



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
ISSN: 0211-5735
ISSN: 2340-2733
redaccion@RevistaAEN.es
Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Álvarez Martínez, José María; Balbás Arguijo, África
Aportaciones de la asistencia pública a la clínica psicoanalítica: psicoterapia, psicopatología y formación
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 45, núm. 148, 2025, Julio-Diciembre, pp. 227-243
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352025000200012>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265083401007>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

Aportaciones de la asistencia pública a la clínica psicoanalítica: psicoterapia, psicopatología y formación

Contributions of Public Health Care to Psychoanalytic Practice: Psychotherapy, Psychopathology, and Training

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ MARTÍNEZ^a, ÁFRICA BALBÁS ARGUIJO^b

(a) *Psicólogo clínico. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)*

(b) *Residente de psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid)*

Correspondencia: África Balbás Arguijo (africabalbas@gmail.com)

Recibido: 15/06/2025; aceptado: 14/07/2025

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: En su conferencia de Budapest, en 1918, Freud planteó una pregunta que no ha perdido actualidad: ¿por qué caminos debía transitar el psicoanálisis para asegurar su porvenir? Por un lado, advirtió el peligro de que esta práctica quedara confinada a una élite, aislada del saber contemporáneo y de los asuntos de su tiempo. Por otro, insistió en el compromiso social del analista, consistente en brindar su atención sin distinción, tanto al pobre como al rico. Pero Freud no se detuvo ahí. Señaló también que el saber analítico de entonces era todavía imperfecto y que exigía ser ampliado con nuevas aportaciones, así como con una amplia revisión de su técnica.

La solución que propuso fue nítida: llevar el psicoanálisis más allá del consultorio privado y hacerlo accesible a quienes no podían costearlo. Algunos de sus discípulos acogieron esa indicación y la llevaron a cabo mediante la creación de las primeras clínicas gratuitas. Aquella decisión marcó un hito en la historia del psicoanálisis. Y desde entonces, no han faltado quienes, fieles a esa orientación, han seguido ejerciendo la clínica analítica en el seno de los servicios públicos de salud mental.

De ese esfuerzo, sostenido a lo largo del tiempo, ha surgido un saber psicopatológico de gran valor, nutrido por la experiencia concreta con sujetos muy variados y por el trabajo cotidiano en condiciones muchas veces adversas. Las transformaciones introducidas en el método han permitido, además, atender con eficacia a pacientes con alteraciones graves en el medio institucional, sin renunciar a la orientación analítica.

Podemos afirmar, entonces, que el porvenir del psicoanálisis sigue siendo el que Freud vislumbró hace más de un siglo, cuando supo ver que la causa analítica y la causa social no eran dos caminos distintos, sino uno solo.

Palabras clave: Psicoanálisis y asistencia pública, historia del psicoanálisis, futuro del psicoanálisis.

Abstract: In his 1918 lecture in Budapest, Freud posed a question that remains relevant today: which paths should psychoanalysis take to secure its future? On one hand, he warned of the danger that psychoanalysis might become confined to an elite circle, isolated from contemporary knowledge and the pressing issues of its time. On the other, he emphasized the analyst's social responsibility —to offer care without distinction, to both the poor and the wealthy. But Freud didn't stop there. He also pointed out that the analytic knowledge of the time was still incomplete and needed to be expanded through new contributions and a thorough revision of its technique.

His proposed solution was clear: to take psychoanalysis beyond the private office and make it accessible to those who could not afford it. Some of his followers embraced this vision and acted on it by establishing the first free clinics. That decision marked a turning point in the history of psychoanalysis. Since then, many have remained true to that direction, practicing analytic work within public mental health services.

From this sustained effort, a valuable body of psychopathological knowledge has emerged — one shaped by concrete experience with a wide variety of individuals and forged in often challenging institutional conditions. The methodological innovations developed along the way have made it possible to effectively treat patients with severe disorders within institutional settings, without abandoning an analytic orientation.

We can therefore affirm that the future of psychoanalysis remains the one Freud envisioned over a century ago — recognizing that the analytic cause and the social cause are not two separate paths, but one and the same.

Key words: Psychoanalysis and public health care, history of psychoanalysis, future of psychoanalysis.

CON MOTIVO DEL V CONGRESO PSICOANALÍTICO, celebrado en Budapest en 1918, Freud se reúne con sus discípulos por primera vez en muchos años, a las puertas del final de la Gran Guerra, para invitarlos a reflexionar sobre el estado del psicoanálisis y sus posibles derroteros. Son bien conocidas las conclusiones que les presenta bajo una fórmula que aún hoy conserva su fuerza evocadora, “una situación que pertenece al futuro y que acaso os parezca fantástica” (1). En ella, Freud traza una imagen clara y audaz: el psicoanálisis debe salir a la calle.

En aquel momento, la práctica analítica estaba reservada a un número reducido de profesionales y dirigida exclusivamente a quienes podían permitirse pagarla. Frente a esta situación, Freud propone imaginar un escenario distinto, en el que, como resultado de un despertar de la conciencia social, el psicoanálisis fuera convocado a atender “la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo” (1).

En tal caso, sería necesario no solo contar con un mayor número de analistas, sino también ofrecer tratamiento gratuito. Inicialmente, esta tarea recaería sobre iniciativas de beneficencia privada, hasta que —según prevé— el Estado asumiera esa responsabilidad. Pero lo más relevante, tal vez, es que Freud advierte que estos nuevos pacientes poco tendrían que ver con las histéricas de la alta o media burguesía entre las que nació la clínica freudiana. Por ello, el método mismo habría de adaptarse a las nuevas condiciones de trabajo y a las características de una población distinta. Incluso si ello conlleva —como él mismo dice— “mezclar quizá el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa” (1), el esfuerzo no contradeciría el rigor. Más bien formaría parte de una exigencia ética y clínica que el propio psicoanálisis debía asumir para no volverse estéril.

Menos atención ha recibido, sin embargo, otro pasaje no menos decisivo de la conferencia de Freud: las palabras con las que inicia su intervención. “Nunca hemos pretendido haber alcanzado la cima de nuestro saber ni de nuestro poder —afirma—, y ahora, como antes, estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar un progreso” (1).

Estas líneas invitan a considerar que no se trata solo de lo que el psicoanálisis puede ofrecer a esa masa sufriente que aguarda atención, sino también de lo que esa experiencia aporta, a su vez, al propio psicoanálisis¹. Porque, si bien el paciente no deja un pago al final de la consulta, lo cierto es que a nosotros nos paga con creces

¹ En este trabajo desarrollamos algunas ideas adelantadas por uno de nosotros en “Contribuyendo a la clínica psicoanalítica” (2). Del mismo modo, en las recientes XXI Jornadas de la Otra Psiquiatría, tituladas “Asistencia pública y psicoanálisis”, ambos autores tuvimos la oportunidad de profundizar en algunos de los aspectos que aquí se exponen.

al enriquecer, en cada encuentro, nuestro saber clínico. Y es ese saber el que sirve de base firme para la formación del futuro analista, pero también el que, una y otra vez, viene a hacer tambalear las clasificaciones más consolidadas y los métodos más experimentados, obligando incluso al más avezado a un continuo nuevo invento.

EL PSICOANÁLISIS SALE A LA CALLE

Entre los asistentes al Congreso de Budapest de 1918 se encontraban varios de los que más tarde jugarían un papel destacado en esta historia: Max Eitingon, Ernst Simmel, Eduard Hitschmann, Sándor Ferenczi, Melanie Klein, Hanns Sachs, Sándor Radó y Karl Abraham. Todos ellos acogieron con atención el llamado de Freud a extender la práctica psicoanalítica al gran público, y se pusieron manos a la obra. Así comenzaron a nacer las primeras clínicas de asistencia ambulatoria gratuita. En 1920, Eitingon y Simmel pusieron en marcha la Poliklinik de Berlín; dos años más tarde, Hitschmann inauguró el Ambulatorium en Viena; Ernest Jones hizo lo propio en Londres en 1926; y aunque en Budapest las trabas administrativas y el rechazo de la universidad dificultaron el proceso, Ferenczi logró finalmente abrir su clínica en 1929. Otras ciudades como Fráncfort, París, Trieste, Zagreb, Moscú, Chicago o Nueva York también contaron con este tipo de instituciones.

Buena parte de los analistas de la primera y segunda generación se formaron en estas clínicas, entre las cuales el intercambio de miembros e ideas era constante. El encuentro con los pacientes que allí eran atendidos constituyó la base de nuevos desarrollos teóricos y de orientaciones clínicas tan diversas como las que encarnó, por ejemplo, una jovencísima Melanie Klein, Helene Deutsch, Erich Fromm, Bruno Bettelheim, Annie y Wilhelm Reich, Frieda Fromm-Reichmann, Franz Alexander, Otto Fenichel, August Aichhorn o la propia Anna Freud (2).

Elisabeth Ann Danto, en su libro *Psicoanálisis y justicia social* (3), traza un retrato fiel del carácter de todos estos jóvenes analistas, decididos a no dar un paso atrás en su compromiso con los más humildes. No solo sostuvieron el esfuerzo de atenderlos, sino que, además, adaptaron sus teorías y métodos a las nuevas realidades clínicas, con lo cual enriquecieron el psicoanálisis y lo proyectaron hacia el futuro. Buena parte de nuestro saber actual y no poca de nuestra inspiración provienen de ese impulso. Aquellos analistas vivieron, además, en un tiempo y un lugar particularmente fértiles: la República de Weimar y la Viena Roja. Merece la pena detenerse en estos escenarios, porque cualquier mirada seria hacia el porvenir de nuestra disciplina exige, antes que nada, situarse con los pies en la tierra y la mirada puesta en el presente.

Así es como debió entenderlo el propio Freud, que seguía con atención a sus colegas socialdemócratas y apoyaba activamente las políticas sociales impulsadas en

aquella época. Entre otras cosas, respaldó iniciativas orientadas a garantizar el acceso a la vivienda², la reforma del sistema educativo y la protección del menor desamparado —no en vano, se crearon Clínicas de Orientación Infantil por toda Viena bajo el impulso del emancipado Adler—, así como la puesta en marcha de un sistema de subsidios y otras medidas de bienestar. Todo ello formaba parte de un entramado más amplio, donde, como recuerda Danto, “un sistema genuino de bienestar coexistía con conferencias, bibliotecas, teatros, galerías y museos públicos, estadios deportivos y festivales populares” (3).

Existía entonces un auténtico sistema de bienestar, con bibliotecas, teatros, estadios, festivales populares y una sanidad pública que comenzaba a pasar de un modelo centrado en el enfermo agudo a una atención ambulatoria de corte preventivo. Freud deseaba que el psicoanálisis formara parte de ese nuevo entramado de servicios (4). Las clínicas gratuitas no fueron, pues, una ocurrencia aislada, sino una pieza más dentro de un movimiento social más amplio, cuya fuerza hizo posible que el proyecto freudiano tomara forma.

Si bien estas clínicas no llegaron a integrarse formalmente en la cartera de servicios del Estado, constituyeron un ejemplo singular de cooperación entre lo público y lo privado. Algunas derivaciones procedían de instituciones estatales, pero su organización recaía en sociedades analíticas locales, en forma de instituciones privadas de beneficencia. Se financiaban mediante los fondos de la propia sociedad, donaciones particulares y, en algunos casos, con aportaciones voluntarias de los pacientes que podían permitírselo. Cada miembro tenía la opción de atender gratuitamente en su consulta a un paciente, o bien aportar una cantidad proporcional a sus ingresos para que otro analista lo hiciera en la clínica (4).

En general, los analistas de la época asumieron este compromiso con seriedad. La mayoría realizaba análisis gratuitos; el propio Freud llevó adelante varios de ellos. En cierto momento, se calculó que uno de cada cinco análisis en curso no tenía coste alguno para el paciente (3).

Como era de esperar, uno de los debates más controvertidos que surgieron en este contexto fue el de la gratuidad de las sesiones. Algunos temían que la ausencia de pago debilitara el compromiso del paciente y alimentara resistencias. No siempre era fácil distinguir hasta qué punto tales dudas eran de orden teórico o si respondían, en parte, a la inquietud de quienes estaban habituados a una clientela que podía pagar honorarios elevados. Frente a ello, Eitingon sostenía que el desinterés material reforzaba la posición del analista y aumentaba su autoridad simbólica ante el paciente

² Especial mención merece la política de nueva construcción de viviendas tanto en Berlín como en Viena, donde se pretendía sacar la máxima eficiencia a los espacios, incluidos los objetos en ellos contenidos, sin sacrificar la estética. Se conoció a este movimiento como Arquitectura Total Comunitaria, en la cual fue partícipe también el hijo de Freud, Ernest, que aplicó las enseñanzas de su maestro Loos a la construcción de la Poliklinik y el Ambulatorium.

(3). En las clínicas se adoptó un criterio sencillo, según el cual el paciente pagaba “tanto o tan poco como pueda, o crea que puede”, en palabras del propio Eitingon.

La admisión de los pacientes no dependía de su capacidad de pago ni del valor formativo que pudieran representar para los analistas en formación, como sucedía en otros centros con estudiantes de Medicina (3). El único criterio era clínico: se atendía en función del diagnóstico y la urgencia del caso. Esta política propició, aunque no fuera su objetivo explícito, el encuentro de los analistas con pacientes muy distintos de los que habían tratado hasta entonces.

LO QUE EL GRAN PÚBLICO ENSEÑA A LOS PSICOANALISTAS

A estas clínicas ambulatorias acudían mujeres, hombres y un número considerable de niños, procedentes de todos los estratos sociales: abogados, médicos, estudiantes, obreros o desempleados. Si bien el diagnóstico inicial más frecuente en la Poliklinik fue el de histeria —con claro predominio femenino—, también se atendieron cuadros muy diversos, como manía, alcoholismo, paranoia o afecciones orgánicas cronicadas y resistentes a tratamiento, como el asma bronquial o la epilepsia.

A estas presentaciones habría que sumar las de los pacientes acogidos en el Sanatorio Schloss Tegel, fundado por Simmel en 1927, un centro destinado al internamiento de los casos más graves. Allí fueron recibidos indigentes con adicciones, esquizofrénicos, toxicómanos con dependencia de heroína o cocaína, entre otros (4). Es decir, tanto en las clínicas ambulatorias gratuitas como, muy especialmente, en el sanatorio dirigido por Simmel se ofrecía atención a aquellos pacientes que, en muchos casos, habían sido ya desahuciados por otros dispositivos públicos o privados y abandonados a su suerte.

Estos analistas comprometidos con la causa de los más excluidos no solo se esforzaron por darles un lugar en la consulta, sino que adaptaron también sus teorías y métodos para incluirlos realmente en su práctica.

En una época en la que no existía aún una clasificación psicopatológica con pretensiones de universalidad —como lo es hoy, al menos en apariencia, el DSM—, cada psicopatólogo de cierto prestigio disponía de su propio sistema. A partir de la especificación de ciertos modos defensivos intrapsíquicos, Freud fue delineando también su propia clasificación clínica, sin dejar por ello de seguir, aunque con cierta distancia, las posiciones de Griesinger, Schüle, Krafft-Ebing y, muy especialmente, la influyente nosografía de Kraepelin. Así llegó a establecer el binario fundamental que oponía la neurosis a la psicosis, y distinguió algunos tipos clínicos esenciales: dentro de la neurosis, la obsesión, la histeria y la fobia; dentro de la psicosis, la paranoia, la esquizofrenia y la parafrenia —esta última concebida como una convergencia de las dos anteriores—, y frente a ellas, siguiendo en este punto a Kraepelin, la manía y la melancolía.

Según propone Éric Laurent en *Psicoanálisis y salud mental* (5), los desarrollos en torno a la teoría del narcisismo —que culminaron en la publicación del célebre texto de 1914— y, en particular, el encuentro con Serguéi Pankéyev, el enigmático Hombre de los Lobos, tensionaron los cimientos de la construcción nosográfica de Freud y llevaron al límite la consistencia de su método.

El caso es que Serguéi Pankéyev había recorrido Europa consultando con algunos de los psiquiatras más renombrados de su tiempo, de modo que ya contaba con una ristra de diagnósticos. Bechterev y Ziehen lo consideraron un neurasténico, y Kraepelin, un maniocodepresivo —es decir, un loco que podría curarse—. Por su parte, Freud acabó concluyendo que se trataba de una neurosis obsesiva infantil. En cambio, Ruth Mack Brunswick, la psicoanalista a la que acudió más tarde por recomendación del propio Freud, lo diagnosticó de paranoia hipocondríaca. Muriel Gardiner, otra de las analistas que le atendieron, se mostró conforme con el diagnóstico freudiano y aseguró no haber observado nunca ningún rasgo psicótico en su paciente. En fin, un caso complicado, no solo en lo tocante al diagnóstico, sino también a la terapéutica misma.

El análisis de Freud con Serguéi Pankéyev se prolongó durante cuatro años, y a medida que avanzaba, daba la impresión de que tanto el paciente como el propio Freud entraban en una zona de creciente desorganización. El caso, que algunos han considerado inclasificable —por supuesto, inclasificable con respecto a las clasificaciones que ellos mismos manejan— y resistente a cualquier esquema estable, vino a poner en cuestión tanto el aparato diagnóstico como los propios principios de la técnica (5).

Todo esto obligó a Freud a revisar y reformular en varias ocasiones su nosografía. En 1915 introduce una primera distinción entre las psiconeurosis de transferencia —que podemos considerar equivalentes a las neurosis clásicas, es decir, histeria, neurosis obsesiva e histeria de angustia— y las psiconeurosis narcisistas, que designan lo que hoy llamaríamos psicosis, divididas por entonces en paranoia y demencia precoz.

Sin embargo, en 1924 aparece un nuevo terreno intermedio entre neurosis y psicosis: el de las neurosis narcisistas (6). En el texto “Neurosis y psicosis”, de ese mismo año, Freud sitúa la diferencia entre estas estructuras en función del tipo de conflicto psíquico implicado. En las neurosis de transferencia, el conflicto se establece entre el yo y el ello; en las psicosis, entre el yo y el mundo exterior; mientras que en las neurosis narcisistas —identificadas con la melancolía—, el conflicto se da entre el yo y el superyó (7).

Estas figuras intermedias, que comenzaban a aparecer con mayor frecuencia en las consultas, suscitaron numerosas reflexiones en los autores posteriores. Uno de los discípulos más próximos a Freud, Karl Abraham, describió un tipo de resistencia característica en ciertos pacientes que se negaban a acatar la regla fundamental de la asociación libre e incluso, en ocasiones, rehusaban tumbarse en el diván. La mayo-

ría eran sujetos aquejados de neurosis obsesiva, aunque Abraham también señalaba en algunos de ellos rasgos de tipo paranoide. En estos casos, la transferencia no se establecía de manera plena: los pacientes dirigían al analista una exigencia intensa y constante de afecto, que solía desembocar en una rápida decepción y una fuerte vivencia de humillación. Abraham los denominó neuróticos narcisistas, retomando así la línea abierta por su maestro en el texto de 1914 sobre el narcisismo (8).

Adolf Stern, a partir igualmente del concepto freudiano de neurosis narcisista, propuso una denominación para esa condición ambigua de algunos pacientes que se encontraban entre la neurosis y la psicosis, o, más exactamente, en el borde de la neurosis. Fue él quien, en 1938, introdujo el término *borderline* para referirse a estos cuadros (9). Otros autores, como Paul Federn y Franz Alexander Bychowski, preferían situar a estos pacientes más cerca del campo de la psicosis. Federn habló entonces de esquizofrenia latente y Bychowski de psicosis latente, en un sentido próximo al de la esquizofrenia latente de Bleuler (10).

Ambos ofrecieron también observaciones relevantes en el plano terapéutico. Federn sostenía que, en estos casos, la transferencia debía mantenerse de forma indefinida —en lugar de ser resuelta, como se espera en el análisis de un neurótico— y consideraba recomendable la participación de una enfermera, así como la disponibilidad constante tanto de esta como del analista, para poder recibir al paciente en momentos de intensa tensión emocional (11). Bychowski, por su parte, advertía del riesgo de que un análisis, ya fuera terapéutico o didáctico, pudiera precipitar en estos pacientes la irrupción de una psicosis franca (12).

Estos tres autores, en definitiva, coincidían en la necesidad de introducir modificaciones sustanciales en la técnica analítica cuando se trataba de pacientes que no encajaban plenamente en los cuadros clásicos.

Otros clínicos contemporáneos partían ya, de hecho, de estas nuevas categorías intermedias. Es el caso de Edith Jacobson, quien, al estudiar los mecanismos de formación de síntomas en la psicosis maniacodepresiva y la esquizofrenia, señalaba que algunos pacientes podían atravesar un largo período de esquizofrenia latente antes del desencadenamiento de una primera crisis propiamente esquizofrénica (13). Jacobson retomaba también la concepción freudiana del conflicto melancólico como enfrentamiento entre el yo y el superyó, y subrayaba, en línea con Stern, Federn y Bychowski, la dependencia afectiva de estos sujetos hacia un objeto de amor idealizado, en contraste con una imagen de sí mismos frágil y empobrecida. Por ello, no dudaba en referirse a ellos como “psicóticos o casi psicóticos” (13).

Entre las modificaciones técnicas propuestas por los analistas que comenzaron a tratar pacientes psicóticos, destacan especialmente las introducidas por los autores afincados en Norteamérica, quienes, como veremos más adelante, llegarían a convertirse en referentes en el tratamiento psicoanalítico de las psicosis.

Frieda Fromm-Reichmann, tras años de trabajo con pacientes esquizofrénicos en el hospital psiquiátrico Chestnut Lodge, llegó a una conclusión que contradecía frontalmente ciertos prejuicios de la época: lejos de encontrarse ante sujetos incapaces de establecer una transferencia, lo que observaba en estos pacientes eran vínculos intensos, marcados por una profunda dependencia emocional y una extrema sensibilidad ante la decepción de sus expectativas por parte del analista.

Fromm-Reichmann postulaba en ellos la existencia de una inseguridad primaria, derivada de experiencias traumáticas tempranas que los habrían dejado en una posición de aislamiento radical y desconfianza, tanto hacia sí mismos como hacia los otros (14). En este contexto, el objetivo principal del tratamiento no sería favorecer la producción de asociaciones ni interpretar sus contenidos, sino crear una atmósfera suficientemente segura como para que el paciente pudiera servirse del analista como punto de apoyo para restablecer algún lazo con el mundo exterior y salir de su repliegue narcisista.

A tal punto llegaba su planteamiento que ciertos elementos tradicionales del dispositivo, como el uso del diván o la exigencia de asociaciones libres, no solo eran irrelevantes en estos casos, sino que podían resultar directamente contraproducentes. En el mismo sentido, advertía que las interpretaciones por parte del analista perdían aquí buena parte de su función, pues el esquizofrénico, afirmaba, suele comprender con notable agudeza el sentido de sus propias producciones.

Lo decisivo, en su opinión, no residía en la comprensión intelectual que el analista pudiera alcanzar del paciente, sino en la relación misma entre ambos: el verdadero efecto terapéutico provenía del vínculo, no de la elucidación teórica (14).

LO QUE EL PSICOANALISTA APORTA A LA ASISTENCIA DEL GRAN PÚBLICO

A la pregunta qué puede aportar un psicoanalista que trabaje en la sanidad pública, Éric Laurent responde, en el ya citado *Psicoanálisis y salud mental*, evocando una frase de Wittgenstein: “el sentido es el uso” (5). En un tiempo como el nuestro, en el que los grandes ideales han perdido fuerza y el pragmatismo tiende a imponerse en todas las esferas, acaso la pregunta adecuada no sea ya qué, sino cómo: cómo debe estar el analista, de qué modo puede ser útil y en qué lugar su presencia tiene sentido. No es cuestión de replegarse en una pureza doctrinal, sino de estar disponible allí donde pueda servir, allí donde pueda ser usado.

Quedan lejos aquellos tiempos en los que las grandes construcciones clínicas —la primera tópica freudiana, la clínica kleiniana, los sistemas postfreudianos— ofrecían al profesional una orientación sólida y reconocible a la que adherirse buscando respaldo en la práctica cotidiana. Hoy nos encontramos en el extremo opuesto de ese recorrido, en el punto en que el ideal ha dejado paso al uso, y la pertenencia

a una doctrina se ha desplazado hacia la operatividad concreta de una intervención. En el contexto actual, toda herramienta que permita responder a la enorme demanda que llega a los servicios públicos de salud mental será bienvenida.

El psicoanalista, como producto del discurso analítico, ya no puede situarse en los márgenes del sistema público. Como señala Laurent, esto implica una doble responsabilidad, tanto de las instituciones analíticas como de las escuelas que forman la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). La tarea no es ofrecer una cura analítica para todos, sino formar analistas capaces de ocupar un lugar desde el cual estar disponibles para todos, en función de un “uso posible” (5).

Esto exige una alianza real con psicólogos clínicos, psiquiatras y profesionales de otras disciplinas médicas, en el marco de lo que Laurent llama una conversación. La tarea consiste en ampliar las reglas de esa conversación sin quedar atrapados en una preocupación identitaria. El problema —afirma— no es la identidad del psicoanalista, “sino sus usos; y esos usos se definen a partir de la conversación” (5).

En este contexto, nada resulta más valioso que la capacidad de hacerse entender; nada más necesario que mostrarse accesible, próximo, amigable. Ya lo advertía el propio Freud en su intervención de Budapest en 1918: “habremos de buscar la expresión más sencilla y comprensible de nuestras teorías” (1).

Si la dificultad para sostener ideales clínicos que orienten la práctica ha conducido, en buena medida, a un mayor apego a las reglas de buena praxis —reglas que ordenan, aunque no se crea en ellas—, uno de los usos posibles del analista en la institución, tal como lo plantea Laurent, será precisamente el de recordar que la regla no alcanza.

El primer gesto consiste en invertir la lógica habitual. En vez de forzar que el caso se ajuste a nuestros criterios diagnósticos o técnicos, conviene, en la medida de lo posible, que sean los criterios los que se plieguen a las características del caso. Pero ni siquiera esto basta del todo. Nunca habrá una adaptación plena. En cada paciente hay algo que, por estructura, escapa a toda norma, clasificación o generalización.

La presencia del analista en la institución debe servir para dar testimonio de ese resto, aquello del paciente que ningún protocolo alcanza y que, sin embargo, orienta de forma decisiva la intervención. Es en ese punto de singularidad donde se abre la posibilidad de una transferencia, y es eso precisamente lo que el analista está llamado a sostener con su presencia.

Aquello que se manifiesta como excepcional en cada sujeto no puede pensarse desde la regla, sino únicamente en el marco de una relación transferencial, “en tanto que ella apunta al amor más allá de los reglamentos y de las normas válidas” (5).

Estas mismas ideas sobre el uso del psicoanálisis en la institución —desligadas de la pretensión de una cura analítica y centradas en la apuesta por la singulari-

dad del sujeto— inspiran también las reflexiones de Alfredo Zenoni. A su juicio, la relación entre el psicoanálisis y la institución no consiste en que el analista tenga una consulta dentro de la estructura asistencial, como si fuera una modalidad más de tratamiento incluida en la oferta clínica. Si esta confusión ha tenido lugar —y en no pocas ocasiones ha desembocado en rivalidades entre el analista que intenta desmarcarse de la lógica institucional y los otros profesionales que le responden en espejo—, ello se debe, según Zenoni, a que se ha reducido la terapéutica analítica a su aplicación en sujetos neuróticos.

Pero no es este tipo de pacientes el que justifica la existencia de la institución. Por el contrario, la institución surge para acoger una clínica distinta, la del *acting out*, del paso al acto, de la somatización extrema, de la angustia sin nombre. En estos casos, lo primero no es el tratamiento, sino la acogida, que puede resultar decisiva, ya que de ella depende, en muchos casos, que el sujeto no quede completamente excluido de la sociedad o no se precipite hacia la muerte. Por eso, sostiene Zenoni, la función de la institución —y del psicoanálisis que en ella se aloja— no es primordialmente terapéutica, sino social (15).

La propuesta no es aplicar el psicoanálisis como una técnica más, sino emplearlo para orientar una práctica institucional. Esta se lleva a cabo, necesariamente, “entre varios” (15), pues el estado clínico de estos pacientes no permite una atención individualizada en los marcos convencionales de tiempo y espacio (15). En palabras del propio Zenoni: “La clínica exige algunas veces una respuesta, una práctica de tipo hospitalario. Toda la cuestión es entonces saber si el psicoanálisis puede esclarecer, guiar, orientar la práctica hospitalaria como tal, si el psicoanálisis puede permitir ejercer una acción médica y una acción de ayuda, de asistencia, de alojamiento, que estén en condiciones de hacer lugar a la clínica del sujeto [...]” (15).

Una de las principales orientaciones que el psicoanálisis puede aportar al trabajo en equipo es la relativización del saber profesional que sostiene el título de cada quien. Por un lado, esto permite compartir la responsabilidad clínica de modo no jerárquico; por otro, habilita a cada profesional a reconocer —y en su caso, favorecer— los arreglos singulares que el sujeto elabora como respuesta a su malestar (15). En este sentido, Zenoni cuestiona la concepción de lo psicoterapéutico como un trayecto de maduración progresiva que conduce desde un estado supuestamente más primitivo (estructura más “inmadura”) hacia una meta de salud o normalización común a todos. Si ya resulta dudoso que esta idea funcione como orientación clínica en el caso de los neuróticos, en el campo de la psicosis puede producir efectos devastadores (16).

En lugar de eso, se trata de sostener una lógica de la singularidad. Ello implica que el profesional que forma parte del dispositivo institucional pueda encarnar la figura de un Otro al que el sujeto se dirige para poner en juego las soluciones que ha sabido inventar (16). La institución, en este marco, no se concibe tanto como un lugar

de tratamiento, sino como el lugar mismo donde puede reanudarse un lazo social que se había tornado imposible (16). La práctica “entre varios” no contradice la instauración de una transferencia con un profesional en particular, sino que esta se funda, precisamente, en el sostén institucional en el que se asienta esa posibilidad de lazo (16).

Antonio Di Ciaccia, responsable de la primera institución pública que operó bajo el modelo que más tarde sería conocido como “práctica entre varios” —la Antenna 110, dedicada al tratamiento de niños y adolescentes autistas y psicóticos—, se expresa en términos que convergen con los de Zenoni. No sitúa el centro de la experiencia en el establecimiento de un lazo transferencial clásico entre el niño y un terapeuta individual, sino en la creación de una red de cuidadores en constante circulación, donde los roles profesionales quedan relativizados y lo esencial es el encuentro con el niño (17). Esta forma de trabajo no responde a una necesidad estructural de la institución, sino a una decisión clínica orientada por el sujeto. Se busca propiciar un movimiento metonímico del deseo³ en el niño, mediante la diversidad de figuras que lo rodean, como los cuidadores (18), al tiempo que se le ofrece un Otro consistente, encarnado en la continuidad del espacio y del tiempo institucional, donde todo el equipo se halla disponible y atento a sus manifestaciones (18).

Frente a otras instituciones que se proponen normalizar la conducta o enseñar modelos adaptativos de comportamiento, Di Ciaccia insiste en una orientación radicalmente distinta. Lo que guía la intervención es el deseo del niño, captado en cualquier signo de emergencia de una subjetividad propia, ya sea en los talleres —organizados a partir de los intereses reales de los pacientes (17)— o en la vida compartida cotidiana. Según su lectura, los beneficios de esta modalidad de intervención no se limitarían a los cuadros infantiles graves, sino que podrían extenderse a cualquier sujeto cuyo lazo con la vida y la sociedad se encuentre amenazado, como sucede en las toxicomanías severas o en los cuadros de anorexia y bulimia (18).

Estas experiencias institucionales encuentran un precedente fecundo en modelos anteriores. Volviendo a los orígenes del movimiento de las clínicas gratuitas, uno de sus protagonistas, Ernst Simmel, fue director del primer sanatorio psicoanalítico, Schloss Tegel, inaugurado en 1927. Simmel defendía la importancia de que el paciente estableciera un lazo con la institución en su conjunto, más allá de la relación con su analista. La transferencia, en su propuesta, debía entenderse como una red que implicaba también al equipo clínico y al resto de los pacientes, en una configuración que podía llegar a representar una suerte de arquetipo familiar para el sujeto. Para facilitar esta dimensión, se organizaban reuniones diarias en las que los analistas compartían los avances de las sesiones con enfermeras y auxiliares, quienes, a su vez, aportaban observaciones clave sobre el día a día del paciente, a quien cuidaban sin interrupción (19). El sanatorio permite así una intensificación del análisis,

³ Es decir, el continuo desplazamiento del deseo de un objeto a otro.

ya que las condiciones favorecen la actualización de los conflictos infantiles. Las actuaciones fuera del encuadre analítico (por ejemplo, en el comedor o en los pasillos) se incorporan al tratamiento. “Nuestro objetivo —enfatisa Simmel— es producir en nuestros pacientes responsabilidad para consigo mismos” (19).

Este sanatorio acogía a personas excluidas del sistema de salud habitual, entre ellas gentes sin recursos, indigentes, pacientes con adicciones, trastornos graves del carácter, enfermedades psicosomáticas, delincuentes sexuales, cuadros psicóticos o *borderline*, muchos de ellos con largas trayectorias de fracasos terapéuticos en otras instituciones. Constituía, en gran medida, el residuo de la psiquiatría (20). Para estos pacientes, el lazo social se hallaba en suspenso; y la institución psicoanalítica venía precisamente a ocupar ese lugar vacío, intentando salvarlos de destinos que, sin esa intervención, podrían haber sido el encierro crónico, la prisión o el suicidio (19).

En el campo de la clínica psicoanalítica con pacientes psicóticos, resulta imprescindible mencionar también las aportaciones realizadas en Estados Unidos. Los intercambios mantenidos con la Escuela de Zúrich facilitaron la introducción del psicoanálisis en el país. Uno de los miembros destacados de aquella escuela, Adolf Meyer, emigró a Estados Unidos, mientras que Abraham Arden Brill —quien fundaría en 1932 la American Psychoanalytic Association— se formó parcialmente en Zúrich y entró en contacto con algunas figuras fundamentales del psicoanálisis, incluido el propio Freud. En el Burghölzli⁴, Brill se encontró con una manera de tratar a los psicóticos radicalmente distinta a la que conocía en su país natal. El enfoque era principalmente psicológico, y los médicos compartían residencia e instalaciones con los pacientes (21). Esta experiencia dejó una huella profunda en él. Gracias a estos intercambios, la formación en psicoanálisis comenzó a difundirse entre los psiquiatras norteamericanos, lo que, unido al vivo interés que mantenían por las psicosis, los situó como pioneros en el desarrollo de una psicoterapia psicoanalítica aplicada a estos casos. Los analistas europeos que se habían formado en las clínicas gratuitas y que se vieron obligados a emigrar tras el ascenso del nazismo, encontraron allí un terreno fértil donde continuar su labor (21). Tal fue el caso de Frieda Fromm-Reichmann, quien había estado vinculada a la clínica ambulatoria de Fráncfort y que, tras su llegada a Estados Unidos en 1933, comenzó a trabajar y a formarse en la Chesnut Lodge Clinic, bajo la dirección de Harry Stack Sullivan. Esta clínica era una de las muchas instituciones psicoanalíticas ya existentes en el país para el tratamiento de pacientes psicóticos (21).

⁴ La Clínica Psiquiátrica Universitaria de Zúrich, conocida como Burghölzli, fue concebida en gran parte gracias al impulso de Wilhelm Griesinger, quien defendió una psiquiatría más científica y humanista durante su paso por Zúrich en la década de 1860. La inauguración oficial de la clínica tuvo lugar en 1870, en un edificio neorrenacentista situado en la colina del Burghölzli. Su etapa más influyente llegó bajo la dirección de Eugen Bleuler (1898-1927), quien desarrolló el concepto de esquizofrenia y convirtió Burghölzli en un referente internacional. Por allí pasaron también figuras como Jung, Abraham y Binswanger. Hoy es una institución pública autónoma especializada en psiquiatría, psicoterapia y psiquiatría forense.

En este caso, como en la mayoría de las experiencias norteamericanas, se trataba de una institución privada, sostenida mediante el pago de los pacientes. A diferencia del modelo europeo, cada vez más vinculado a una medicina socializada y a una psiquiatría integrada desde hacía tiempo en la medicina general, la psiquiatría estadounidense apenas empezaba a adquirir prestigio como especialidad autónoma. Este reconocimiento estuvo íntimamente ligado al abandono progresivo de los hospitales psiquiátricos tradicionales —marginados y desprestigiados— en favor de las consultas privadas en el entorno urbano, lo que ofrecía, además de prestigio profesional, ingresos considerablemente más altos (22). Así, la vocación de servicio público que impulsó el nacimiento de las clínicas gratuitas europeas no tuvo una continuidad clara en Estados Unidos. Baste señalar que solo los institutos psicoanalíticos de Chicago y Topeka contaban con clínicas ambulatorias de bajo coste, y que, aun en estos casos, apenas el 6% de los pacientes pertenecía a la clase trabajadora, frente al 24% en la clínica de Viena o el 16% en la de Berlín (22).

Sea como fuere, desde Chesnut Lodge, Fromm-Reichmann defendía una concepción del hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica en la que el analista debía convertirse en uno más dentro del colectivo hospitalario. Para ello, era necesario que renunciara al lugar de autoridad encarnado en el despacho y se integrara en la vida común de la institución, recorriendo las salas, compartiendo los espacios de ocio y participando en las actividades sociales. Aunque cada paciente contaba con un analista asignado, el trabajo cotidiano en la institución favorecía la creación de lazos transferenciales más amplios, que incluían tanto al resto del equipo como a otros pacientes. Estos vínculos contribuían de forma decisiva al proceso de restablecimiento (23). Al mismo tiempo, el sentido de comunidad no se imponía como una norma general. Los pacientes, muchos de ellos con estructuras psicóticas, eran invitados a participar en las actividades comunes, pero nunca se les forzaba a hacerlo (23). El principio que guiaba el trabajo era el respeto máximo por la singularidad de cada sujeto, aceptando que su inclusión en la comunidad debía producirse a su ritmo y que, en ciertos casos, no era necesario fijarla como meta del tratamiento (23).

LOS FUTUROS ANALISTAS Y SU FORMACIÓN

Según explica Éric Laurent, siguiendo las enseñanzas de Lacan, los niveles de funcionamiento del analista hacia los cuales debe orientarse su formación son tres: el análisis didáctico, la práctica analítica supervisada y la transmisión del psicoanálisis (5). A nuestro entender, la supervivencia del psicoanálisis en los años venideros dependerá en buena medida de una adecuada articulación entre el ámbito público y el privado. En nuestro país, el psicoanálisis didáctico y la supervisión de casos han encontrado su asiento natural en la práctica privada.

Por su parte, el psicoanálisis aplicado —si entendemos por tal una clínica orientada por el discurso analítico— se ejerce tanto en el ámbito privado como en el público. El fenómeno psicopatológico, como todo fenómeno, está condicionado por unas coordenadas espaciotemporales que inciden en su emergencia y configuración. En este sentido, el sistema público de salud cuenta con una amplia red de dispositivos cuya diferencia fundamental radica, precisamente, en las dimensiones del espacio y el tiempo. Los residentes de psicología clínica y psiquiatría que se forman en dicho sistema rotan por todos esos dispositivos, y eso tendrá efectos en su manera de aproximarse al *pathos*. Desde el punto de vista espacial, cada dispositivo se localiza en un entorno determinado, lo que influye directamente en el tipo de población que se atiende. Esta diversidad permite el encuentro con pacientes cuyas condiciones sociales, económicas y culturales son muy variadas. Entre estos dispositivos, destaca especialmente el hospital y, dentro de él, la urgencia hospitalaria, un lugar privilegiado por el tipo de acceso que permite: inmediato, sin cita previa y con el menor sesgo posible derivado de factores como la clase social o el nivel de estudios.

Allí, la dimensión temporal adquiere un carácter particular, tanto por la urgencia con la que debe intervenir el profesional como por el carácter agudo, a veces desgarrador, de la irrupción sintomática que se presenta. No hay tiempo para protocolos extensos ni para largos periodos de evaluación. Hay que atender lo que venga, como venga y de inmediato. Sin embargo, ese mismo residente que se enfrenta a lo urgente también podrá, en otro momento y en otros dispositivos, seguir la evolución de algunos pacientes durante años, en el marco de la atención ambulatoria. De este modo, la formación pública ofrece un acceso privilegiado a un abanico clínico inmenso, tanto por la variedad de fenómenos como por la complejidad de su presentación.

Además, algo propio de estos espacios y de estos tiempos se impone al clínico, obligándolo a poner a prueba su ingenio, a reinventarse, a buscar salidas posibles en el límite de lo que permiten los recursos. Desde luego, esta experiencia no es exclusiva del sistema público. También en el ámbito privado es posible sostener una clínica rica y exigente, siempre que se faciliten condiciones que permitan el acceso al tratamiento analítico a quienes no disponen de grandes medios. Como ya ocurrió en las décadas de 1920 y 1930, cuando el movimiento de las clínicas ambulatorias gratuitas ofrecía atención bajo un modelo de beneficencia, bastaría con habilitar consultas asequibles para garantizar que el análisis no quede restringido a una élite.

Por último, en lo que respecta a la transmisión del psicoanálisis, en España esta tarea recae fundamentalmente en las escuelas y agrupaciones psicoanalíticas de financiación privada. La universidad pública, progresivamente, ha ido desplazando el discurso analítico de sus programas en favor de otras orientaciones más estandarizadas, a las que se considera “basadas en la evidencia”. No obstante, aún persisten algunos reductos en lo público, donde profesionales comprometidos con la práctica

analítica se toman en serio su transmisión. Sobre esta cuestión, Laurent insiste en que no es cuestión de enseñar el psicoanálisis como quien enseña una doctrina cerrada, sino de transmitir una forma de cura, uno por uno, con el objetivo de hacer llegar a otros aquello que el psicoanálisis tiene que decir sobre la civilización misma, en una suerte de transferencia de trabajo. Para esta “cuidada formación”, sin embargo, añade que los analistas deberían comenzar haciendo sus primeras armas en el terreno de la terapéutica (5, p. 88), allí donde —como solemos decir— los síntomas no esperan, y el saber analítico se pone a prueba frente a la exuberante realidad clínica.

CONCLUSIONES

Como tantas otras veces, la vuelta a Freud previene el extravío. Seguir sus pasos en esta indagación sobre el porvenir del psicoanálisis nos devuelve al hilo de lo esencial. Freud, como médico, quería que su praxis estuviera a la altura de su fin último: la ayuda al otro. Como ilustrado, anhelaba para su teoría un horizonte de progreso. Éticamente, la vocación ecuménica que deseaba para el psicoanálisis tomó la forma de causa social, muy en consonancia con el espíritu de la Viena Roja. En 1918 propuso una solución clara para aunar esas tres vertientes. Consistía en abrir la práctica analítica al gran público. Igual que lo hicieron sus discípulos de entonces, hoy a nosotros nos corresponde recoger el guante.

La forma más inmediata de hacerlo pasa por asegurar nuestra presencia en una red de atención universal y gratuita que ya existe en nuestro país: el sistema público de salud. Con todas sus limitaciones, no se trata de una estructura rudimentaria como la que conoció Freud. Ahora bien, esta no es la única vía. También es posible abrir la práctica analítica desde el ámbito privado, haciéndola accesible al mayor número posible de ciudadanos. Conviene subrayar que tomar este camino —el que abrió Freud— no beneficia solo a los pacientes, al brindarles un método capaz de alojar y tratar incluso cuadros graves. La clínica misma se ve fortalecida, ya que el acceso a una mayor diversidad psicopatológica obliga a adaptar los métodos, revisar los esquemas y hacer avanzar la teoría.

El porvenir del psicoanálisis no se juega en soledad. Solo vivirá si encuentra su cauce entre lo público y lo privado, y si quienes lo practican comparten el deseo de sostenerlo juntos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Freud S. Los caminos de la terapia psicoanalítica. En: Obras completas, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.
- (2) Álvarez JM. Prólogo: Contribuyendo a la clínica psicoanalítica. En: Álvarez M, Gómez L (comps.) Aperturas del tratamiento psicoanalítico. Barcelona: Xoroi Edicions, 2025.

- (3) Danto EA. Psicoanálisis y justicia social. Barcelona: RBA Libros, 2018.
- (4) Danto EA. La Poliklinik de Berlín: Innovaciones psicoanalíticas en la Alemania de la República de Weimar. *Psicoanálisis*. 2007; 29(3): 633-659.
- (5) Laurent E. Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Tres Haches, 2000.
- (6) Mazzuca R. La primera nosología freudiana. En: Mazzuca R, Schejtman F, Godoy C. *Cizalla del cuerpo y del alma. La neurosis, de Freud a Lacan*. Buenos Aires: Berggasse 19 Ed., 2006.
- (7) Freud S. Neurosis y psicosis. En: *Obras completas, Tomo III*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.
- (8) Abraham K. Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico. En: Abraham K. *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Lumen-Horm, 1994.
- (9) Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanal Q*. 1938; 7(4): 467-489.
- (10) Matilla K. Borderline. En: Álvarez JM (dir.) *Vocabulario de psicopatología, Tomo I*. Barcelona: Xoroi Edicions, 2023.
- (11) Federn P. Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. En: Federn P. *Ego psychology and the psychoses*. Nueva York: Basic Books/Hachette Book Group, 1955.
- (12) Bychowski G. The problem of latent psychosis. *J Am Psychoanal Assoc*. 1953; 1: 484-503.
- (13) Jacobson E. Sobre identificaciones psicóticas. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 1957; 2 (1-2): 197-209.
- (14) Fromm-Reichmann F. Transference problems in schizophrenics. *Psychoanal Q*. 1939; 8: 412-426.
- (15) Zenoni A. Orientación analítica en la institución psiquiátrica. En: Zenoni A. *La otra práctica clínica. Psicoanálisis e institución terapéutica*. Buenos Aires: Grama, 2021.
- (16) Zenoni A. En los márgenes del lazo social. En: Zenoni A. *La otra práctica clínica. Psicoanálisis e institución terapéutica*. Buenos Aires: Grama, 2021.
- (17) Tiscini G. El analista fuera del consultorio. Entrevista a Antonio Di Ciaccia. *Revista de Psicología*. 2021; 20(1): 108-118.
- (18) Di Ciaccia A. La pratique à plusieurs. *La Cause freudienne*. 2005; 61: 107-118.
- (19) Simmel E. Psycho-analytic treatment in a sanatorium. *Int J Psychoanal*. 1929; 10: 70-89.
- (20) Danto EA. "Perfect in its principles": Psychoanalytic praxis at Ernst Simmel's Schloss Tegel. *Psychoanal Cult Soc*. 2009; 15: 337-349.
- (21) Lothane Z. The partnership of psychoanalysis and psychiatry in the treatment of psychosis and borderline states: its evolution in North America. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2011; 39(3): 499-523.
- (22) Hale Jr NG. De Berggasse 19 al Central Park West: la americanización del psicoanálisis, 1919-1940. *J Hist Behav Sci*. 1978; 14: 299-315.
- (23) Fromm-Reichmann F. Problemas del tratamiento terapéutico en un hospital psicoanalítico. *Vertex Rev Argent Psiquiatr*. 2006; 17: 295-308.