

Duración, tiempo y psicoanálisis: Reflexiones en torno a la brevedad del tratamiento¹

Claudia Araya*

Pontificia Universidad Católica de Chile (Santiago, Chile)

Daniela Dighero**

Universidad Católica Silva Henríquez (Santiago, Chile)

Francisco Gómez***

Pontificia Universidad Católica de Chile (Santiago, Chile)

Pablo Reyes****

Universidad de Chile (Santiago, Chile)

RESUMEN

Las inserciones institucionales actuales del psicoanálisis—instituciones de salud, educación, justicia, entre otras— pueden tensionar los principios que rigen esta práctica, tal como Freud lo anticipó en 1919. Una de estas tensiones dice relación con la duración de los tratamientos. Este artículo aborda cómo se ha teorizado sobre este problema mediante la sistematización y comparación de dos aproximaciones que han respondido de manera distinta a esta interrogante: la escuela inglesa de psicoterapia psicoanalítica breve y la experiencia de los CPCT en Francia. Para ello se abordan elementos de contexto histórico, como también la conceptualización y criterios clínicos sobre la determinación de la duración del tratamiento. Se valoran las posibilidades que estas dos perspectivas ofrecen a la práctica del psicoanálisis en instituciones, en particular en lo referente al manejo de la duración del tratamiento, al mismo tiempo que se abren perspectivas para pensar más radicalmente las concepciones del tiempo en psicoanálisis.

Palabras clave: duración del tratamiento, psicoanálisis, tiempo, psicoterapia breve, psicoanálisis lacaniano.

Duration, time and psychoanalysis: Reflections on the brevity of the treatment

ABSTRACT

The current institutional insertions of psychoanalysis—institutions of health, education, justice, among others— can put stress on the principles that govern this practice, as Freud anticipated in 1919. This article deals with how the duration of treatments has been theorized in order to systematize and compare two approaches that have responded differently to this question: the Anglo-Saxon school of brief psychoanalytic psychotherapy and the experience of the CPCTs in France. For this purpose, elements of historical context are discussed, as well as the conceptualization and clinical criteria

¹ Artículo recibido: 25/03/2021. Artículo aceptado: 28/04/2021

* Master en Estudios de la Mujer por la Universidad de Kent, Inglaterra. Mail: carayah@uc.cl.

** Doctora en Psicoanálisis por la Universidad Paris 8, Francia. Mail: dpdigher@uc.cl.

*** Licenciado en Psicología. Maestrando en Psicoanálisis en la Universidad Paris 8, Francia. Mail: figomez@uc.cl.

**** Doctor en Psicoanálisis por la Universidad Paris 8, Francia. Mail: pablo.reyes@uchile.cl.

for determining the duration of treatment. The possibilities that these two perspectives offer to the practice of psychoanalysis in institutions are appreciated, about the handling of the duration of treatment, at the same time that perspectives are opened to think more radically about the conceptions of time in psychoanalysis.

Keywords: duration of the treatment, psychoanalysis, time, short-term psychotherapy, lacanian psychoanalysis.

DOI: 10.25074/07198051.36.1923

INTRODUCCIÓN

En psicoanálisis el problema de la duración de los tratamientos, y el manejo del tiempo, ha sido el objeto de una serie de malentendidos y controversias, donde uno de los temas sensibles ha sido los tratamientos de duración limitada (Coren, 2001; Miller, 2012). Se debe destacar que la historia de los tratamientos de duración limitadas da inicio con las controversias de Freud con Rank y Ferenczi (Coren, 2001), las cuales no fueron sin consecuencias respecto de la participación de dichos psicoanalistas en el movimiento psicoanalítico internacional. Se debe destacar, como marco de estas controversias, la implementación y teorización, por parte de Rank y Ferenczi, de tratamientos de duración limitada, es decir, que ambos situaban o definían una fecha de término del tratamiento, siguiendo la inspiración de la técnica activa de Ferenczi (1921/1981).

Rank (1924/1991), conforme a su teoría del trauma del nacimiento, propuso tratamientos “breves” de una duración aproximada de entre siete y nueve meses. La duración del tratamiento permitía revivir bajo transferencia el proceso de gestación, y con ello vincularlo a los síntomas y conflictivos actuales del paciente. Freud (1926/1986) fue crítico de la posición de Rank, ya que esta aproximación desvirtuaba el descubrimiento de lo inconsciente, determinado por la sexualidad y la pulsión, poniendo énfasis en la teoría del trauma del nacimiento. Destacamos que el problema entonces era mayoritariamente conceptual y que tocaba el problema de la técnica de manera indirecta.

No así es el caso de controversia entre Freud y Ferenczi. El psicoanalista húngaro (1921/1981) asumió una postura crítica sobre la pasividad freudiana en relación a la transferencia y a la “intelectualización” del proceso psicoanalítico. De este modo, fue crítico del espíritu cientificista de Freud, que a su juicio desorienta al clínico de la finalidad terapéutica de la experiencia, llevándolo a privilegiar la neutralidad en aras de la producción de un saber objetivo.

Propuso entonces resignificar la experiencia analítica y considerarla como una experiencia emocional, donde el actuar, en tiempo presente, en transferencia permitiría reparar las experiencias traumáticas de la infancia. En tal sentido, para buscar una mayor efectividad y mayor rapidez del psicoanálisis, Ferenczi no sólo propuso la determinación de la fecha de término del tratamiento, sino que incluyó dentro de sus intervenciones la posibilidad de dar órdenes y prohibiciones a los

pacientes (Ferenczi, 1921/1981). Estas modificaciones técnicas apuntaban a la elaboración de las experiencias en tiempo presente, por sobre la búsqueda de las causas remotas e inconscientes. Freud fue crítico de la posición de Ferenczi. Ante la actividad del analista, Freud (1919) propuso la abstinencia, posición que debiera cumplirse, en la medida de lo posible para cada caso, como una forma de no hacer del tratamiento analítico un sustituto de las satisfacciones pulsionales del paciente.

Sobre estas dos controversias, debemos considerar que Freud nunca se refirió a la duración del tratamiento, ni tampoco dio pistas sobre qué criterios se deberían considerar a la hora de controlar o definir a priori su duración. Freud se preocupó por definir los límites teóricos del psicoanálisis y cuestionar las consecuencias para el desarrollo y los fines de la cura de las prácticas activas.

De hecho, su práctica fue lo suficientemente variada en cuanto a este tema. Freud realizó incluso intervenciones que no necesariamente calificarían como un psicoanálisis como su intervención con Katherina (Freud, 1895/1986) hasta tratamientos de menos de un año, como el caso del hombre de las ratas (Freud, 1909/1986), otros donde el estancamiento del proceso implicó la manipulación explícita de la fecha de término del análisis, como en el caso del hombre de los Lobos (Freud, 1918/1986) y otros análisis que realizó con posterioridad y que sólo fueron mencionados parcialmente (Freud, 1937/1986).

Por cierto, esta “variedad en la práctica” estuvo acompañada por una preocupación por la duración de los tratamientos, al punto de abordar extensamente el tema en *Análisis terminable e interminable* (1937/1986), obra en la que revisita su experiencia como analista destacando de entrada algunos elementos interesantes: a) la duración del tratamiento debe ser comprendida como una variable ligada, y no independiente, de la situación analítica y de la situación del paciente en relación a su neurosis, es decir, la duración del tratamiento debe adecuarse a un criterio clínico ; b) el psicoanálisis no puede concebirse como un proceso que resuelve “de aquí para siempre” la neurosis, es decir, si bien el análisis puede tener un efecto profiláctico, esto no implica necesariamente convertir al paciente en “inmune” a la neurosis y c) que por más profundo y extenso en el tiempo que un análisis se realice, siempre se enfrentará con un límite de lo analizable o lo que Freud denominó como “la roca de la castración” (Freud, 1937/1986).

- FEMICIDIOS Y ESTADO: MARCO LEGISLATIVO Y POLÍTICA PÚBLICA

De ahí entonces surge la necesidad de retomar la pregunta por cómo se ha comprendido el tratamiento psicoanalítico de duración limitada a partir de la experiencia en contextos cercanos a nuestra contemporaneidad. Esta revisión no solamente involucra considerar los elementos sociales y culturales que enmarcan y determinan las maneras de pensar el psicoanálisis, sino que también conciernen las formas de ejercer la práctica clínica.

De este modo, relevar desde el contexto social e histórico en el que surgen, como también las coordenadas clínicas que orientan la acción en base a la indicación, estrategia de intervención y alcance u objeto del tratamiento iluminarán las formas en que actualmente el problema de la duración del tiempo puede plantearse. El psicoanálisis no se encuentra más allá de los límites que los desarrollos de la cultura le permiten, y en cierto modo su ejercicio siempre se encuentra

tensionado por ella. En tal sentido, resulta relevante comprender los desarrollos psicoanalíticos a la luz de la época en que se desarrollan.

Para esto abordaremos el problema a partir de la revisión histórica de la teorización sobre los tratamientos psicoanalíticos de duración limitada de dos corrientes teóricas que tradicionalmente se han opuesto en la historia del movimiento psicoanalítico, teniendo incluso un desarrollo paralelo. Es sabido que la expulsión de Jacques Lacan de la *International Psychoanalytical Association* en 1963 (Roudinesco, 1993) no sólo significó una fuerte crisis en el psicoanálisis francés, sino que dio pie para el desarrollo de una forma paralela al establishment psicoanalítico anglosajón que introdujo modificaciones teóricas y técnicas hoy extendidas a nivel mundial – como por ejemplo aquellas tocantes al manejo del tiempo de la sesión y del tratamiento – y que tienen un impacto en las concepciones de los tratamientos psicoanalíticos breves.

Con este trabajo se espera contribuir al debate de los tratamientos psicoanalíticos breves con una perspectiva amplia y que permita, a través de la confrontación de dos escuelas que tradicionalmente no dialogan, extraer directrices para el trabajo clínico. En primer lugar, se abordarán los desarrollos de la psicoterapia dinámica breve (Coren, 2001; Messer & Warren, 1995), la cual es heredera de las primeras experiencias del psicoanálisis aplicado inglés (Balint, Ornstein & Balint, 1996). Estos emergen en el mundo anglosajón durante la década del sesenta y tienen un fuerte impacto en las instituciones de salud mental y la investigación en psicoterapia en estos países. En segundo lugar, se analizará una propuesta francesa de orientación lacaniana denominada psicoanálisis aplicado (Miller, 2001), la cual si bien rescata la tradición de la aplicación del psicoanálisis en instituciones de salud, resulta ser novedosa ya que se asocia a instituciones orientadas exclusivamente por el psicoanálisis desarrolladas durante los años 2000.

La relevancia de este artículo es principalmente ofrecer una revisión histórica de la evolución teórica de modelos de intervención breve al interior del psicoanálisis, apuntando a poner en tensión y discusión los desarrollos de distintas escuelas, principalmente anglosajonas y francesas, que no siempre se articulan en las revisiones sistemáticas sobre este tema. Además, este análisis permitirá re-trazar los elementos teórico-conceptuales y clínicos que permiten comprender cómo se podrían tomar decisiones en la clínica de duración limitada, tanto en contextos donde se debe lidiar con distintos ideales o incluso cuando la limitación del tiempo puede tener un sentido en la clínica.

DESARROLLO

- PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE

El psicoanálisis anglosajón ha enfrentado la pregunta por el tiempo de duración de los tratamientos bajo los nombres de “terapia psicodinámica breve” (*brief psychodynamic therapy*), “terapia de corta duración” (*short-term therapy*), “terapia focal” (*focal therapy*) y terapia de tiempo limitado (*limited time therapy*). Hay autores que prefieren hablar de terapia de tiempo limitado más que de terapia breve, ya que los modelos varían desde una sesión, hasta varias sesiones semanales durante un año, e incluso algunos proponen terapias de tiempo intermitente. Para Coren (2001), lo importante no es el número de sesiones, sino que todos estos modelos consideran el tiempo como un recurso para

el trabajo clínico. La explicitación de un tiempo final le daría a los procesos una clara delimitación de tres etapas: comienzo, desarrollo y culminación. De esta manera se busca prevenir que la terapia pierda su objetivo y derive hacia un rumbo insatisfactorio por la falta de claridad y definición. De hecho no es casual que se opte por diferenciarse del método psicoanalítico, al cual consideran demasiado largo y costoso, nominando estos modelos como terapia psicodinámica. En ellos, se toman bases del psicoanálisis como el trabajo con el inconsciente y la asociación libre, pero se dejan de lado referencias como el Edipo, se trabaja principalmente con problemas del presente y se busca disminuir la pasividad de los terapeutas. Aquí, llama la atención la disparidad entre los autores respecto a los motivos de estos cambios, tomando por ejemplo que en el uso del tiempo algunos lo piensan en términos de una herramienta clínica y para otros se trata de dar respuesta a una demanda de eficiencia.

Entre los autores más reconocidos de esta corriente se encuentran Malan, Sifneos y Balint, quienes postulan que el alivio terapéutico es el producto de traer a la conciencia los sentimientos ocultos de los pacientes. Estos, a la hora de conceptualizar su trabajo, consideran nociones tales como la defensa, los impulsos no descargados que procuran expresión, el retorno de lo reprimido y el desplazamiento.

En ello, la psicoterapia dinámica breve en sus distintas versiones reconoce su tributo al psicoanálisis y a la intervención en crisis. De hecho, sus apoyos básicos proceden de los aportes de Ferenczi, Rank, Reich, Alexander, French, Rosen y los psicólogos del yo, especialmente Pope, Sarvis, Dewees y Johnson (Coren, 2001). A estos, se les suman Lindemann, Tyhurst, Caplan, Quevedo, Bard y Shneidman en cuanto a la influencia de la intervención en crisis.

Su desarrollo histórico ha sido por lo que puede llamarse como “oleadas”. En él, surgen autores que impulsan su desarrollo y aplicación, sin embargo, luego se les acusa de no hacer un “verdadero” psicoanálisis y/o de hacer un trabajo superficial. Por esto, la terapia no se masifica, y pasan algunos años más tarde hasta eventualmente aparecer bajo otro nombre. En 1995, Messer y Warren auguraron que debido a la investigación que ha avalado sus resultados, la historia podría cambiar, produciéndose una aceptación definitiva de la terapia de tiempo limitado. El discurso actualmente imperante, que reconoce la eficacia de las terapias breves y puede incluso llegar a darles privilegio por sobre otras terapias de mayor duración les ha dado la razón.

La investigación empírica ha permitido su validación, demostrando su efectividad (Crits-Christoph, 1992; Dressen et al, 2015; Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004). Se han obtenido resultados positivos, con seguimiento de varios años, resaltando que la técnica clásica, aun con su prolongación en el tiempo y su exhaustivo trabajo de la transferencia, no lleva aparejado un aumento significativo en la eficacia. Con la investigación, se ha buscado hacer frente a los ataques que acusan a los procesos breves de superficiales, y no realmente psicoanalíticos. Estas acusaciones han aludido a que estas terapias no llegarían a una resolución “auténtica” de las conflictivas más nucleares del individuo al no alcanzar un correcto análisis de los fenómenos transferenciales, lo cual es un aspecto crucial de la técnica para el psicoanálisis anglosajón. Sin embargo, tanto Sifneos como Malan rebaten la idea y sostienen que la interpretación de la transferencia sí es posible en procesos de tiempo limitado y aseguran que se consiguen cambios psicodinámicos profundos que se mantienen

en el tiempo, con una única contraindicación relacionada a la estimulación de la neurosis de transferencia. Así, no por tratarse de procesos breves se trataría sólo de un alivio sintomático pasajero.

Por otra parte, se propone una menor pasividad del terapeuta, que incluso es llamado a hacer duras confrontaciones, rompiendo con la abstinencia y *timing* propios de un proceso analítico tradicional. Malan, Sifneos y Balint responden a las críticas que los acusan de “desviarse” del verdadero psicoanálisis, recordando que en sus comienzos los tratamientos estaban más centrados en los síntomas y que los analistas eran más activos (Coren, 2001). Para los autores antes mencionados, el excesivo énfasis que se ha hecho en el trabajo de la resistencia y la neurosis de transferencia ha llevado a una innecesaria prolongación de los tratamientos, al dejar a los terapeutas sin un foco de trabajo y pasivos en su quehacer. Sin embargo, aclaran que tampoco se trataría de realizar una “consejería”. La psicoterapia dinámica breve se diferencia de una terapia de apoyo, ya que trabaja con la noción de un conflicto inconsciente. He aquí donde se pone en juego lo que los autores llaman una actitud “más activa” del terapeuta. Por lo anterior, no están haciendo referencia a que el terapeuta de consejos o se deje llevar por contra-actuaciones. En este sentido, la activación del terapeuta radica en ser capaz de hacer interpretaciones selectivas, tener una atención selectiva y dejar de lado material innecesario para los objetivos de la terapia.

Otro punto que comparten los autores que han sentado las bases de la terapia de tiempo acotado es el haber llevado a cabo una práctica institucional. En estos contextos, podemos ver claramente que es donde se vuelve insoslayable el problema de la duración de los tratamientos. Se masifican atenciones, aumenta la demanda, los recursos son limitados y por ello, aumentar la cobertura se vuelve un imperativo. Para poder aumentar el número de pacientes atendidos, las opciones no son muchas: terapia grupal o establecer un tiempo limitado a los procesos. No hay más alternativas que permitan que más pacientes tengan acceso a psicoterapia.

En el año 1963, en el acta del *Community Mental Health Centers*, y en 1980 en el acta del *Mental Health Systems*, se promueve el acceso a psicoterapia a personas de todos los estratos sociales. Se apela a la necesidad de democratización del psicoanálisis, que exige procesos de menos tiempo, menos costo y que respondan a un mayor número de pacientes.

Para Messer y Warren (1995), el interés sostenido por la psicoterapia dinámica breve está asociado a diversos factores económicos, sociales y políticos. La psicoterapia entra en la cultura popular, aparece en los medios de comunicación de masas como una manera de enfrentar los problemas emocionales e interpersonales. Esto produce como efecto una disminución de los prejuicios asociados a la práctica, lo cual trae el aumento de las consultas, tensionando a las instituciones públicas de salud. Esto mismo ocurre en el mundo privado, donde la implementación del sistema de control de pares por parte de las aseguradoras ha servido como un modo de resguardo ante la prolongación excesiva de los tratamientos, en respuesta al aumento de la demanda. Esto ha redundado en una presión por maximizar la eficiencia de los tratamientos en salud mental. Dicho de otra manera, por una parte se busca responder a las necesidades de los pacientes, y al mismo tiempo contener el costo económico.

También, se ha considerado como influencia en la mayor aceptación de la terapia psicodinámica breve la escasez de tiempo libre en la sociedad norteamericana, junto con la aparición de psicofármacos que reducen el tiempo de las internaciones, además del surgimiento de modelos de investigación que avalan intervenciones conductuales y sistémicas que prometen tiempos de tratamiento notoriamente más breves que los de un análisis. A partir de estos antecedentes, el psicoanálisis se ve obligado a modificar su técnica, con tal de no quedar fuera del quehacer clínico institucional y privado asociado a seguros de salud.

Junto con el aumento de la demanda y por ende de las listas de espera, otro de los alicientes para investigar y teorizar en torno a una clínica de tiempo limitado fue el deber hacer frente al avance de la terapia conductual-cognitiva y terapia sistémica. Estos marcos teóricos surgen haciendo gala de su eficacia, efectividad y eficiencia. Quedarse fuera de la discusión respecto a la duración de los tratamientos, representó el riesgo de que el psicoanálisis fuera excluido como una opción válida en las instituciones. Sin embargo, nosotros compartimos la convicción con los autores mencionados anteriormente, del aporte que puede hacer el psicoanálisis en los contextos institucionales.

Los hallazgos avalan que los pacientes neuróticos y con problemas caracterológicos prolongados pueden ser tratados con terapias de orientación dinámica en un tiempo más breve de lo que se pensaba. Los investigadores comparten la idea de que al acortar los tratamientos, estos aumentan en intensidad y por ende se trabajan más rápido los conflictos de los pacientes. Junto con la investigación sobre la efectividad, se tiene como objetivo adaptar los conceptos y procedimientos psicoanalíticos tradicionales, y aportar a la formación de los clínicos. En resumen, la presión asistencial y el surgimiento de otros modelos terapéuticos impulsó la discusión dentro del psicoanálisis anglosajón respecto a cuánto de la función analítica se podía renunciar, con tal de acortar los tiempos de los tratamientos. La dificultad consistía en hacer modificaciones en la duración, y no por eso dejar de hacer psicoanálisis. La opción fue buscar la adaptación de los procedimientos psicoanalíticos tradicionales a una técnica terapéutica que aporte cambios psicológicos en un tiempo menor que el requerido con los métodos clásicos.

Además de la definición de conceptos y procedimientos que debían estar presentes en los tratamientos para preservar su condición de psicoanálisis, también se apostó a acortar el tiempo de la formación de los clínicos. Se buscó un punto medio entre la manualización de los dispositivos y la pérdida de un objetivo terapéutico producto de un terapeuta imposibilitado de dar una dirección *a priori* al tratamiento debido al análisis de la transferencia. Lo anterior resulta ejemplificador de este punto “medio” que busca ocupar la terapia dinámica breve, donde reconoce la complejidad de los procesos inconscientes, y por ende no sobre simplifica haciendo un trabajo que haga caso omiso de éste, al mismo tiempo que busca operacionalizar un dispositivo clínico. Otra manifestación de este punto medio se encuentra al revisar material clínico de Malan (1983), en el que se hace explícita la necesidad de no generalizar y de revisar mediante supervisión los procesos. Se alejan de la lógica del manual y preservan su espíritu psicoanalítico. Este autor no busca dar respuesta solamente al problema “práctico” de la necesidad de reducir el tiempo de los tratamientos, sino que para él esto se trataría de un problema teórico.

Una de las primeras consecuencias de esta perspectiva es la generación de criterios de selección de pacientes. Sifneos (1972), por su parte, considera como candidatos propicios para la terapia breve a pacientes con un conflicto específico y principal, habitualmente de índole edípica, que además sea capaz de seleccionarlo y concentrarse en él. A lo anterior se agrega que el futuro paciente debe poseer una habilidad para la comunicación, ser considerado poco narcisista, que exprese adecuadamente sus sentimientos y que tenga un buen nivel intelectual. Por si fuera poco, el autor agrega que se espera igualmente un cierto grado de sofisticación psicológica y una motivación al cambio que vaya más allá de la mera relegación de síntomas.

En cuanto a Malan (1983), con su énfasis en el foco, señala la necesidad de que el paciente posea ciertas características que hacen idónea la terapia breve. Por un lado, la presencia de un conflicto circunscrito, acompañado de un conflicto nuclear del pasado, más o menos temprano. Junto con esto, la capacidad de aumentar su *rappor*t e *insight* respecto a sus problemas, como efecto de la interpretación temprana, además de estar motivado por conocerse a sí mismo y estar dispuesto al cambio.

Por otro lado, el autor hace explícitas algunas contraindicaciones para tres grupos de pacientes (Malan, 1983): cuando los conflictos estuvieran profundamente arraigados o muy complejos; dependencia severa y signos de transferencia negativa; tendencias suicidas o al *acting-out* y conflictos en el área del abandono y la separación.

A pesar de sus iniciales reservas, con el pasar de los años Malan se volvió más proclive a aceptar pacientes con problemáticas pre-edípicas, en la medida de que el predictor que resultaría crucial para el éxito de una terapia breve pasaría a ser haber podido establecer una relación significativa en el pasado. Esta evolución en su pensamiento es importante, ya que los criterios de selección mencionados nos describen a pacientes con un buen nivel de funcionamiento y salud mental. Esta es una de las mayores limitantes del modelo, según Sánchez-Barranco (2001):

Es bien cierto, sin embargo, que no estamos ante ninguna panacea, pues sólo un grupo concreto de demandantes de salud mental pueden beneficiarse de estas intervenciones: estimamos que entre 20-30% de los pacientes de los circuitos públicos satisfacen los criterios de selección de las terapias dinámicas breves, cifra que se eleva al 50-60% en los que acceden a las consultas privadas. (p. 7)

Dada la variedad de modelos que caben dentro de la categoría de tiempo acotado, y por tratarse de uno de sus principales representantes, a continuación se hará una breve descripción del modelo de Malan para ejemplificar cómo las ideas antes señaladas se pueden llevar a la práctica.

Para Malan (1983), la “terapia dinámica” tiene como objetivo resolver el problema principal que aqueja al paciente: se busca sanar su psicopatología, de manera total o al menos en parte. Cabe señalar que cuando el autor habla de “problema principal”, se está refiriendo a la noción de “foco”. Quizás por su traducción al español, este concepto ha generado confusión y hay quienes creen que se trataría del motivo de consulta explícito. Sin embargo, el foco no es un tema específico, tampoco lo que el paciente presenta de manera consciente. En cambio, lo focal hace referencia a un conflicto inconsciente, que se buscará hacer consciente y que, para ello, requerirá sortear las defensas del

paciente. En ese sentido, está más cercano a lo que Freud define como un motivo de consulta latente. Se trata de trabajar sobre los mecanismos inconscientes que explican y mantienen el padecer del paciente. Para esto, la tarea consiste en poner al paciente en contacto con todo el monto de sentimientos genuinos que pueda tolerar. De esta forma, se apuesta a que no requerirá poner en acción sus defensas y podrá paulatinamente tener más conocimiento de sí mismo, sobre sus deseos inconscientes.

Malan (1983), en su esfuerzo por desarrollar un modelo que facilite la formación de terapeutas esquematiza el modelo en los llamados “triángulos”. Cómo se verá a continuación, en la aplicación de sus conceptos, se hace evidente que el foco nada tiene que ver con un tema específico de consulta, sino que más bien refiere a la organización psíquica del paciente propiamente tal:

1. Triángulo del conflicto: en cuyos vértices se encuentra *la defensa*, entendida como los métodos para evitar el dolor. *La angustia*, que serían las consecuencias temidas por expresar lo oculto y *el impulso*, que sería justamente lo oculto.
2. Triángulo de las personas: en cuyos vértices se encuentra *la transferencia*, entendida como la relación aquí y ahora con el terapeuta, *el progenitor*, es decir el pasado lejano y *el otro*, el cual hace referencia al pasado actual o reciente.

Estos dos triángulos son las herramientas con que cuentan los terapeutas desde las primeras sesiones. Por ejemplo, en el triángulo de las personas queda claro cómo opera el concepto de repetición freudiana. Aquí, el foco no es temático, sino que apunta a reconocer el modo en que los aspectos transferenciales son identificables en la historia reciente y remota del paciente. Para Malan (1983), es necesario hacer un esfuerzo durante todo el proceso por definir una “condición mínima” que orientará el tratamiento. Se trata de identificar una coincidencia entre los eventos precipitantes del malestar actual y otros vividos en el pasado que lleven a los mismos síntomas. Así, el terapeuta debe hacer interpretaciones selectivas, tener una atención selectiva y dejar de lado material, siempre resguardando que el material será seleccionado por su proximidad al foco.

Finalmente, sobre la terminación, será el terapeuta quien señalará el término del tratamiento desde el inicio. Esto permitirá tanto al paciente como al terapeuta mantenerse concentrados en el material y prevendrá de que el proceso se vuelva “difuso” y pierda un objetivo claro. De cierta manera, al saber la fecha de término, el paciente podría regular qué y cuánto material podría traer a las sesiones.

A modo de síntesis, el modelo anglosajón responde a una presión contextual, que lo empuja a dar cuenta de su eficiencia. Lo anterior lo realizará a partir de las herramientas de la ciencia y una redefinición de los objetivos de un análisis. Haciendo eco del pensamiento freudiano, que en *Análisis terminable e interminable* (Freud, 1937/1986) advierte que no se aspira al fin del tratamiento como una cura de “todo” y para “siempre”. Al mismo tiempo, no renuncia a la importancia del trabajo con el inconsciente, ni acepta la necesidad de reducir el tiempo como una mera cosmética técnica, sino que desarrolla un marco teórico que incorpora el tiempo como una variable fundamental.

Tal y como hay una continuidad con los fundamentos freudianos, hay una profunda crítica respecto a las razones que justifican la duración prolongada de los tratamientos. Se acusa a Freud de descuidar los aspectos terapéuticos, privilegiando la investigación en análisis y hacer un énfasis en el análisis de las resistencias. Lo anterior produce una tensión entre los mismos clínicos, dónde lo breve pondría en entredicho la cualidad psicoanalítica de la intervención. A nuestro parecer, esta tensión no se produce en la orientación lacaniana, en la que “lo breve” es introducido en relación a la duración de la sesión, y por ende, resulta más coherente hacerlo extensivo a la duración del tratamiento. Desde Lacan, no sólo se introduce el tiempo como una variable del tratamiento, al igual que el modelo anglosajón, sino que se hace una redefinición de la noción de tiempo, el cual aparece ya no como un tiempo cronológico, sino más bien como un tiempo del inconsciente.

- **EL PSICOANÁLISIS APLICADO Y LA EXPERIENCIA DEL CPCT**

En lo que respecta al abordaje de los tratamientos de duración breve desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana, se destaca la experiencia de los Centros Psicoanalíticos de Consulta y Tratamiento (CPCT). La apertura de puertas de estos centros en febrero del 2005 marcó el nacimiento de una serie de esfuerzos de un grupo de psicoanalistas por pensar un psicoanálisis aplicado a la terapéutica.

Para poder entender el contexto del surgimiento de los CPCT, será importante dar cuenta de cuál es el origen de la noción de psicoanálisis aplicado, así como también cuáles serían sus intereses y características definitorias. Para esto, retomamos los postulados de Lacan (1964/2001) respecto a lo “puro” y “aplicado” en el psicoanálisis, a partir de que lo que elabora en su Acta de Fundación. Ahí, identifica tres secciones que conformarán la Escuela Freudiana de París, de las cuales retenemos las dos pertinentes a nuestro artículo: psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado.

El primer término, hace referencia a la formación del psicoanalista propiamente hablando, es decir, es el psicoanálisis del psicoanalista que en los términos freudianos se define como el psicoanálisis didáctico. En los años sesenta, para Lacan este análisis llevaba al sujeto hasta los límites de la experiencia analítica, aquella que permitía el atravesamiento del fantasma (Lacan, 1964/2001) y la realización del de-ser constituyente del sujeto analizante. Este movimiento en la cura es didáctico, en la medida en que permitiría el pasaje de la posición analizante a la del analista. En tal sentido, se podría indicar que la orientación del análisis puro es hacia la causa del deseo o más precisamente al kern o núcleo del ser.

En cambio, la sección de psicoanálisis aplicado tenía como referencia la aplicación del psicoanálisis a la terapéutica y la clínica médica (Lacan, 1964). Si bien se podría señalar que esta distinción podría haber tenido una dimensión meramente política – en términos de otorgar un lugar en la Escuela a quienes se interesaban en el psicoanálisis sin ser necesariamente psicoanalistas y dar lugar a prácticas institucionales que no se regían por los principios clásicos del psicoanálisis lacaniano –, esta distinción preparó el terreno para un desarrollo más profundo de la aplicación del psicoanálisis en el trabajo institucional.

Sin embargo, a pesar de su ímpetu inicial, Lacan no retomará la noción de psicoanálisis aplicado en sus posteriores escritos ni seminarios. Así, no será sino hasta principios de los años 2000 que este

concepto vuelve a salir a la luz en Francia, producto de un debate político que buscaba diferenciar las psicoterapias «eficaces» de aquellas que no lo eran.

En un contexto en el que el psicoanálisis es indicado como un método “menos eficaz” un grupo de psicoanalistas liderados por Jacques-Alain Miller no sólo se dedicarán a sistematizar los efectos terapéuticos rápidos que se desprenden en los tratamientos psicoanalíticos, sino que decidirán dar un paso más allá, a partir de la creación de los CPCT, cuya única finalidad era la aplicación y estudio de la terapéutica del psicoanálisis en condiciones de gratuidad y brevedad de la intervención. De esta forma, se sistematiza por primera vez desde la orientación lacaniana la posibilidad de realizar tratamientos de duración limitada a la luz de la distinción entre psicoanálisis puro y aplicado.

Resulta interesante destacar que, en esta ocasión, la distinción entre ambos buscará disolver la creencia en un “oro puro” del psicoanálisis en contraposición al “cobre del psicoanálisis aplicado”. Muy por el contrario, se plantea que toda operación de psicoanálisis aplicado, por modesta que ésta sea, es hecha a partir del oro puro del psicoanálisis (Gueguen, 2008). En otras palabras, no es posible pensar en una aplicación del psicoanálisis, sin que esta práctica se desprenda de la totalidad de sus principios.

Este punto resulta fundamental, en la medida que se plantea que el psicoanálisis de duración limitada deja de ser considerado como un psicoanálisis “simplificado” o degradado, en contraposición a un “verdadero psicoanálisis” que estaría reservado sólo a las pequeñas elites (Gueguen, 2008).

La experiencia de los CPCT

Es a partir de estos planteamientos del psicoanálisis aplicado que podemos dar cuenta de la experiencia de los CPCT. En dicha institución, se ofrecerán tratamientos psicoanalíticos de una duración máxima de 16 sesiones, los cuales serán escandidos en dos momentos específicos. El primero de ellos, denominado la consulta, constituirá un primer umbral que hará límite a la acción del CPCT, ya que en ella un analista senior evaluará –en una o dos sesiones– la capacidad de la institución de responder a la demanda presentada. Si la respuesta es *Sí*, el resultado de este primer encuentro desembocará en una primera orientación del tratamiento que se entregará al analista que tomará el caso. Si *No*, junto con responder a la pregunta de “¿por qué no?”, el sujeto será orientado hacia una solución que se ajuste de mejor manera a su demanda. Esto podría darse, por ejemplo, en casos de sujetos que explicitan de entrada el deseo por un tratamiento ilimitado, sujetos cuyos síntomas hacen imposible un tratamiento de modalidad ambulatoria, entre otros.

De esta manera, se comprende la consulta como un momento lógico de acogida, de intervención y a su vez de cálculo a la hora de apostar por un tratamiento posible en manos de un analista. Una vez pasado este primer momento de consulta, el paciente es orientado al encuentro de un nuevo analista con quien se llevará a cabo el tratamiento. Este segundo tiempo debutará con los restos dejados por la consulta. Será así el sujeto mismo quien dará cuenta de los efectos de esa primera experiencia de palabra.

A partir de una revisión del trabajo del CPCT nos encontramos con una experiencia actual que demuestra la aplicación del psicoanálisis en una institución circunscrita a tratamientos de duración limitada. Es en este punto que resulta interesante retomar algunos elementos de la clínica del CPCT que permiten pensar cómo en una institución analítica los principios del psicoanálisis pueden derivar en consideraciones concretas en la práctica. De esta forma, quisiéramos retomar las nociones de ciclo y de transferencia, en la medida que ellos se vuelven elementos claves en un tratamiento analítico de duración breve.

Los ciclos de un análisis

Lejos de oponer la terapia breve a aquella de duración ilimitada, el dispositivo de tratamiento del CPCT se sostiene más bien, en la noción de “ciclo” introducida por Miller (2005). Será el mismo Lacan (1964/2001) quien afirmará que no es de una sola vez que se realizará el trayecto de un análisis. Esta propuesta, que pudiera haber pasado desapercibida, será retomada por Miller (2005) para introducir la existencia de una serie de ciclos en el curso de un análisis. De esta forma, cada ciclo estará marcado por la existencia de un principio y un fin, demostrando el carácter finito de la experiencia analítica.

Será así, justamente, dicha noción de ciclo la que se encontrará en el centro de la experiencia del CPCT. El inicio de un nuevo ciclo estará determinado por la aparición de una urgencia subjetiva, un síntoma particular o una pregunta que movilizará al sujeto -fuera neurótico o psicótico- a consultar. De esta manera es que el CPCT propone una ética de trabajo con una posición variable del analista para la dirección de los tratamientos según las particularidades de sus malestares, direcciones y arreglos.

En este sentido, si bien el único criterio de exclusión del dispositivo será la existencia de una psicosis desencadenada, se planteará una distinción clara en lo que concierne a la dirección de la cura según se trate de una neurosis o de una psicosis. Es necesario enfatizar que el diagnóstico de una psicosis no implica de ninguna manera la necesidad de un ciclo de mayor duración que el otorgado a un sujeto neurótico, sin embargo, ambas curas serán conducidas de acuerdo a lógicas analíticas disímiles.

Si bien desarrollar ambos recorridos excede el propósito de este artículo, es necesario puntualizar un elemento central que diferenciará la lógica en juego en cada uno de los casos. En la neurosis, por su parte, la elaboración de un enigma a descifrar a lo largo del ciclo se vuelve fundamental, constituyéndose éste el motor de una búsqueda a la cual es el propio sujeto el único convocado a responder. En este sentido, el analista aparece como el garante de ese enigma y como quien intenciona que el sujeto crea en las pistas que su propio inconsciente le da para descifrarlo.

En cambio, en la psicosis, la entrada a un ciclo podrá producirse justamente por su reverso, es decir, por la necesidad del sujeto de poder formular un saber hasta ahora inconfesable. En este sentido, la posición del analista, lejos de empujar hacia el desciframiento de un enigma, lo que podría desencadenar el delirio, será la de un testigo o depositario de ese saber precioso que sólo el sujeto sabe. En consideración a lo anterior, si bien es posible situar dos lógicas distintas en las curas en el marco del CPCT, es necesario precisar que los cierres de ciclo estarán marcados ya sea por la

presentificación de un saber nuevo sobre el goce en juego en el malestar o por un cambio de posición subjetiva en relación al mismo.

De esta forma, es preciso mencionar que no es posible anticipar de entrada los cambios de posición de los sujetos o los saberes que serán producidos en el marco de una cura, debido a que serán el resultado del encuentro contingente entre ese analista y ese analizante en esa experiencia única.

El valor de la transferencia

Aseverar que toda operación del psicoanálisis aplicado se vale de lo que algunos llaman el “oro puro” del psicoanálisis, no es más que una referencia a la distinción freudiana entre “el oro de la transferencia” y “el cobre de la sugestión”. La noción de transferencia surgió en la clínica de Freud a comienzos del siglo XX para finalmente erigirse como el resorte fundamental del trabajo analítico, invariante en su importancia para diversas escuelas. Hoy en día, decimos que “no hay psicoanálisis sin transferencia” (Bonnaud, 2014, p. 113). Por esta razón, resulta necesario introducir a qué nos referimos con la noción de transferencia y cuál es el valor de ésta en un dispositivo de tiempo limitado.

Desde sus primeros escritos técnicos, Freud puntualiza cómo la noción de transferencia ocupa un papel central en el tratamiento psicoanalítico, conceptualizándola como un fenómeno en el que se pondría en juego la repetición de “una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa (...) (dando paso a) un clisé que se repite de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles.” (Freud, 1912/1986, pp. 97-98). Aquí, Freud introduce el concepto en su vertiente de repetición, en la medida de que pone énfasis en cómo dicho fenómeno brindaría la posibilidad de volver actuales y manifiestas las mociones libidinales escondidas y olvidadas por el propio sujeto (Freud, 1912/1986). Podemos ver entonces, tanto en esta concepción como en definiciones posteriores (Freud, 1915/1986), cómo el trabajo analítico se jugaría en la instalación de dicha transferencia en el dispositivo y posteriormente en la intervención del analista que buscaría en el aquí y ahora resolver el conflicto inconsciente de antaño.

En este punto, consideramos que se vuelve necesario introducir una segunda dimensión presente en la noción de transferencia, la cual ya no solo consiste en un mero reconocimiento como una repetición, sino que también puede pensarse como un terreno fértil para la escritura de un saber nuevo. Y es que si buscamos que se produzca un saber novedoso respecto del goce involucrado en el malestar de un sujeto, debemos entender que nuestro trabajo y pensamiento sobre la noción de la transferencia debe considerar una dimensión de *repetición* y otra de *novedad*. En otras palabras, si destacamos la relevancia fundamental de ubicar aquello que se repite en el malestar de un sujeto, proponemos que es justamente para advertirse de no encarnar “otro encuentro más entre varios” en la transferencia y abrir un campo inédito para un sujeto en su encuentro con un analista.

De esta manera, una posición que no se permite ser captada por la repetición apuesta por producir un encuentro contingente, donde se habilita que un sujeto pase de actuar una repetición a hacer de ésta un texto a leer, inscribiendo de esta manera un saber inédito respecto de sí. Bonnaud (2014)

es clara al decirnos que “si no interpretado en la sesión, el inconsciente no se inscribe como saber, porque no desenvuelve su lógica más que en la relación transferencial” (p. 116).

En consonancia con lo anterior, puede establecerse que el uso de la transferencia es imprescindible independientemente de las condiciones en las cuales se aplique el método psicoanalítico. Esto, por su parte, se debe a dos orientaciones precisas desde las cuales se deriva su lugar central en la cura. Por una parte, la transferencia es algo a leer por parte del analista, en la medida en que ésta surge de aquello que el analizante ha depositado en él sin saberlo, condicionando sus coordenadas en la cura. En este sentido, es necesario permitir que la transferencia se despliegue de modo tal que el analista logre identificar qué lugar ocupa en ella. Por otra parte, y en continuidad con lo anterior, una vez identificadas las coordenadas transferenciales, el analista se valdrá de ellas para operar en el tratamiento. Este “operar” no consistirá en interpretar al paciente el contenido transferencial de manera directa, sino más bien, se tratará de guiar el acto analítico a la luz de la lectura de aquello que se ha repetido en transferencia, intencionando así la posibilidad de inscripción de algo inédito en dicha repetición.

En consideración de los puntos ya expuestos, observamos que el psicoanálisis desde esta orientación, llevado a cabo al interior del CPCT busca dejar en claro que su aplicación del psicoanálisis hace uso coherente y riguroso de sus principios organizadores para hacerse existir en la institución. Esta experiencia busca mantener la complejidad del trabajo concernido en un análisis, al mismo tiempo que debate un mito respecto de la inaplicabilidad del psicoanálisis en instituciones distintas a aquellas que ofrecen lo que es llamado como un “psicoanálisis didáctico”

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Quienes realizamos una práctica clínica institucional desde el psicoanálisis, debemos hacer frente a varios prejuicios. Uno de los más importantes dice relación con la imposibilidad de llevar a cabo procesos que se adecuen a las exigencias de tiempo acotado y brevedad que demandan ya sea los seguros de salud, las listas de espera o los protocolos de atención.

La mayoría de quienes realizan programas de estudio en psicoanálisis, tanto a nivel universitario como en institutos, no recibieron una formación que se hiciera cargo del apremio por la brevedad que imponen las instituciones de salud mental. El psicoanálisis se enseña en la dupla teoría-paciente y, en ello, se tienden a dejar fuera las implicancias que esto trae para la práctica, el contexto específico en que se llevará a cabo.

Por otra parte, debemos reconocer que los clínicos de orientación psicoanalítica nos sentimos más cómodos con el tiempo “ilimitado”. Tal y como hemos descrito anteriormente, tanto en Francia, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos, el desarrollo de un marco teórico que sustente el trabajo en un tiempo acotado ha estado impulsado por exigencias que surgen desde el contexto social: el aumento de la demanda y especialmente la amenaza desde las aseguradoras de salud de no cubrir tratamientos psicoanalíticos o bien de privilegiar otras corrientes teóricas. Junto con esta fuerza que “empuja” hacia lo breve, a la que muchos psicoanalistas han intentado dar respuesta, preservando criterios clínicos y generando un marco teórico que vaya más allá de responder a criterios meramente burocráticos, o al apremio por la rapidez, surge otra fuerza en sentido contrario. Cabe

señalar que esta resistencia nace desde el mismo psicoanálisis, con distintos argumentos dependiendo de los énfasis de cada corriente.

A nuestro parecer, parte de esta oposición es la confusión entre la técnica y el modelo. La clínica obliga a realizar diversas maniobras técnicas, que, a nuestro juicio, no son las que definen el modelo que da sustento a nuestro trabajo. En la clínica institucional por la diversidad y gran número de pacientes, que muchas veces vienen más familiarizados con el modelo médico y el modelo educativo, nuestra técnica se ve tensionada. Los pacientes esperan obtener “algo” que les de alivio o que les permita aprender algo nuevo en el menor tiempo posible, un ejemplo clásico siendo el de la tarea. Si tenemos claro que no es la técnica la que define nuestro trabajo psicoanalítico, queda abierta la posibilidad de dar la tarea de pensar sobre lo que se habló durante la sesión, o bien preguntarle al paciente qué tarea cree que podría servirle. De esta forma de abordar la técnica, se deduce que las maniobras que hagamos con el tiempo no definen el carácter psicoanalítico de las intervenciones.

A nuestro juicio, el tiempo es un concepto que oscila en un límite que va desde la dimensión del manejo técnico - tal como lo utiliza Freud en el Hombre de los Lobos - hasta la dimensión conceptual del modelo psicoanalítico, inseparable de la comprensión de aspectos dinámicos. Esto se ve de manera más clara y coherente en el modelo del psicoanálisis de orientación lacaniana, donde el surgimiento de innovaciones técnicas relativas al uso del tiempo como la interrupción de la sesión se sostiene a partir de desarrollos complejos de la comprensión conceptual de la temporalidad en psicoanálisis, estableciendo con estas nuevas interpretaciones y modos de relación entre conceptos clásicos, como la transferencia, la represión, entre otros.

Desde el psicoanálisis se busca que la persona quede advertida de la fuerza de su inconsciente. En otras palabras, se busca que pueda reconocer que su vida se encuentra regida por algo que la empuja más allá de lo lógico, lo pertinente y lo conveniente. Por esta razón, dar consejos o intentar señalar los riesgos y sufrimientos asociados a una conducta o relación interpersonal específica resultan, generalmente, inútiles. Esta es una base compartida por los modelos anglosajones y franceses. Por ende, el desafío para una práctica psicoanalítica es lograr que el paciente tome contacto con aquello que desconoce. Nuestra lucha es con un aparato que está estructurado en torno a la represión, es decir, en torno al no querer saber. Es aquí donde la cuestión del tiempo se vuelve relevante. Si no podemos apelar a la lógica consciente de un paciente y si las defensas actuarán con toda la fuerza de lo inconsciente, la deducción más obvia es que la tarea será ardua y tomará mucho tiempo. Sin embargo, la evidencia clínica de los modelos presentados anteriormente apunta a que, en algunos casos, esto no se cumple.

Es debido a esto que el psicoanálisis lacaniano se diferencia de otros modelos de terapia breve anglosajona, y en general de corrientes que buscan vencer la resistencia a través del análisis de la transferencia con el analista. Estos modelos se definen a sí mismos como los que dan acceso a lo “más profundo”, debido a que sería en la neurosis de transferencia, que se produce con el analista, donde se ubicaría el acceso al descubrimiento de la neurosis infantil de los pacientes. Para lograr esta meta, estos modelos sitúan la dificultad en que para que sea posible interpretar dicha transferencia, y que el paciente pueda tolerar dicha interpretación, se requiere de un largo tiempo de tratamiento. Desde esta lógica, un trabajo de tiempo acotado no permitiría hacer este tipo de

intervención, ya que llevaría a dejar de hacer psicoanálisis remitiéndose a una mera terapia que trabaja de manera superficial.

A nuestro juicio, esto implica establecer de manera errada una relación directa entre la noción de tiempo, transferencia, y una “profundidad”. Si aceptamos que, con la segunda tópica freudiana, el yo tiene sus raíces en el inconsciente, se nos hace más difusa la comprensión de una noción del psicoanálisis orientado hacia lo “más profundo”. En palabras de André Green: “Cuando interpreta lo consciente en términos de lo inconsciente por medio de la traducción simultánea, el analista puede estar interpretando lo consciente o lo preconscious y tomarlos equivocadamente por lo inconsciente”. (p. 342, 1972/2008). De esta manera el autor nos señala el riesgo de definir lo más inconsciente como lo más difícil de ser escuchado, lo que más montos de angustia moviliza. A nuestro parecer, esa es la principal contribución de las terapias de tiempo acotado, que demuestran que es posible hacer un trabajo psicoanalítico que no queda supeditado a un a priori de varios años, sino que se define en función del foco establecido en el uno a uno con los pacientes. Desde Malan no existiría una relación directa entre el tiempo de tratamiento y el establecimiento de la transferencia, de hecho, él promueve interpretaciones tempranas, a modo de diagnóstico. Al mismo tiempo, con su modelo de los triángulos propone interpretar aspectos transferenciales que no implican directamente al analista, e incluir diversos tiempos de la historia de los pacientes. Es muy llamativo como Malan, desde la praxis, propone maniobras transferenciales y un uso del tiempo, en algunos puntos coincidentes con la práctica analítica de los CPCTs.

Desde el psicoanálisis lacaniano, la experiencia psicoanalítica de los CPCTs si bien ha contribuido a la comprensión de las intervenciones breves desde esta orientación, también ha levantado las resistencias. Con el argumento de que los terapeutas noveles se hacían llamar analistas prematuramente y que la práctica en estos centros se transformó en una especie de “servicio militar” estandarizado, muchos de ellos fueron cerrados. A esto se suma otra resistencia interna que tiene que ver con su crítica a una clínica marcada y súbdita de intereses estatales que financiaban muchos de estos centros como una forma de resolver problemáticas de cobertura de la demanda asistencial.

Sin embargo, más allá de las resistencias que estas formas de ejercer el psicoanálisis encuentran entre los psicoanalistas, se deben destacar de igual manera sus aportes.

Si bien los modelos anglosajones llevaron la delantera al implementar dispositivos de atención breve, esto no desmerece el hecho de que la crítica a sus modelos que refiere a una selectividad de los pacientes bajo criterios muy cercanos a las condiciones ideales del psicoanálisis (pacientes reflexivos, neuróticos cuya sintomatología no fuese grave) es conocida y justa. En cambio, el dispositivo de orientación lacaniana permite pensar más allá del diagnóstico una intervención breve. Esto se explica principalmente porque el analista interviene sobre coyunturas específicas que no implican necesariamente el diagnóstico estructural. De tal modo, ante una demanda específica, se podría hacer un proceso breve con un paciente psicótico, situación excluida de los tratamientos breves anglosajones.

De igual forma, si bien las dos orientaciones plantean una preocupación por la duración y el tiempo de la intervención, su contribución a este respecto es desigual. Por una parte, la corriente anglosajona plantea la reducción de los tiempos como un modo de respuesta a las exigencias dadas por el contexto (sea éste la presión asistencial, las condiciones de ejercicio del psicoanálisis o las

“necesidades del paciente”), sin embargo, su reflexión se mantiene en torno a un tiempo cronológico.

El psicoanálisis lacaniano tiene una reflexión más radical sobre el tiempo, y en particular, en su relación a la experiencia de lo inconsciente. Lacan (1966a) reformuló profundamente la concepción de lo inconsciente, introduciendo en él una temporalidad de apertura y cierre que le es propia (a diferencia de Freud que enfatizó el carácter atemporal de los fenómenos inconscientes). Esta reflexión es el telón de fondo que permite comprender el uso de las sesiones de tiempo variable (Lacan, 1966b) como la concepción de un tratamiento analítico por ciclos (Miller, 2005). Se deja atrás así la noción de un análisis que comienza y finaliza a través de un solo tiempo que llevaría a un resultado o sanación definitiva. Los pacientes pueden “ir y venir” en diferentes momentos de su vida, e incluso realizar varios ciclos, que incluyen la posibilidad de terminar un proceso de tiempo acotado para derivar a un análisis. Y justamente, en el sentido contrario, un analizante podría venir a terminar su análisis en un proceso de tiempo acotado. De esta manera, notamos que no es una supuesta “profundidad” lo que se pone en juego, sino más bien el interjuego entre la contingencia del analizante, el analista en cuestión y el momento de su análisis. Es por esta razón que desde la perspectiva lacaniana, el trabajar con un número acotado de sesiones, las cuales se ajustarán dependiendo de cada paciente, no pone en juego la “integridad” o “validez” del psicoanálisis.

Más allá de cuestionarnos sobre los ideales que organizan la lógica que orienta la investigación científica “sobre la psicoterapia” (Laurent, 2008, Budd & Hughes, 2009) o denunciar los intereses extranjeros a la clínica, principalmente de las instituciones estatales o de aseguradoras de salud (Araya & Aveggio, 2016), esperamos haber contribuido a producir una respuesta que responda a los criterios epistemológicos y políticos de la clínica psicoanalítica contemporánea. Sostenemos que desde la clínica psicoanalítica podemos servirnos de los semblantes de la época para reducir las resistencias al psicoanálisis, de manera de poder ocupar territorios aparentemente vedados a una ética del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

Araya, C. & Aveggio, R. (2016). *Intervenciones psicoanalíticas en instituciones de salud en Chile*. Santiago, Chile: Ril Editores.

Araya, C., Dighero, D., Gómez, F. & Reyes, P. (2017). Lo (im)posible de curarse. *Gaceta Universitaria de Psiquiatría*, 13(3), 287-292.

Balint, M., Ornstein, P. & Balint, E. (1996). *Psicoterapia Focal, Terapia breve para psicoanalistas. Modelo de la clínica Tavistock*. Barcelona, España: Gedisa.

Barros, M. (2009). *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

Bonnaud, H. (2014). *El inconsciente del niño*. Barcelona, España: Gredos.

Budd, R. & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(6), 510-522.

- Coren, A. (2001). *Short-term psychotherapy*. Reino Unido: Palgrave Macmillan Limited.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 149(2), 151-158.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Jansma, E. & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical psychology review*, 42, 1-15.
- Ferenczi, S. (1921/1981). Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis. En *Obras completas*, vol n°3. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Freud, S. (1912/1986). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas*, v. XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/1986). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En *Obras completas*, v. XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1919/1986). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras completas*, v. XVII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1926/1986). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*, v. XX. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1937/1986). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas*, v. XXII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Green, A. (1972/2008). *De locuras privadas*. Madrid, España: Amorrortu.
- Green, A. (2012). *La Clínica Psicoanalítica contemporánea*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Guéguen, P.-G., (2008). Dix axiomes. *Mental*, n°20, Paris: Navarin.
- Lacan, J., (1964/2001). Acta de Fundación de la Escuela Freudiana de París. *Otros Escritos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J., (1966a). *Position de l'inconscient*. *Écrits*. Paris, Francia: Seuil.
- Lacan, J., (1966b). *Fonction et champ de la parole et du langage*. *Écrits*. Paris, Francia: Seuil.
- Laurent, E. (2008). *Lost in cognition: psychanalyse et sciences cognitives*. Paris, Francia: C. Default.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Malan, D. (1983). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Messer, S. & Warren, S. (1995). *Models of Brief Psychodynamic Therapy. A comparative Approach*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.

Miller, J.-A. (2005). *Efectos terapéuticos rápidos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Miller, J.-A. (2001). *Psychanalyse pure, psychanalyse appliquée et Psychothérapie, La cause freudienne, n° 48*. Paris, Francia: Navarin.

Miller, J.-A. (2012). *Sutilezas Analíticas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rank, O. (1924/1991). *El trauma del nacimiento*. Barcelona, España: Paidós.

Roudinesco, E. (1993). *Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Sánchez-Barranco, A & Sánchez-Barranco, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 78, 7-25.

Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Massachusetts, Estados Unidos: Harvard University Press.