

EL FERTIL CAMPO PSICOANALÍTICO.

Blanca Anguera Domenjó

Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Psicoanalista SEP-IPA

Central aspects of psychoanalysis are reported in this article, especially in the field of medical or health services.

Key words: psychoanalysis, psychotherapy, national health services, clinical practice

INTRODUCCION.

En la facultad de Psicología, desde hace unos años damos a leer a los estudiantes de primer curso un texto de S. Freud para comentar y discutir después sus ideas en el aula. Como lamentablemente los medios de comunicación no cesan de dar cuenta de la repetición humana de provocar nuevas situaciones bélicas, el texto que elegimos entre toda su obra es el artículo de 1915 titulado *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. Pues bien, a pesar de los años transcurridos, un comentario reiterado que se escucha en el aula es el de la vigencia del texto. La guerra que hacía pensar y escribir a Freud tenía otro nombre, por supuesto, pero muchas, demasiadas cosas se repiten: las mentiras continuas, las decepciones éticas, la doble moral del poder, el sufrimiento, las defensas y negaciones frente a la muerte, el dolor y las pérdidas, etc. etc.

Frente a un escrito no hay crítico más imparcial, más radical que el tiempo y nos encontramos que un estudiante actual, libre aún de todos los prejuicios académicos sobre S. Freud y el psicoanálisis que va a recibir durante sus años de estudio, queda impactado, sorprendido y a veces emocionado frente a ese texto. Pero al final de la carrera son muchos los estudiantes que, sin saber nada o casi nada en profundidad de Freud y el psicoanálisis, tienen ya un prejuicio adquirido de forma fácil en la facultad.

Porque demasiado a menudo, y salvando algunas excepciones, en vez de transmitir a los estudiantes instrumentos para discernir qué ha aportado el psicoa-

nálisis al conocimiento del ser humano y contribuir así a que cada estudiante de psicología pueda construir *su propio criterio*, Freud queda estigmatizado o silenciado, negándose el valor de su aportación con argumentos de una visión teórica muy estrecha de qué es ciencia. Pero como señala Green (2005): *una teoría científica de lo psíquico debe no sólo apoyarse en una teoría de la ciencia, sino en la relación que esta mantiene con una teoría del sujeto productor de ciencia* (p.72).

Claro que en esta represión del psicoanálisis quedan también incluidos otros aspectos fundamentales del ser humano como los sentimientos, la intencionalidad y aquello tan complejo, misterioso y poco estudiado que llamamos subjetividad. Porque la pasión objetivista y el deseo de control total del psiquismo humano como si fuese una mera máquina, olvida aspectos importantes en el mantenimiento de su quimera, ya que la máquina más sofisticada tiene tanta capacidad para la subjetividad del placer y el dolor como una simple lavadora. Pero como señala el biólogo Edelman (1992) refiriéndose a los modelos reduccionistas: *algún día entenderán por fin que, sin saberlo, han sido víctimas de una estafa intelectual* (p.302).

Por todo esto nos proponemos en este artículo recordar, después de 150 años del nacimiento de S. Freud, dos aspectos:

1. Aportaciones centrales del fundador del psicoanálisis
2. Algunas aportaciones del psicoanálisis a la psicoterapia y a la asistencia sanitaria después de Freud.

1. APORTACIONES CENTRALES DE S. FREUD.

Desde su nacimiento el psicoanálisis tiene una historia muy peculiar: por un lado es valorado como una de las grandes creaciones humanas, un faro que ha cambiado la manera de entender el psiquismo y que, además de la psicología y la medicina, ha influido en muchos otros ámbitos culturales. Este reconocimiento mundial se puede observar este mismo año porque en la mayoría de las ciudades sus centros culturales - universidades, revistas científicas, librerías, institutos, Ateneos, etc. han creado un extenso calendario de actividades y exposiciones con motivo del 150 aniversario del nacimiento de S. Freud. Por otro lado, y también desde su inicio, al psicoanálisis se le ha criticado ferozmente y se ha pronosticado que está a punto de “agonizar”. Ahora bien, a pesar de estos pronósticos mortuorios, la realidad es que el psicoanálisis es el modelo psicológico que mantiene más tiempo su existencia, tal vez por aquello que escribió el mismo Freud (1927) de que *a la larga nada logra resistir a la razón y la experiencia*.

Imposible dar cuenta en este trabajo de todas sus aportaciones pero sí mencionaremos brevemente tres aspectos que consideramos claves.

1.1.- La fuerza del inconsciente y la importancia de la infancia.

Antes de Freud se consideraba que el psiquismo era igual a conciencia y que todo aquello más allá del umbral de la conciencia correspondía al estudio de la

fisiología. A partir de Freud el psiquismo se amplía y su geografía cambia: de la laguna de la conciencia, la vida psíquica se convierte en un océano del que aún nos queda mucho hoy en día por explorar. Nuestras motivaciones, nuestras ansiedades, nuestras pasiones, nuestras locuras, nuestra compleja subjetividad tienen que ver con las profundidades de este nuevo espacio psíquico que nombra inconsciente y que está íntimamente vinculado con las primeras vivencias y relaciones infantiles que quedan opacas a la conciencia.

El psiquismo no cae del cielo como el maná, sino que se construye biográficamente. Nuestras primeras vivencias infantiles están tan enraizadas en nosotros que el mundo de lo inconsciente es poderoso y a veces tan intensamente dominante que es algo que no podemos descuidar. Esto es lo que no se le perdona a Freud: el avisarnos de que no somos los amos absolutos de nuestro psiquismo, que hay fuerzas inconscientes que marcan nuestras vidas. Que ni siquiera nuestro estimado *yo*, que tanto consideramos, es compacto y de una pieza como creemos. Racionalmente todos sabemos que la agresividad es negativa y a pesar de saberlo, a veces somos agresivos porque *ello* es más fuerte que nuestra racionalidad.

Con el estudio dinámico del inconsciente Freud cambió la imagen del ser humano sobre sí mismo. Después de ser denostado, criticado o silenciado, hoy (como se puede leer en el artículo de J. Coderch en esta misma revista) los más importantes investigadores de la neurobiología reivindican las teorías e intuiciones geniales de S. Freud sobre lo inconsciente. Investigaciones neuronales actuales dan cuenta de que en la infancia las vivencias, impresiones y sensaciones quedan guardadas en la memoria *inconsciente* que, no por serlo, deja de influirnos en nuestras vidas.

1.2.- La importancia de la palabra y la escucha.

En el campo médico siempre ha existido un sentido privilegiado: la mirada, el llamado “ojo clínico”. Naturalmente, también ha contado el tacto. Pero a partir de Freud hay otro sentido que se empieza a valorar: la escucha.

En los inicios de la historia de la psicoterapia era el médico el que tenía la palabra y el/la paciente tenía pasivamente que obedecer. A partir de Freud esto cambia: el/la paciente es el protagonista que tiene mucho que decir sobre sus vivencias y las puede compartir con un terapeuta que tiene que profundizar en la escucha. Porque es el paciente el que “sabe” más de su historia personal, de sus relaciones, de sus amores y odios, de sus duelos, de sus sueños, miedos, soledades y malestar.

Como escribió el viejo humanista M. de Montaigne(1984): “*la palabra es mitad de quien habla y mitad de quien la escucha. Este último debe prepararse a recibirla*”. No se si el creador del psicoanálisis había leído estas líneas, pero sí sabemos que integró esta idea y gracias a Freud se evolucionó, en el campo psicoterapéutico, de un paciente sometido a la obediencia, a un sujeto protagonista

de su discurso. Gracias a este autor se dio valor a la palabra como instrumento transformador.

1.3.- La importancia de la relación: transferencia y contratransferencia.

El hecho de que en el acto terapéutico se establezca una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y terapeuta posibilita que se actualice la historia afectiva del paciente sobre la persona del terapeuta; permite que, sin darse cuenta, el paciente repita una manera de relacionarse vieja en un contexto nuevo, abre el espacio de vivir a una nueva experiencia donde el otro, si es un auténtico terapeuta, no reaccione como las anteriores relaciones.

Al mismo Freud le costó admitir la transferencia y al principio la consideró “extraña”. Le faltaba, más allá del impacto clínico, ser capaz de identificarla como un fenómeno psíquico humano que aparece en múltiples situaciones, ser capaz de llevar a término una reflexión teórica y, especialmente, ser capaz de utilizarla en las curas. En la misma obra de Freud encontramos una evolución en el concepto de transferencia: desde captarla como un obstáculo, una “resistencia”, hasta que le surgió la idea de que en la transferencia se actualiza lo esencial del conflicto infantil y llegar a considerarla como *el más potente instrumento terapéutico*.

Pero Freud no sólo observa al paciente, sino también al otro lado, dándose cuenta de las influencias del paciente sobre los sentimientos inconscientes del terapeuta. De ahí se deriva la idea de que un/a terapeuta no puede acompañar al paciente en su viaje mental más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas. De ahí la necesidad del psicoanalista de aventurarse en la experiencia de un análisis personal.

2. ALGUNAS APORTACIONES DEL PSICONÁLISIS A LA PSICOTERAPIA Y A LA ASISTENCIA SANITARIA DESPUÉS DE S. FREUD.

Después de Freud surgen nuevos trabajos dentro del campo psicoanalítico que, aunque mantienen los aspectos fundamentales (inconsciente, transferencia, importancia de la primeras relaciones, etc.) constituirán diversos modelos de la mente, ampliarán el marco de pacientes accesibles a este tratamiento y crearán nuevas técnicas terapéuticas.

Para tener bien claro lo que es nuevo es necesario recordar, aunque sea muy brevemente, como se atendía antes a los pacientes. El psiquiatra y psicoanalista francés S. Lebovici (1998) nos recuerda que inmediatamente después de la 2ª Guerra Mundial los niños que estaban ingresados en los hospitales tenían que estar todo el día en su cama. La mayoría de ellos, que habían sido rápidamente diagnosticados de esquizofrenia, eran sometidos al tratamiento de Sakel que los ponía diariamente en coma insulínico. No recibían psicoterapia ni refuerzo educacional. No se les decía porqué recibían una terapia tan brutal. En definitiva: ni eran

escuchados ni se les hablaba.

Afortunadamente, y en gran medida gracias al trabajo de los psicoanalistas, las cosas han cambiado mucho. Dejaremos para otra ocasión las vinculaciones entre el psicoanálisis y otros campos y nos centraremos ahora en las aportaciones del psicoanálisis a la psicoterapia.

2.1. Psicoanálisis y psicoterapias.

Actualmente existen muchos tipos de psicoterapias que varían en cuando a sus objetivos, sus diversos tipos de relación terapéutica, según el tiempo de duración, el enfoque teórico, etc. Pues bien, muchas de las modalidades actuales de psicoterapia están influenciadas de una manera u otra por el psicoanálisis.

En primer lugar un aspecto que influye es la idea freudiana de que el psiquismo humano se constituye en gran parte biográficamente, a través de las primeras relaciones entre la criatura y el otro, es decir a través de sus identificaciones y sus experiencias. La influencia fundamental del psicoanálisis es la valorización de la importancia de las relaciones humanas tanto externas como internas. Un segundo punto es el énfasis que da Freud a la relación interpersonal entre paciente y terapeuta y el tercer punto es la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal, ya que los silencios también son formas de comunicación.

Después de Freud existen, además del psicoanálisis clásico, psicoterapias psicoanalíticas de niños, casi la única psicoterapia practicada en la infancia, en las que se facilita la comunicación de los pequeños a través del juego y los dibujos como medios de expresión. También se aplican diversas técnicas de psicoterapias de adultos. La elección terapéutica en una u otra edad puede ser individual o grupal.

Dentro del campo de las psicoterapias influidas por el psicoanálisis existen diversos modelos que detallan en su libro Bofill y Tizón (1994) y que resumiremos brevemente. En general, la psicoterapia psicoanalítica tiene la ventaja de ser más corta y exigir menos dedicación, tanto por parte del paciente como del terapeuta, que un análisis clásico. Muchos pacientes que no quieren o no pueden hacer un análisis por lo que supone de tiempo, de dinero y especialmente de impacto emocional, pueden en cambio realizar una psicoterapia. Sus resultados son útiles, pero menos profundos que en un análisis. Mencionaremos diversos tipos de psicoterapia:

a.- Psicoterapia focal: (Balint, 1972). Son tratamientos en los que el terapeuta y el paciente optan por centrarse en la resolución de determinados conflictos concretos del paciente considerados como los más urgentes para ser abordados en aquel momento. Es por ello que las interpretaciones tienden a centrarse en los focos previamente seleccionados.

b.- Psicoterapia de apoyo: Esta forma de psicoterapia combina aspectos analíticos (análisis de los conflictos interpersonales e intrapersonales del paciente) con aspectos de apoyo, contención, sostén. La sesión es el espacio donde el paciente puede comunicar sus problemas y las interven-

ciones del terapeuta pueden ser no sólo de interpretación sino también de orientación, señalamientos de problemas en sus relaciones externas, incluso consejos. Este tipo de psicoterapias son especialmente útiles en casos de pacientes graves, junto con otros tratamientos de tipo farmacológico y también como terapia fundamental fuera del brote agudo, terapia que en estos pacientes ha de mantenerse durante años. Existen estudios que demuestran que con esta ayuda terapéutica disminuyen las recaídas graves y la necesidad de nuevas hospitalizaciones.

c.- Entrevistas psicoterapéuticas o de contención: En este caso no hay un tiempo fijo ni una duración invariable de cada sesión y pueden intervenir en la entrevista elementos de orientación sobre la vida externa del paciente o incluso prescripciones farmacológicas. Lo fundamental es la relación interpersonal entre paciente y terapeuta y, según la sensibilidad con que se lleve esta relación, el paciente puede recibir un beneficio o un malestar adicional. Muchos profesionales (médicos, psicólogos, asistentes sociales, reeducadores, etc.) utilizan sus capacidades profesionales y sus conocimientos psicoanalíticos para potenciar de esta manera su actividad terapéutica. Se ha demostrado que en pacientes asistidos de esta manera disminuye la cantidad de medicación ingerida, baja el número y la duración de internamientos hospitalarios y la duración de bajas laborales.

d.- Psicoterapia de grupo: Este tipo de tratamiento se inició durante la II guerra mundial con los trabajos de Bion en Inglaterra. Este modelo de psicoterapia tiene una características técnicas bien definidas: hay unos días y unas horas fijas en las que se reúne el grupo, que en general consta de cinco a ocho miembros, con un o dos terapeutas. Cada miembro del grupo va aportando sus ideas, sentimientos, emociones y opiniones. El terapeuta no realiza interpretaciones de una persona en concreto sino que tendrá que mantenerse atento hasta que pueda captar el movimiento del grupo en su totalidad, las fantasías conscientes e inconscientes que se movilizan en este momento o en esta sesión, para comunicarlo al grupo y proporcionar así a cada uno de sus miembros una comprensión de las relaciones interpersonales e intrapersonales. Además del enfoque de Bion, se han ido desarrollando otros estilos técnicos para grupos.

e.- Análisis institucional: En este caso se solicita ayuda del psicoanalista para aclarar o mejorar las relaciones entre los miembros de una institución. Consiste en un estudio de las ansiedades que se desarrollan entre los miembros de la institución y en proporcionar o señalar los caminos para elaborar relaciones más positivas y limitar las proyecciones más patológicas. Este es el planteamiento de psicoanalistas británicos como I. Menzies y E. Jacques (1969).

El punto de partida de la teoría psicoanalítica para el análisis institucional es

la consideración de la institución no tan sólo como sujeto de unas funciones específicas, conscientes, sino dominada también por las fantasías conscientes e inconscientes de sus miembros y por tanto, como cumplidora, además de las funciones públicas, de otra función no menos importante: la defensa contra las ansiedades persecutorias y depresivas de sus miembros.

Estudiando como se metabolizan los diversos tipos de ansiedad en cada institución concreta en momentos determinados de su dinámica y experimentándolo en reuniones grupales, los miembros de una institución pueden llegar a conducir de una manera menos rígida las ansiedades. Este análisis institucional se utiliza con frecuencia en instituciones asistenciales como “centros de día”, hospitales psiquiátricos de orientación psicoanalítica y centros de salud mental.

Hemos recordado muy brevemente algunas modalidades terapéuticas creadas después de Freud y derivadas de las aportaciones psicoanalíticas. Mencionaremos ahora vinculaciones entre psicoanálisis y asistencia sanitaria.

2.2. Psicoanálisis y asistencia sanitaria.

Afortunadamente la socialización de la asistencia sanitaria en diversos países ha generado grandes cambios en el campo de la medicina que ahora integra no sólo técnicas biológicas o bioquímicas sino también aspectos sociales, psicológicos, políticos, de gestión, económicos, etc. Dentro de la asistencia sanitaria, sea pública o privada, existe un dato en común: la alta proporción de “pacientes funcionales” que visitan cada servicio. Con el nombre de “paciente funcional” se hace referencia a aquellos que quejándose de dolencias varias no presentan ningún aspecto patológico en la exploración biomédica. Tal como se enseña y practica hoy la medicina, este tipo de pacientes plantean muchos problemas, fundamentalmente porque con la formación profesional recibida no se sabe qué hacer con este tipo de malestar.

Las consecuencias de esta situación son de gran sufrimiento por parte de estos pacientes que van de médico en médico, de exploración en exploración y de tratamiento en tratamiento sin que se alivie su malestar. A menudo lo que sucede es que empeora su tendencia a la somatización. Pero también sufre el equipo sanitario que vive la frustración del fracaso de sus técnicas habituales.

Estas situaciones tienen repercusiones sociales tanto desde el punto de vista económico (coste de medicamentos, exploraciones, trabajo de profesionales, etc.) y también por el hecho de que estas personas que continúan sufriendo y no se sienten comprendidas proyectan su ansiedad y malestar en las relaciones familiares, sociales y laborales.

Naturalmente que existe la persona con una enfermedad concreta y que el equipo sanitario está bien preparado para su reconocimiento y tratamiento. Pero, como escriben Bofill y Tizón (1994) en el ámbito de la asistencia sanitaria, a excepción de los servicios muy especializados y tecnificados, este enfermo no es

sino una minoría dentro del total de la consulta. Porque a las consultas acuden también los “enfermos múltiples”, es decir las personas que sufren varias enfermedades y los enfermos “somatopsíquicos” que padeciendo una enfermedad orgánica demostrable, se hallan psíquicamente afectados por sus dolencias.

Además están los pacientes “psicosomáticos” en los que la medicina moderna admite la importancia de los aspectos psicológicos. Añadamos los pacientes “hipocondríacos” que se quejan repetidamente de una u otra enfermedad y finalmente, los pacientes que son claramente psiquiátricos. Estos autores señalan que *“la tercera parte de los pacientes que consultan a su médico de cabecera en nuestro país no son en realidad atendidos, pues consultan precisamente por estos problemas y, salvo meritorias excepciones, nuestros médicos de cabecera y equipos sanitarios no saben o no pueden atenderlos.* (Bofill,P, Tizón,J. 1994, p.295). ¡La tercera parte son muchos!

Es sabido que, desde la perspectiva psicoanalítica, toda enfermedad afecta y se manifiesta psicológicamente por la unidad somatopsíquica de la que parte la visión freudiana del ser humano y además porque toda enfermedad supone frustraciones, dolor, ansiedades, límites y pérdidas. Pero como, en general, los equipos sanitarios no están sensibilizados hacia este tipo de problemas, entonces se envían pacientes de un médico a otro con la insatisfacción de unos y otros.

Frente a todo esto ¿qué ha aportado el psicoanálisis? Pues prácticamente desde su inicio el psicoanálisis ha estudiado este tipo de situaciones. Trabajos de muchos autores (el mismo Freud, Groddeck, Alexander, Marty, Balint, etc.) han influido tanto en la medicina, especialmente en los países anglosajones, donde se generó la llamada *medicina psicósomática* para referirse a una asistencia sanitaria especializada en la sensibilidad hacia estos problemas. En muchos hospitales y centros, también en nuestro país, existen servicios de medicina psicósomática. Pero como señalan Bofill y Tizón (1994) el problema está en que, el mismo término es la negación directa, por vía de una nueva disociación, del descubrimiento del psicoanálisis al respecto: es como si se pensara, ya que lo psicológico influye en la medicina, lo tendremos en cuenta, pero en una especialidad aparte. En cambio, es toda la asistencia sanitaria la que tiene que recibir la orientación psicósomática de la asistencia.

Como más se profundiza en la meta de mejorar la asistencia sanitaria, más evidente es la necesidad de un enfoque psicológico que tenga una teoría y unas técnicas acerca de estas situaciones. El modelo psicoanalítico los tiene y el enfoque no es psicoterapia para todo el mundo, suponiendo que fuera posible y la gente lo quisiera, sino en comprender estas situaciones y proporcionar medidas adecuadas a estos campos.

Cuando una persona va en busca de ayuda sanitaria espera (esperanza) algo y también tiene miedo a algo. El psicoanálisis puede ayudar a comprender la demanda, tanto consciente como inconsciente, de cada paciente, con sus ansieda-

des, miedos y esperanzas.

Para comprender a fondo cual es la demanda pueden ayudar los **grupos Balint**. Son grupos de médicos y especialistas que se reúnen cada semana para comentar los problemas de su trabajo, centrándose en casos concretos descritos de manera detallada y narrando también los propios sentimientos del terapeuta hacia su paciente. En estos grupos están presentes uno o dos psicoanalistas que no hacen psicoterapia de grupo, sino que orientan los problemas de las relaciones entre médicos y pacientes que van surgiendo. Los grupos Balint se van haciendo cada vez más habituales en Gran Bretaña y otros países porque muestran su gran utilidad tanto individualmente como en la reorganización de la asistencia y también por reducir el coste económico, ya que disminuyen los gastos de medicamentos, consultas e ingresos urgentes al mejorar las relaciones entre el equipo y los pacientes.

Hemos mencionado la extrema importancia que desde el inicio ha dado el psicoanálisis a la infancia y ahora hablaremos de ella en el espacio hospitalario. Aunque hay cosas que han cambiado y mejorado, demasiado a menudo cuando una criatura debe ingresar al hospital se la separa de sus padres y a veces esta separación es larga. Los trabajos de Bowlby (1980), Spitz (1965), Bettelheim (1973), Mahler (1984) y otros muestran que las *separaciones*, las privaciones de apego y contacto que se sufren en la infancia tienen una influencia física y psíquica: cuando falta el afecto, bajan de defensas y cualquier enfermedad se pueden complicar. El personal sanitario que se ocupa de niños y tiene conocimientos psicoanalíticos puede atender lo que desde esta perspectiva teórica es fundamental: la importancia de las relaciones entre la criatura y sus padres, entre el pequeño/a y el personal sanitario y potenciará que estas relaciones sean lo más fluidas posibles y por tanto, más capaces de contener ansiedades.

A menudo se mencionan diversos argumentos para justificar la separación de sus padres al ingresar al hospital: que puede perturbar el funcionamiento, aumentar las infecciones, dar más trabajo al personal o aumentar el costo económico. Pero un estudio monográfico realizado por un equipo del Instituto Tavistock de Londres (Dartington, Henry y Menzies, 1976) mostró todo lo contrario: que los pequeños toleraban mejor la situación hospitalaria, el llanto y la ansiedad disminuía y también la ansiedad del personal. Además, las madres o padres se hacían cargo de aspectos difíciles cuando una criatura está enferma: darle de comer, animarlo, asearlo, ayudarlo a contener ansiedades frente a las exploraciones o intervenciones y todo esto significa menos problemas. Este estudio mostraba que pueden disminuir las infecciones hospitalarias ya que difícilmente el/a pequeño paciente puede ser infectada por sus familiares más cercanos.

Es cierto que hay más coste de espacio. Pero si se tienen en cuenta todos los aspectos (ahorro en medicación, en menos tiempo de ingreso, en personal, en complicaciones, etc.) como hizo el estudio del Instituto Tavistock, entonces resulta un importante ahorro económico y de tensión psíquica tanto para el personal

sanitario como para la criatura y su familia. Como escriben Bofill y Tizón: *Al fin y al cabo, instalar “tumbonas” o camas plegables en las habitaciones de los niños no supone un gran derroche en el conjunto de los gastos de un hospital... y, desde luego, supone un ahorro social cara al futuro*” (op.cit.p.299). Filmes científicos como el de los Robertson (1958) *Going to hospital with mother* muestran las ventajas en la organización hospitalaria de un servicio de pediatría de este tipo.

Pediatras y psicólogos de orientación psicoanalítica han trabajado y continúan haciéndolo para tratar de mejorar la atención de los bebés prematuros, teniendo en cuenta tanto las necesidades del bebé como el sufrimiento de los padres. Hasta hace poco las normas médicas eran muy estrictas y en numerosos casos el prematuro se instalaba en la incubadora durante periodos prolongados para preservarlo de infecciones y traumatismos. Lástima que el bebé quedaba privado del contacto corporal cálido, de la escucha de los sonidos familiares ya en el útero materno (latido cardíaco, voz de la madre, etc.). Se está comenzando a experimentar la posibilidad de que con prematuros de cierto grado de desarrollo, la madre pueda alimentarlo o al menos darle su propia leche; que sea ella quien lo cuide a través de los guantes y cristales de la incubadora..., son maneras de ayudar a mantener unas relaciones tan delicadas y vitales como son las del recién nacido con su madre y su padre que también puede colaborar desde el inicio estableciendo su función de padre.

Estas son algunas muestras del tipo de aportaciones que ha proporcionado este modelo y, como son muchas las informaciones que tratan de las aplicaciones del psicoanálisis en este campo, vamos a finalizar aquí este trabajo.

Epílogo

El modelo psicoanalítico nació de la clínica y la clínica no se ejerce en un laboratorio sino en un marco específico. Es allí donde el primer psicoanalista se enfrentó y los sucesores continúan enfrentándose a los problemas del deseo, de las pérdidas, del sentido, del conflicto, de las motivaciones e intenciones de una subjetividad. Es allí donde hay que encarar cuestiones que nos son dolorosas y complejas. De la clínica surgió la revolución freudiana y, por las actitudes actuales hacia el psicoanálisis, es obvio que, para algunos, continua siendo irritante y molesto.

Creo que nos falta aún muchísimo por conocer en el campo de lo mental, que en las profundidades de este océano quedan aún oscuros muchos misterios. Los poetas lo saben muy bien y a veces lo expresan. Pero creo también que, con todas sus limitaciones y errores, hasta ahora ninguna otra teoría del psiquismo alcanza la riqueza de sentido descrita por el modelo psicoanalítico.

Hoy el psicoanálisis tiene muchos años de trabajos, de experiencias y de existencia. Si somos capaces de utilizar sus aportaciones podemos avanzar más en lograr nuevos instrumentos, reflexiones y técnicas para profundizar y comprender mejor las necesidades del ser humano.

En primer lugar este artículo se propone recordar los aspectos centrales contruidos por el creador del psicoanálisis y luego, narrar brevemente algunas de las aportaciones que ha proporcionado este modelo en el campo de la psicoterapia y la asistencia sanitaria después de la existencia de S. Freud.

Palabras clave: psicoanálisis, psicoterapia, asistencia sanitaria.

Referencias bibliográficas.

- BALINT, M., ORNSTEIN, P. H. & BALINT, E. (1972) *Focal psychotherapy*. Londres: Tavistock Publications.
- BETTELHEIM, B. (1973). *Diálogos con las madres de niños normales*. Barcelona: Barral.
- BOFILL, P. & TIZÓN, J.L. (1994). *Qué es el psicoanálisis. Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.
- BOWLBY, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- CAPRA, F. (2003). *Sabiduría insólita. Conversaciones con personajes notables*. Barcelona: Kairós.
- DARTINGTON, T., HENRY, G. & MENZIES, I. (1976). *The psychological welfare of young children making long stays in hospital*. Tavistock Institute of Human Relations. Londres.
- EDELMAN, G. M. (1992). "L'esprit sans la biologie: postface critique" en *Biologie de la conscience*. París : O. Jacob.
- FARRE, L.; HERNANDEZ, V. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona: Paidós.
- FREUD, S. (1927). *El porvenir de una ilusión*. O. C. Vol. VIII. Madrid: Biblioteca Nueva
- GREEN, A. (2005). *La causalidad psíquica. Entre naturaleza y cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LEBOVICI, S. (1998). René Diatkine, mi amigo. *Rev. Interna.Psycho*. Vol.7, nº1, p.56.
- MAHLER, M. (1984). *Estudios 2: separación-individuación*. Barcelona: Paidós.
- MALAN, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Londres: Butterworths.
- MENZIES, I. E. P. & JACQUES, E. (1969). *Los sistemas sociales como defensas contra la ansiedad*. Buenos Aires: Hormé.
- MONTAIGNE, M. (1984). *Assaigs. Llibre Tercer*. Cap. De l'experiència. Barcelona: Edicions 62.
- ROBERTSON, J. (1958). *Film: Going to hospital with mother*. Robertson Center. Londres.
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de la vida del niño*. México: FCE.