución, y más específicamente a la realidad psíquica producida por la institución. Placer de cumplimiento de la tarea primaria, sostenida por las fantasías inconscientes y los ideales, sufrimiento asociado al incumplimiento del encuadre o al no reconocimiento de la capacidad de sus sujetos, etc. (p.656)

Éste par se activa cuando ponemos en palabras lo negativo de nuestro trabajo, lo que interfiere, lo que molesta. La transferencia y la contratransferencia institucional (Lourau, 1970, Galende 1990) también se inmiscuye en el vínculo terapéutico, provocando efectos que perturban el trabajo y el pensamiento clínico (Green, 2002).

Está claro que muchos aspectos de lo institucional nos exceden y frecuentemente inhabilitan el manejo de algunos elementos de nuestra práctica, provocando malestar con la institución, con el equipo de trabajo, y también, por qué no, con los pacientes: Demanda masiva, gravedad de casos, escasos recursos, desacuerdos profesionales, sumado a los obstáculos institucionales y la imposibilidad de establecer un adecuado encuadre, contrato de trabajo u honorarios acordes para disminuir nuestro *odio* (Winnicott, 1977) no es un panorama fácil.

Por eso en el capítulo donde abordamos “Lo Institucional” resaltamos la importancia y la necesidad de registro y representación de las problemáticas que nos atraviesan para evitar que afecte de manera negativa en nuestro trabajo (y en nuestra subjetividad).

4.3.2.1 La Masividad

Hemos desarrollado anteriormente la expansión del psicoanálisis como la imaginaba Freud (1910), quien señalaba que, para lograr tal fin, sería necesario que sucedan tres factores:

- El progreso de nuestra ciencia
- El aumento de la autoridad del analista
- El efecto universal de nuestro trabajo

La masividad está vinculada al tercer factor planteado por Freud (1918) quien acordaba negociar y renunciar algunos aspectos dogmáticos del método analítico en pos de extender sus ámbitos de aplicación. Trasladar dicho sueño del ámbito de las ideas a la realidad genera dificultades y contrariedades.

Como ya venimos mencionando, formar parte de una Institución Pública que se rige bajo el imperativo de “atender a todos” involucra una lógica diferente de la psicoanalítica. Suele arrasar con la singularidad y se traduce en estadísticas, carga horaria, resultados veloces y diagnósticos herméticos, poniendo a prueba la ética, la paciencia y los recursos psíquicos del profesional. Esto se expresa del siguiente modo en el discurso de **4** de los entrevistados:

J: “(...) bueno, el tiempo es menor, no porque yo lo quiera así, sino porque la demanda es tan pero tan alta en los hospitales públicos que tenemos que hacer malabares para poder admitir a la mayor cantidad de pacientes posibles...”

R: “En la institución uno hace un abordaje más general, no tan individual”

S: “En la institución los ritmos son distintos, hay mucha más demanda, con todas las exigencias que se generan en torno a eso. Y uno va cambiando con los años y la experiencia, al principio, recién recibida me encontraba tratando de satisfacer, uno va creciendo y va pensando cómo trabajar con esa demanda,

con esas cosas que quedan sin cubrir (...) Está en uno de como posicionarse para elaborar, releer, para pensar, para trabajar lo que escucho”

M: “Contratiempos → cantidad de pacientes, tiempos en la atención, frecuencia de atención”

4.3.2.2 Exigencias Institucionales y Encuadre de trabajo

Ésta pregunta hace emerger nuevamente la problemática de las interferencias de la institución en el **encuadre de trabajo**, ya sea por las **demandas** de la misma, como **las exigencias** de los múltiples discursos que la conforman, haciendo que el profesional deba realizar algunas concesiones mientras se mantiene en ciertos bordes para sostener su ética de trabajo.

Paola (2008) expresaba la exigencia que había en torno a los profesionales del área “psi” para responsabilizarse de un sinfín de problemáticas, desdibujando y devaluando nuestro rol (Leal Rubio, 1995), lejos de lo que Freud (1910) entendía como “aumento de la autoridad del analista”, como se observa en las **8** siguientes citas:

K: “También los ritmos, los tiempos, las interrupciones, las demandas, la multiplicidad de tareas (que no tienen que ver con mi rol), lo burocrático, todas estas cosas con el tiempo transforman a los profesionales, los cansan y hace que quizás uno no pueda ofertar un tratamiento en las mismas condiciones que en una consulta privada”.

F: “(...) También resulta dificultoso hacer respetar la competencia profesional frente a la demanda de los funcionarios”

A: ¿Lo negativo del hospital? Durante el primer año estuve en un dispositivo de admisión, y si no había lugar, o si el paciente tenía obra social, uno no tenía la potestad de elegir, había que “fletar al paciente”. Era re feo, porque lo querías

admitir, habías escuchado todo el sufrimiento del paciente y había que decirle que no”

I: “Lamentablemente tenemos que usar los manuales de diagnóstico como el DSMV ahora y la CIE. Hay que encajar muchas veces al paciente o a la paciente adentro de esas categorías caprichosas, hay que definir internaciones, definir medicaciones, y eso se hace en equipo según la Ley de Salud Mental”.

N: “(...) a veces dificulta la toma de decisiones u obliga a negociar posturas para llegar a una mirada en común. Esto muchas veces se torna problemático ya que hay miradas con posturas de base muy diferentes, que entiende el dolor del otro desde una concepción diferente a la mía”

O: “En éste ámbito institucional público, el encuadre y el dispositivo psicoanalítico debe ajustarse muchas veces a las necesidades y a los recursos de la propia institución”

C: “A su vez, los contratos laborales institucionales también pueden afectar directamente al analista (por ejemplo, rescindir un contrato; dos ausencias del paciente sin una adecuada justificación es suficiente para que se lo ‘dé de baja’ y no cuente más con el espacio) lo cual índice desfavorablemente en el espacio construido con el paciente”.

C: “Contras: concurre quien puede pagar mucho y quien nada al mismo analista. El paciente puede rotar por varios psicólogos durante toda su vida de la misma institución. Se encuentra el consultorio ocupado se busca otro. Interrupciones. Urgencias (llamados de la Guardia para colaborar), solicitud de favores (para atención de familiares etc)”

4.3.2.3 Transferencia Institucional y Demanda

Siguiendo con lo desarrollado, surge de la conversación con los psicoanalistas, la complejidad que encierra la transferencia institucional y los tipos de demanda (4), que no siempre es de análisis ni logra con el tiempo constituirse como tal. Dichos conceptos no podrán ser desarrollados en éste trabajo, pero los mencionamos a partir del comentario de sus protagonistas de la siguiente manera:

C: “Contratiempos: el paciente puede generar una transferencia negativa con la institución y su funcionamiento”

H: “(...) el tratamiento muchas veces no es a demanda, no hay conciencia de enfermedad, no hay angustia, no hay pregunta, no hay posibilidad de verbalización por la estructura, no por no ser escuchados. Hay acción acción acción”

K: “La transferencia institucional es un tema a considerar. También está el hecho de que uno no tiene la posibilidad de elegir al paciente y que el paciente lo elija a uno, cuestión que interfiere en la transferencia y en el proceso analítico o terapéutico”.

M: “(...) cómo se diluye el tema del pago y la transferencia en términos de compromiso con el tratamiento”.

4.3.2.4 La Rigidez Institucional

Una de las cualidades institucionales que apareció con mayor carga negativa, fue la rigidez de determinados ámbitos institucionales. Ésta se torna problemática cuando el profesional siente que tiene poco por hacer frente a lo (severamente) instituido. El marco institucional se siente como contenedor y como un rasgo deseable, siempre y cuando éste armazón cuente con cierta flexibilidad para dar lugar a lo singular de cada caso o a lo nuevo (o azaroso), bien destaca Kaës (1986) entre muchas

otras cosas, que no sólo padecemos por la falta de institución, sino también por su exceso.

Dicho atributo se evidencia en los **5** fragmentos que siguen:

D: “La gente de educación es el Sujeto Supuesto a Saber...”

K: “Como contratiempo...hay muchas cuestiones iatrogénicas que se sostienen en la institución por uso y costumbre, porque siempre fueron así, y pareciera que no pueden ser cuestionadas o problematizadas”.

H: “...lo negativo es la rigidez, la no contemplación del otro como sujeto singular, salvo la empatía de algunas personas. Es brutalmente rígida y más con el personal que cuida que con los internos. (...)”

Q: “Por ahí creo que los contratiempos tienen más que ver con la poca flexibilidad para escuchar ciertas cuestiones psicológicas o cierta intervención o interpretación en ese ambiente”

L: “En cuanto a los contratiempos en lo institucional considero que hoy en día me encuentro con obstáculos y difiero de modalidades de intervención y trabajo con los que no estoy de acuerdo pero que se encuentran instalados, lo cual hace muy difícil la modificación y me encuentro en situaciones de incomodidad o disconformidad”

4.3.2.5 Escasez de Recursos y Remuneración Económica

Los recursos institucionales, aunque defectuosos, aparecieron en la mayor parte de los testimonios como una cuestión positiva del trabajo institucional.

Asimismo, tres (**3**) de los profesionales, problematizaron dichas cuestiones de la siguiente manera:

G: “Si uno lo piensa, en las instituciones el trabajo está peor remunerado, muchas horas de trabajo también.

I: “La diferencia es importante porque en el hospital tengo todo ahí, ojo, tengo todo ahí con las falencias graves que tiene nuestro Sistema Público de Salud”

F: “En el ámbito judicial, el principal contratiempo radica en la falta de instituciones pertinentes que ofrezcan trabajo de análisis para derivar, la falta de recursos humanos en términos generales y de dispositivos específicos para las temáticas pertinentes al trabajo”

4.3.3 Beneficios de la Consulta Privada

Luego de investigar y comparar la práctica pública con la privada, Winnicott (1955) llega a la siguiente conclusión: “Si la práctica privada es a la vez buena y económica, entonces sostengo que es positiva para el psiquiatra, por cuanto al ser capaz de confiar en él mismo, podrá trabajar mejor con el equipo institucional” (p.19)

Podemos jugar con ésta premisa y leerla a la inversa, considerando los testimonios de los analistas entrevistados, quienes manifiestan que el dispositivo institucional funcionó como espacio de confianza en donde pudieron fortalecerse y sentirse seguros para debutar en el ámbito privado: así como se internalizan los imagos parentales (buenas) en la infancia, algo de la estructura institucional se hace carne brindando mayor solidez y “capacidad de estar a solas” (Winnicott, 1958), logrando, en cierto sentido, “madurez profesional”. Esto se observa en los siguientes 4 extractos de entrevistas:

J: “En el consultorio, estoy un poco más sola, pero como yo siempre digo que profesionalmente me crie en un hospital, tengo internalizada esta mirada de equipo, entonces como, si bien en el consultorio estoy sola, tengo un equipo externo a quien llamar, a quien derivar, a quien llamar, como trabajo con pacientes graves a veces tengo esta cuestión de que tengo que internar, en fin”

G: “En mi experiencia la concurrencia para mi fueron todos beneficios (...) incorporé mucha experiencia, bagaje, no me pagaban, pero me servía porque me brindaba más seguridad en lo privado”

K: “Los casos y el tipo de intervenciones que uno tiene que efectuar, me fogueó, me fortaleció bastante como profesional y me permitió moverme más cómodamente en lo privado”.

S: “En el consultorio privado por ejemplo uno puede aprender y armar su recorrido de lo que aprendiste en lo público e institucional”

Para Winnicott (1955) en el caso de los pacientes más simples o tratables, “la práctica privada lleva las de ganar, porque es tan eficaz como la institucional, pero evita todos los problemas colaterales” (Winnicott, 1955, p.17), que son, por lo que fuimos viendo, todo aquello propio de la institución y sus integrantes, que interfiere de manera negativa en el encuentro con el analizante.

Cuando la institución se corre de la escena, aparece el analista como intérprete independiente de su propia clínica y dicha condición también reviste sentimientos encontrados.

4.3.3.1 Autonomía: Técnica, Encuadre y Contrato

El consultorio pareciera ser el lugar más adecuado para emular las indicaciones desarrolladas por Freud en sus escritos técnicos. Como tantos otros conceptos analíticos, es difícil realizar una separación y caracterización concreta de alguna de éstas nociones. Etchegoyen (1986) señala que para entender el contrato que establecen analista y paciente, necesitamos al encuadre como referencia, a la vez que ciertas variables se transforman en *setting* analítico a partir del acuerdo de la pareja terapéutica.

Al no haber transferencia (ni interferencia) institucional, el analista encuentra más libertad para manejar las vicisitudes de su clínica. También en los tipos de

demanda y el vínculo transferencial que se produce entre analista y analizando, aumentando las probabilidades que suceda un proceso analítico en toda regla.

Lo anteriormente desarrollado, es expresado por la mitad **(10)** de los entrevistados de la siguiente manera:

A: “El consultorio, tenés la libertad de que es tu lugar, es tu espacio (...) La práctica privada me encanta, siempre que esté bien enmarcada y uno pueda decir “esto no es para acá, es para otro lugar””.

C: “Beneficios: el manejo del tiempo suele ser más cómodo en el espacio privado...”

D: “En el consultorio no hay relación de poder o se juega de otra manera, en la interdisciplina, otros roles”.

E: “Beneficios: la posibilidad de elegir al paciente (el paciente siempre elige al analista, en ambos ámbitos). El encuadre se mantiene por más tiempo (incluido los muebles e inmueble), sin interrupciones por lo general. El pago lo establece el analista (monto, forma). El tiempo no es acotado desde el exterior”

I: “...quizá en el consultorio parecería que uno dispone más libertad”

K: “El beneficio de la clínica particular es que uno puede manejar sus tiempos, su espacio, que puede ejercer la práctica con mayor libertad, sin los tiempos que muchas veces marca la institución (más allá que lidia con tiempos de otras instituciones: familia, escuela, discurso médico).”

Ñ: “Los beneficios de la tarea en el consultorio: todo depende del esmero, del deseo, de las posibilidades y fallas del profesional. La independencia”

O: “En el ámbito privado, el beneficio tiene que ver con disponer del tiempo y del espacio para el ejercicio profesional y manejar el encuadre con el paciente más libremente. Además, suele verse más la demanda por iniciativa propia del consultante”

P: “Mientras que en el privado uno se encuentra con más libertad para optar por los criterios terapéuticos que considere sin tanto condicionamiento institucional, la transferencia es distinta y es más sobre la persona no sobre un equipo lo que permite mayor posibilidad de maniobra, pero también mayor complejidad.

R: “(...) uno puede trabajar con el paciente diferente, de una forma más individual, más profunda”

4.3.3.2 Satisfacción profesional y económica

En esta instancia de entrevista, se presentó de una manera muy categórica en seis (6) de los profesionales, la satisfacción profesional y vocacional de un trabajo llevado a cabo con idoneidad y con deseo. Dicha retribución no solamente es simbólica, sino que tiene un correlato económico que también procura bienestar, como se expresa en las siguientes frases:

H: “Es súper interesante, enriquecedor, trabajar con el paciente, ver qué quiere, qué busca”

L: “En la práctica privada, el mayor beneficio es poder desarrollarme profesionalmente en un área que es puramente vocacional para mí. Me genera mayor motivación y la experiencia y conocimientos que voy adquiriendo allí tiene que ver con mi autorrealización laboral y profesional.

Q: “Beneficio para mí es un enriquecimiento permanente poder trabajar con la subjetividad de los pacientes, que cada uno es tan individual y tan único, que

es un aprendizaje constante y también es una interpelación ante un montón de cosas a nivel personal, que bueno, que eso abre las puertas para trabajar en el análisis individual, y personal mío, en este caso”

S: “Respecto del consultorio, yo no trabajo por obra social y hace un tiempo que vengo cobrando un honorario acorde, acorde a mi formación, a mi responsabilidad de hacerme analizar, ha sido parte de mi análisis esta decisión y eso trae un rédito económico además de la satisfacción de los pacientes que al ir a la consulta privada van con otra disposición, de un análisis que disfrutan. Para mí es puro beneficio, desde los pacientes hasta lo económico”.

G: “En el consultorio privado podés ver menos pacientes y ganás más. Tenés más beneficios económicos en lo privado”

4.3.4 Contratiempos del Consultorio

4.3.4.1 Sobre la soledad y la inestabilidad

En ésta pregunta se abordaron los aspectos negativos de la consulta privada. En la misma aparecieron casi de manera unánime dos respuestas: Una relativa a la **soledad**, de la que hablaron **7** de los entrevistados y otra a la **inestabilidad laboral** que implica el trabajo autónomo, de la cual hablaron **3** de los analistas. Estas aparecen como contracara de la autonomía y la remuneración económica que emergieron como beneficios en el apartado anterior. Por último, se presentan como un contra las resistencias al análisis que se podrían presentar, de la cual hablaron otros **3** de los entrevistados.

A: “Hay algo del consultorio que es más solitario”

D: “La clínica es de estar solo, uno tiene que ser más activo para la mirada del otro y siempre es lo que yo digo sobre el paciente, no hay objetividad, por

ejemplo, cuando superviso. No es lo mismo verlos ambos que yo, el otro constata lo que yo digo”

K: “En el trabajo privado como contratiempo encuentro el hecho de que uno se siente un poco más solo, tiene que armarse una red de colegas para sostenerse, para pensarse y pensar la clínica, y más aún en el caso de requerir interconsultas si tiene un paciente grave”

M: “Contratios → se está más solo, es una práctica solitaria en cuanto a los ritmos de trabajo. Independiente que uno busque supervisar, no está esa cotidianeidad con colegas y otros profesionales”.

R: “A mí lo que más se me aparece en el consultorio, es que el mismo es muy solitario”

O: “El espacio del consultorio privado más allá que permite trabajar en forma interdisciplinaria, lo hace más difícil. El psicoanalista está más “solo””

Una de las entrevistadas habla de la soledad del consultorio, pero como un atributo deseable y positivo:

S: “Cuando voy al consultorio, yo atiendo en un poli consultorio, me encanta que no haya nadie, me encanta estar sola. Soy muy hinchada de la intimidad de los pacientes, lo mismo me pasaba con APS, que es más difícil. La soledad me encanta”.

En las siguientes manifestaciones, la autonomía es vivida como inestabilidad:

L: “Los contratiempos quizás tengan que ver con la inestabilidad propia del trabajo en consultorio de manera privada”.

P: "También es más inestable lo que implica un modo distinto de trabajar y de tener que organizar a nivel personal"

Ñ: "Las desventajas en lo privado es la inestabilidad, y los riesgos derivados de la autorización que no recaen en una institución"

E: "Contratamientos: los pacientes llegan derivados o por recomendaciones o avisos zonales, por ejemplo. Puede producirse mesetas en tratamientos o que se prolonguen más a lo mejor que lo necesario".

F: "En el trabajo privado los mayores contratamientos son la resistencia analítica y la falta de compromiso con el análisis cuando existe ya que transforma un trabajo agradable en una experiencia soporífera, tediosa, cansina y casi intolerante".

Q: "...el contratamiento va más en relación de lo que busca el paciente con el tratamiento, por lo menos lo que a mí me ha pasado, cuando buscan una resolución más rápida, más inmediata que se trabaje específicamente ese problema y se resuelva rápido, que en el caso de un trabajo psicoanalítico no es el objetivo en sí de la terapia, no es lo que yo interpreto"

4.4 Aportes de la Mirada y la Escucha Analítica al Trabajo Institucional

4.4.1 El psicoanálisis como experiencia de la singularidad

La pregunta "**¿Según su opinión qué le aporta la mirada y la escucha psicoanalítica a su trabajo institucional?**" tuvo como objetivo que los profesionales reflexionen acerca de la contribución que realizan en tanto analistas (más allá de su carrera de grado) en las instituciones. Siguiendo a Leal Rubio (1995) "Esa dimensión de escucha diferente del sujeto es lo que caracteriza al psicoanálisis en la institución, en cualquier institución..." (p.93), marcando una diferencia. Para Rodolfo (2008) antes que una teoría o

una práctica reglada "...el psicoanálisis es una experiencia, una experiencia que pasa por el cuerpo, por lo tanto, por la subjetividad de alguien, y es una experiencia de la singularidad" (p.14)

En éste punto, todos **(20)** los analistas coinciden que el psicoanálisis aporta una cualidad distinta a la tarea que realizan en las instituciones. Los argumentos se ligan con los de la pregunta número 2, en donde la similitud que encontraron entre la consulta privada y la labor institucional estaba en la posición/persona del analista.

Aquí específicamente, se presenta de modo convergente, que la escucha y la mirada analítica aportan la consideración por la subjetividad de la persona, en contextos donde la normalización y la masividad son moneda corriente. Algo en apariencia tan nimio como apostar a la palabra y a la singularidad, continúa siendo un acto revolucionario:

G: "La escucha de la subjetividad, de lo singularidad. De no generalizar a los pacientes, de tener la oportunidad de ver el caso por caso, creo que ese es el aporte que le hace el psicoanálisis a los espacios institucionales"

L: "Según mi visión la práctica psicoanalítica me permite no normativizar la conducta de los sujetos con los que trabajo, me permite comprender algunas conductas de niños y adolescentes que son consideradas inadecuadas o transgresoras por parte de otros operadores o profesionales, sin esperar nada específico de ellos y sin etiquetarlos. Escuchar lo que es significativo para cada subjetividad y en función de ello pensar posibles intervenciones".

J: "Muchísimo aporta, muchísimo aporta, porque tenemos esta mirada de un sujeto, de un sujeto que padece, un sujeto que padece más allá del síntoma que presenta (...)"

M: "Creo que aporta subjetividad, poder pensar al paciente y/o a los padres, en el caso de los pacientes niños, desde un lugar comprensivo, menos dissociado. Lo cual tiende a pasar a nivel institucional."

N: “Creo que la escucha psicoanalítica me permite acercarme al sufrimiento del otro y su deseo. Ya que, al ser un sujeto del inconsciente, el otro, nada sabe acerca de por qué sufre o cual es el deseo que lo convoca”.

Ñ: “Más que mirada es escucha. El psicoanálisis es la única práctica que no tiene reparos en situarse en lo que se habla y nada más. Si bien eso no es posible en la práctica institucional, el psicoanálisis es lo que brinda un referente fuerte. Es lo que permite equivocarse mejor”

H: “Aire fresco para una institución muy rígida, donde cuesta tanto la palabra y el pensar libre, es aire fresco, realiza un aporte muy importante” (...) “En las entrevistas lo escuchas como un sujeto, no como un detenido”

4.5 El Proceso Analítico en la Consulta Privada y en las Instituciones

Acercándonos al final de la entrevista, nos aventuramos a preguntar “**¿Considera que es el mismo el proceso psicoanalítico llevado adelante en una institución que en la práctica privada? ¿Por qué?**”. El objetivo de la misma radicaba en que los profesionales evalúen dicho proceso en ambos contextos.

Si bien Winnicott (1955) nos adelantaba que el psicoanálisis era más que un ejercicio técnico, las dificultades técnicas y de encuadre terapéutico, son las variables que se hacen más presentes a la hora de distinguir un proceso analítico institucional de uno llevado a cabo en la clínica particular.

Sabemos que nuestra labor en instituciones nos obliga con frecuencia a realizar maniobras que no pueden ser consideradas propiamente como un proceso analítico, pero que gracias a nuestra formación y al atravesamiento de ésta disciplina legada por Freud, nos vemos capacitados a realizarlas y a comprobar sus resultados efectivos (Winnicott, 1965), aquí transcribimos dos testimonios vinculados a esto:

A: “...los tiempos institucionales son otros, la institución marca el tiempo. (...) tenés que hacer otras maniobras porque no tenés tratamientos que duran años”

K: "...a veces no hay procesos analíticos, pero si intervenciones puntuales que son terapéuticas...cuando no hay tiempo para que se despliegue un análisis uno tiene que aplicar ese bagaje de otra manera"

De los **20** entrevistados, **16** consideran que no es lo mismo un análisis llevado a cabo en una institución que en una consulta privada. Los justificativos más comunes que se presentan, están emparentados a las dificultades técnicas, el encuadre y contrato de trabajo, motivos que fueron desarrollados cuando abordamos las "**Diferencias entre Institución y el Consultorio**" y los "**Contratiempos del Trabajo Institucional**". Para los analistas, dichas discrepancias y los reveses institucionales afectan indefectiblemente la demanda, la transferencia y otras características del tratamiento analítico

Transcribo, en principio, algunos de los argumentos donde se considera un **no** de modo concluyente.

D: "No. Porque creo que se ponen en juego objetivos institucionales que no están en el consultorio (...) Estás atravesada por objetivos institucionales, no podés atender bien. Te pedían cosas ridículas y otras que se entiende porque son propias del sistema de salud. Pero hay cosas que son insostenibles, no podés soportar 10 años de análisis en una institución (...) Pero se me hace imposible la coexistencia de una terapia en la institución".

H: "No, hay mucha interferencia en el contexto, falta de privacidad, encuadre, tiempos. Se pierde el espacio de terapia muchas veces por lo azaroso de lo cotidiano y ahí depende de quién la pelee más. Pero hay alguien que lo escucha, que lo valora. Otro que lo ve distinto, aporta otra mirada (...) ¿El que hace terapia a la vez evalúa la vida en libertad, y uno se pregunta "y el secreto profesional?" y ahí aparece que no es un paciente, que es el interno que hace tratamiento, la terapia es un requisito".

N: “El proceso no es el mismo ya que hay diferencias sustanciales. Por un lado, hay una diferencia en el encuadre respecto al tiempo de sesión y a la técnica ya que no se suele contar con un diván. Por lo tanto, el dispositivo es cara a cara y no más de 40 min máx. por paciente. Esas diferencias ya generan un cambio significativo a la hora de llevar adelante un proceso psicoanalítico. Por otro lado, la diversidad de miradas y de otros que opinan acerca del tratamiento, también genera diferencias radicales”

Ñ: “No. En absoluto. Y esto sin olvidarse de que la práctica privada, a veces (no en mi caso) está regulada por instituciones como obras sociales, prepagas, organizaciones sin fines de lucro, etc. lo cual, bajo mi punto de vista y según lo que escucho en colegas como una experiencia habitual, modifica la práctica.”

O: “No es el mismo, justamente por las diferencias que señalé en las respuestas anteriores, en cuanto a la predisposición y formación de los consultantes, y las condiciones en las que se ejerce la práctica en lo institucional (al menos los espacios de salud pública en los que me he desempeñado)”

Q: “No, no considero para nada, al contrario. Considero que el proceso psicoanalítico en el ámbito privado es mucho más fluido, mucho más llevadero y mucho más logrado si se quiere”

R: “No, es diferente, no es lo mismo. Porque son espacios diferentes. Acá si me ubico como psicóloga, no puedo hacer el mismo trabajo del consultorio, de ninguna manera. Acá se aborda de forma más amplia, pensando en el sujeto y su contexto, acá tenemos otra información, acceso a otros espacios del paciente, no como ese sujeto más acotado que llega al consultorio.”

Algunos profesionales se amparan en la lógica del caso por caso, manifestando que ambos procesos pueden ser similares en determinadas situaciones, teniendo en cuenta otras variables en juego, tales como la demanda del paciente y la experiencia (y pericia) del analista, que, asumiendo el protagonismo del proceso analítico, pueden poner a la institución en un rol más bien secundario:

C: “Creo que depende mucho del tipo de demanda que tenga el paciente (...) Es decir, tanto en el consultorio privado como en la institución, existen encuadres que siempre que se sostenga y se adapten en caso de ser necesarios, el proceso psicoanalítico se puede llevar adelante.”

E: “Considero que se puede hacer, se hace si porque se trata de una posición la del analista que si se tiene cintura se puede sortear las vicisitudes que se presenten”

I: “Apuesto a que la escucha es la misma, el control y el propio análisis están allí para sostener esa práctica, a veces se hace más complejo por que como decía más arriba las cuestiones propias de lo institucional establecen otros parámetros, y hay que saber hacer con ello también. ¡Todo un desafío!!”

G: “A ver...es lo mismo que comparar un paciente por obra social de un privado, te puedo decir sí y no. Es el caso por caso. (...) Hay pacientes que ponen un montón (...) El privado marca una diferencia que tiene que ver con el pago: poner ahí, pagar con los síntomas, poner a laburar el dinero, es diferente. Se ubican en otro lugar de esa manera. Cuando los pacientes pasan de obra social a lo privado, considero que se ven movimientos diferentes, laburan diferente, ponen a prueba otras cosas, al menos desde el psicoanálisis”

S: “A ver, sí y no. Los tiempos son distintos y las demandas son otras. Uno aborda situaciones muy complejas, acompaña, interviene, pero los tratamientos suelen ser más acotados”

J: “(...) No obstante, yo me entiendo en mi escucha, en la misma manera tanto en mi consultorio particular como en el hospital, y mis intervenciones en cuanto a lo analítico, no encuentro que una tenga mejor calidad que la otra, pero si el dispositivo y la transferencia institucional forma una parte que hay que tenerla en cuenta todo el tiempo.”

M: No sé si podemos decir que es el mismo, para eso habría que ver al mismo paciente de lo institucional en lo privado y al revés. Sí creo que uno puede intentar que sea lo más similar posible. La verdad, hay cuestiones de los encuadres institucional y privado que creo que influyen, queramos o no, tanto en cómo se instala el paciente y como se instala uno como profesional (respecto a lo cómodo que se pueda sentir trabajando con las condiciones provistas). Sin embargo, intento que mi compromiso subjetivo sea el mismo con cada paciente que atiendo y que ese momento semanal que tenemos juntos lo pueda escuchar desde el psicoanálisis y pensarlo luego sola o en una supervisión o con colegas independiente de si es paciente de institución o no”

4.6 Acerca de Prejuicios

Acercándonos al final de la entrevista, se les preguntó a los psicoanalistas lo siguiente: **“¿Percibió algún tipo de prejuicio por parte de colegas acerca del trabajo psicoanalítico en instituciones?”**. Dicha consulta, tuvo como objetivo indagar acerca de los preconceptos y estereotipos que los mismos analistas podríamos llegar a desarrollar respecto a nuestros propios colegas según el ámbito laboral en el que se desenvuelven. Las respuestas se hicieron con diferentes interpretaciones, abarcando prejuicios varios: de los propios analistas, de la sociedad, por parte de otro tipo de profesionales. De los **20** entrevistados, **13** manifestaron haber sufrido algún tipo de prejuicio.

- **(4) Cuatro** de los profesionales manifestaron que es difícil trabajar desde la mirada psicoanalítica en ciertos ámbitos institucionales como el escolar, discapacidad o fuerzas de seguridad. Se les cuestiona la científicidad del mismo, o se buscan soluciones más expeditivas. Son contextos institucionales donde los tratamientos con un fuerte componente biológico o de corte cognitivo conductual han ganado mucho territorio.
- **(3) Tres** exteriorizaron haber recibido prejuicio por parte de la sociedad, respecto de las construcciones y representaciones “esnobistas” que se hacen respecto de lo que es un psicoanalista, o por el tipo de institución en la que están trabajando.
- **(5) Cinco** dicen haber sufrido prejuicio por parte de otros analistas, desvalorizando su lugar de trabajo o preguntándose respecto del aporte o su lugar en determinada institución.
- **(1) Una:** Una manifestó haber percibido prejuicios por haberse recibido en determinada casa de estudios.

Transcribo dos testimonios que hablan de ello:

“C: Sí, algunos colegas entienden que no es posible llevar a cabo un trabajo bajo un marco teórico psicoanalítico en instituciones. Pero a través de la práctica misma, pude observar cómo se han arribado a similares cuestiones tanto en consultorio privado como en una institución. Quizás se piensa que el proceso psicoanalítico debe llevarse a cabo en diván y con tal o cual estructura rígida; pero lo cierto es que, si la escucha es psicoanalítica y se realizan intervenciones psicoanalíticas, el proceso psicoanalítico ha sucedido”

K: “Si, se percibe. No he recibido una crítica directa, pero muchos se quedan pensando o preguntándose cuál es nuestro rol, cuál es el sentido de nuestra función en una institución de éstas características. Yo creo que nuestra presencia es bienvenida y es necesaria en muchos ámbitos, que podemos hacer mucho”

5 Conclusiones

“Para mí la investigación analítica es la experiencia colectiva de los analistas que sólo necesita ser reunida con inteligencia” (Winnicott, 1965, p. 201)

“En tanto analistas nos aventuramos en una experiencia con el paciente, y, aun cuando la significación de lo que ocurre en esta experiencia nos parece oscura o se nos escapa, siempre somos capaces de vivirla y hablar de ella” (Green, 2007, p. 87)

El presente Trabajo Final de Maestría se inspiró en los hitos históricos de nuestra doctrina psicoanalítica, desarrollada *entre* la práctica privada y la institucional. Interrogándome respecto de las diferencias y similitudes presentes en ambos espacios de trabajo, así como también acerca de las contribuciones específicas que podría realizar un psicoanalista en diversas instituciones, decidí establecer un dialogo *entre* colegas para debatir en relación a dichas vicisitudes y así comprobar mis hipótesis de investigación. Estas versaban en el hecho de que más allá de las diferencias, existirían elementos comunes, como el análisis del analista, en la labor analítica llevada a cabo en el consultorio particular y en el ámbito institucional, siendo a su vez éste último, un territorio un tanto “ajeno” en donde el psicoanalista puede realizar un aporte singular: introducir algo distinto, novedoso, un plus a la labor cotidiana.

En la primera etapa del proceso, tal diálogo se llevó a cabo con referentes de la talla de Sigmund Freud y Donald Winnicott, entre otros pensadores. El encuentro con sus producciones escritas, me permitió comprender más a fondo el desarrollo del psicoanálisis en contextos disímiles. Éste recorrido me habilitó consecutivamente, a conversar en la actualidad con analistas contemporáneos que ejercen su práctica tanto en instituciones como en el consultorio privado, para que puedan transmitirme ciertos rasgos de su experiencia. Para ello, se llevaron a cabo veinte entrevistas, de las cuales obtuvimos el material para concretar los objetivos de éste TFM, que en términos generales consistían en evaluar las diferencias y similitudes de la práctica analítica en ambos territorios, así como también explorar los aportes específicos que realiza un psicoanalista en su trabajo institucional.

En primer lugar, descubrimos que la mayor parte de los psicólogos entrevistados, describieron y caracterizaron minuciosamente las funciones que realizaban en su práctica pública, omitiendo (¿deliberadamente o casualmente?) los atributos específicos de su clínica particular. Esto nos invita a pensar en la posibilidad de que la consulta privada sea más bien un área “sobrentendida”, implícita, probablemente por ser considerada el lugar “ideal” o más

próximo al deseo del analista (y a la doctrina a la que adhiere) para llevar adelante un proceso analítico. Es dable destacar que la propia entrevistadora no retomó la pregunta frente dicha omisión porque no reparó en la misma durante el trabajo de campo, quizás por este conocimiento tácito entre colegas.

Siguiendo con lo recabado, al momento de indagar acerca de las semejanzas y diferencias, encontramos que la similitud observada entre ambos espacios laborales se corresponde a su vez, con aquella contribución específica que realiza el analista en una institución: su persona. Sabemos que el analista es un sujeto que transitó su propio análisis y que a partir de esa *experiencia* (Rodulfo, 2008) y de una ardua formación (Winnicott, 1987), desarrolló una escucha particular, sensible (Doltó, 1987), atenta, que va más allá de lo que se dice de manera manifiesta (Freud, 1904). Además, posee cierta vulnerabilidad (Winnicott, 1987) y predisposición para alojar a un individuo que sufre. Dicha variable fue la que más preponderancia tuvo en el discurso de los entrevistados, pareciendo indicar que la escucha psicoanalítica se lleva a todos lados cuando alguien se formó como tal, independientemente del territorio de la práctica. Tal es así, que ofrece resistencia a los vaivenes y exigencias institucionales, y a las peculiaridades de los tiempos que corren, que más de las veces arrasan con el sujeto y su singularidad. Ésta, entre otras razones, estipula que la necesidad de participación de los psicoanalistas en las instituciones no es un asunto menor.

Por otro lado, las diferencias más pronunciadas se centraron en aquello concerniente a la técnica y el encuadre, siendo las dificultades en establecer el mismo y desarrollar un repertorio técnico acorde, el mayor obstáculo y/o distinción presente en el trabajo institucional. Aquí volvieron a enlazarse dos variables: las diferencias con los contratiempos, siendo “lo distinto” considerado para la mayor parte de los consultados, como un conflicto. Sabemos que Winnicott (1955) pensaba que el psicoanálisis era (es) más que un ejercicio técnico. Para Freud (1910) el sacrificio de estos aspectos formales de su método, lo valían si de ésta manera, el psicoanálisis podía llegar a territorios más amplios. Paola (2008) toma lo desarrollado por Freud y manifiesta que trabajar en una institución implica indefectiblemente, encontrarse con varios “cobres”, tales como la duración de los tratamientos, la gratuidad de los mismos, la masividad de los casos y la falta de recursos, entre otras limitaciones.

Los analistas entrevistados observan y denuncian aquellas falencias que entorpecen la tarea cotidiana. Para algunos de ellos, es posible sortearlas y llevar a cabo un tratamiento psicoanalítico en una institución, ya que, siguiendo a Green (2014) la matriz activa del análisis,

vinculada a la persona del analista y su escucha, se sostiene. La adversidad del medio y el trabajo con otros lleva al psicoanalista a cierto límite o frontera, provocando momentos de frustración y perplejidad, pero paradójicamente, también existen ocasiones en que dichas situaciones “de borde”, favorecen el desarrollo de su creatividad. Gran parte de los profesionales ponen a prueba su inventiva, siendo capaces de improvisar su consulta analítica en las más variadas coyunturas, brindando a pesar de todo, un espacio de escucha benévola y atenta.

A pesar de aquello, la mayoría de los participantes manifiesta que un proceso analítico llevado a cabo en ese contexto no es el mismo que aquel que sucede en la intimidad del consultorio privado. El análisis en el ámbito público debe sortear muchas interferencias ajenas al tratamiento y a la persona del analista. La transferencia, la cultura, las normas, usos y costumbres institucionales, no son rasgos inocuos y penetran las paredes del consultorio. Esto no quiere decir necesariamente que el análisis en una institución tenga menor calidad, pero sí semblantes distintivos que no podemos soslayar. Aquí la psicoterapia psicoanalítica (Green, 2014) o las entrevistas/consultas terapéuticas (Winnicott, 1965) son dos recursos valiosos para que los expertos puedan hacer un uso provechoso del psicoanálisis, aunque no puedan efectuar un proceso analítico en toda regla.

Como manifestábamos párrafos atrás, la consulta privada aparece como el contexto ideal de la práctica, tanto por la autonomía y la satisfacción personal (y económica) que ésta brinda, como por la posibilidad de establecer un encuadre y una técnica adecuados sin las exigencias que devienen de lo institucional. Winnicott (1955) le otorgaba al consultorio particular un carácter positivo, ya que el ejercicio en el mismo indicaba cierto nivel de confianza del profesional, seguridad que le permitía trabajar mejor en diferentes ámbitos. Aun así, atributos tales como la soledad del consultorio y la inestabilidad laboral (y económica) propias del trabajo autónomo, se evidencian como los principales malestares de ésta modalidad de la práctica. Ante éste problema, el resguardo que brindan las instituciones ostenta características positivas, tanto desde la protección que ofrecen desde el plano simbólico (Freud, 1930 [1929]; Fernández, 1994), como por la compañía y sostén que brinda la interdisciplina, los recursos (aunque, exiguos) disponibles y el intercambio con otros actores involucrados. Sólo una cantidad limitada de psicoanalistas mencionó las dificultades que ya nos comentaba Winnicott (1955) respecto del trabajo en equipo: las disidencias en la toma de decisiones, la falta de tino de las intervenciones, los acuerdos y desacuerdos que surgen de

las miradas y discursos (muchas veces divergentes) que integran el paradigma de Salud Mental.

Contra poniéndose al imaginario social, el psicoanalista (o al menos, la muestra entrevistada) parece disfrutar del encuentro con otros, del trabajo con otros, *entre* otros. Compartir la complejidad de la experiencia, ideas, temores y teorías, parece favorecer la creatividad y la confianza profesional. Todos los *espacios transicionales* (Winnicott, 1971) que establecemos para sustentar nuestra práctica, no sólo se tornan ineludibles por una cuestión de ética y responsabilidad, sino que, a su vez, revisten un carácter lúdico. “De La Sociedad Psicológica de los miércoles” al Paddington Green Hospital, del Equipo de Salud Mental de una Cárcel de Máxima Seguridad a un Centro Comunitario o el consultorio particular, un curso de posgrado y/o análisis individual, el psicoanálisis es una práctica con y *entre otros* (sujetos, discursos, dispositivos).

Uno de los motivos por los cuales Winnicott (1955) deseaba comparar la práctica pública y la privada, se fundamentaba en el temor de que, en ese momento, la segunda modalidad desaparezca o que no sea considerada tan eficaz frente a los recursos que presentaba el abordaje institucional. Considero que ese ejercicio es sumamente útil al día de hoy a modo de balance y de reflexión respecto de los alcances del psicoanálisis práctico y la importancia de su aplicación en distintos contextos donde puede ser de gran ayuda. Los temores de Winnicott se vuelven muy actuales, pudiendo mutar en distintas formas. El imperativo institucional de masividad y rapidez promueve la incorporación de profesionales que den respuestas expeditivas, inmediatas y económicas, situación que se replica también en la consulta privada por las condiciones de época que habitamos. En contraposición a esto, existe también cierta exigencia profesional de establecer un análisis idílico, impoluto, “de libro”, cuestión que en las instituciones (y en la propia consulta privada, cabe agregar), está lejos de suceder. Aquí también hay que establecer un puente, “un entre”, “un cobre”, en el mejor de los sentidos, para que ejercer un psicoanálisis de excelencia no sea una fantasía sino una realidad cotidiana posible.

En consonancia con lo anterior, consideramos indispensable seguir cultivando y reactualizando aquellas premisas sobre las que Freud (1910) basó la expansión y fortalecimiento del psicoanálisis: el progreso interno de la disciplina, el aumento de la autoridad del analista, y el efecto universal de nuestro trabajo, para que como psicoanalistas

continuemos estando a la vanguardia conquistando nuevos espacios que puedan valerse de nuestro saber y nuestro modo único de ejercer la escucha.

Esta investigación fue de carácter exploratorio, dejando diversos ejes por profundizar y abordar, seguramente, en otra etapa académica. Concluyo enfatizando nuevamente el valor del psicoanálisis y los psicoanalistas, en contextos públicos y privados, clínicos y no clínicos, para que éstos puedan aportar su persona (Panceira, 2015) y su escucha atenta, propiciando en el encuentro con el otro, una “experiencia de la *singularidad*” (Rodulfo, 2008). El trabajo *entre* ambos territorios de la práctica es fuente de conocimiento y avance, tanto para los psicoanalistas, como para nuestra doctrina analítica.

Cierro este Trabajo Final de Maestría con las palabras de una entrevistada:

J: “Es importante empezar a incorporar psicoanalistas en las instituciones (...) tenemos que revalorizar al sujeto, poner al sujeto sobre la mesa y ahí los psicoanalistas tenemos mucho por hacer”.

6 Referencias

- ACHILLI, E. (2021) *¿Qué Cosa del Presente Institucional Interpelaría Nuestro Pasado?* Psicoanálisis. Revista Editada por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. (XLIII 1º y 2º), 221-228.
- BALINT, M. (1982) *La Falta Básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Editorial Paidós.
- BAREIRO, J. (2019) *Técnica y tratamiento en psicoanálisis. Una Postura Epistemológica*. Revista Tópicos (Vol. 38), 54-73. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2019000300054&lng=es&tlng=es
- BERENSTEIN, I (2004) *Devenir Otro con Otro (s): Ajenidad, Presencia, Interferencia*. Editorial Paidós.
- BLEICHMAR, S. (2010) *Clínica Psicoanalítica y Neogénesis*. Editorial Amorrortu.
- CALDWELL L. & JOYCE A. (2001) *Reading Winnicott*, East Sussex, Routledge.
- CASTORIADIS C. (1975) *La Institución Imaginaria de la Sociedad II*. Tusquets
- DANTO E. A (2007) *La Poliklinik de Berlín: Innovaciones psicoanalíticas en la Alemania de la República de Weimar*. Psicoanálisis. Revista Editada por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. (XXIX N° 3) 633-659.
- DANTO E. A (2007) *El Centro Ambulatorio: La clínica gratuita de Freud en Viena*. Revista Editada por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. (XXIX N° 3) 609-632.
- DAGFAL, A (2007) *El ingreso del psicoanálisis en el sistema de salud: el caso "del Lanús"*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 320-323.
- DOLTÓ, F. (1973). *Prefacio*. En Mannoni, M. *La primera entrevista con el psicoanalista*. Granica
- ETCHEGOYEN, H (2000) *Algunas reflexiones acerca de la historia de la técnica psicoanalítica*. Intercambios-Intercanvis de Psicoanálisis. Revista digital, 47-56.

- ETCHEGOYEN, H. (2009) *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica* (3ra ed.) Amorrortu.
- FALCONE, R. (2012) *Las prácticas Psicoterapéuticas del Psicoanálisis y el Problema del Análisis Profano entre 1920-1930 en Argentina*. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, 24-29.
- FENICHEL, O. (1941) *Problemas de técnica psicoanalítica*. Ed. Control.
- FERENCZI, S. (1910) *Sobre la Historia del Movimiento Psicoanalítico*. En Obras Completas de Sándor Férénczi. Bibliotecas de Psicoanálisis.
- FERENCZI, S. (1919) *Dificultades Técnicas De Un Análisis De Histeria*. Obras Completas de Sándor Férénczi. Bibliotecas de Psicoanálisis.
- FERENCZI, S. (1926) *Contraindicaciones de la Técnica Activa*. Tomo III. Obras completas. Espasa Calpe. Madrid, 1981.
- FERENCZI, S. (1927-1928) *El proceso de la formación psicoanalítica*. Obras Completas, IV. Espasa Calpe, 1984.
- FERENCZI, S. (1928) *Elasticidad de la técnica psicoanalítica*. Obras Completas, IV, Espasa Calpe, 1984.
- FERNÁNDEZ, Lidia M. (1994) *Instituciones educativas*. Paidós
- FREUD, S. (1886-1893) *Informe sobre mis estudios en París y Berlín (1956 [1886])*. En Obras completas Tomo I (pp.1-16). Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1893) *Charcot*. En Sigmund Freud Obras completas Tomo III (pp.93-105), Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1897) *Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigm. Freud, 1877-1897* En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XII (pp. 219-251) Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1910) *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En Sigmund Freud Obras completas Tomo XI, (pp. 131-153). Amorrortu Editores, 2001.

- FREUD, S. (1911-13) *Trabajos sobre técnica psicoanalítica (1911-1915 [1914])* En Sigmund Freud Obras completas Tomo XII (pp. 79-176), Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1913) *Experiencias y ejemplos extraídos de la práctica analítica*. En Sigmund Freud Obras completas Tomo XIII (pp. 197-201), Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1914-16) *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. En Sigmund Freud Obras completas Tomo XIV (pp. 3-64) Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1915) *Pulsiones y destinos de pulsión*. En Sigmund Freud Obras completas Tomo XIV (pp.112 a 134) Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1916 [1917]) *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)*. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XVI. Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1917 [1916]) *Una dificultad del Psicoanálisis*. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XVII (pp.125-136). Amorrortu Editores, 2001
- FREUD, S. (1919 [1918]) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XVII (pp.151-164). Amorrortu Editores, 2001.
- FREUD, S. (1919 [1918]) *¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad?* En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XVII (pp.165-172). Amorrortu Editores, 2001
- FREUD, S. (1923-1925) *El yo y el ello y otras Obras*. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XIX. Amorrortu Editores, 1986.
- FREUD, S. (1925-1926) *Presentación Autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Y otras obras*. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XX, Amorrortu Editores, 1986.
- FREUD, S. (1932-1936) *Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis y otras obras*. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XXII. Amorrortu Editores, 1986.
- FREUD, S. (1923 [1922]) *Dos artículos de Enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la Libido"* En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XVIII, Amorrortu Editores, 1986.

- FREUD, S.: (1930) *El Malestar en la Cultura*. En Sigmund Freud Obras Completas Tomo XVIII, Amorrortu Editores, 1986.
- GALENDE, Emiliano (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una Crítica de la Razón Psiquiátrica*. Paidós.
- GLOVER, Edward (1940) *An Investigation of the Technique of Psycho Analysis*. Digital Library of India. <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.524/page/n88/mode/1up>
- GONZÁLEZ M., DAGFAL A. (2012) *El Psicólogo como Psicoanalista: Problemas de Formación y Autorización. Entre la Universidad y las Instituciones*. Intersecciones Psi.
- GREEN, A. y URRIBARRI, F. (2008) *André Green: la representación y lo irrepresentable en la práctica contemporánea: Dialogando con Fernando Urribarri*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis (N°106) 110-119.
- GREEN, A. (1986). *De Locuras Privadas*. Amorrortu Editores.
- GREEN, A. (2010). *El Pensamiento Clínico*. Amorrortu Editores
- GREEN, A. (2007). *Jugar con Winnicott*. Amorrortu Editores.
- GREENSON, R (1976) *Técnica y Práctica del Psicoanálisis*. Siglo Veintiuno Editores.
- HETCH, P. (1994) *The "Fine Line" of Otto Rank*. Open Access Dissertations. Paper 902. https://digitalcommons.uri.edu/oa_diss/902
- JARDON, M (2012) *Psicoanálisis en las Instituciones Públicas (Argentina 1904-1946)*. Anuario de Investigaciones (vol. XIX). Universidad de Buenos Aires, 195-202.
- JONES, E. (1997) *Vida y Obra de Sigmund Freud: Tomo II: Los Años de Madurez 1901-1919*. Lumen-Hormé.
- KAËS, R. (1989) Comp. *La institución y las Instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Editorial Paidós.
- KAËS, R. (2004) *Complejidad de los Espacios Institucionales y Trayectos de los Objetos Psíquicos* Psicoanálisis. Revista Editada por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (Vol XXVI-N°3), 665-670.

KOHUT, H. (1984) *¿Cómo Cura el Análisis?* Editorial Paidós.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS J. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós.

LAURENT, E. (2004). *Principios Rectores del Acto Analítico*. Congreso de la AMP en Comandatura.
http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/laurent/documentos.html

LAURENT, E. (2009). *Dos aspectos de la Torsión entre Síntoma e Institución*. 4to Encuentro Americano-XVI Encuentro Internacional del Pensamiento Freudiano.

http://ea.eol.org.ar/04/es/template.asp?lecturas_online/textos/Laurent_dos_aspectos.html el 29 de enero de 2022.

LEAL RUBIO, J. (1995) *El Psicoanálisis y los Servicios Asistenciales Públicos*. Anuario de Psicología. Revista de la Universidad de Barcelona, ISSN 0066-5126 (Nº. 67), 87-98.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.

MONTEJO ALONSO, F (2009) *El Psicoanálisis 1919-1933: Consolidación, Expansión e Institucionalización*. [Tesis de Doctorado de la Universidad Complutense de Madrid]
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/9764/>

MURILLO, M. (2016) *El Concepto de "Técnica Activa" en los Escritos Técnicos de Sándor Ferenczi*. Secretaría de Investigaciones- Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Vol.XXIII), 133 -140.

NEMIROVSKY, C. (2006) *Nuevas Perspectivas en Psicoanálisis, Psicoterapia y Psiquiatría. La Intersubjetividad y los Trastornos Complejos*. Grama Ediciones.

PANCEIRA PLOT, A. (2015) *Reflexiones Sobre el Quehacer Psicoanalítico: Escritos de Técnica Psicoanalítica*. Editorial Lumen.

PANCEIRA PLOT, A. (1997) *Clínica Psicoanalítica a Partir de la Obra de Winnicott*. Editorial Lumen.

PAOLA, C. (2008) *El Oro y el Cobre: Del A-meghino y Otros Fragmentos*. Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires.

PHILLIPS, A. (1988) *Winnicott*. Penguin Books Ltd

RODULFO, R. (1989) *El Niño y el Significante*. Editorial Paidós.

RODULFO, R (2008) *Futuro Porvenir: Ensayos Sobre la Actitud Psicoanalítica en la Clínica de la Niñez y Adolescencia*. Editorial Noveduc.

RODULFO, R. (2012) *El Psicoanálisis de Nuevo: Elementos para la Deconstrucción del Psicoanálisis Tradicional*. Editorial Eudeba.

ROUDINESCO, E. (1999) *¿Por qué el Psicoanálisis?* Editorial Paidós.

ROUDINESCO, E. (2000) *La Batalla de 100 años: Historia del Psicoanálisis en Francia.1 (1885-1939)*. Editorial Fundamentos.

ROUDINESCO, E. (2015) *Freud en su Tiempo y en el Nuestro*. Editorial Debate.

RUBISTEIN, A (2014) *Para una Política del Psicoanálisis en la Época Actual*. Revista Virtualia de la Escuela de Orientación Lacaniana (Nro. 28), 1-6.
<http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/SvGjb3Las0C3xrHi5zRs2QyUqF5Ib3eiDu6edqAN.pdf>

RUBISTEIN, A. (2009) *Efectos Terapéuticos de la Intervención Psicoanalítica en Ámbitos Institucionales*. Secretaría de Investigaciones-Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (Vol. XVI) 147-156.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945053>

SÁNCHEZ-BARRANCO RUIZ, A., SÁNCHEZ-BARRANCO VALLEJO, P., & BALBUENA RIVERA, F. (2002). *El análisis no-médico: ¿una controversia superada?* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Vol. 82), 89-102.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02115735200200020000&lng=es&tln g=es.

SOAVE, M., BAZÁN, M. E., CHÁVEZ, L. P., FERRER, C., HUESPE, T. et al. (2015). *Aproximación al Concepto de Salud Mental Vigente desde una Perspectiva Psicoanalítica*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Vol. 2, N° 1), 54-72.

- SOLIMANO, A., MANFREDI DE PODEROSO C. (2015) *Cuestiones de Psiquiatría Dinámica y Psicopatología Psicoanalítica. Problemas de Integración*. Editorial Polemos.
- TORTORELLI, A. (2006) *Entre*. En "Subjetividad y Psiquismo". Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (Tomo XXIX, N°1), 183-194.
- ULLOA, F. (1969). *Psicología de las Instituciones. Una aproximación psicoanalítica*. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina (Vol. 26, Nro.1), 5-37.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa.
- WINNICOTT, D.W. (1979). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Editorial Laia.
- WINNICOTT, D.W. (1984). *La Familia y el Desarrollo del Individuo*. Hormé Ediciones.
- WINNICOTT, D.W. (1990). *El Gesto Espontáneo. Cartas Escogidas*. Editorial Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1991). *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Editorial Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1991). *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Editorial Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1992). *Sostén e Interpretación. Fragmento de un Análisis*. Editorial Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1993). *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Editorial Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1994). *El hogar, Nuestro Punto de Partida*. Editorial Paidós.
- ZUBERMAN, J. (2004) *Psicoanálisis y Hospital*. Revista desde el Centro N°10, Perfil de Ameghino, Buenos Aires, edición del C.O.D.E.I del C.S.M. N°3 "Dr. A. Ameghino".
<https://docplayer.es/192805310-Psicoanalisis-y-hospital-jose-a-zuberman.html>