



Programa de
Psicoterapia
psicoDinámica

manual

Autoría

María Inmaculada Romera Gutiérrez.

Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. SAS.

Leticia Peris Mencheta.

Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. SAS.

Lola Lorenzo López.

Psicóloga Clínica. SAS.

Manuel Martínez García de Castro.

Psiquiatra. SAS.

Fernando Orellana Rico.

Psiquiatra. Hospital Regional de Málaga.

José Andrés Sánchez Pérez.

Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. SAS.

Fernando Sáez Martín.

Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. SAS.

María José Rodado Martínez.

Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Ana Luna Gómez Ceballos.

Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla. SAS.

Cecilia Bercovich Vázquez.

Psicóloga sanitaria. Psicoterapeuta Psicoanalítica. Consulta privada.

Sara Romero González.

Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. SAS.

José Ignacio Suárez Soto.

Psicólogo Clínico. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. SAS.

Sara Jiménez Fernández.

Psiquiatra. Hospital Universitario de Jaén. SAS.

Ricardo Pellegrini.

Psiquiatra. Hospital Universitario de Cruces. Bilbao.

Felipe Vallejo Jiménez.

Psicólogo Clínico. SAS.

María Montes Gámez.

Psiquiatra. Hospital Regional de Málaga. SAS.

Juan Francisco Otero Rodríguez.

Psicólogo Clínico. Hospital Virgen del Rocio de Sevilla. SAS.

Laura Mantrana Ridruejo.

Psicólogo Clínica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla. SAS

Begoña Pumar González.

Médico. Psicóloga Clínica. Psicoanalista. Consulta privada

Programa de Psicoterapia psicoDinámica. Manual.

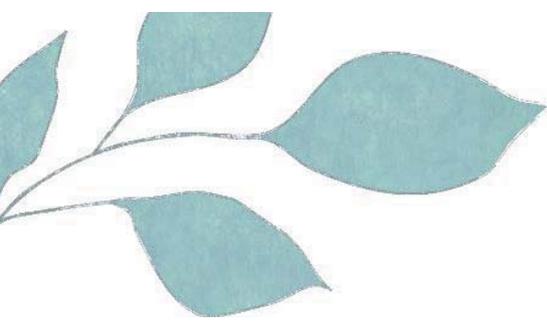
Autora y editora del manual: María Inmaculada Romera Gutiérrez

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A.

Diseño: Joaquín Peña-Toro

Maquetación: Juan A. Castillo Guijarro

ISBN: 978-84-09-43446-6 (2023)



Índice

Prólogo.....	8
Introducción	11
Primera parte. Psicoterapia psicodinámica individual	15
Capítulo 01 Primeras entrevistas, entrevistas de devolución: proceso diagnóstico	16
Capítulo 02 Encuadre y transferencia	25
Capítulo 03 Trabajo con los padres o con terceros	33
Capítulo 04 El juego y el dibujo	43
Capítulo 05 Proceso terapéutico	50
Capítulo 06 Intervenciones breves psicodinámicas.....	61
Capítulo 07 Módulo de terapia basada en la mentalización para adolescentes	70
Segunda parte. Psicoterapia Psicodinámica grupal	79
Capítulo 01 Introducción a la psicoterapia grupal psicodinámica: de lo intrasubjetivo a lo intersubjetivo	80
Capítulo 02 Psicoterapia de grupo analítico-vincular.....	89
Capítulo 03 Una aproximación al grupoanálisis	100
Capítulo 04 Introducción acerca de la concepción operativa de grupo (COG). Psicoterapia de grupo operativo	110

Capítulo 05 Encuadre y tarea en la concepción operativa de grupo	119
Capítulo 06 Emergente e interpretación en la concepción operativa de grupo	128
Capítulo 07 Coordinación y observación en la concepción operativa de grupo	139
Capítulo 08 La institución desde una perspectiva psicodinámica.....	147
Tercera parte: Psicoterapia psicodinámica combinada:.....	160
Capítulo 09 La construcción de un espacio terapéutico en una Unidad de Hospitalización infanto-juvenil	162
Capítulo 10 La construcción de un espacio terapéutico en Hospital de Día. Intervenciones para pacientes con trastorno de la personalidad	171
Cuarta parte: Neurociencia y psicoterapia	180
Capítulo 11 El tratamiento farmacológico en psicoterapia psicodinámica	182
Quinta parte: Supervisión.....	205
Capítulo 12 Supervisión de casos clínicos.....	206
Capítulo 13 Taller de supervisión de psicoterapia grupal. Trabajando con el grupo	211
Sexta parte: comentarios de profesionales	217
Comentarios de algunos especialistas residentes en formación sobre el programa de psicoterapia psicodinámica	218

*A todos aquellos profesionales de la salud mental que dedican su vida a entender
y acompañar a los pacientes.*

Quisiera expresar mi agradecimiento a todos los colaboradores docentes y supervisores que de forma desinteresada han contribuido a implementar el Programa de Psicoterapia Psicodinámica y han participado en la elaboración de este manual. Y en especial a Leticia Peris-Mencheta, psicóloga clínica que organiza la parte grupal del PPD y a los supervisores Manuel Martínez y Lola Lorenzo por su gran dedicación.

Gracias también a todos aquellos que nos apoyaron y nos animaron a desarrollar la idea, en especial a los supervisores de la APM, APOP y SEPYPNA. Y en especial a Carmen Morales, Begoña Pumar, Teresa Aguilar y Agustín Béjar.

Gracias a los profesionales de la Unidad de Docencia y Psicoterapia de Granada, a José María López Sánchez y Diego Vico, por estar siempre presentes en nuestro mundo interno.

Gracias a todos los profesionales en formación MIR y PIR que han optado de forma voluntaria por participar en el PPD y que con su entusiasmo impulsaron la iniciativa.

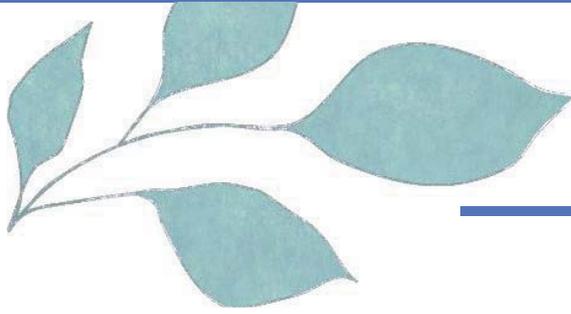
Agradecer a nuestra Unidad de Gestión Clínica, al Hospital Universitario Virgen de la Victoria y a la EASP todo el apoyo recibido y los medios prestados.

María Inmaculada Romera Gutiérrez

Psiquiatra.

Coordinadora del Programa de Psicoterapia Psicodinámica.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.



Prólogo

Romero Cuesta, J.

Alguien podrá pensar que presentar un trabajo sobre la importancia de la formación y de la supervisión en abordajes psicoterapéuticos en un momento actual de postpandemia por la COVID 19, dónde estamos conviviendo con un fuerte incremento de la demanda asistencial en los dispositivos de salud mental, puede ser inoportuno o un anacronismo. Pues no, al contrario, creo que es en estos momentos cuando es más importante que salgan a la luz trabajos como éste, reivindicando la posibilidad de otro tipo de asistencia diferente a la que estamos ofreciendo desde los dispositivos sanitarios a las diversas problemáticas de salud mental de la población.

Hace ya tiempo que los equipos de atención a la salud mental comunitaria están en crisis. Inmersos en una sensación creciente de achicar agua sin sentido. Inundados de una demanda asistencial voraz e insaciable a la que no sabemos responder más con un más de lo mismo, enrocarnos en el modelo médico, prescripción de un fármaco, que nos da una falsa tranquilidad de refugio. Pero que acaba cerrando un círculo perverso generador de irritación y desesperanza. Seguir haciendo más de lo “mismo” no nos está llevando a buen puerto y esto no es responsabilidad de la pandemia. La primera solución es obvia, necesitamos más recursos. Esto es indudable. Pero, ¿Para hacer qué? Necesitamos un cambio del marco asistencial y un cambio del papel que hacemos los profesionales de salud mental. El marco debe ir dirigido al medio comunitario, para ello tendremos que trabajar con atención primaria, con educación, con las familias y asociaciones etc...Para esto

necesitamos gestionar nuestro tiempo, nuestras agendas y dejar de hacer muchas de las tareas basadas en la prescripción de un fármaco y el mero apoyo. Apoyo, acompañamiento, que debería estar ofrecido en el medio social principalmente. Recuperando el valor del entorno familiar, de lo íntimo y lo cercano. Promoviendo la ayuda mutua e influyendo en el cambio social necesario para aliviar el sufrimiento emocional.

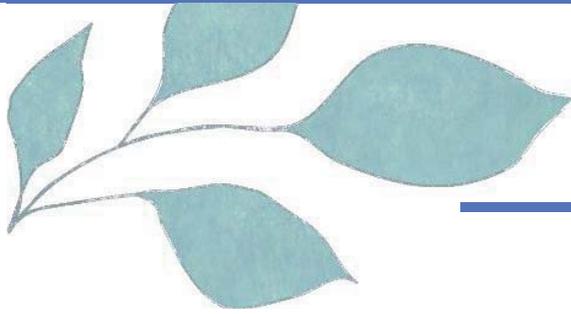
De esta manera, los dispositivos de salud mental se centrarían en la problemática más grave y evitaríamos la ley de los cuidados inversos. El cambio pasa por utilizar la medicación, si fuera necesaria, como apoyo que ayude a fortalecer un vínculo. Retomar el vínculo como eje de la atención y así favorecer un acompañamiento dónde ya puede tener sentido y espacio una propuesta psicoterapéutica.

Queda mucho por hacer, esperamos que la preocupación social y política que ha generado la pandemia por la salud mental tenga el fruto en una mayor inversión en recursos muy necesarios. Paralelamente necesitamos que los profesionales tengamos el suficiente espíritu crítico para transformar la respuesta que hemos estado dando hasta ahora. Indudablemente esto pasa por una adecuada formación y supervisión del trabajo cotidiano que hacemos en los dispositivos de la pública. Espero que este trabajo sea útil para conseguir estos objetivos. En particular para aquellos profesionales que están en formación, ellos han sido con su trabajo de supervisión realizado en el programa de psicoterapia psicodinámica la matriz del mismo, y por eso pienso que puede ser doblemente útil para ellos. También espero que pueda servir de ayuda a aquellos compañeros con experiencia para que puedan afrontar con este apoyo estos nuevos retos que se nos plantean en la atención en el día a día al sufrimiento emocional.

Por último, agradecer a la Dra. Inmaculada Romera y al equipo de profesionales que ha hecho posible la implementación y desarrollo del Programa de Psicoterapia Psicodinámica, al resto de compañeros de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, y a los compañeros de otros hospitales y otras provincias que están colaborando en el programa. Por su esfuerzo para mantener esta importante tarea formativa y poderlo volcar en este trabajo que tenemos entre manos.

Javier Romero Cuesta

CoDirector del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.



Introducción

Romera Gutiérrez, M.I.

Este manual nace con la idea de servir de guía en su práctica clínica a los profesionales en formación MIR o PIR que realizan el Programa de Psicoterapia Psicodinámica (PPD).

Por ello, tiene como objetivo ser una herramienta práctica para aquellos Médicos Internos Residentes en Psiquiatría y Psicólogos Clínicos Residentes que quieran iniciar intervenciones psicoterapéuticas tanto individuales como grupales basadas en el modelo psicodinámico en el ámbito del sistema sanitario público. Estas intervenciones están dirigidas a las personas que padecen un trastorno mental común y/o grave en la etapa infanto juvenil o adulta. Explicamos cuestiones que tienen que ver con la técnica en psicoterapia psicodinámica: cómo se inicia una evaluación, un proceso diagnóstico o terapéutico, cómo se puede abordar o manejar una situación clínica determinada, qué hacer ante un paciente que acompañado o no espera a ser atendido, qué cuestiones hay que observar y cuál es nuestro papel y función.

El Programa de Psicoterapia Psicodinámica se inició en marzo del 2018 con la idea de implementar un espacio clínico dirigido especialmente a los residentes y profesionales junior en el que se pudiera aprender los aspectos básicos de la técnica de distintas psicoterapias individuales o grupales de orientación psicodinámica, así como supervisar casos clínicos o sesiones grupales con profesionales con larga experiencia como supervisores en el sistema sanitario público.

El PPD se desarrolla en torno a una actividad principal, El Taller Clínico, de metodología vertical (encuentro de profesionales de

distinta edad y experiencia asistencial) varios viernes al mes en horario de 9:00 a 14:00 en la Sala de Grupos del Hospital de Día El Cónsul en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Los talleres clínicos del PPD se dividen en generales y específicos según su contenido (técnica de psicoterapia psicodinámica o al abordaje específico de distintas patologías) y en individuales o grupales (talleres PPDI o PPDG). Todos ellos son impartidos por Colaboradores Docentes, así como Supervisores Externos psiquiatras y psicólogos clínicos acreditados en la práctica de la psicoterapia.

A su vez y de forma transversal los talleres se pueden organizar en módulos: intervenciones breves, grupo operativo, mentalización, grupoanálisis, grupo analítico vincular, técnica de psicoterapia psicodinámica en niños y adolescentes, técnica en psicoterapia psicodinámica en adultos y supervisiones externas.

Desde este espacio de “los viernes” se intenta promover el intercambio de experiencias clínicas entre profesionales de salud mental y apoyar mediante Supervisiones Clínicas Externas la actividad asistencial psicoterapéutica individual y/o grupal del día a día.

En un principio se entregaba una lista de lecturas a todos los participantes del PPD que ha servido de soporte bibliográfico, en esta última edición estas lecturas se dejaron visibles y organizadas en la Sala Virtual del PPD de la EASP. Luego nos planteamos poder plasmar algunos contenidos de los talleres en este Manual.

El Manual está dividido en seis partes. La primera y la segunda parte reflejan parte de los contenidos de los talleres generales de psicoterapia individual, talleres PPDI y de los talleres generales de psicoterapia grupal, talleres PPDG.

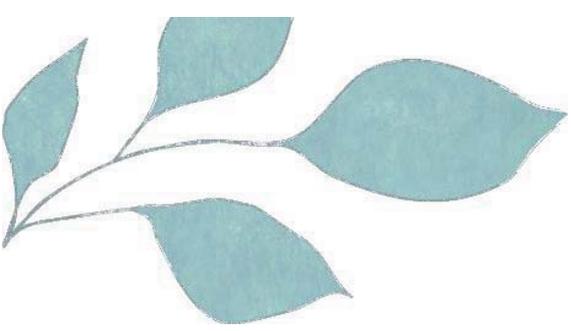
En la tercera parte se explican algunos ejemplos concretos de implementación de intervenciones psicoterapéuticas grupales e individuales en Hospital de Día y en una unidad de Hospitalización de niños y adolescentes.

En la cuarta parte se aborda la relación entre neurociencia y psicoterapia y la función del tratamiento farmacológico.

En la quinta parte se hace una breve descripción de lo que a nuestro modo de ver supone la supervisión clínica en la práctica de la psicoterapia individual y grupal en el sistema sanitario público.

En la sexta parte hemos querido recoger algunas impresiones de profesionales que ya han podido formarse en el PPD.

Esperamos que este material suponga una ayuda que pueda motivar a los profesionales más jóvenes a iniciarse y orientarse en la práctica de la psicoterapia psicodinámica y que aliente ideas para poder pensar cómo ir promocionando dentro del sistema sanitario público espacios en los que la persona con problemas de salud mental pueda ir desarrollando equilibrio emocional, capacidades personales y funciones psíquicas que le ayuden a conectar mejor con su mundo interno y medir su relación con la realidad externa, reduciendo así su malestar y potenciando su capacidad de reflexión y autonomía.





Psicoterapia
psicoDinámica
Individual

Primeras entrevistas, entrevistas de devolución: proceso diagnóstico

Romera Gutiérrez, M.I.; Jiménez, S.; Sánchez Pérez, J.A.

Entendemos el encuentro con una persona que acude por primera vez a una consulta de salud mental como el inicio de un proceso de valoración diagnóstica que requiere tiempo. En este proceso, abordado desde una perspectiva teórica psicodinámica, realizamos varias entrevistas de valoración y una o dos de devolución (esta segunda opción se usa sobre todo en el caso de niños y adolescentes).

Desde el sistema sanitario público, tendremos que ser capaces de adecuar la brecha existente entre el trabajo prescrito y el trabajo real. Por ello proponemos realizar entrevistas semiabiertas donde podamos recoger datos anamnésicos a la vez que dejemos que los propios pacientes y familiares puedan ir construyendo su historia clínica. Como resultado pretendemos alcanzar un diagnóstico clínico sindrómico, en consonancia con la clasificación internacional de problemas o trastornos psiquiátricos, así como un conocimiento aproximado del funcionamiento psíquico del paciente y de su estructura de personalidad.

Primeras entrevistas

Las primeras entrevistas con un paciente son un primer acercamiento a una situación que le preocupa. Desde estas primeras entrevistas se marca el encuadre, horario, duración, confidencialidad, manejo de información (en el caso de niños y adolescentes y sus padres), el método de trabajo.

Tendremos como objetivos explorar la demanda, señalar aspectos que consideremos significativos en la anamnesis, señalar situaciones de angustia o vivencias, explorar la psicopatología y a la vez determinar si requiere o no tratamiento, y qué tipo de tratamiento le puede beneficiar.

La actitud del entrevistador más favorable es la cordial, reservada, contenida y continente pero no distante. Cada profesional irá creando su propio estilo y se adaptará a la individualidad del paciente, huyendo de la mecanización de la técnica.

En el desarrollo de estas primeras entrevistas, dos o tres con el paciente y una o dos con los familiares que le acompañen (en el caso de niños y adolescentes) vamos a ir describiendo las tareas del psiquiatra o psicólogo clínico psicoterapeuta, así como lo que hay que observar y qué aspectos de la técnica psicoanalítica tendremos que resaltar (Siquier, M.L.;Janin, B. Kancyper, L.).

1

Primeras entrevistas con los padres

Tareas del profesional

1. Ayudar a articular la demanda: se trata de ir más allá del contenido manifiesto y captar el contenido latente, llegar más allá del síntoma o a lo que no se ve a simple vista.
2. Intentar promover la reflexión en los padres permitiendo desarmar certezas. Se realiza de forma paralela al niño o adolescente.
3. Determinar quién necesita tratamiento en la familia
4. Ayudar a construir una representación del hijo como otro semejante-diferente: hijo diferente de la persona con la que los padres tienden a identificarlo.
5. Darse tiempo para poder pensar a posteriori
6. Discriminar el motivo de consulta de los padres o familiares y el del propio paciente.
7. Tratar de observar y escuchar de cerca en un doble silencio (el del observador y el de las teorías).
8. Investigar qué dificultades existen en el proceso de separación con el hijo.

Lo que hay que observar:

1. La posición ante la enfermedad que adopta cada uno así como las esperanzas y proyectos que tienen con respecto al hijo.
2. ¿Pueden o no percibir sufrimiento en el hijo? Si ponen el acento en lo que siente o en la reacción de otras personas.
3. Cuál es el estado afectivo de los padres y sus rasgos de personalidad: si transmiten desesperación, enfado o duda.
4. ¿Son permeables a las intervenciones del psicoterapeuta?
5. Qué vías identificatorias le han sido propuestas al hijo y qué tienen que ver estas vías con la historia familiar y la historia transgeneracional.
6. ¿Qué imagen tienen del hijo?
7. Qué papel juega el Ideal del Yo de los padres en lo que esperan del hijo.
8. Cómo se está resignificando su propia historia infantil o adolescente y cómo influye esto en el problema que presenta el hijo

Aspectos a resaltar en cuanto a técnica:

- Es preferible que los padres acudan solos, aunque se puede dejar abierta la posibilidad de que la entrevista sea de otro modo, de hecho, suele ser lo más frecuente, entrevistas familiares en las que habrá que manejar también espacios individuales, aunque sean cortos.
- En las entrevistas semiabiertas hay que mantener una actitud de escucha activa manteniéndonos atentos a la forma de contar lo que le ocurre al hijo, los lapsus, silencios, olvidos, contradicciones... Los padres no suelen trasladar la información de forma ordenada, clara o comunicar los ejes principales aunque tendremos que estar atentos a las líneas de aproximación a ellos.
- Tendremos que renunciar a ocupar el lugar del que sabe todo acerca de la crianza ideal y respetar las funciones parentales manejando los posibles sentimientos de culpa, el miedo a la enfermedad o la herida narcisista que pueda conllevar la consulta.
- Dejar, en la medida de lo posible, que sean los padres los que vayan proponiendo el orden de la entrevista e ir ordenando luego en nuestra cabeza la historia (datos biográficos, antecedentes, síntomas, vida escolar y social, aspectos psicoevolutivos...)

2

Primeras entrevistas niños y adolescentes:

Tareas del profesional

1. Contener y registrar la angustia que suelen sentir
2. Identificar los síntomas por los que consulta y discernir si tienen que ver con ellos, con la historia familiar o aspectos no simbolizados o elaborados, si son o no portavoces de algo transgeneracional.
3. Transformar el espacio de la consulta en un espacio transicional donde se pueda desplegar el mundo interno del paciente (fantasías, juegos, proyecciones...). Adoptar la posición de una madre suficientemente buena que va tolerando el despliegue del niño o adolescente.
4. Ir creando un vínculo terapéutico a lo largo de las entrevistas.
5. Se pone en juego la capacidad de contención y sostén del psicoterapeuta, su disponibilidad creativa y de regresión, su capacidad lúdica, capacidad de ofrecerse como un objeto maleable, capacidad de permitir indiferenciación y diferenciación en los momentos en los que sea necesario.

Lo que hay que observar:

En la entrevista con los niños

1. Los conflictos: los suele mostrar directamente.
2. Lo que se repite: se repite lo placentero y lo displacentero.
3. Qué fantasías tiene con respecto a él y a otros (familiares, amigos...)
4. Qué afecto predomina en él.
5. Actividad psicomotriz y actitudes no verbales
6. Modo de relación: cómo se está relacionando con el psicoterapeuta
7. Capacidad para gestionar la angustia de castración, las normas y los límites.
8. ¿Tiene recursos creativos?
9. ¿Es capaz de sublimar?
10. Capacidad para tolerar cambios y pérdidas
11. Cómo se separa de los padres

En la entrevista con los adolescentes

1. Cómo se está separando de los padres y de otras personas.
2. ¿Se está diferenciando de los padres? ¿cuál el coste?
3. Cómo está llevando a cabo la tarea de la confrontación generacional: si es capaz, si se ha producido un desafío tanático o un desafío estructurante que ayuda a la construcción de la identidad.
4. ¿Cómo maneja el odio y la agresividad?
5. Cómo está realizando el trabajo de duelo propio de esta etapa: duelo por la infancia, por el cambio corporal, por la pérdida de los padres de su infancia.
6. Qué desidentificaciones o nuevas identificaciones se están produciendo
7. Relación con iguales.

Aspectos a resaltar en cuanto a técnica:

- El profesional tiene que presentarse y preguntar al niño y adolescente si sabe dónde está y explicarlo en caso de que no sea muy consciente
- Preguntar qué es lo que le preocupa o por qué consulta, si la demanda parte de él o ella o de sus padres
- Transmitir nuestra intención de intentar ayudarlo y tratar de entender qué le ocurre así como explicar cuál va a ser el método de trabajo
- Dejar claro que puede contar del modo que quiera lo que le ocurre (usando el material que permite dibujar, jugar o el lenguaje)
- Transmitir nuestra intención de trabajar juntos o pensar juntos sobre su preocupación o problema
- Decirles que pueden contar lo que quieran o lo que se les vaya ocurriendo.
- Dejar que ellos organicen las primeras entrevistas o el campo psicodinámico.
- Debemos estar dispuestos a tomar en serio lo que nos dicen y creer lo que nos cuentan así como ir escuchando su mundo interno.

Entrevistas de devolución

En las entrevistas de devolución transmitimos un diagnóstico y proponemos un plan de trabajo psicoterapéutico (en caso de que sea necesario). Debido a nuestra formación y teniendo en cuenta que lo hacemos en el ámbito del sistema sanitario público, somos integradores. Vamos comunicando lo que hemos podido entender del problema, síndrome o trastorno que presenta el paciente de forma realmente individualizada y respetando un “timing”, el más adecuado al paciente. De esta manera en las primeras entrevistas se podrá comunicar aquello que consideramos que el paciente puede ir metabolizando. También comunicaremos los posibles factores predisponentes, precipitantes o desencadenantes y perpetuantes de la psicopatología, así como los factores protectores y potenciadores de salud. A lo largo del proceso terapéutico y conforme vayamos pudiendo pensar juntos realizaremos distintas devoluciones.

La devolución debe ser realizada por el mismo profesional que hace el diagnóstico y en un lenguaje que sea entendible y adecuado a cada paciente.

En estas primeras entrevistas se suelen realizar ya intervenciones psicoterapéuticas, la devolución en sí tiene esta función.

Tarea y técnica en las entrevistas de devolución:

1. En el caso de niños y adolescentes se suele realizar una devolución a cada uno de ellos.
2. Ofreceremos una resignificación del problema que origina la consulta.
3. Intentamos que se vaya tomando conciencia del motivo latente de la consulta y de la posible relación con la dinámica familiar.
4. Pensamos algunos síntomas como algo que emerge fuera de lo volitivo y que tiene que ver con conflictos inconscientes.
5. Dosificamos la hipótesis diagnóstica y la adaptamos al individuo, de tal manera que a lo largo del proceso terapéutico realizaremos varias devoluciones e iremos confirmando la hipótesis y estableciendo otras nuevas.
6. Observamos la respuesta que tiene el paciente y familiares al proceso de devolución.
7. Proponemos un plan de trabajo con un encuadre claro y planificamos distintas posibilidades u opciones terapéuticas con el paciente y sus familiares.

Una forma específica de realizar la devolución es crear una formulación del caso mediante el sistema diagnóstico FENET (Torras de Beá, 2001). Se trata de una metodología que consideramos operativa y estructurante. El acrónimo hace referencia a;

F

Diagnóstico Fenomenológico: aporta la hipótesis diagnóstica explícita a nivel de síntomas y validada para el sistema nacional sanitario. Cie 10 o DSM V.

E

Estructural: se propone un estudio del funcionamiento mental predominante del sujeto. La Dra. Torras especifica una tipología de estructuras que no desarrollaremos en este texto. También son válidas las aportaciones propuestas por la escuela de Ginebra, en el manual El diagnóstico estructural en el niño de Palacio y Cols (2016) o las de Kernberg. P (2000) aportadas a través del estudio de los Trastornos de la Personalidad en niños y adolescentes.

- En términos generales podríamos describir el tipo de ansiedad predominante en el sujeto (catastrófica, de fragmentación, fóbica, obsesiva, psicótica o persecutoria, depresiva, angustia de castración, etc.), los mecanismos de defensa puestos al servicio de calmar dicha ansiedad y el tipo de relación de objeto que establece el sujeto. Dentro de los mecanismos de defensa, sin pretender diagnosticar de manera exhaustiva según Freud, A. (1961), señalaríamos si predominan mecanismos sofisticados y elaborados (neurosis), primitivos (trastornos de personalidad y psicosis) o arcaicos (cuasi autismos)

N

Nivel Intelectual obtenido mediante psicometría-

E

Etiología: Describiremos aquí dónde considera el entrevistador que se encuentra la causa estructurante y detonante. Si se trata de una patología adaptativa pensaremos los desencadenantes de la crisis (ansiedad, depresión, ...). En otros casos, si se percibe una patología mayor, las hipótesis plausibles que desencadenan la patología de base o estructural.

- Podríamos diferenciar:
 - “Somáticos” por considerar que la causa principal es una patología del neurodesarrollo o sindrómica (en términos de genética)
 - Patología familiar o de pareja
 - Trauma cultural

T

Tratamiento propuesto

Viñeta Clínica:

Acude a consulta un paciente de diez años demandando seguimiento de la hiperactividad tratada con metilfenidato de liberación prolongada. En las entrevistas iniciales madre-hija dramatizaban discusiones que se vivían con elevada tensión. EL psicoterapeuta temía por la relación entre ambas así como por la alta probabilidad de abandono de cualquier

propuesta diagnóstica o terapéutica. La paciente se mostraba hiperalerta a la mirada e intercambio afectivo de la madre. Presentaba irritabilidad, afecto expansivo, tartamudeo, onicofagia, verborrea, pensamientos intrusivos en forma de imágenes o sensaciones sonoras que le gritaban o criticaban (no constituían una alucinación), negando sufrimiento subjetivo. Escasa capacidad de mentalización. Desde el centro escolar informan de disregulación en el contacto con el otro, con tendencia a invadir el espacio interpersonal de forma inadecuada.

El WISC-IV aporta: comprensión verbal (CV): 123; razonamiento perceptivo (RP): 127; memoria de trabajo (MT): 97; velocidad de procesamiento (VP): 127; coeficiente intelectual global (CIG): 126. Estos resultados permiten descartar retraso mental

Por su parte, el test Conners informa de una visión mucho más patológica por parte de la familia que desde la escuela. En el discurso materno se percibe un distanciamiento afectivo al mismo tiempo que hipercriticismo. Según informa la madre, durante las separaciones en los primeros meses de vida se producía escasa ansiedad en la paciente y rabietas de difícil consuelo en el reencuentro. La madre fue diagnosticada de una patología tumoral cuando la paciente tenía nueve meses, lo que supuso una nueva separación entre ambas.

En la familia predomina un estado de gran actividad física e hiperactividad mental en todos los miembros y una figura parental periférica sobreocupado con el trabajo.

En las entrevistas hay un elevado nivel de descalificación a la paciente junto con el relato de sentimientos de culpa de la madre por las dificultades que siente para encontrarse con su hija desde que era pequeña.

Consideramos una formulación diagnóstica FENET:

Fenomenología: Síndrome hiperkinético de la infancia. F90.0

Estructura: Inmadura-regresiva. Síndrome de ansiedad. Predominio defensas maníacas.

Nivel intelectual: normal alto

Etiología: Factores psicológicos parentales. Primeras experiencias y función materna insuficientemente estructurante, ambiente desestructurante.

Tratamiento: Metilfenidato de liberación prolongada más psicoterapia grupal familiar focal.

El foco de la intervención fue favorecer la construcción de una identidad más segura en la paciente y mejorar la vinculación madre –hija con la presencia del padre. La clínica de hiperactividad impulsividad se estabilizó tras la intervención psicoterapéutica. Se intentó realizar una labor profiláctica dirigida a favorecer la diferenciación en la adolescencia.

Bibliografía

Freud, A. & Carcamo, C. E. (1961). *El yo y los mecanismos de defensa* (Vol. 3). Barcelona: Paidós.

Sánchez Pérez, J.A.; Icart, A (2014). Simbiosis y narcisismo en la adolescencia. A propósito de un caso. *Psicopatol. Salud ment.* 2018, 32, 57-65.

Siquier, M.L.; García Arzeno (1975). *El proceso psicodiagnóstico y las técnicas proyectivas*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Torras de Bea, E. (2012). *Normalidad, psicopatología y tratamientos para niños, adolescentes y familia*. Editorial Lectio. Barcelona.

Ursano, R.J. et al (2005). *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo*. En: *Tratado de Psiquiatría Clínica* (Hales, R.; Yudofsky, S.). Masson. Barcelona, pp1117-1206.

Costas Antola, A. (2009) *Tiempo de interpelación: entrevistas iniciales con niños y padres. Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 4: 37-48.

Etchegoyen, H. *La entrevista psicoanalítica: estructura y objetivos*. En: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*.

Blinder, C.; Knobel, J. y Siquier, M.L. (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Editorial Síntesis. Madrid.

Janin, B. (2013) *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Editorial Noveduc. Buenos Aires.

Kancyper, L. (2007) *Adolescencia: el fin de la ingenuidad*. Editorial Lumen/TERcer/milenio. Buenos Aires.

Capítulo

02 Encuadre y transferencia

Romera Gutiérrez, M. I.; Suárez Martín, F.

La psicoterapia psicodinámica se produce en el encuadre y en la transferencia, es un elemento central que incide en el proceso terapéutico. El contenido de la psicoterapia se entiende en un continente, el dispositivo analítico. Podemos afirmar que si no hay continente no hay contenido y lo que se produce es una confusión no terapéutica.

Encuadre

Definición

El encuadre es el marco en el cual se van a dar las condiciones necesarias e imprescindibles para el funcionamiento del dispositivo analítico. Utilizar un encuadre significa mantener constantes una serie de variables que intervienen en el proceso diagnóstico o de evaluación y en el terapéutico. Las variables deben ser lo más estables posibles: roles, hora de la entrevista o sesión, lugar, duración, material que se usa, regla de la asociación libre.

El encuadre tiene dos funciones:

1

Función materna: favorecer todo lo regresivo. También podemos entender la función materna del encuadre en cuanto que ofrece un sostén al paciente.

2

Función paterna: favorecer la separación y la individuación o autonomía. Los

aspectos normativos del encuadre son elementos de esta función paterna.

Desde una perspectiva diferente, Gómez Esteban, por su parte, afirma que el encuadre puede tener una función diagnóstica y terapéutica, ya que al sugerir un determinado encuadre estamos señalando dónde se sitúa el conflicto (ej. cuando indicamos un abordaje familiar).

Según Green, en casos graves el mejor abordaje posible no es en un diván sino “el cara a cara”, ya que ha faltado la mirada del otro y sería muy angustiante para él o ella no tenerla en la terapia. Cuando han faltado los cuidados del otro es importante que se vaya instaurando poco a poco la presencia o ausencia del otro.

Encuadre y proceso

En las diferentes conceptualizaciones teóricas solemos encontrar una oposición entre proceso y encuadre, pero desde diferentes perspectivas:

- **Estructura vs función:** Rodrigué, define el encuadre como “el conjunto de actividades no interpretativas que tienen por finalidad mantener la marcha ordenada del proceso analítico”. En este sentido, el encuadre correcto es “aquel que proporciona un mínimo de interferencias a la actividad asociativa del paciente e interpretativa del analista”. Las reglas del encuadre son “las reglas del juego”.

También desde esta perspectiva tenemos la definición de Grinberg, que establece que el encuadre funciona como *soporte* material, temporal y espacial, mientras que el proceso es un acto creador.

- **Constantes vs variables:** Bleger, por su parte, establece que el encuadre son “las constantes de un fenómeno, un método o una técnica”, mientras que el proceso es “el conjunto de variables”. Un fenómeno puede ser investigado solo si se mantienen fijas unas determinadas variables.

Aspectos prácticos

Desde la primera entrevista se deben aclarar los elementos imprescindibles del encuadre. Nuestra misión como profesionales que trabajan desde la técnica y perspectiva psicodinámica es:

Definir y percibir cuál es el encuadre y poder mantenerlo, esto último no siempre es fácil en los sistemas sanitarios públicos. El encuadre nos aporta un material muy valioso para comprender lo que sucede.

Transmitir al paciente y a la familia que la constancia de las variables se cumpla.

Es recomendable mantener una actitud permeable, abierta y de cierta plasticidad para no establecer condiciones que luego resulten insostenibles (falta de límites, límites muy rígidos, avisar de posibles interrupciones que no dependan de nosotros...).

No existen recetas únicas, lo principal es mantener las condiciones lo más estables posibles.

El profesional adopta la posición del que pone las cosas en orden: pone una serie de condiciones o “reglas del juego” que preservan de la confusión.

En la aceptación, ruptura, rechazo, puesta a prueba, negación del encuadre podemos comprender lo que sucede en la relación terapéutica y realizar interpretaciones (suele ser frecuente que algún familiar no respete el encuadre de la sesión individual del paciente, pacientes que después de un mes de vacaciones retoman el mismo tema que trataron en la última sesión podría interpretarse como una negación de la separación con el terapeuta...)

En la técnica con niños y adolescentes tendremos que tener en cuenta varios aspectos en cuanto al encuadre:

La regla fundamental de la asociación libre es distinta: no se espera una asociación libre basada únicamente en la palabra, también en el juego o en el dibujo, la atención no suele ser una tensión flotante sino consciente (por ejemplo, impedimos que las pulsiones parciales del niño invadan el espacio transicional), el profesional psicoterapeuta suele estar disociado puesto que puede jugar y observar a la vez qué ocurre en una sesión de juego donde se presta como objeto maleable (Winnicott)

El encuadre tiene que dar lugar a la construcción de un espacio transicional que tiene una función de holding, permite el despliegue de lo imaginario y por tanto permite la simbolización e historificación. Se pretende con este espacio

comprender lo que sucede en el mundo interno del paciente acompañándolo.

La regla de la abstinencia requiere mucha habilidad por parte del profesional, se intentará no hablar de lo real del terapeuta para no interferir en el proceso terapéutico. Si el paciente hace alguna pregunta al respecto se intentará devolver con otra pregunta, por ejemplo, ¿tú qué crees?

Establecer el encuadre con los padres o familiares, que varía según la escuela psicoanalítica (entrevistas conjuntas, separadas, sólo con el paciente, regulares con los padres...). Proponemos entrevistas periódicas con los padres donde valoremos y acompañemos en sus funciones parentales. En todas las posibles formas de trabajar hay una regla común: las entrevistas con los padres serán comentadas y se es especialmente cuidadoso para no romper el secreto profesional.

Establecer un encuadre que incluya el material: habrá un material común a disposición de todos los pacientes (lápices, rotuladores, juguetes...) y otro material que será exclusivo del paciente.

Varios autores señalan la relación entre el encuadre y la institución. Bion recuerda que el encuadre es en sí mismo *un elemento institucional*, un elemento institucional que es enunciado y que juega dentro de la latencia grupal. Bleger, equipara el encuadre a la institución, “la cual funciona como límite del esquema corporal y como núcleo fundamental de la identidad”, y que además funciona como depositaria de la simbiosis madre-niño. Jacques, en esta línea de pensamiento, considera que todas las instituciones son inconscientemente utilizadas por sus miembros como mecanismos de defensa ante las ansiedades psicóticas.

Desde otra perspectiva en cierto modo opuesta (aunque no necesariamente contradictoria, entendemos), Bauleo sostiene que el encuadre es una *defensa ante la institución*, ante los ataques de ésta al proceso terapéutico; “ubica a los pacientes y los terapeutas frente al tiempo vacío y falsamente urgente de la institución”.

Transferencia

La relación entre el psicoterapeuta y el paciente es el principal vehículo para el cambio psíquico y es un factor común en las psicoterapias. La relación no es recíproca y no es

espontánea, hay un encuadre. La transferencia y la contratransferencia son los motores del proceso analítico. Normalmente la transferencia se hace antes sobre el encuadre que sobre el psicoterapeuta.

Freud habla de una falsa conexión o falso enlace entre lo que está depositando la persona en la figura del terapeuta, a estos falsos enlaces que se producen con regularidad en la terapia le llama transferencias.

Las transferencias son reediciones de emociones y fantasías que se despiertan y se vuelven conscientes a medida que avanza el proceso terapéutico y que tiene una particularidad, que se reeditan con la figura del terapeuta, pero pertenecen a otras personas del pasado: algo del pasado se revive con el terapeuta.

La transferencia es lo que el paciente nos transfiere. Los deseos inconscientes se transfieren y se actualizan sobre el terapeuta en la relación terapéutica.

El sentido del paciente de cómo es él y cómo los demás reaccionan ante él está afectado por las relaciones familiares pasadas y presentes. La transferencia de estas expectativas en la nueva relación terapéutica constituye la transferencia. La transferencia de alguna manera constituye un ejemplo de la forma que tiene el niño de relacionarse con las personas más cercanas.

La contratransferencia es lo que el paciente suscita en nosotros. Es el conjunto de reacciones inconscientes del psicoterapeuta frente al paciente y especialmente frente a la transferencia de este.

De esta manera intentaremos analizar qué tipo de vínculo trata de establecer el paciente con el profesional que lo atiende: si trata de seducirlo, confundirlo, evitarlo, mantener la distancia o depender excesivamente de él.

En la relación terapéutica se actualizan deseos o conflictos dolorosos, lo que fantasea o imagina en la persona del terapeuta (si el terapeuta da información personal entonces la transferencia y el trabajo se limita).

La transferencia y la contratransferencia hacen referencia al factor humano que se pone

en juego en la relación terapéutica y que es lo que nos pone en jaque en la consulta.

Signos de la transferencia:

Transferencia positiva: de sentimientos tiernos, cuando el paciente está en la transferencia cariñosa, de confianza, la condición mínima para que pueda cambiar el discurso el paciente, es la que garantiza el éxito del tratamiento, la que es susceptible de acoger y aguantar el cambio de este discurso.

Transferencia negativa: hostil, cuando el paciente está en transferencia negativa, niega lo que le dice el terapeuta o le da igual, es como si no le dijera nada. Hay que ser especialmente cauto con no actuar lo que nos dice el paciente.

Transferencia erotizada: rechaza la explicación que le da el analista le da porque lo único que quiere es el amor de este.

En algunas instituciones se potencian estas dos últimas transferencias que, además, son resistenciales.

¿Qué tiene que hacer el terapeuta cuando aparecen estas dos últimas transferencias? No sentir hostilidad o no sentirnos seducidos, es decir, no caer en esa tentación, porque si no, se repetirá el cliché.

Por tanto, la captación del significado de lo que le dice el analista al paciente va a depender del signo de la transferencia.

Las tareas del profesional en cuanto a la transferencia y lo que hay que tener en cuenta:

Explorar qué tipo de vínculo establece el paciente con él.

En la transferencia hay repetición: hacerse cargo de lo que se repite y no ser un mero repetidor. La repetición puede ser estructurante, puede sostener síntomas y en los niños hay una cierta contemporaneidad entre lo repetido y lo que se vive.

En la transferencia hay resistencia: en los niños suele estar sostenida por los adultos, a veces los familiares sienten que el paciente está formando un vínculo con otro no familiar quedándose fuera de esa relación y esto puede ser vivido como una exclusión y no ser tolerado.

La transferencia con los niños y adolescentes suele ser masiva y rápida, se despliega con el paciente y también con sus padres (que lo traen) y suele estar mediatizada más por acciones que por el lenguaje.

La transferencia con los padres puede ser actuada, ya que no se puede interpretar. Suele ayudar que el profesional señale lo que de sus historias se repite en la relación con sus hijos.

En niños graves suelen aparecer transferencias masivas que habrá que manejar de forma cuidadosa.

Cuestiones a tener en cuenta desde la técnica en la contratransferencia: ¿a qué se enfrenta el profesional?

En la transferencia se manifiesta lo más íntimo del sujeto, cómo estructura su mundo y lo va repitiendo

EL psicoterapeuta en el caso de niños y adolescentes entra en contacto con la crudeza de la realidad y tiene que manejar vivencias de desamparo, de dependencia y ansiedades muy primitivas.

Se suele poner en juego el narcisismo del terapeuta ya que existe el riesgo de identificarse con el que todo lo sabe o puede.

El lugar de autoridad de los padres puede tambalearse ya que el analista puede ser vivido como un rival o como una figura superyoica.

El terapeuta puede ser situado por los padres en el lugar de sus propios padres, en el lugar del niño o ser visto como aliado de uno de ellos.

Es importante dejarse habitar por las transferencias que los padres generan y así: discernir el lugar en que nos han ubicado y salirse de ese lugar

Tendremos que mantener una disponibilidad para registrar sin quedar atrapados en las demandas y acompañar al paciente y sus familiares.

La contratransferencia puede tener una utilidad diagnóstica, ya que nuestra respuesta ante el paciente no solo está condicionada por nuestra subjetividad y nuestros objetos internos, sino que depende también de la actividad psíquica del paciente. Pensemos por ejemplo en los fenómenos de identificación proyectiva,

en la que resultamos implicados.

Y la contratransferencia tiene también una utilidad terapéutica, ya que guía nuestra intervención. No hay que confundir sin embargo una interpretación guiada por la contratransferencia con una *actuación* de la misma. En este caso, estaríamos repitiendo las fantasías del mundo interno del paciente, sin elaboración ninguna.

Encuadre y transferencia

Una vez descritos los elementos más importantes del encuadre y la transferencia, podemos entender que ésta no solo se manifiesta *en el proceso* terapéutico (lo que el paciente dice o hace ateniéndose a las reglas del encuadre), sino que puede revelarse mediante las *rupturas de encuadre*.

Bibliografía

- Blinder, C.; Knobel, J. y Siquier, M.L. (2008). Clínica psicoanalítica con niños. Editorial Síntesis. Madrid.
- Gómez Esteban R (1990). Algunos aspectos y conceptos de clínica grupal. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale V (coords.). La concepción operativa de grupo. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Grinberg L, Langer M, Rodrigué E (1957). Psicoterapia del grupo: su enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Guillem Nacher P, Lorén Camarero JA (1995). Del diván al círculo. Editorial Promolibro. Valencia.
- Janin, B. (2013) Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños. Editorial Noveduc. Buenos Aires.
- Kancyper, L. (2007) Adolescencia: el fin de la ingenuidad. Editorial Lumen/Tercer/milenio. Buenos Aires.
- Kancyper, L. (2008) La confrontación generacional. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Ursano, R.J. et al (2005). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo. En: Tratado de Psiquiatría Clínica (Hales, R.; Yudofsky, S.). Masson. Barcelona, pp1117-1206.
- Lanyado, M.; Horne, A. (1999) The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy. Ed Routledge. London

Capítulo

03

Trabajo con los padres o con terceros

Gómez Ceballos, A. L.

Introducción

Al pensar en este capítulo me es inevitable no situarme en el escenario del trabajo con niños, adolescentes y sus familias y desde ahí lo artículo. No obstante, es extensible al trabajo con adultos con patologías graves y en estados de mucha vulnerabilidad y regresión, donde el sostén y entramado familiar son imprescindibles para el trabajo en sí y para la consideración de las necesarias y complejas interdependencias.

Los niños y adolescentes tienen una expresión psicopatológica y clínica específica. Suele existir una falta de iniciativa en la demanda de ayuda del niño. Por lo que son los padres, por iniciativa propia o por recomendación de profesores o pediatras, los que solicitan la consulta. Por ello, se hace imprescindible su participación en el tratamiento. (Salvador, I., 2001).

Quienes trabajamos con niños y adolescentes sabemos que es casi imposible pensar en la posibilidad de trabajo e intentos de ayuda sin considerar, incluir y contemplar la importancia de la familia de la que forman parte. Pues supondría prescindir casi de una parte crucial de la atención a nuestros pacientes, aún dependientes. De este mismo modo el psicoterapeuta acaba estando igualmente inmerso e implicado emocionalmente en el entramado familiar, y ha de poder ser consciente del valor terapéutico y de pensamiento que ello supone, siendo también atravesado por las angustias, sufrimiento y el no-saber.

La familia

La concepción de la familia ha ido cambiando notablemente en nuestra sociedad en los últimos tiempos y ya no sólo trabajamos con la idea de familia tradicional o clásica sino

con familias de muy diversa índole (separadas, reconstituidas, adoptivas, monoparentales, homoparentales, etc...) es por ello, que a lo largo del capítulo me referiré a los padres como aquellos agentes de cuidado que desempeñarán las necesarias funciones parentales, independientemente del tipo de familia en la que se realicen estas funciones.

La familia representa el primer grupo de pertenencia, lugar privilegiado de identificaciones, donde los padres participan de un modo muy significativo en la construcción del mundo interno del infante y la comprensión de su realidad circundante, sin obviar que dependerá de ellos el que un trabajo psicoterapéutico pueda llevarse a cabo.

La familia es el lugar donde las personas aprenden a cuidar, confiar y nutrir a la vez que reciben cuidados, confianza y nutrición (Coomaraswamy, 2003, citado en Caellas, A.M., Kahane, S. Y Sánchez, I. 2010).

Cabe destacar que ser padres en la actualidad supone afrontar nuevas complejidades ante una sociedad donde impera la prisa, la inmediatez, el consumismo, la digitalización, la exposición a un sinnúmero de información, la falta de conciliación que merma la cantidad y calidad de tiempo con los hijos, la aparición de múltiples y a veces incongruentes modelos educativos y en general mayores cuestionamientos sobre la parentalidad.

Citando a E. Dio Bleichmar (2005), *el esfuerzo del terapeuta en crear una relación de alianza y colaboración con los padres debe ir más allá de ser empáticos y no culpabilizarlos; debe comprender sus motivaciones y sufrimientos como padres y la decepción en la que se hallan sumergidos al encontrarse que algo ha fallado en su empeño*. Para los padres traernos a su hijo puede ser, al mismo tiempo que un alivio, una frustración y herida narcisística importante que debemos tener presente en el trabajo con ellos.

La pareja de padres

Cuando recibimos a una familia, es fundamental considerar la compleja tarea de tratar de comprender la historia familiar e incluso la prehistoria previa al hijo. Valorar la demanda

y llevar a cabo el proceso de evaluación clínica supone no sólo atender y escuchar los síntomas del hijo y del conjunto familiar, sino poder invitar a pensar en qué lugar se ubica ese niño, niña o adolescente en relación a su familia de origen. Como fue fantaseado y pensado ese hijo o hija, que se esperaba de ellos, que supuso en la relación de pareja y como se articulaba ésta previamente, como están pudiendo llevarse a cabo las funciones paterna y materna, y desde ahí como está conformándose su subjetividad y las cuestiones transgeneracionales.

El nacimiento de un bebé no es el principio sino la culminación de muchas esperanzas, deseos y fantasías elaboradas durante el embarazo y desde mucho antes (Leff, 2007; citado en Gómez A.L y Gómez M.D. 2020).

Todo lo descrito se podría ir articulando desde el esquema de la doble escucha: la del niño y la de los padres. *Dar un lugar primordial al acontecer de los padres de ese niño, a sus propias historias y prehistorias, prestando atención a la conflictiva intra e intersubjetiva del niño y de sus padres y hacer algo con ello (Caellas, A.M., Kahane, S. Y Sánchez, I. 2010).*

Empatía, identidad y funciones parentales

Es muy importante que en la valoración del niño y adolescente que nos consulta prestemos especial atención a las capacidades parentales. Debemos dar cabida a su malestar y sufrimiento para poder invitarles a pensar en los síntomas y las dinámicas establecidas en relación al mismo, como parte de la problemática por la que todo el conjunto familiar está afectado y al mismo tiempo, es parte, que padece y, al mismo tiempo, favorece la situación. Desde ahí entender que cuestiones de ellos se ponen en juego y a la vez pueden ser motores de cambio terapéutico.

El término parentalidad nos remite a un proceso propio del ser madre y padre, su desarrollo y vicisitudes, lo que implica un profundo compromiso afectivo con el hijo, específico y diferente a todos los otros compromisos asumidos a lo largo de la vida (Caellas, A.M., Kahane, S. Y Sánchez, I. 2010).

Clásicamente el psicoanálisis ha descrito lo materno y lo paterno a través de las funciones que cada figura desempeñaría en la estructuración psíquica del infante. La función materna consistiría en la anticipación y el sostén narcisístico, es decir, la función proveedora de satisfacción pulsional del bebé como objeto descodificador y somatizado de sus necesidades (Blinder C. et al, 2008). Por otro lado, la función paterna correspondería a la nominación y al establecimiento de una ley única y universal que ubique al infante en el mundo y posteriormente en su medio sociocultural ejerciendo el límite de la codependencia madre-niño (Schejtman, 2015 y 2018). Las teorizaciones posteriores han reivindicado que estas funciones puedan realizarse por cualquiera de los dos progenitores. Denominando a la función paterna como función tercera, y función materna como proveedora. De modo que, siguiendo a Eva Rotenberg, las funciones parentales no tienen que ver con el sexo de los padres, sino con que haya una figura que pueda sostener y otra que ocupe el lugar de tercero-ley; estas funciones se pueden alternar y compartir, siempre que ambos progenitores reconozcan al bebé como un tercero u otro ajeno a la pareja (Valdez, 2017). (Citado en Molina B., Marín Y. y Romera M.I. 2022).

Anna Ornstein (2004; citado Torras de Béa, E. 2012) considera que la parentalidad requiere de una empatía madura *que sería la capacidad de darse cuenta por experiencia propia de lo que el otro vive, de ponernos en su lugar sin dejarnos arrastrar por la presión de sus emociones sus demandas cuando no es apropiado*. A veces esta empatía puede ser confundida con el quehacer parental, entendiéndose que ser empático o respetar las necesidades de los niños ha de suponer satisfacer en exceso las demandas que presenta (complacencia, tendencias sobreprotectoras, falta de límites) en lugar de fortalecer sus recursos propios.

A menudo las miradas de los padres están más dirigidas a los comportamientos que a las motivaciones que los originan, viviéndose desde este esquema los síntomas como conductas a erradicar o cambiar en lugar de vías de comprensión y cuestionamiento. Será tarea fundamental durante el trabajo con los padres, el ayudarles a tener esta doble mirada: comportamiento y motivación, para así desde la empatía como padres favorecer los recursos del niño en cada una de las tareas de crianza.

No debemos olvidar como el hijo nace y crece a medida que también la identidad parental se conforma y consolida y que en el desarrollo de los niños los padres se van sintiendo

competentes y validados o no en su hacer. Cuestión que se complejiza aún más a medida que avanza el proceso evolutivo de los niños y el quehacer parental, que se verá en constante cambio con el crecimiento de los hijos, puesto que no es lo mismo ser padre o madre de un infante que de un adolescente. Esta capacidad parental de ir adaptándose y reconfigurándose con el crecer de los hijos es una de las cuestiones de mayor dedicación en las consultas de padres.

Por todo lo descrito, es tan importante considerar y alentar las funciones parentales y la intuición y conocimiento que cada padre y madre tiene sobre su hijo “ellos son quienes más les conocen” y desde ahí apelaremos a la alianza padres-terapeuta como equipo de trabajo y ayuda al niño. Necesitamos conocer la problemática de los progenitores, para poder valorar sus capacidades parentales y desde ahí poder construir un proyecto de trabajo conjunto, donde se puedan sentir promotores de cambio, no sólo en la ayuda y comprensión que puedan favorecer en sus hijos, sino también siendo sensibles a cuestionar las dinámicas de las que forman parte activa.

La primera entrevista y la presentación del “libro de familia”

Los primeros encuentros son momentos muy importantes no sólo para la evaluación del caso, sino que de algún modo atravesarán todo el proceso terapéutico con un niño o adolescente y sus padres. Debemos ser especialmente observadores y estar atentos en las primeras consultas pues en ellas cada familia despliega su carta de presentación o la fotografía de su libro de familia.

Cuando los padres acuden a consulta muestran ya desde un principio su actitud, su manera de ver y pensar, su motivo para consultar y que esperan de nosotros (Torras de Bea, 2012). Nos encontraremos con padres más intuitivos y empáticos, preocupados por las dificultades, sensibles al sufrimiento y conscientes de la necesidad de ayuda, otros más desanimados y desesperanzados “habiendo tirado la toalla” y siendo empujados a consultar por otros profesionales; sobreprotectores, escépticos “yo no creo en los psicólogos ni psiquiatras” o enfadados con sus hijos, estando más centrados en el reproche y la claudicación.

Siguiendo esta idea puede ser interesante permitir tal despliegue y considerar las presencias/ausencias de los acompañantes como elementos de la articulación de las dinámicas familiares. Quienes acompañan al menor, quien pasa a la consulta y quien le

espera fuera, quien o quienes lideran el discurso, como se sientan en el despacho y como se vehiculiza la información no verbal y las muestras de afecto.

Es recomendable ayudar a organizar como surge la demanda y la idea de consultar para favorecer de este modo la concepción de las diversas miradas de la situación: el menor, los padres, educadores (u otros terceros significativos) y el profesional al que consultan. Explicitando en todo momento en que consistirá el proceso de valoración y los diferentes espacios que lo conformarán: los espacios para los niños y adolescentes, los padres u otros.

Este esquema permitirá ir favoreciendo un futuro escenario de trabajo, en el que llevar a cabo la devolución y posible indicación de tratamiento de un modo más facilitador, respetuoso y co-construido con el conjunto familiar.

Otros miembros de la familia

La presencia de los hermanos o abuelos a consulta suele ser algo habitual, no sólo por que asistan en compañía o como consecuencia a la logística familiar, sino por la presencia que puedan tener en el relato de los padres o del paciente.

Es frecuente que realicemos actuaciones de orientación y prevención a los padres sobre los hermanos y que se hagan más o menos presentes en función de la evolución de los hijos por los que consultan. A veces ello es representativo también de los avances y progresos de los padres en lo relativo al desarrollo de su sensibilidad, mirada y escucha para con sus hijos durante el proceso terapéutico.

Como situarnos ante las situaciones de padres separados

Es importante considerar y “tener en mente” a toda la familia durante el abordaje de un caso, aunque por cuestiones varias y materiales sea difícil articular entrevistas con todos, o sólo se trabaje directamente (conjunta o separadamente) con una parte del grupo. (Icart A. y Freixas J.,2013). Ello se hace especialmente importante cuando trabajamos con familias donde alguno de los progenitores o roles parentales fundamentales están ausentes o menos presentes.

Para ello considero importante ubicarnos en el lugar del niño o adolescente mostrando nuestro interés por conocer aquellas personas que entendemos son significativas en su crianza, dando cabida e invitación a las mismas si así lo acordamos.

En el caso de los padres separados, además de la cuestión de la legalidad (según la cual debemos contar con el consentimiento y aceptación de nuestra intervención por parte de los tutores y custodios salvo en urgencias o gravedad) creo que es importante expresar a priori nuestra disponibilidad para ambos y la importancia de conocerles y compartir consideraciones sobre el menor.

En este mismo sentido debemos ser cautos con dar por sentadas dinámicas de reconstitución familiar y validez directa a que nuevos miembros asuman roles parentales significativos. Ello puede evidenciarse con las nuevas parejas de los progenitores y el lugar que puedan ocupar en la crianza.

Nuevas parentalidades y la función familia

En los últimos tiempos se ha ampliado la perspectiva con la que se entienden los entornos familiares que se encargan de la crianza de los niños y, con ellos, los procesos de subjetivación de estos. Los cambios socioculturales, económicos y biotecnológicos han hecho esto posible (Schejtman, 2018), dando lugar a nuevas planificaciones familiares como, por ejemplo, entre parejas del mismo sexo. También es cada vez más frecuente el modelo de familias monoparentales, ya sea por deseo maternal sin la participación de un otro o por otras circunstancias muy diversas. Mariam Alizade postula que, más allá del modelo de familia que esté presente, las principales condiciones saludables que necesita un adulto para criar un niño son la capacidad de amor, el sacrificio y la responsabilidad (Valdez, 2017). Schejtman (2018) señala que la crianza en condiciones de monoparentalidad no es en sí fuente de sufrimiento ni de patología. En cambio, la soledad y falta de sostén familiar o social podrían constituir un factor perturbador para enfrentar la complejidad de los conflictos y problemáticas propias de la crianza. De esta forma, remarca que monoparentalidad no implica soledad, ya que muchos padres que se plantean una parentalidad sin pareja tienen una red de sostén familiar y social con la cual comparten la crianza, mientras que muchas veces aun en familias aparentemente constituidas se produce una fuerte vivencia de soledad y depresión y el niño no logra construir su narcisismo de forma saludable. Por ello, en estas situaciones, va a cobrar más importancia de la habitual el acompañamiento por otras redes de sostén, el apoyo de figuras cercanas, el rol de las abuelas y abuelos, hermanas o hermanos u otros

familiares o amigos que permitan potenciar las funciones parentales. Esto sería lo que Mariam Alizade denomina la «función familia», vínculos externos de la vida nuclear que moldean el mapa identificador y pulsional del niño y que estaría formado no solo por las personas, sino también por las instituciones y grupos, la política, la economía y los aspectos sociales que imperen en el país en el que se desarrolle el niño (Valdez, 2017) (Párrafo extraído de trabajo de Molina B., Marín Y. y Romera M.I. 2022).

La importancia de la coordinación interinstitucional

Considero de vital importancia el trabajo en red y la coordinación en todos los casos pero sobre todo en infancia y adolescencia, ya que no podemos olvidar que son seres dependientes y por tanto cuentan con otros actores fundamentales implicados en su desarrollo. Los padres y la familia, los profesionales de la educación, atención temprana, servicios sociales, judiciales. Por ello, creo que una responsabilidad necesaria para con el niño, es el defender la importancia de contemplar, escuchar y pensar con todas las personas que conforman su entorno significativo (Gómez. A.L y Suárez, J.I. 2022).

El encuadre terapéutico como metáfora y escenario de trabajo familiar

El espacio de consulta puede constituirse como una metáfora del cuidado de los espacios de intimidad diferenciados, donde el niño es el protagonista, pero donde los padres son elementos centrales de cuidado y trabajo conjunto. Esto es importante poder hacerlo evidente en estos primeros encuentros, desde aquí introduciremos un orden protector de los límites familiares y de la intimidad de sus miembros: entrevistas individuales con el infante o adolescente, entrevistas con los padres, entrevistas familiares o coordinaciones con terceros.

La versatilidad y creatividad del psicoterapeuta infanto-juvenil

Trabajamos con niños que serán adolescentes, adolescentes que serán adultos (posibles futuros padres) y con padres (y otros significativos) que fueron niños y adolescentes. Sin olvidar que nosotros como terapeutas también fuimos hijos, tenemos padres o estuvimos cercanos a personas que desempeñaron funciones parentales y quizás seamos padres. De modo que la complejidad de identificaciones, alianzas, rivalidades, transferencias y contratransferencias está servida y suponen una muy valiosa herramienta de trabajo si

puede ser contemplada y pensada.

Quizás, esa plasticidad y versatilidad tan genuina del psicoterapeuta infanto-juvenil, tenga que ver con estar en constante equilibrio entre lo infantil-adolescente-adulto, tendiendo, en clara identificación, con ese mayor recurso al juego, la creatividad y la inventiva, aspectos tan esenciales del mundo infanto-juvenil y que al mismo tiempo nos ayuda a estar más conectados con nuestros pequeños grandes pacientes.

“La experiencia de ser padres conmueve y reverdece las vivencias emocionales que un sujeto ha acumulado en sus relaciones con sus propios padres en los distintos órdenes y ámbitos de la trayectoria del desarrollo emocional. El amor en sus distintas vertientes se replantea. Se retoma “el quien es quien para quien”. Se aboga por seguir los modelos vividos o por corregirlos. Se defiende con argumentos racionales la repetición de lo que no halló realización. Resurge lo que se sufrió con afanes de redimirlo. El deseo circula aún bajo diferentes formas dolorosas, hallando aliados entre padres e hijos. La comprensión del síntoma del hijo nos lleva irremisiblemente hacia los padres”. (Caellas, A.M., Kahane, S. Y Sánchez, I. 2010)

Por ello apelo para terminar este capítulo a la importancia de la formación específica en infancia y adolescencia, la supervisión y la formación en psicoterapia individual, familiar y grupal del clínico para contemplar en el trabajo con niños, adolescentes y adultos (los padres y otros significativos) *las dinámicas grupales intrínsecas y necesarias para organizar un espacio mental donde tenga cabida todo el conjunto familiar* (Icart A. y Freixas J.,2013).

Bibliografía:

Torras de Béa, E. (2012) Normalidad, psicopatología y tratamientos en niños, adolescentes y familia. Barcelona: Octaedro.

Dio Bleichmar, I. (2005). Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Barcelona: Paidós.

Icart A. y Freixas J. (2013) La familia. Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas. Barcelona: Herder.

Caellas , A.M, Kahane, S. Y Sánchez, I. (2010). El quehacer con los padres. De la doble escucha a la construcción de enlaces. HG Editores.

Salvador, I. (2001). Modelo Asistencial integrador en Salud Mental Infanto-juvenil. Ponencia presentada en el II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, en el Simposium: "Psicoterapias en Psicopatología Infantil". Murcia, marzo, 1999. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 80.

Gómez, A.L. y Gómez M.D. (2020). Trastornos del espectro autista: otra forma posible. La identidad como padres de niños y niñas con TEA. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 68, 7-26. ¿?

Molina B., Marín Y. y Romera M.I. (2022). Lo materno, lo paterno y las nuevas parentalidades: Programa de Psicoterapia Psicodinámica (PPD). UGC SM, HUVV de Málaga. Póster presentado en las XXXIII Edición del Congreso de SEPYPNA en Santiago de Compostela.

Capítulo

04 El juego y el dibujo

Bercovich Vázquez, C.

Sabemos que el trabajo con lo inconsciente es el objeto de la clínica psicoanalítica, y la asociación libre el método por el que se accede al mismo.

En el caso de la clínica con adultos, es a través de las asociaciones libres del paciente que podemos acercarnos al entendimiento de la causa de los síntomas y por tanto a la resolución de los mismos.

Sin embargo, en la clínica con niños, la palabra no siempre puede ser el medio, ya sea por la edad del niño, el nivel de lenguaje que posea o por el grado de madurez psíquica que presente, por lo que nos apoyamos en otros métodos que nos permiten el acercamiento a las representaciones inconscientes y que nos ayuden a ponerle palabra al padecer.

Bajo la hipótesis de que los niños "repiten en el juego todo cuanto les ha hecho gran impresión en la vida" (Freud, 1920), el psicoanálisis ha utilizado el juego como un medio para llegar a la comprensión y resolución de los síntomas, entendiendo a este como el equivalente a la asociación libre en los adultos. A través del juego el niño podrá expresar sus fantasías, temores, preocupaciones y deseos, así como también permitirá el análisis de la capacidad simbólica, el grado de madurez y de inteligencia que este posea para adaptar la complejidad de la realidad a su capacidad de entendimiento así como también la capacidad para transmitir el conflicto. Según Rodolfo "no hay ninguna perturbación severa o significativa en la infancia que no se espeje de alguna manera en el jugar" (Rodolfo, 1999)

La interpretación del juego y el dibujo en una sesión analítica, al igual que el resto de las manifestaciones del inconsciente (sueños, síntomas, olvidos, chistes) estará vinculada a la lectura que el analista haga del mismo, siempre en el marco de la sesión.

Principales aportes psicoanalíticos a la técnica del juego

Comenzaremos realizando un breve recorrido histórico por los principales autores y teorías psicoanalíticas y sus aportes a la teoría del juego.

En “*Más allá del principio de placer*” (Freud, 1920) **Freud** describe el juego de un niño de un año y medio que se conoce como el juego del fort-da. El juego consistía en que el niño arrojaba lejos de sí todo tipo de juguetes haciéndolos desaparecer debajo de su cama, escena que repetía una y otra vez y que acompañaba con el sonido “Ooooooh” y que Freud interpreta como “fort”, “se fue”.

Al cabo de un tiempo vuelve a observar un segundo momento del juego en que el niño tiraba del hilo de un carrete que arrojaba y que luego hacía aparecer acompañando esta acción de otro sonido: “da”, “aquí está”. Explica Freud que “la más de las veces se había podido ver el primer acto, repetido por sí sólo incansablemente en calidad de juego, aunque el mayor placer, sin duda alguna, correspondía al segundo momento”. Este juego le permitía al niño tomar posición activa en la elaboración de la separación con su madre; era él mismo capaz de hacer aparecer y desaparecer un objeto como sentía que hacía su madre con él cuando ésta tenía que ausentarse; como si dijera: “no te necesito, yo mismo te echo”.

Winnicott afirma “jugar es hacer” (Winnicott, 1971); es un modo de pensamiento que no solo favorece la elaboración de aquello que como dice Freud resultó de gran impresión en la vida, sino que también es un modo de elaboración de lo traumático, entendiendo por traumático aquello que excede la capacidad del psiquismo para poder ser elaborado y que conlleva un aumento del displacer. El juego le permite a los niños transformar una escena que vive diariamente de manera pasiva y actuar sobre ella, tomando el control de la misma y de ese modo no solo la manipula sino que también la elabora al repetirla una y otra vez. Es el mejor medio de elaboración de las ansiedades, duelos, rivalidades y conflictos que tienen lugar en la vida de un niño y les permite el progresivo acercamiento al “hacer” adulto al identificarse con las tareas que observa en sus padres y figuras más cercanas así como también le permite adentrarse en la cultura.

En resumen, para Freud el juego tiene una *función elaborativa* en tanto permite la repetición de la escena traumática y posibilita el cambio de posición subjetiva.

Melanie Klein ha aportado al psicoanálisis infantil los conceptos y nociones que han sido

el fundamento del psicoanálisis de niños tomando la interpretación del juego y el análisis de la transferencia como la vía regia de acceso a las fantasías inconscientes. Para ella la fantasía está presente desde el inicio de la vida mental y es el fundamento de la relación del niño con el mundo que lo rodea.

Esta autora, además de entender el juego como un medio para la elaboración de ansiedades, afirma que es también *un lenguaje* ya que por medio de éste el niño expresa sus fantasías, sus deseos y sus experiencias de un modo simbólico mediante juegos y juguetes.

A su vez, también señala que el juego es *un modo de aprendizaje* ya que en el mismo juego el niño interacciona con el mundo externo, realiza una prueba de realidad que le permite, entre otras cosas, ir progresivamente ubicando los límites del yo-no yo, siendo el juego un puente entre su mundo interno y el mundo externo.

Por último sitúa el *valor pronóstico y diagnóstico* del juego y afirma que “comprendiendo el juego de los niños, podemos calcular su capacidad de sublimación en los años venideros y podemos también decir cuándo un análisis lo ha resguardado suficientemente contra futuras inhibiciones en su capacidad de aprender y trabajar” (M.Klein, 1932).

Melanie Klein señala que el placer que obtienen los niños en el juego no sólo procede de la gratificación por el cumplimiento de sus deseos, sino también del dominio de las ansiedades que el juego le ayuda a lograr.

Anna Freud utiliza el juego como un recurso auxiliar en el trabajo con niños, dándole mayor importancia al dibujo, los sueños y fantasías diurnas. Para ella el juego comienza en el propio cuerpo del niño (o cuerpo de la madre debido a que en estas primeras etapas no existe una clara distinción yo-no yo) como un juego autoerótico que se apunala en las principales zonas erógenas (oral, anal, fálico, genital); luego hará uso de objetos suaves que servirán como primeros objetos de juego y que progresivamente facilitarán la separación de la madre para, en un tercer momento, investir otros objetos con los que jugar y que, al “ser objetos inanimados que no devuelven la agresión, el niño se siente libre de expresar toda su ambivalencia hacia ellos” (Reynoso,1980).

Anna Freud describe una secuencia cronológica del tipo de juguetes que los niños prefieren según la edad, comenzando por los juguetes para vaciar-llenar, abrir-cerrar, encastrar y revolver que tienen su fundamento en la actividad autoerótica vinculada a la

zona oral; juguetes que satisfacen la motricidad y materiales de construcción que permiten expresar la ambivalencia de construir-destruir propia de la fase sádico-anal y juguetes que sirven para la expresión de identificaciones femeninas y masculina que facilitan la elaboración de las identificaciones y ambivalencias de la fase fálico-genital. Conforme se van adquiriendo ciertas capacidades (control, inhibición, capacidad de espera, pasaje del principio de placer al principio de realidad) la capacidad lúdica se transformará en capacidad “laboral”. El juego permite el desarrollo de la capacidad de pensamiento y por tanto el desarrollo de la fantasía dando lugar así a las exigencias propias de la vida escolar primero y de la vida adulta después.

En un texto de 1942 **Winnicott** se pregunta “¿Por qué juegan los niños?”, (Winnicott, 1942) y responde: los niños juegan por placer, para expresar odio y agresión que fuera del contexto del juego y por imperativo social no podrían expresar, para controlar ansiedad, para adquirir experiencia, como un modo de integración de su personalidad, para establecer contactos sociales y de comunicación con la gente.

Este autor describe cuatro fases en el desarrollo del juego:

- Fusión entre el niño y el objeto (en tanto no existe diferenciación yo- no yo)
- Percepción más objetiva del objeto a partir de un espacio potencial de juego entre el bebé y la madre, ofreciendo esta última el espacio para que sea el niño el que vaya encontrando los objetos.
- El niño puede jugar solo en presencia de alguien
- Aparece la posibilidad de “jugar juntos”, siendo la madre la primera interlocutora lúdica adaptándose al juego que propone el bebé para progresivamente ir introduciendo su propio estilo en la medida que el niño ya es capaz de generar su propio juego.

Este autor realiza uno de los aportes fundamentales en lo que al trabajo con niños se refiere elaborando el concepto de *objeto transicional* que describe como la primera posesión “no-yo” que realiza el bebé y su primera experiencia de juego. Este objeto es elegido por el niño y representa el contacto con la madre pero sin ser ella, lo que favorece la progresiva separación ofreciéndose como un puente entre la simbiosis original y las relaciones de objeto.

El juego en psicoterapia

Siguiendo a Winnicott “la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas” (Winnicott, 1971).

En el trabajo con niños el terapeuta prepara un cajón de juegos en el que debe haber juguetes a través de los cuales el niño pueda proyectar sus fantasías y conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta que dicha expresión estará atravesada por el contenido de las diferentes etapas de organización libidinal ya mencionadas, por lo que se aconseja que el niño pueda encontrar en el cajón los elementos que le permitan expresar las fantasías vinculadas a cada una de estas etapas. Por ejemplo, un bebé, biberón, chupete, platos y cubiertos facilitaran el acceso a juegos que permitan la expresión de fantasías orales; pañales, orinal, plastilina, muñecos que puedan transmitir agresividad como pueden ser indios, vaqueros, soldaditos o animales salvajes que permitirán la expresión de las fantasías sádico-anales; muñecos que representen una familia (que abarque tres generaciones: abuelos, padres, hijos), familias de animales (domésticos, insectos, de granja...), trenes, coches, aviones que nos permitirán explorar las fantasías edípicas y fálicas así como elementos que posibiliten la expresión gráfica de la que hablaremos más adelante.

Es importante no sobrecargar el cajón de juegos e incluir tanto juguetes estructurados como no estructurados (folios, lápices, papeles de colores, tela). También podemos tener en cuenta incluir algún juguete que consideremos sea de importancia para el niño teniendo en cuenta los datos aportados por los padres en las entrevistas y el motivo de consulta.

El juego como método en sí mismo: La hora de juego diagnóstica

El juego no sólo es el medio por excelencia en el tratamiento de niños sino que también puede ser considerado una técnica en sí misma. La *hora de juego diagnóstica* proporciona una observación sistematizada del juego durante algunas sesiones proporcionando, una vez finalizado el proceso, un diagnóstico de la situación. Al igual que el resto de las técnicas proyectivas, tiene un inicio, un desarrollo y un final que se complementará con las entrevistas a padres previamente realizadas aunque también puede utilizarse junto con otras técnicas, dentro de una batería de test.

La consigna debe ser clara y adaptarse a la edad y capacidad comprensiva del niño (“voy a observar durante aproximadamente una hora cómo juegas y lo iré apuntando”). El terapeuta presenta los juguetes y se coloca en posición de observador; debe apuntar con la mayor exactitud y nivel de detalle posible todo lo que ocurra durante la hora de juego.

Algunos niños, especialmente los más pequeños, requieren la presencia de los padres en la sesión al ser ésta una situación nueva y extraña para él, en tal caso se les dirá a los padres que jueguen tal y como lo harían habitualmente con el niño, tratando de que sea éste el que dirija el juego. Lo mismo ocurre si el niño pide nuestra participación.

Mientras se desarrolla la observación valoraremos el tipo de juego, el uso que hace el niño de los juguetes, la capacidad simbólica, la riqueza o pobreza del juego, la rigidez o grado de flexibilidad del mismo, la adecuación a su edad, etc. Todo este registro junto con las entrevistas con padres permitirá el acercamiento diagnóstico a la problemática en cuestión y la indicación de la necesidad de psicoterapia u otro tipo de intervención.

El dibujo

El dibujo, además de ser uno de los modos de expresión que un niño puede elegir en una sesión de psicoterapia, también puede ser tomado como una técnica proyectiva. En el primer caso es el niño el que elegirá en la sesión el dibujo como un modo de expresión y el terapeuta observará, hará preguntas o interpretará el dibujo en función del momento del proceso en el que se encuentre. En el segundo caso, el terapeuta, en calidad de examinador, es el que propondrá la realización de uno o varios dibujos, dando una consigna, un tiempo, si así fuera necesario, y realizará preguntas, la mayoría de las veces ya estipuladas por la técnica.

Los test gráficos se basan en el mecanismo de **proyección**, entendiendo ésta como la “operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso “objetos” que no reconoce o que rechaza en sí mismo” (Laplanche y Pontalis, 1967).

La interpretación del dibujo se hará teniendo en cuenta los *aspectos estructurales*, en los que según estándares definidos se valorará el tamaño del dibujo, el trazo, presión, tipo de líneas, emplazamiento en el folio, simetría, cantidad de detalles, proporciones, borrado, sombreados. etc. así como también se realizará un *análisis de contenido* en el que se hará una valoración general del dibujo y un análisis detallado de sus partes: la

expresión facial de los personajes, el uso de los detalles y las características de los elementos (tamaño de las ventanas, puertas abiertas o cerradas, tipo de árbol que ha dibujado, accesorios, etc.). Algunos de los test gráficos más comunes son el HTP (House, Tree, Person), el Test de la familia o Test de Persona Bajo la lluvia, entre muchos otros.

Estos test nos permitirán explorar diferentes áreas de la personalidad, capacidad de expresión simbólica, nivel de adecuación a la realidad, fortaleza yoica, modo y tipo de vínculos que establece dentro y fuera de la familia, etc.

Pueden ser de gran ayuda cuando no tenemos tiempo para realizar suficientes entrevistas con padres u horas de juego con el niño, aunque debemos tener presente la importancia y necesidad del buen manejo y control que requiere el uso de las técnicas tanto en lo que a su uso se refiere y más aún para la interpretación de la misma.

Para finalizar diremos que el juego y el dibujo permiten el acercamiento al padecer de un niño. La psicoterapia psicodinámica ofrece un espacio único, en el que a través del vínculo transfero-contratransferencial y de la interpretación del juego, se posibilita el abandono de los síntomas y, como consecuencia, la progresiva conquista de procesos más saludables, vitales y creativos.

Entonces ¿por qué juegan los niños? Porque el juego los conecta con su mundo interno, con los otros y con el afuera y porque jugar es el modo más saludable de transitar en la infancia, como dice Winnicott, “para dominar lo que está afuera es preciso hacer cosas, no solo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer” (Winnicott, 1971).

Bibliografía:

Freud, S (2004). Más allá del principio de placer. En S. Freud Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Orig. 1920).

Klein, M (1994). El psicoanálisis de niños. Barcelona: Paidós Ibérica. (Orig. 1932).

Laplanche, J y Pontalis, J. (1993). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Paidós. (Orig. 1967)

Reynoso, R. (1980). Psicopatología y clínica infanto juvenil. Buenos Aires: Editorial Belgrano

Rodulfo, R. (1999). El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Winnicott, D. (2007). Realidad y juego. Barcelona: Editorial Gedisa (Orig. 1971)

Capítulo

05 Proceso terapéutico

Romera Gutiérrez, I., Rodado Martínez, M.J.; Pellegrini, R.

Desde hace años, son muchas las investigaciones en psicoterapia orientadas a conocer la relación proceso-resultado. Es decir, la relación entre la eficacia del tratamiento y aspectos específicos del proceso terapéutico para descubrir lo que es efectivamente terapéutico.

Cuando hablamos de Proceso Terapéutico nos referimos al conjunto de transformaciones que puede experimentar un individuo a través de la psicoterapia. Se trata de un concepto clínico que implica una sucesión de cambios psíquicos desestructurantes y reestructurantes y que tiene como objetivo el fortalecimiento del Yo, en el sentido de desenvolvimiento de nuevos recursos yoicos. Es importante subrayar que no existe un Proceso Terapéutico “tipo” si no múltiples variedades que dependen de los cuadros clínicos, de las circunstancias familiares y ambientales y de la relación entre el paciente y el terapeuta. Este vínculo paciente-terapeuta constituye el principal factor de cambio en psicoterapia (Krause 2005). independientemente de la orientación de la misma. Un enorme cúmulo de evidencias empíricas apoyan que la calidad del vínculo terapéutico es un poderoso factor predictivo del resultado del tratamiento.

Freud (1913), ya estableció esta relación entre intervención terapéutica y vínculo cuando, respondiendo a la pregunta de en qué momento intervenir, escribió. “Nunca, antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros”.

El concepto winnicottiano de “holding environment”, como señala Orlinsky, 1994, es también una forma de entender la contribución del vínculo terapéutico al resultado terapéutico. Si el paciente experimenta el vínculo terapéutico como un entorno que ampara, ofrece seguridad, y apoyo para un comportamiento exploratorio independiente, se fortalecerá su habilidad para suspender reacciones defensivas y mejorará la capacidad

para aprender maneras más adaptativas de enfrentar situaciones amenazantes.

Lo que cura es, por tanto, la relación terapéutica, que debe ser intensa, repetida, regular, esclarecedora, afectiva y limitada.

Es preciso que el terapeuta descubra qué conflictos son los que generan el problema en el paciente. Lo que el paciente ha sentido en otro momento y vuelve a sentir en la relación terapéutica no es algo que pasó en el pasado sino es algo que sigue pasando en el momento actual.

En el proceso terapéutico se tiene que conseguir narcisizar o invertir al paciente, favorecer que el paciente puede ir creando lazos entre los diferentes elementos de sus palabras o verbalizaciones (entre una cosa y otra), lazos entre los afectos (la representación de ese afecto o la situación en que ha vivido ese afecto), entre el pasado y el presente, entre temas que vayan saliendo en distintas sesiones, ir haciendo interrelaciones para promover la pulsión de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la práctica clínica y en investigación, es importante entender que características del vínculo intervienen en el resultado terapéutico para que la promoción de tales cualidades forme parte de los principios técnicos y objetivos estratégicos que codeterminen las intervenciones.

A continuación, se describen elementos de la relación terapéutica y herramientas técnicas.



¿Qué características hace a una relación terapéutica?:

No es una relación recíproca: el terapeuta no comparte su vida personal ni emocional con el paciente, además hace todos los esfuerzos por estar emocionalmente disponible y atento mientras que mantiene su privacidad.

No es una relación espontánea: hay un encuadre.

La relación es asimétrica por la naturaleza de la petición; es el paciente quien pide ayuda. Sin embargo, en el vínculo interactúan, como veremos, aspectos simétricos (dados por la misma relación entre dos personas) y asimétricos.



¿Qué aporta el terapeuta?

Proporciona un ambiente facilitador para el desarrollo emocional. Para ello aporta su propia receptividad emocional y la habilidad para mantener un espacio para pensar qué comunica el paciente y qué se está experimentando en la sesión. No deberíamos negar que también existe un cierto grado de relación real con el terapeuta.

Su propio estilo terapéutico, que es el resultado de su formación teórica, las supervisiones de casos clínicos y su propio trabajo psicoterapéutico personal.

En la relación terapéutica se actualizan ansiedades y conflictos dolorosos. Se trabaja sobre esto (ej. después de varias sesiones de tratamiento una paciente acudió a la consulta tachando a la terapeuta de mostrar una gran indiferencia hacia ella, se pudo ver que este sentimiento tenía que ver con la relación que ella había mantenido con su propia madre).

Herramientas para el trabajo psicoterapéutico y tareas del profesional:

1. La transferencia-contratransferencia: el sentido que de sí mismo tiene una persona, quién es y cómo los demás reaccionan hacia él, está muy afectado por las relaciones pasadas y presentes con su familia. La transferencia de estas expectativas en la relación terapéutica es lo que constituye la transferencia y contratransferencia, o en resumen, la transferencia en la relación terapéutica.
2. Desentrañar cómo entiende el mundo externo desde el filtro del mundo interno (ej. una anciana acudió al servicio de urgencias por presentar un intento de suicidio, al preguntar por qué hizo el gesto autolesivo contaba que su pareja, que había empezado con una demencia, hacía ciertas conductas para fastidiarla, pudimos hipotetizar cómo veía el mundo exterior desde el filtro del daño narcisista).
3. El acceso al mundo interno del paciente se realiza a través de la asociación libre, los sueños, el juego y el dibujo. A lo largo del tratamiento se ponen de manifiesto ansiedades y defensas. Tendríamos que marcarnos como objetivo explorarlas e incrementar aquellos mecanismos de defensa más saludables.
4. La contención y el sostén (holding): el terapeuta escucha las proyecciones, las

introyecta, las tolera, sobrevive a ellas e intenta pensar y entender los sentimientos.

5. El sostén es una tarea delicada que sólo puede ser llevada a cabo por las personas adecuadas y con delicadeza.

¿Qué permite el sostén? permite la integración, la conexión entre psique y cuerpo, la capacidad para relacionarse con los otros, posibilita al otro un despliegue emocional sin desorganizarse, frente a situaciones de desborde familiar, la posibilidad por parte del otro es fundamental.

Componentes a tener en cuenta en el vínculo terapéutico donde interactúan aspectos simétricos y asimétricos

1. Investidura personal de rol. Incluye variables como el compromiso del paciente, su motivación, el compromiso (o su falta) del terapeuta con su rol, la credibilidad versus su inseguridad, apreciada desde el punto de vista del paciente. El compromiso del paciente, desde la perspectiva del terapeuta y el de este desde la perspectiva del paciente se han asociado a éxitos en el tratamiento.
2. La coordinación interactiva entre paciente y terapeuta. La investigación ha demostrado que los mejores resultados se dan cuando el paciente participa colaborativamente en la terapia y el terapeuta es colaborativo, no directivo.
3. Calidad del contacto comunicativo. Esto incluye variables como la expresividad (capacidad de comunicación eficaz) del paciente, la empatía del terapeuta y los procesos recíprocos de expresividad del terapeuta y la empatía del paciente. Se trata de una buena sintonía entre paciente y terapeuta.
4. Calidad relacional del afecto mutuo. La evidencia muestra que, si la terapia se mueve hacia un resultado favorable, los resultados son positivos y recíprocos. Se desarrolla un sentimiento de afirmación mutua, aunque de manera más diferencial en el paciente.

Aspectos no verbales en la interacción paciente-terapeuta

La observación de los procesos de intercambio afectivo entre paciente y terapeuta

muestra que el encuentro empático toma forma de modo no verbal, a través del contacto visual, de las posiciones del cuerpo y del ajuste en el tono de la voz. Diversos estudios en condiciones psicopatológicas singulares y situaciones terapéuticas variadas han mostrado que la conducta facial, especialmente la conducta facial afectiva de paciente y terapeuta, en sus aspectos interactivos, son indicadores del vínculo afectivo y predictores significativos de resultado terapéutico. (Krause and Merten 1999, Krause 2007, Benecke and Krause, 2005; Benecke, Peham & Bänninger-Huber, 2005, Banninger-Huhr and Widner 1999).

El grupo de estudios del proceso de cambio de Boston (Stern y cols. 1998; Stern 2004) partiendo de investigaciones sobre la interacción madre bebé y en sistemas dinámicos no lineales y su relación con teorías de la mente, sostiene que el efecto terapéutico del vínculo está en los procesos intersubjetivos e interactivos que dan lugar a lo que llaman conocimiento relacional implícito. Este es un campo no simbólico, diferente del conocimiento declarativo, explícito, consciente o preconsciente, que se representa simbólicamente en un modo verbal o imaginario. De acuerdo con este modelo, el encuentro intersubjetivo entre paciente y terapeuta conduce a momentos en los que se comparte el entendimiento de la relación implícita mutua produciéndose una reorganización del conocimiento relacional implícito del paciente. Conocimiento que está inscrito en la memoria procesal de largo plazo e incluye los modelos de apego. Este conocimiento puede ser validado posteriormente por la conciencia o permanecer implícito.

No debemos olvidar como señala Matte Blanco (1988, p. 162-164) que en el pasado ya Melanie Klein se ocupó de este problema con esta nota al pie de página de Envidia y Gratitud (1957 p. 5): “Todo esto es sentido por el infante de manera mucho más primitivas que lo que puede expresar el lenguaje. Cuando estas emociones y fantasías preverbales son revividas en la situación transferencial, aparecen como “recuerdos en sentimientos” (memories in feelings) ... y son reconstruidos y puestos en palabras con la ayuda del analista”.

Tipos de intervenciones del terapeuta:

Las intervenciones del terapeuta pueden ser entendidas desde una concepción monádica

que supone una visión más clásica o desde una concepción diádica.

Desde la concepción monádica el paciente es entendido como pasivo, influido por el terapeuta quien promoverá los cambios buscados, a través de las diferentes intervenciones (interpretación, confrontación, clarificación, estimulación para elaborar, validación empática, consejo y alabanza, afirmación). Se destaca más la autonomía del proceso frente a las intervenciones del terapeuta. Desde esta visión, Freud (1913) menciona que el terapeuta introduce el proceso pero una vez iniciado este sigue su propio camino.

La concepción diádica asume que la psicoterapia es una relación, especial, entre dos personas. Una relación, asimétrica constituida por la naturaleza de la petición. Pero con un aspecto simétrico que viene dado por la relación entre dos personas. Las operaciones terapéuticas se definen desde la díada. Y se tienen en cuenta los aspectos del vínculo terapéutico (la investidura personal de rol, tanto del paciente como del terapeuta, la coordinación interactiva, las cualidades del contacto comunicativo y el afecto mutuo). Desde este punto de vista, todos los fenómenos emergentes en la relación terapéutica dependen de ambos participantes (el paciente y el terapeuta)

Aclaradas ambas visiones, la psicoanalista Beatriz Janin divide las intervenciones en dos grandes tipos:

1

Intervenciones estructurantes o simbolizantes:

- se realizan en personas que presentan psicopatología relacionada con el fallo en la estructuración psíquica
- y posibilitan la estructuración psíquica: se construye algo nuevo

Hoy día son frecuentes las consultas que tiene que ver con fallos en la constitución del narcisismo o en el paso del narcisismo primario al secundario. Más que con síntomas nos encontramos con fallos en la constitución psíquica. Silvia Bleichmar dice que la intervención del analista no se reduce a encontrar lo que ya estaba sino a producir elementos nuevos que den lugar a un producto nuevo diferente al existente. El terapeuta tendría la función de posibilitar la instauración de las represiones primarias, la diferenciación entre sistemas, el registro y la expresión de afectos, de ligar como freno a la pura descarga pulsional.

La construcción es algo que el terapeuta propone y pretende resignificar algo que no fue significado en su momento. Tiene que ver con la realidad psíquica, con cómo ha vivido el paciente su propia historia. Permite deconstruir su certidumbre para poder construir una nueva versión de su historia.

Este tipo de intervenciones ayuda a simbolizar algo que no estaba construido, que no se puede recordar porque no hay nada olvidado ya que no pudo ser representado en su momento. Con este tipo de intervenciones se ayuda a construir representaciones mentales.

Las intervenciones simbolizantes son un punto de partida, que invitan a empezar a pensar.

2

La interpretación: Hacer consciente lo inconsciente. La interpretación es la deducción del sentido latente de la palabra. O lo que es igual la palabra que encuentra el sentido latente detrás de lo manifiesto.

- Se realizan en personas que presentan psicopatología relacionada con el retorno de lo reprimido
- Consiste en hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos o de su discurso.

Mediante la interpretación tratamos hacerle entender algo al paciente. Está pensada para pacientes neuróticos. La interpretación es la culminación de un trabajo de contratransferencia.

¿Cuándo hay que interpretar? Cuando el paciente está cerca de encontrar el significado latente, cuando está cerca de darse cuenta por sí mismo de lo que le ocurre. EL terapeuta tiene que tener tacto con el paciente, esto tiene que ver con el timing, cuándo decir o no algo al paciente.

EL terapeuta pone en relación el aquí y ahora con el allá y entonces (objetos de la infancia). La interpretación no es angustiante porque introduce el objeto arcaico o del pasado entre el paciente y el objeto del analista, (ej. usted está sintiendo conmigo lo que le pasó con su madre pero yo no le respondo igual).

La interpretación es sobre todo dar una nueva significación, consistiría en disolver la

certeza que el paciente tiene de sí mismo, se descentre de su lugar subjetivo y dar un nuevo significado a algo relevante.

No tenemos que intentar realizar una interpretación que redondee todo, o buscar un saber total, ya que no existe. Tendremos que intentar que el aparato psíquico del paciente tenga mayor permeabilidad entre instancias, que entienda algo o pueda dar un nuevo significado a algo aunque sea parcialmente.

¿Es posible hacer una interpretación sin realizar un esfuerzo? No, la interpretación tiene que ver con la transferencia y con los afectos que se ponen en juego, supone un esfuerzo.

¿Qué se interpreta antes la transferencia o el contenido? Se suele interpretar antes lo que se presente antes.

Otras posibles intervenciones y cómo conseguirlas:

1. Contención y sostén: para construir una representación de sí lo suficientemente estable es necesario un aporte externo, el otro. ¿Cómo se sostiene? Con la presencia, las palabras, el tono de voz y el encuadre.
2. Crear ritmo compartido: marcando el inicio y el final de la sesión (ej. una paciente marcaba con rotulador fluorescente el día y la hora de la próxima sesión al despedirse), anticipar que se va a terminar un tratamiento...).
3. Ayudar a pasar del impulso al pensamiento: crear condiciones para que pensar sea posible (ej. transformar una escena agresiva en una lúdica, usar los dibujos o el juego para crear representaciones...)
4. Deshacer defensas: por ejemplo, la desestimación en una niña que había rechazado y olvidado trozos de su realidad, ayudarla a ir reconstruyéndola.
5. Ayudar a diferenciar el Yo y el no Yo: ej. cuando repite palabras ajenas preguntar ¿quién ha dicho esto?
6. Historizar: apropiarse de lo vivenciado y poder organizarlo según el proceso secundario. Se trataría de conseguir que no sea un eslabón de una historia ajena haciéndose cargo de construir su propia historia. Se puede permitir que cuente algo hablando de un amigo, una película...o en el caso de un niño o adolescente,

permitir que el trabajo con los padres vaya posibilitando desvelar historias familiares.

7. Verbalizar o clarificar: poner en palabras aquello que el paciente intuimos que puede estar sintiendo. Se puede conseguir nombrando afectos (ej. estás muy angustiado...) o devolver una imagen de sí diferente que le conecte con lo que le pasa (ej. una paciente a la que le gustaba una personas que traficaba con armas, preguntarle ¿te pega?)
8. Significar: dar un significado a algo de forma prudente.
9. Se puede realizar a través de una pregunta, facilitando participar en la construcción de la intervención y consideramos que puede ser tenido en cuenta.
10. Se puede realizar estableciendo diálogos siguiendo su hilo asociativo.
11. Señalar algo que se repite y comentarlo.
12. Entender algo, tener una hipótesis y ser capaz de no decirla hasta que llegue el momento oportuno, cuando el paciente pueda recibirlo (timing).
13. Confrontación. Se dirige a aspectos conscientes o próximos a la consciencia. El terapeuta intenta que el paciente atienda experiencias que ha estado evitando.
14. Interpretar.

Una buena intervención terapéutica, según Jimenez, J.P. (2005) puede definirse como aquella entregada por un terapeuta que sabe integrar conocimientos técnicos y empatía a un paciente dispuesto a recibirla.

Criterios para finalizar una terapia psicodinámica:

1. Disminuir la ansiedad
2. Manejar mejor las experiencias traumáticas.
3. El re-establecimiento del desarrollo emocional apropiado a la edad
4. Mejorar las relaciones con la familia y los pares

5. Alcanzar un sentido de sí mismo que permita integrar los sentimientos
6. Incrementar la capacidad de pensar sobre los sentimientos propios y de otros.

Al finalizar el tratamiento hay que trabajar:

La tristeza y el sentimiento de pérdida, el enfado, el abandono y la rivalidad o celos que puedan aparecer con otros pacientes.

En algunos países europeos en el sistema sanitario público se considera que la psicoterapia psicodinámica debe durar de 18 a 24 meses con una frecuencia semanal, para finalizarla se precisa, en este contexto, de tres a seis meses.

Para concluir, en una concepción amplia de los factores curativos, atendiendo a los resultados de investigación en psicoterapia la técnica debe ser redefinida. Así la técnica psicoterapéutica debe ser entendida como el conjunto de reglas que permiten la maximización de los factores curativos y la minimización de los iatrogénicos. Hoy en día una teoría moderna debería considerar técnicas modificadas, que permitan un conjunto adaptativo de indicaciones, donde es el tratamiento en el que se adapta a las características de cada paciente. Los hallazgos del estudio de Boston de resultados en psicoanálisis (Kantrowitz 1995) confirman que no son las características personales de paciente y analista las importantes, sino el match entre ellas. “Mientras que puede haber ciertas características particulares de pacientes y analistas que parecen constituirlos desde la partida como buenas o malas parejas, son el aspecto dinámico de sus interacciones, sus resonancias y disonancias y su capacidad conjunta –o limitación–, para expandir los ‘puntos ciegos’ o acercar las diferencias que desarrollan en el curso del trabajo analítico, las que probablemente son cruciales para el resultado” (p.326).

Bibliografía

Bänninger-Huber, E., & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 9, 74-87.

Benecke, C., & Krause, R. (2005). Facial affective relationship offers of patients with panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15, 178-187.

Benecke, C., Peham, D., & Bänninger-Huber, E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 81-90.

- Blinder, C.; Knobel, J. y Siquier, M.L. (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Editorial Síntesis. Madrid
- García Badaracco, J. (1989a). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Capítulo VII. El proceso terapéutico.
- Janin, B. (2013) *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Editorial Noveduc. Buenos Aires.
- Kancyper, L. (2007) *Adolescencia: el fin de la ingenuidad*. Editorial Lumen/Tercer/milenio. Buenos Aires.
- Kancyper, L. (2008) *La confrontación generacional*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Ursano, R.J. et al (2005). *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo*. En: *Tratado de Psiquiatría Clínica* (Hales, R.; Yudofsky, S.). Masson. Barcelona, pp1117-1206.
- Freud, S. (1913). *Múltiple interés por el psicoanálisis*. Obras completas. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Jiménez, J. P. (2005). *El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio en psicoterapia psicoanalítica*. *Revista Argentina de Psicoanálisis Aperturas psicoanalíticas*. Buenos Aires, Argentina.
- Lanyado, M.; Horne, A. (1999) *The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy*. Ed Routledge. London
- Kantrowitz J (1995) *Outcome Research in psychoanalysis: Review and reconsiderations*. In: T Shapiro & RN Emde (eds.) *Research in psychoanalysis. Process, Development, Outcome*. Madison CT: International University Press, pp. 313- 328
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Ramírez, M.L. (2007). *The evolution of therapeutic change studied through generis change indicators*. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- Krause, R., & Merten, J. (1999). *Affects, Regulation of Relationship, Transference and Countertransference*. *International Forum of Psychoanalysis*, 8, 103-114.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Matte-Blanco, I. (1988) *Thinking, Feeling, and Being*. Clinical reflections on the fundamental antinomy of human beings and world. London: Routledge.
- Orlinsky DE (1994) *Research-Based Knowledge as the Emergent Foundation for Clinical Practice in Psychotherapy*. En: PF Talley, HH Strupp & SF Butler (Eds.) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap*. Nueva York: Basic Books, pp.98-123.
- Stern D. (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York London: W.W. Norton & Company.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyon-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N., & Tronick, E. (The process of Change Study Group) (1998) *Non-interpretive mechanism in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation*. *Int. J. Psycho-Anal.* 79: 903-921.

Capítulo

06

Intervenciones breves psicodinámicas

Orellana Rico, F.

Desarrollo histórico

La técnica psicoanalítica implementada por Freud fue evolucionando a lo largo de su práctica hacia lo que se denominó la "cura tipo", vale decir, un encuadre y unos elementos técnicos concretos al servicio de elucidar los conflictos, poner en juego la neurosis de transferencia, interpretarla y, en resumen, "hacer consciente lo inconsciente".

En esta intervención se estipulaba una alta frecuencia semanal de sesiones (4 o 5), de 45 o 50 minutos de duración, con uso del diván, con abstinencia, neutralidad y atención flotante por parte del psicoanalista y con asociación libre por parte del paciente. La técnica no era directiva y tampoco se establecía un horizonte temporal limitado. Por otra parte, los pacientes subsidiarios de este tratamiento habían de ser neuróticos y contar con recursos económicos para poder costearlo teniendo en cuenta la frecuencia y la duración.

No obstante, el propio Freud realizó variaciones en la técnica que publicó en diversas ocasiones. A modo de ejemplo, realiza una intervención en una única sesión a lo largo de una tarde en el caso de Katharina o establece una fecha de terminación en el caso del Hombre de los Lobos con un sentido terapéutico. En otra ocasión admitirá la mezcla del "oro puro del análisis" con "el bronce de la sugestión" entendiéndolo que sería necesaria la mezcla de distintas técnicas en aras de alcanzar o abordar una mayor amplitud y complejidad de situaciones clínicas.

Fueron dos discípulos directos, S. Ferenczi y O. Rank, los que introdujeron más cambios técnicos. A Ferenczi se le deben las aportaciones en cuanto a la técnica activa, esto es, un papel más activo de analista y paciente (por ejemplo, proponiendo la exposición en fobias) sin perder la base psicoanalítica, para propiciar la aparición de tensión, conflictos, nuevas vías de trabajo y, en última instancia, un ritmo más rápido del tratamiento. A Rank,

de una parte, la importancia de la motivación para el cambio por parte del paciente, y de otra, lo traumática que puede ser la separación y, por tanto, la necesidad de incluir el trabajo sobre el duelo por la terminación de la terapia como un elemento fundamental de la misma. Ambos propondrán centrarse más en la técnica y lo actual que en la teoría y el pasado, sugiriendo que para que el tratamiento sea efectivo bastaría con reexperimentar los conflictos infantiles en la relación terapéutica (y no tanto reconstruir la historia infantil).

Esto, unido a otros condicionantes, facilitó el desarrollo de las intervenciones psicoanalíticas breves, las cuales surgen en un momento histórico en el que aumentaron las demandas de tratamiento por el aumento de la sensibilidad tanto de la población como de los sistemas de salud unido a las limitaciones económicas por parte de estos últimos para costear tratamientos psicoanalíticos clásicos y a la exigencia de diferentes actores sociales de que la oferta psicoterapéutica pudiera valorarse en términos de costes y beneficios. A medida que la institucionalización de la asistencia y la internacionalización de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales se fueron extendiendo, también se fueron desarrollando intervenciones específicas para distintos trastornos. En paralelo, la posibilidad de que el tiempo de entrenamiento para aplicar estas intervenciones fuera menor que para otros tratamientos más largos contribuyó a la extensión y a la diversificación de técnicas en diferentes partes del mundo.

Después de la Segunda Guerra Mundial se establecerían dos grandes ramas o líneas de trabajo. En EEUU, Alexander y French observaron que algunos tratamientos interrumpidos eran más efectivos que otros finalizados de forma correcta, lo que les llevó a desmontar tres supuestos hasta entonces dados por sentado: que la extensión de la intervención era proporcional a los resultados y a la magnitud del cambio, que los buenos resultados después de pocas sesiones eran superficiales y que el éxito dependía de la dependencia regresiva. Así, se basan en Ferenczi y Rank para subrayar la importancia de la Experiencia Emocional Correctiva (recrear experiencias previas emocionalmente intolerables en un ambiente contenedor, con menos intensidad de la experiencia, con un papel del terapeuta diferente a lo que ocurrió en la escena original y con la ulterior ayuda a la elaboración). En sus planteamientos, la base emocional de la corrección de expectativas es el principal factor terapéutico y lo que lleva al insight. Otra piedra angular de su orientación es la flexibilidad: adaptar la técnica, manejar diferentes niveles en el manejo de la transferencia, considerar la importancia de las interpretaciones

extratransferenciales, utilizar la necesaria aparición de interrupciones para evaluar los efectos de la intervención, y contemplar la elaboración fuera del tiempo de sesión, lo cual les llevaba a indicar alrededor de una sesión semanal para no saturar o para no generar una excesiva dependencia.

En Europa, por su parte, Balint (discípulo de Ferenczi), en su Taller de psicoterapia focal prepondera la delimitación del foco y la ayuda a la readaptación en el área focal, resituando y redirigiendo la intervención hacia aquél y persiguiendo una mejoría en la situación vital como consecuencia de su elaboración. De esta escuela surge el trabajo de Malan, quien, no obstante, también toma elementos de la rama americana y plantea la conceptualización de los dos “triángulos” (de las relaciones y del conflicto) como base de su intervención.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX continuarían sumándose distintos autores que irían desarrollando un conjunto de técnicas y de aproximaciones al paciente que parten desde diferentes modelos psicoanalíticos y con diversas articulaciones técnicas. No obstante, esta **variedad de enfoques** podrían agruparse en estructurales, relacionales, existenciales o eclécticas.

1

En las **estructurales** se incluirían aquellas que adoptan un modelo más cercano al método clásico, al de patología del conflicto, con un terapeuta más activo que delimita el foco (conflicto fundamental dominante) e interpreta defensas ante la activación de los mencionados conflictos (edípico, individuación-separación). El foco pueden ser relaciones de objeto patológicas y el método, promover insight mediante interpretación y experiencia. En este grupo pueden destacarse autores como Alexander y French (centrados en la experiencia emocional correctora y el conflicto nuclear), Balint y Malan (trabajando dos focos-el propio foco y el de la terminación- con el modelo de los dos triángulos), Sifneos (provocando ansiedad mediante el ‘ataque’ a las defensas del paciente), Luborsky (quien definirá el CCRT o tema central de conflicto en la relación), Davanloo (centrado en desactivación de defensas con estrategias incisivas), Strupp (el primero que plantea evaluación precoz de indicadores positivos y negativos).

2

Por otro lado, **las relacionales** siguen más bien la línea de trabajo de patología del déficit y se abren a pacientes con situaciones repetitivas de patología de relación poniendo el foco en cambiar patrones de relación patológicos dominantes (relaciones con otros y consigo mismo) aunque atendiendo más bien al aquí y ahora de la relación (y no al “allá y entonces”). En este grupo se englobarían autores como Winnicott (con sus elaboraciones acerca del sostén y juego), Levenson (que desarrolla un modelo relacional a partir del modelo de Strupp), Safran (centrado en la alianza terapéutica y en la resolución de la ruptura).

3

Del grupo **existencial** destacan Mann, en cuyos planteamientos se encuentran influencias humanistas y Bowlby, y que basa sus principios en el reconocimiento de la universalidad del conflicto de separación-individuación y del sufrimiento asociado al mismo, y en el reconocimiento por parte del paciente de la necesidad de aceptar sus experiencias y de explorar sus sentimientos como forma de aliviar su sufrimiento.

4

Por su parte, **las eclécticas** (Horowitz, Bellak), combinan diferentes elementos a fin de maximizar la aplicabilidad en distintos ámbitos, situaciones e indicaciones.

Consideraciones técnicas de las Intervenciones breves.

Estas intervenciones toman algunos elementos técnicos del marco teórico psicoanalítico como son la asociación libre, la atención flotante, la neutralidad del terapeuta y el uso de las interpretaciones. Estos elementos tendrán que ser aplicados de forma diferente o específica en el contexto de la psicoterapia breve.

La asociación libre está condicionada por la necesidad de focalizar los temas centrales del conflicto, de modo que en ciertas ocasiones deberá ser “reconducida” o acotada por parte del terapeuta.

La atención flotante tiene algunos matices en la aplicación de la PBP: por un lado debe centrarse en el foco establecido las primeras entrevistas como punto central de la atención pero también tiene que quedar abierto a lo que el paciente aporte las sesiones.

En cuanto a la neutralidad, la actitud del terapeuta requiere mayor actividad en la línea de señalar al paciente las conexiones de lo que trae con el foco y en recordar de vez en cuando el factor tiempo.

La actitud activa incluye no prolongar demasiado los silencios del paciente, introducir elementos de la vida actual del paciente cuando sea pertinente y además todas las intervenciones no interpretativas de la psicoterapia (esclarecimiento, señalización...).

La interpretación (explicar o describir aquello que no es manifiesto para el paciente pero que muestra coherencia en la vida mental del mismo, bien referido a su pasado remoto, su pasado reciente, su situación actual o su situación interna inmediata) sistemática de la transferencia y la referida a niveles muy primitivos quedará reservada al psicoanálisis propiamente dicho, mientras que en las otras formas de psicoterapia psicoanalítica sí tendrá más cabida el resto de interpretaciones (por ejemplo, interpretaciones transferenciales actuales, no tan referidas a figuras primitivas). Éstas pueden ser útiles al principio de la terapia (para desvelar temores paranoides y el exceso de proyecciones que distorsionan la percepción del terapeuta), al final (por las reacciones defensivas regresivas en forma de reactivación de la sintomatología original) y cuando se estanca el proceso.

No obstante, la psicoterapia breve tiene a su vez otros elementos específicos. Estas bases comunes o ejes de especificidad conceptual girarían en torno a la brevedad (y el uso del tiempo tanto como limitación como operador), la focalización (como estrategia de concentración de la terapia en un aspecto concreto), la lectura contextual (qué puede abordarse en el momento y en la situación que llevan a consultar al paciente), y la actividad (tanto por parte del paciente como del terapeuta). Estas características hacen muy importante la selección de pacientes y el ofrecimiento de estas técnicas a aquellos que puedan ser accesibles a algún cambio a corto plazo.

La focalización hace referencia a la delimitación de un área de trabajo sobre la que va a pivotar la intervención. Esta área de trabajo no se centra en la sintomatología que trae el paciente a consulta sino en el conflicto principal, así como en el diagnóstico psicodinámico. En este sentido, no sería tan indispensable establecer un foco preciso al inicio del tratamiento como tener claro el diagnóstico psicodinámico y poder delimitar

algunas áreas mentales y relacionales del conflicto como prioritarias, y plantearlo como hipótesis de trabajo que hay que ir verificando a lo largo del tratamiento. La secuencia sería:

- después de tener un esquema de la dinámica relacional del paciente (actual y pasada) y de los acontecimientos biográficos (presentes y pasados),
- plantearse cuáles son las zonas de conflicto relacional más perturbadoras y cuáles son más asequibles al trabajo psicoterapéutico.
- el foco que se le plantee al paciente ha de ser actual y relacional, es decir, hemos de referirlo a situaciones que esté viviendo en la actualidad con alguien, lo cual no excluye que en el transcurso de las asociaciones libres ese material se conecte con situaciones pasadas, lo cual es esperable y, a su vez, es deseable que el terapeuta ayude al paciente a conseguirlo mediante la interpretación.

En cualquier caso, no hay que perder de vista que la propia técnica va a influir en la focalización, sobre todo en lo que respecta al encuadre (cara a cara y limitación del tiempo), al paciente (colaboración en la focalización del problema central y aceptación del plan terapéutico) y, a la actitud del terapeuta (más activo, con atención selectiva y descuido selectivo).

En lo concerniente al tiempo, para que una experiencia sea terapéutica debe producirse un proceso, y ese proceso viene determinado por una relación entre paciente y terapeuta lo suficientemente intensa y duradera como para que sea significativa (y por tanto, para que pueda producir cambios). Para que la relación sea efectiva en estos términos debe producirse con una frecuencia suficiente como para que sea una relación viva y que estos encuentros se produzcan dentro de un cierto encuadre. Por tanto, el factor tiempo debe cumplir un mínimo para que la ayuda terapéutica pueda llamarse psicoterapia: duración suficiente y frecuencia determinada.

En cuanto a la frecuencia (semanal) hay más homogeneidad entre las diferentes escuelas pero en cuanto a la duración hay mucha mayor divergencia (entre 6 y 50 sesiones) en función de las líneas teóricas básicas y de los objetivos y planteamientos a lograr. La

delimitación temporal sería aparentemente contradictoria con los principios del psicoanálisis (el intento de modificación de las estructuras básicas del paciente solo es posible si está dispuesto a revisar su personalidad total y disponiendo para ello de todo el tiempo necesario), pero la inclusión de este elemento en el encuadre de trabajo es lo que va a dotar de esta especificidad a las intervenciones breves. En este sentido es fundamental aclarar el tiempo del que se va disponer desde el principio. Esto hace que siempre esté presente la terminación y las ansiedades de separación que moviliza.

Numerosos autores piensan que el primer foco del tratamiento es la psicopatología o el conflicto y que siempre hay un segundo foco que es la elaboración de la terminación. Esta elaboración, de hecho, solo se puede llevar a cabo cuando de hecho termina la relación.

Criterios de indicación y consideraciones previas al tratamiento.

Para concluir, es pertinente establecer una serie de indicaciones y consideraciones que permitan una adecuada selección de pacientes candidatos.

1. Motivación del paciente para una ayuda de tipo psicológico, deseo de comprender lo que le sucede y cierto reconocimiento del fundamento psicológico de sus conflictos.
2. Cierta capacidad de insight y de autoobservación, junto con capacidad de informar sobre sí mismo y en relación a los conflictos que trae.
3. Disposición a ensayar y experimentar cambios, teniendo en cuenta además el tipo de defensas y la flexibilidad y variabilidad de las mismas, así como la tolerancia a la ansiedad.
4. Existencia de áreas conservadas de la personalidad y de la vida del paciente no afectadas por los conflictos que presenta
5. Capacidad del paciente para circunscribir los conflictos en una o varias áreas, por sí mismo o con la ayuda del terapeuta.
6. Tipo de expectativas frente al tratamiento. Confianza en que la ayuda pueda serle útil, capacidad para establecer un compromiso y obtener provecho de la experiencia terapéutica.
7. Disponibilidad emocional del terapeuta y la posibilidad de que pueda ser capaz de establecer un foco o área de trabajo.
8. Que se trate preferentemente de trastornos emocionales actuales (a valorar cuidadosamente en caso de trastornos de larga evolución y con tendencia a la cronificación). En cuanto al diagnóstico, trastornos neuróticos o de personalidad.

Bibliografía.

Ferenczi, S. y Rank, O. (2005), Metas para el desarrollo del psicoanálisis: de la correlación entre teoría y práctica. México: Literales. (Orig. 1924).

Freud, S. y Breuer, J. (2004). Estudios sobre la histeria. En S. Freud Obras completas. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu editores (Orig. 1905).

Freud, S. (2004). De la historia de una neurosis infantil. En S. Freud Obras completas. Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu editores. (Orig. 1918).

Freud, S. (2004). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En S. Freud Obras completas. Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu editores. (Orig. 1919)

Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit: Implicancias para la técnica. En Libro Anual de Psicoanálisis; Tomo V; 112-126.

Pérez Sánchez, A., Bermejo, J. y Canals, M. (1987). Psicoterapia breve psicoanalítica I: Concepto e indicaciones. Informaciones psiquiátricas; 108; 129-137.

Pérez Sánchez, A. y Anabitarte, M.M. (1987). Psicoterapia breve psicoanalítica II: Focalización. Informaciones psiquiátricas; 108; 139-150.

Pérez Sánchez, A. y Camón, R. (1987). Psicoterapia breve psicoanalítica III: Tiempo y terminación. Informaciones psiquiátricas; 108; 151-164.

Poch, J. y Maestre, F. (1994). Psicoterapia breve y focal desde el punto de vista psicoanalítico. En A. Ávila y J. Poch Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.

Sánchez Pérez, J.A

Contexto histórico

La Terapia Basada en la Mentalización (MBT) es un programa psicoterapéutico integral para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). El módulo de MBT que impartimos en el Programa de Psicoterapia Psicodinámica (PPD), desde sus inicios, está especializado en la MBT para adolescentes.

La adolescencia es un hito evolutivo clave en el que cristalizan los rasgos de personalidad límite. Para adecuar el trabajo psicoterapéutico en este rango etario y definir el pronóstico en la adultez, consideramos eficiente y crucial un buen diagnóstico diferencial entre la crisis de identidad en la adolescencia normal y el síndrome de identidad difusa (precursor del TLP). Para ello es de gran utilidad la *Guía para diferenciar la adolescencia normal de los adolescentes con trastorno límite de la personalidad* (Monzón-Reviejo, S. Fernández-Guerrero, M.J. 2019).

Hay un interés especial actual en el ámbito científico y social, desde hace unos años y más aún en estos momentos de incertidumbre generados por la pandemia COVID-19, por dar respuesta al TLP como patología emergente. Sabemos que, entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta mediana edad de TLP; el 70% habrá cometido algún intento de suicidio, el 50% lo repetirá incluso diversas veces a lo largo de su vida y entre un 8% y un 10% lo consumará (Motero, G. 2019)

La adolescencia, el TLP y el suicidio ponen a prueba a las instituciones sanitarias. Hay una variabilidad amplia de respuestas al TLP sobre las que era necesario un consenso. El Manual de *Terapia Basada en la Mentalización, una Guía Práctica* (Bateman y Fonagy, 2016) aporta un paradigma sólido. Los trabajos de los doctores Efrain Bleiberg y Mark Dankgerfield, especializados en la adolescencia, son una de las referencias teóricas para

este trabajo.

Evidencia Científica

La *Guía de Práctica Clínica de 2011* (GPC01/2011) del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña (2022), basada en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, sitúa la evidencia suficiente del Programa de Terapia basada en la mentalización (MBT) Nivel C. Se recomienda de manera ambulatoria para conseguir mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal.

La NICE (2009) identifica un Ensayo clínico aleatorizado (ECA209) sobre la MBT con nivel de evidencia de 1+. Las personas que siguieron la MBT recibieron menos medicación psicotrópica que las del grupo control durante los 30-36 meses de seguimiento.

Objetivos

El módulo de MBT-A aporta una revisión teórica y pretende generar una experiencia vivencial de este paradigma.

Objetivos específicos

1. Concepto de mentalización
2. Teoría básica.
3. Modos no mentalizadores
4. Formulación
5. Actitud del terapeuta
6. Role Playing para:
 - a. La evaluación de la capacidad mentalizadora
 - b. Detectar los modos no mentalizadores.
 - c. Técnicas de comunicación.
 - d. La formulación diagnóstica (Efrain Bleiberg, 2020).

Concepto de Mentalización

Mentalizar es "percibir e interpretar la conducta como estrechamente relacionada con estados mentales intencionales". El concepto se basa en el supuesto de que nuestros estados mentales influyen en nuestra conducta (Bateman y Fonagy, 2006).

Hace referencia a la capacidad de comprender las acciones, tanto de los demás como de uno mismo, en términos de pensamientos, sentimientos, deseos e intenciones. Se trata de una capacidad humana, que contribuye a nuestras interacciones cotidianas. La pérdida de la mentalización es inherente al ser humano, no únicamente vinculada a la patología mental.

El objetivo de la mentalización es tomar conciencia de los estados mentales, para explicarnos la conducta y ubicarnos en el mundo.

Este espectro de capacidades mentalizadoras incluye saber o intuir cómo nuestra propia conducta e identidad se organiza y adquiere coherencia. Nos permite saber cuáles son las diferencias entre uno mismo y los otros.

Los tipos de mentalización son la reflexiva y la automática. Ambas deben estar en cantidad y cualidad en un balance continuo.

1 **Automática** es aquella que se activa de manera inconsciente o preconsciente y promueve movimientos de lucha o huida. Es adaptativa. Nos permite protegernos del peligro. Se localiza en la amígdala cerebral. Permite la supervivencia del individuo y de su descendencia.

2 **Reflexiva** es racional requiere de un esfuerzo consciente. Necesita de la voluntad para pensar en lo que nos está pasando para relacionarlo con alguna emoción y dudar de alguna de las percepciones que damos por supuestas. Nos permite dar mayor coherencia a lo que nos ocurre en la interacción con los demás. Permite dar una narrativa mayor sobre uno mismo. Ayuda a arreglar malos entendidos en la comunicación.

Teoría básica

El sujeto con rasgos de personalidad límites o estructura limítrofe de la personalidad (Kernberg, .PF, 2022) parte de una frágil **constitución del self** (Kohut, 2011). La causa

de esta debilidad se sustenta en la **Teoría del Apego y los tipos de apego**.

Estudiamos la etiopatogénia de los trastornos del apego inseguro y consecuencias psicopatológicas (Bolbwy, 1994) a través de experiencia de la **Situación Extraña** (Ainsworth, 1967).

Los trastornos del apego generan la internalización de relaciones de objeto dañadas (Klein 1972). El paciente, tras la experiencia reiterada de maltrato vs abandono o ambivalencia con la figura materna, no obtiene una relación de objeto interno que lo calme. Estas partes del sí mismo son vividas como ajenas a la identidad self **ajeno o alien self** (Fonagy, 2016).

En palabras de Fonagy (2016) *el bebé no puede encontrarse a sí mismo en la madre, y aún necesita internalizar algo referido a sí mismo, en este caso la imagen de la madre. La madre internalizada de esa forma dentro del self es lo que hemos llamado alien self (self ajeno). Se refiere en realidad a una fragmentación del self.*

Ante situaciones de estrés, cuando el apego se pone en riesgo (discusiones con la familia, amenaza de ser abandonado de la pareja, etc.), el alien self se externaliza mediante la **identificación proyectiva** (Klein, 1946). Estas partes del yo fragmentado se proyectan en el otro por no ser toleradas. El otro, la persona con la que está vinculándose el paciente, no lo vive internamente como algo ajeno. Esta experiencia puede, y suele, generar reacciones de lucha o huida que retroalimentan el malestar del paciente. Como consecuencia se trasladan los aspectos no mentalizados de una persona a la otra, provocando no mentalización en la relación.

Partimos de la base de que las experiencias negativas en la infancia, provoca una sensación de suspicacia y de falta de confianza en la terapia. Por ejemplo, como *me voy a abrir con una persona que me pretende ayudar cuando las personas que lo tuvieron que hacer no solo no lo hicieron, sino que me causaron un daño extra. ¡Abrir mi estado interno es demasiado riesgoso!*

La capacidad de mentalización se desarrolla hasta los tres años. Hasta esa edad la figura materna necesita “dar por supuesto lo que le pasa al niño en su mente para protegerlo”. Este modo le permite al bebé se alimentado, abrazado y limpiado. El bebé y la madre “se conectan sin duda”. La madre “sabe” o “adivina” el estado mental del bebé para darle una respuesta. Los estudios informan de que los aciertos, con respecto a los errores, de la

figura materna están en una proporción 1 sobre 3.

En esta experiencia, la figura cuidadora, hace un juego con el discurso y usa un todo especial cuando se dirige al bebé. Bromea y dramatiza diciendo “ahí mi niño que se ha hecho pipí y está incómodo”. Este tono de comunicación le permite al bebé tener la experiencia de que se le ponen palabras a lo que le pasa y que hay alguien que se pone en su piel. Este otro que lo mentaliza no vive lo mismo que él, ni con la misma intensidad.

La madre suficientemente buena (Winnicott, 1945) puede hacer esta función de **holding** (sostén) o de **reverie** (Bion, 1962) si ha tenido experiencias previas de ser mentalizada. Se postula que los problemas en la mentalización son transgeneracionales.

Modos no mentalizadores o prementalizadores

Equivalencia psíquica

La persona “da por supuesto” que lo que tiene el otro en la mente es la realidad, sin dudarlo. Los pensamientos se experimentan como si fuesen reales. Es un estado mental atemorizador: añade dramatismo y riesgo a experiencias vitales.

Modo simulado o Hipermentalización.

Las palabras no encajan con los sentimientos. Hay una incongruencia afectiva (propia de los rasgos caracteriales facticios, narcisistas, psicopáticos o alexitimico). Se representa gráficamente como el elefante en la habitación. Todos lo vemos, hay un problema grave y el relato no resuena, aburre, como si no pasara nada cuando es tan evidente.

Modo teleológico

Los estados mentales son reconocidos solo si sus resultados son físicamente observables.

¡Si me quisieras estarías aquí ahora!

¡Si me valoraras no me atenderías solo media hora!

La presencia de hechos traumáticos objetivables o subjetivos en la primera infancia provocan un déficit en la Confianza Epistémica (Fonagy, 2006). Es decir, el paciente tiene dificultades para confiar en que, acompañado de alguien, puede aprender sobre su mundo interno sin correr un riesgo excesivo de desintegrarse, ser atacado o encontrar algo que no pueda tolerar.

Formulación

En la MBT la exploración realizada con el paciente se devuelve o formula con el objetivo de que comprendan como hemos construido la hipótesis de lo que le lleva a sufrir.

Una adecuada formulación incluye:

- Modo no mentalizador predominante.
- Grado de confianza epistémica. Causa de la falla de la misma.
- Circuitos viciosos que se producen en las relaciones con los otros y consigo mismo a causa de la no mentalización.
- Hipótesis de la causa del problema en la mentalización.
- Verbalizar los riesgos que debe correr el paciente (efectos secundarios) por confiar en el terapeuta, la posibilidad de que el terapeuta falle cuando intenta mentalizar y la necesidad de que esto se hable para repararlo
- El encuadre de las sesiones individuales y familiares.

Actitud del terapeuta

Los ingredientes de la actitud del terapeuta MBT son;

- Mostrar, ante el paciente, una actitud humilde y de no saber.
- Promover intervenciones no basadas en la interpretación.
- Convertirse en un detective curioso del mundo interno del paciente (actitud inquisitiva).
- Verbalizar al paciente que él/ella se equivoca, que no tiene la verdad en la mano.
- Chequear con el paciente el impacto de sus intervenciones en sí mismo, en el paciente y analizar la eficacia de las mismas.
- Estar dispuesto a tolerar la incertidumbre y a soportar los retos del paciente de una forma reflexiva.

Terapia Basada en la Mentalización en Adolescentes

La MBT-A es un programa manualizado para pacientes con TLP Adolescentes. En condiciones ideales la MBT-A se realiza en contextos ambulatorios, ya sea en régimen de Hospital de Día o no.

El encuadre del programa con adolescentes requiere de:

1. Evaluación del adolescente (dos o tres sesiones. Explorar la capacidad de mentalización, modos no mentalizadores predominantes y emitir una formulación o diagnóstico consensuada con el paciente y familia.
2. Entrevistas con la familia de evaluación. Tener en mente a la familia y hacerla partícipe. Detectar los círculos coercitivos y viciosos que dificultan la reflexión y alimentan el acting out en el paciente.
3. Psicoeducación individual o grupal. Explicar en qué consiste la mentalización y como se realiza la terapia.

Explicamos al paciente y familia que en las sesiones se trabajarán cuestiones de la vida cotidiana que el paciente aporta a la sesión. Con ellas intentamos comprender (terapeuta y paciente) lo que ha fallado y lo que ha sido funcional. Se analiza en la interacción con el terapeuta (aquí y ahora) como está funcionando el sistema mentalizador. Si se detectan dificultades en la mentalización o el terapeuta los verbaliza con el objetivo de repararlas. Si se producen estados no mentalizadores en el paciente el terapeuta los frenará, pero no los interpreta, solo los señala. La interpretación se lee como un acto de mentalización reflexiva que el terapeuta “hace por el paciente”.

4. Intervención individual. Una sesión por semana, mínimo un año. El objetivo es estimular la curiosidad por mentalizar.
5. Intervención familiar. Una sesión quincenal.
6. Intervención grupal. Si existe la posibilidad en el dispositivo, se crean grupos en el que se trabajan viñetas de la vida diaria entre los adolescentes.

Proyectos del módulo

La versatilidad del modelo y los estudios recientes engrosan la aplicabilidad de la MBT a otras patologías.

Estamos ampliando el uso de viñetas clínicas sobre intervenciones en adultos con psicosis, trastornos alimentarios, TEA y problemas afectivos.

Por otro lado, independientemente del diagnóstico, percibimos la utilidad del modelo en encuadres no reglados. La práctica con ejemplos del manejo de las urgencias psiquiátricas (tentativas suicidas), intervenciones con parejas y tratamientos con familias ayudan a tener un marco de referencia útil para el alumno. Percibimos su utilidad, incluso, para el manejo de situaciones de estrés en las relaciones con otros profesionales (equipos de trabajo) de la institución sanitaria.

Bibliografía

- Ains, M. (2001) Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. Revisado de <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=156>
- Allen, J. G y Fonagy, P. (2006). Handbook of Mentalization-Based Treatment. New York: Wiley.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bleiberg, E. (2016). La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. <https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2015/bleiberg.pdf>.
- Bodner, G. and Bodner, G., 2022. El concepto de Reverie en algunos modelos contemporaneos. [en línea]
- Bowlby, J. (1998). *El apego (Attachment)*. Madrid, España: Paidós.
- Cuevas, C. y López, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Effective psychological interventions for the treatment of borderline personality disorder). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- Kernberg, O. F. (1999). *Trastornos graves de la personalidad (Severe Personality Disorders)*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Kohut, H. (2001). "Análisis del self". Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 2001
- Lanza Castelli, G. (2011, febrero). *Mentalización: aspectos teóricos y clínicos (Mentalization: theoretical and clinical aspects)*. Trabajo presentado en el XII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, España.
- Montero Hernández, G. (2018). El suicidio en la población TLP datos. El suicidio en la población TLP datos. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=el-suicidio-en-la-poblacion-tlp-en-datos>.
- Quintero, S., Vega, I. (2013) .Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad, Consultado en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100003
- Temas de Psicoanálisis. Disponible en: <<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2019/07/18/el-concepto-de-reverie-en-algunos-modelos-contemporaneos/>> [Consultado el 23 de enero de 2022].
- Winnicott, D. W. (1982). *Realidad y juego (Playing and reality)*. Barcelona, España: Gedisa.
- Temas de psicoanalisis.org. 2022. [en línea] Disponible en: <<http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/12/PLANTILLAPDF-Entrevista-Fonagy.pdf>> [Consultado el 24 de enero de 2022].
- Kernberg <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Kernberg-Otto-19.pdf>
- Monzon Reviejo, S. (2019). *Guía para diferenciar la adolescencia normal de los adolescentes con trastorno límite de la personalidad**. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/12/Monzon-S-34.pdf>.
2022. [en línea] Disponible en: <<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornoLimitePersonalidad.pdf>> [Consultado el 23 de enero de 2022].
- <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCTrastornoLimitePersonalidad.pdf> Guía de Práctica Clínica



Psicoterapia
psicoDinámica
Grupal

Capítulo

01

Introducción a la psicoterapia grupal psicodinámica: de lo intrasubjetivo a lo intersubjetivo

Lorenzo López, L.; Vallejo Jiménez, F.

Introducción

La psicoterapia grupal se ha desarrollado a lo largo de un proceso histórico, en los cuales la clasificación y definición sobre la noción de grupo ha ido modificándose con las aportaciones de los diferentes autores y sus marcos de referencia. Consideramos que el conocimiento de la historia de lo grupal, de los orígenes, son importantes para una comprensión más contextualizada del presente y de los desarrollos actuales del campo de lo grupal y de la psicoterapia grupal.

La psicoterapia de grupo ha tenido numerosas aportaciones, cambios y avances desde los pioneros hasta la actualidad. Por sus propias características es aplicable a los diversos contextos de salud mental, a las intervenciones comunitarias, al análisis institucional, al trabajo en equipo y la organización. Si bien es cierto que todavía queda un camino por recorrer para que, desde las instituciones formativas y las instituciones sanitarias, se considere la psicoterapia de grupo como una propuesta terapéutica necesaria, eficaz y eficiente para tratar los problemas de salud mental, (Vallejo, 2015).

Un punto de partida en este recorrido histórico, es la posición teórica que nosotros, desde la Concepción Operativa de Grupo y desde la teoría psicoanalítica grupal, tenemos acerca del “grupo”. Para nosotros no se trata de una técnica más sino de un proceso de construcción de un campo nocional acerca de la grupalidad. Es decir, desde la perspectiva de la psicoterapia psicoanalítica, el desarrollo y construcción de la grupalidad parte de una teorización acerca del sujeto, de la subjetividad, y por tanto del aparato psíquico. “La subjetividad emerge en la grupalidad y en un momento histórico determinado lo que nos permite pensar la psicopatología y la clínica (Bauleo 2004)

Decíamos que hay muchas definiciones de grupo, tantas como autores y teóricos que han investigado lo grupal. Pero a partir de la variabilidad hay coincidencias, encuentros y aspectos comunes.

Las personas crecemos, nos desarrollamos y aprendemos en espacios grupales, desde la familia, la escuela, la comunidad. Por tanto, hacia estas experiencias grupales es donde dirigimos la mirada o la investigación para estudiar cómo se expresan los problemas y el sufrimiento psíquico en estos contextos relacionales. Y será el espacio grupal el medio más cercano a la realidad de las personas como lugar de tratamiento. Los síntomas son subjetivos, pero también emergentes de las relaciones familiares y sociales.

Los seres humanos tenemos necesidad de pertenencia, de estar con otros. Nuestra identidad se configura con otros. Y como nos señala Bion (Gomez 2022) “la mente humana necesita de otra para pensar, el pensamiento requiere de otro”. Reconocemos que en la construcción de la subjetividad es importante el reconocimiento del otro, las primeras experiencias vinculares en el grupo familiar, la relación madre-hijo, contextualizada en un momento histórico y social. Todo ello contribuye a la constitución de la intersubjetividad, que no es más que el encuentro con otro, pero ya desde el desarrollo de las teorías de grupo, el otro es “grupal”. (Pichón Riviere 1975).

Como decíamos hay muchas definiciones de grupo, casi tantas como autores y escuelas. Pero hay algunas características anteriores a la conceptualización del grupo y de su metodología que son comunes en todas las descripciones: pluralidad de personas, delimitación espacial y temporal, la comunicación entre los miembros, la experiencia en común, la consecución de una meta u objetivo, la distribución de roles, la interdependencia, el aquí y ahora, el cambio y las resistencias.

Aproximación histórica

Vamos a tratar de resumir y dar unas líneas generales de los inicios hasta la actualidad, de los desarrollos y escuelas más significativas, que han experimentado, implementado y teorizado acerca del grupo. Serán unas notas breves introductorias.

Los inicios de los desarrollos sobre los grupos tienen un carácter eminentemente experiencial. Se observan los fenómenos que se producen cuando las personas están reunidas, se describen estos fenómenos, y se va construyendo los modelos teóricos. A su vez estos modelos son puestos en juego en la práctica clínica, y esta va dando datos

para ir construyendo los diferentes marcos y escuelas sobre lo grupal.

Las primeras experiencias grupales no se inspiran en el psicoanálisis: unas vienen del campo de la medicina, del trabajo y prácticas asistenciales en hospitales; y otras del campo de la sociología, de la psicología social y la filosofía.

Pero tendríamos que señalar que, desde principios del siglo XX y el periodo de entre guerras, el desarrollo de técnicas grupales como instrumento de trabajo, tuvo un gran desarrollo. Y a partir del psicoanálisis y de algunas corrientes psicoanalíticas, el trabajo grupal adquiere su dimensión psicoterapéutica, considerándose a la psicoterapia de grupo por parte de algunos psicoanalistas un método de trabajo clínico, con su campo específico de intervención. La mirada desde lo clínico pasa del individuo a un sujeto relacionado, contextualizado y sobredeterminado por lo social e histórico.

Podemos decir que en lo referente al campo psicoanalítico, la historia de la psicoterapia grupal, ha tenido diversos desarrollos. Desde una mirada más centrada en lo intrapsíquico, a un desarrollo teórico y técnico donde se enfatiza el contexto social e histórico. Y de cómo ese contexto experiencial se ha ido internalizado en un interjuego permanente entre el mundo interno (intrasubjetivo) y el mundo externo (intersubjetivo). (Quiroga 1998).

Las primeras experiencias grupales que relatan los estudiosos de la historia de los grupos son las de Pratt (1905), a quien se le considera un pionero en utilizar el grupo como una técnica. Era médico y trabajaba en una clínica de tuberculosos, y comenzó a tratar los problemas emocionales de estos pacientes en grupo. Comenzó observándolos en la sala de espera; a partir de ahí se fue dando cuenta que entre ellos, como nos describe Bauleo (1982) “se establecían lazos emocionales que influían en el interés hacia el tratamiento”. Comenzó a reunir a los pacientes en grupo y usar la información acerca de la enfermedad como un método de trabajo. Los seguidores de Pratt continuaron esta línea de trabajo en grupo, teniendo en cuenta los efectos emocionales sobre las enfermedades, sean somáticas o psíquicas. Fueron observando que, de esta manera, es decir trabajando en grupo, tenía un mayor efecto el aprendizaje acerca de la dolencia y la predisposición a cuidarse. Lazell (1921) aplica este modelo con pacientes diagnosticados de esquizofrenia; la tarea era usar la lectura y la información, para posteriormente los pacientes dialogar sobre ella; él consideraba que la mayor o menor participación en estos temas, era un indicador de un progreso terapéutico.

Dentro del paradigma psicoanalítico, antes de hablar de las aportaciones de Freud a esta psicoterapia, vamos a nombrar y a describir algunas experiencias de grupo orientadas psicoanalíticamente.

T. Burrow, (1927), desarrolla lo que llama el análisis grupal. Es uno de los primeros psicoanalistas que apuntan a que las personas viven en una sociedad y no son elementos aislados. Señala que en el Grupo se ponen de manifiesto conflictos sociales y relacionales.

No podemos dejar de nombrar un psiquiatra y psicoanalista, catalán, Mira y Lopez (Campos 1988) que, a principios de los años 30, empezó a formar grupos y al comienzo de la Guerra Civil, hizo lo posible para que los pacientes del hospital en el que trabajaba aprendieran a organizarse a través de la autogestión para, de esta forma, crear un ambiente con similitudes a lo que hoy llamamos las comunidades terapéuticas. Tenía un compromiso ético con las condiciones en las que vivían los enfermos mentales, aseverando que estas condiciones generaban la enfermedad.

Hicieron falta muchos años y una guerra mundial para que se tuviera en cuenta este factor tan importante: que las condiciones donde vivían los pacientes así como las relaciones con los profesionales, estaban directamente relacionados con su evolución favorable o crónica. Es interesante conocer esta parte de la historia de nuestro país donde ya en los años 30 se trabajaba en esta dirección, precursora de las comunidades terapéuticas y del movimiento de la antipsiquiatría. Todo esto y los inicios del psicoanálisis, fueron acallados por la dictadura militar; tardamos muchos años en volver a rescatar alguno de estos principios que nos aportó Mira y López. También nombraremos a Tosquelles, (2001) psiquiatra republicano exiliado en Francia, que fue uno de los impulsores de la psicoterapia institucional.

Siguiendo con estos autores que se enmarcan dentro del esquema referencial psicoanalítico, uno de los primeros en trabajar en grupo fue Schilder (1945). Empezó a utilizar el método de grupo como técnica psicoterapéutica. Su objeto de trabajo era los individuos dentro del grupo; pero tenía una visión holística del mismo, trabajaba en el hospital Bellevue de Nueva York. Slavson (1946) se le considera el padre de la “psicoterapia de grupo”; aplicó el modelo psicoanalítico al grupo con niños. Estudió la importancia de los aspectos sociales y de la socialización en la formación de la

personalidad, así como en los trastornos mentales. Organizaba grupos de niños, que “constituían familias modelo”.

En resumen, iniciaron la aplicación sistemática de los conceptos del psicoanálisis individual a un contexto de grupo. Desde el punto de vista de estos autores, el análisis se enfocaba sobre el individuo en el grupo. Sus aportaciones propiciaron la investigación de los efectos del grupo en el individuo.

Todavía estamos en un momento en que seguía existiendo en el campo de la clínica la dicotomía entre lo individual y lo social.

Creemos que hay un autor imprescindible para los estudiosos de los grupos y de la psicoterapia grupal que es el psicólogo alemán Lewin (1988) quien define el término de “dinámica de grupos”. Partiendo de la psicología social y muy alejado del psicoanálisis como marco referencial, desarrolló el concepto de grupo así como un cuerpo teórico muy importante que ha influido en diferentes escuelas de la psicoterapia de grupo (entre ellos, Bion y Pichón Riviere). Podemos decir, al menos así es nuestra visión, que Lewin da un giro importante en la comprensión del grupo como totalidad. Pichon Riviere y Bion, fueron algunos de los estudiosos de los grupos, que dieron cuenta del potencial que aportaba este psicólogo social a la comprensión de los fenómenos grupales. Otros autores y corrientes actuales de la psicoterapia psicoanalítica también toman alguno de sus presupuestos de partida.

El grupo sigue afirmando Lewin, es “un conjunto de personas interdependientes, “un todo cuyas propiedades son diferentes a la suma de las partes. Los grupos no son objetos fijos, sino que tienen una historia y un proyecto. Su gran aportación es la visión del grupo como una totalidad como una Gestalt, como algo más que la suma de las partes. Señala que una modificación en un elemento modifica la estructura grupal. Desde esta descripción del grupo como una totalidad y con la idea de que el grupo es algo más que la suma de los integrantes, es con lo que trabajaba; con ese más que son los efectos que se producen en la dinámica grupal por la interrelación entre los miembros.

Así el grupo como totalidad, como estructura, empieza a tener una entidad propia y a ser conceptualizado como un objeto de conocimiento propio.

Del psicoanálisis a la psicoterapia grupal psicoanalítica.

Comenzaremos por Freud y las aportaciones que este autor hace al desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica grupal; no tanto por lo grupal, campo al que fue ajeno, sino por el hecho de que en su teoría acerca del sujeto, del inconsciente, de la psicopatología, de la función del síntoma, de los procesos de identificación, de la teoría sobre el narcisismo y la transferencia, aporta conceptos imprescindibles para la comprensión de la grupalidad. Freud (1979) en su famoso texto de “Psicología de las masas y Análisis del Yo”, afirma que no podemos pensar en una división entre la psicología individual y social. Y refiere que “en la vida anímica individual aparece integrado siempre el otro como modelo, objeto, auxiliar o adversario y, de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde el principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado”.

Klein (1994), desarrolla la teoría de las relaciones objetales, que abrió un amplio campo teórico, para el trabajo con niños, con psicóticos y con los grupos. Debemos a Melanie Klein la conceptualización sobre las pociões esquizoparanoides y depresivas, constitutivas del desarrollo del psiquismo.

Con la irrupción del psicoanálisis en el campo de la clínica, con la teoría del sujeto y los procesos inconscientes, se produce un cambio de perspectiva y paradigma en la psicoterapia grupal.

En la evolución de las psicoterapias grupales de inspiración psicoanalítica se pueden señalar dos enfoques. En uno de ellos se analizan los individuos en el grupo, lo que llamamos la psicoterapia en grupo. En un segundo enfoque se analiza y se toma el grupo como objeto, como una totalidad y se trabaja sobre los efectos grupales

El desarrollo de la teoría y pensamiento acerca de lo grupal, está intrínsecamente unido y presente lo institucional y lo comunitario

Uno de los autores que trabajan en esta última línea es Bion (1990) psicoanalista kleiniano, militar, que atendía a los soldados que regresaban de la guerra con experiencias traumáticas; con ellos empieza a trabajar en grupo. Este trabajo pionero está recogido en su interesante libro “Experiencias en grupo”. Desarrolla un psicoanálisis de los grupos; es de los primeros que en el campo psicoanalítico toma al grupo como una totalidad. Es interesante su planteamiento de que el grupo pone de manifiesto las

características sociales y políticas de los sujetos. Señala que el grupo es algo más que la suma de los integrantes, lo que le permite, a partir de ahí, construir la noción de “mentalidad grupal”. Describe que en el grupo hay dos niveles de actividad, una racional y otra más emotiva, a la que llamará “grupo de supuestos básicos”. Describe al “grupo de trabajo” como un momento del proceso grupal en el que está más presente lo consciente y lo creativo.

En la escuela de la Tavistock también nos encontramos con Foulkes (1981) y sus desarrollos teóricos del Grupoanálisis, al que solo mencionamos ya que se va a dedicar un capítulo en este libro. Foulkes fue un gran impulsor del trabajo grupal psicoterapéutico, y su escuela sigue hoy en día desarrollando un campo de aplicación y teorización muy amplio.

Solo nombraremos a algunos los autores de la escuela francesa como Anzieu (1886) y Kaes (1977), cuyas aportaciones al campo grupal y al estudio de las instituciones han sido y son muy importantes.

En general y siendo muy sintéticos y posiblemente reduccionistas, podemos decir que estos autores colocan el foco en el grupo como un espacio de descubrimiento de las formaciones del inconsciente. Señalan que, el encuadre psicoanalítico debe favorecer la emergencia, la elaboración y la interpretación de las formaciones y procesos psíquicos que están imbricados en la situación de grupo. Anzieu nos plantea que toda situación grupal, es vivida por los integrantes como una realización imaginaria de deseos y al mismo tiempo una fuente de angustia. Remitimos a la bibliografía sobre estos autores, que junto con Bejarano y Pontalís, forman lo que hemos llamado la escuela francesa. (Guimón 2003)

El psicodrama es una escuela dentro de la psicoterapia grupal que ha tenido y tienen un desarrollo muy importante en el campo de la clínica. Moreno (1966) crea su escuela, el psicodrama moreniano. Y fue uno de los primeros en utilizar el término *psicoterapia de grupo* (1916). No queremos dejar de nombrar por la importancia que ha tenido en la formación de amplias generaciones de psicólogos y psiquiatras tanto en Andalucía como en otras comunidades a J.M. López Sánchez, (2004) que fue director de la Unidad de docencia y psicoterapia de Granada y aplicó el psicodrama tanto en la Unidad de Hospitalización como a pacientes psicósomáticos.

Decíamos al inicio que diferentes disciplinas habían contribuido de una y otra manera al desarrollo de la psicoterapia de grupo. Subrayamos la importancia que tuvo la filosofía materialista en este campo. Sartre (1971) introduce la idea de que “el grupo no es; es un devenir”. Analiza el grupo desde el pensamiento marxista y el existencialismo. Introduce el pensamiento dialectico en el campo de lo grupal. Marx y el materialismo histórico contribuyen a que el hombre no sea estudiado como un ente aislado, sino que las condiciones históricas, económicas y de producción, sean tenidas en cuenta en la construcción de la subjetividad. (Bleger 1958)

La psicoterapia siempre se desarrolla en instituciones ya sean privadas o públicas, y en los espacios comunitarios. No podemos dejar de lado en esta historia de los grupos, a los movimientos de los años 60, el “mayo 68 francés”; momento mítico, que dio paso a un potente desarrollo de la antipsiquiatría, de la pedagogía institucional, del estudio de los grupos en las organizaciones. Laing (1964), Basaglia (2004), Loureau (2007), Lapassade (1990) y otros muchos que contribuyeron a cuestionar, cambiar e introducir procesos instituyentes allí donde “los modelos autoritarios” estaban muy presentes y cuyos efectos entre otros eran unas instituciones que “enfermaban”.

Para finalizar, enfatizamos la importancia en el desarrollo grupal, tanto de la psicología social y el grupo operativo, como de la concepción operativa de grupo y el psicoanálisis operativo de grupo, desde América Latina, a partir de E. Pichon Rivière, y desde Europa, a partir de los desarrollos de A. Bauleo, con el crecimiento de muchas escuelas y trabajos de campo en el ámbito de la prevención, promoción y psicoterapia grupal operativa y la clínica grupal operativa (Irazabal 2014.).

Bibliografía

Anzieu, D. El grupo y el inconsciente, lo imaginario grupal. Biblioteca Nueva. Madrid.1886

Basaglia, F. Razón, Locura y sociedad. SigloXXI. México.2004

Bauleo, A Ideología, Grupo y Familia. Edit. Folios. México 1982

Bauleo, A. Psicoanálisis y Grupalidad. Reflexiones2004 acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis. Paidós Buenos Aires 1997

Bauleo, A. Contrainstitucion y Grupo. Fundamentos. Madrid, 1977

Bion, W. Experiencias en Grupo. Paidos. Barcelona 1990

Bleger, J. Psicoanálisis y Dialéctica materialista. Paidos. Buenos Aires. 1958

Burrow, T. Psychoanalytic Review 10, 1927, pag 268-280

De Quiroga, A. Crisis, Procesos sociales. Sujeto y Grupo. Ediciones cinco. Buenos Aires. 1998

Campos, J. Una historia de la AIPG; hechos y hallazgos. Barcelona MAES 1998

Foulkes, S. Psicoterapia Grupoanalítica. Ed. Gedisa. Barcelona. 1981

Freud, S. Psicología de las masas y análisis del yo, OC, XVIII, Amorrortu. Buenos Aires 1979

García, de la H, Revisión histórica de la psicoterapia de grupal. Rev. Clínica y análisis grupal. Madrid n.1 Pág. 8 a 19

Gómez, R. La formación en psicoterapia de grupo. El necesario cambio de los programas asistenciales y de formación. Revista Psicoterapia. Marzo 2022. Vol33. N.121. pág. 101-122

Guimon J. Manual de terapia de grupo, Biblioteca Nueva. Madrid 2003

Irazabal, E. Aprender a pensar (grupalmente), Notas sobre el grupo operativo en España. En Salud mental y Terapia Grupal. Cerverino coord..Edic.cinco Madrid 2014

Kaes, R. El aparato psíquico grupal, construcciones de grupo. Granica. Barcelona 1977

Klein, Obras completas, 4., Paidos, Barcelona, 1994.

Laing, R. El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. FCE. Mexico 1964

Lapassade, G. Grupos, organizaciones e instituciones. Gedisa. Barcelona. 1990

Lewin, K. La dinámica de grupos. Nueva Visión. Buenos Aires. 1988

Loureau, R. El análisis institucional. Amorrortu. Buenos Aires 2007

López, J.M. Mirando Personas. Lichtung. Granada 2004.

Moreno, J.L. Psicoterapia de grupo y Psicodrama. FCE. México

Pichon R. Del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Vision. Buenos Aires. 1975

Rosenfeld, D. Sartre y la psicoterapia de los grupos.. Paidos. Buenos Aires. 1971

Schilder, P. Tratado de psicoterapia, Paidos. Buenos Aires. 1945

Slavson, S. Tratado de psicoterapia. Paidos. Buenos Aires. 1976.

Tosquelles I. Las enseñanzas de la locura. Alianza Editorial. Madrid 2001

Vallejo, F. El acercamiento al sujeto desde la práctica asistencial. En el sujeto de la conducta, de la relación. Sujeto en la sociedad actual. AEN. Madrid. 2015

Capítulo

02 Psicoterapia de grupo analítico-vincular

Martínez García de Castro, M.

Marco teórico

El modelo analítico-vincular, desarrollado por Nicolás Caparrós, se enmarca en la orientación psicoanalítica teniendo de base la escuela kleiniana y la influencia directa de Pichon Rivière de quien toma el concepto de vínculo. Este autor lo definió como “una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto, su mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje” (tomado de C. Hirt, 2000). Para M. Klein el objeto es objeto interno, Pichon incorpora con el vínculo al objeto externo, es decir, lo social y amplía la noción de relación de objeto.

En el modelo analítico-vincular se considera al vínculo como una estructura que se despliega en un proceso y cuya génesis es también la génesis del sujeto. El recién nacido (con las leyes propias del nivel biológico) aparece en un medio social, y de la interacción de ambos planos surge el nivel psicológico de integración y con éste el vínculo. En este modelo, el vínculo se define como la estructura dinámica que engloba tanto al sujeto como al objeto en un lazo cuyo organizador principal es afectivo, y es el medio por el que se constituye el individuo, la construcción del sujeto exige la participación activa del otro (Caparrós, 2004). Este proceso histórico del vínculo va desarrollando, pues, una progresiva complicación estructural. Pero las distintas etapas, dice Caparrós, no se anulan sino que combinan sus características en el sujeto y en sus relaciones, de tal manera que los vínculos adultos llevan las huellas de su proceso histórico.

El vínculo en el grupo

El vínculo es también la unidad fundamental de toda dinámica grupal. La noción de Pichon de “*Grupo Interno*” hace referencia a un escenario en el mundo interno del sujeto donde se recrean objetos y vínculos. Es el resultado de un proceso de internalización de objetos,

es decir, de las figuras representativas del sujeto en su infancia, y de los patrones de relación con las mismas. La estructura vincular de un sujeto será la traducción práctica de los modos de relación intrapsíquica de su grupo interno y de los modos de relación intersubjetiva con el mundo exterior. Tal estructura se pone de manifiesto en las transferencias grupales con los otros pacientes y con el o los terapeutas. El grupo interno de cada persona se proyecta en cada situación social. Así en la psicoterapia de grupo, los distintos grupos internos, escenificados en el grupo terapéutico, interactúan y tal interacción constituye la “*Tarea Terapéutica*” que puede definirse como: aquello que el grupo actual desarrolla y modifica de los grupos internos a través de la relación transpersonal. Van surgiendo distintos vínculos que, trabajados en la técnica grupal, irán cambiando.

En el dispositivo grupal el vínculo se multiplica. Pero no, como en la terapia individual, en los sucesivos aspectos del vínculo terapéutico, sino en los terceros reales que aparecen en el grupo. En la terapia individual el tercero es imaginario, en la terapia de grupo es real, son los demás pacientes y terapeutas. “Que el vínculo es el objeto de la psicoterapia grupal, dice Caparrós (1993, a), viene dado porque el grupo es el lugar preferente de su manifestación...Una psicoterapia del vínculo permite tener como objeto de trabajo a la relación y no a los integrantes aislados de ésta”. Aparece en el dispositivo grupal un juego de los distintos vínculos transferenciales cruzados y repartidos entre todos los miembros del grupo, terapeutas y pacientes; el papel del terapeuta queda, así, descentrado. Este vínculo grupal complejo se expresa en la llamada “experiencia grupal” o, en expresión de Caparrós, en la “colectivización del conflicto individual”.

El proceso grupal va creando situaciones que incluyen y trascienden los aspectos individuales. Se puede entender la *Situación Grupal* como la secuencia de conductas verbales y preverbales que resultan del empleo preferente y significativo de un conjunto de mecanismos de defensa. “La situación obra a la manera de mecanismo actualizador y transformador de la conflictiva, y cumple un papel análogo al de la transferencia en la terapia individual” (Caparrós, 1993, b). Es decir, la dinámica grupal, partiendo de cada individuo, genera un todo que incluye los estilos vinculares de cada miembro del grupo, un todo organizado vincularmente (y por tanto afectivamente) sobre el que se puede trabajar en cada sesión y que sirve de contexto a cada intervención individual que pueda hacerse en el grupo, tal y como la transferencia sirve de contexto a cada intervención

terapéutica en el espacio individual. En las distintas situaciones se van mostrando los aspectos comunes y distintos de los miembros del grupo. Aspectos afectivos y de contenido. En el modelo analítico-vincular se acentúan los afectivos, ya que permiten mejor el análisis estructural de los vínculos que, organizados afectivamente, se despliegan en la situación particular.

El grupo real moviliza la relación entre el sí mismo y el grupo interno. Está servido el planteamiento sobre la propia identidad, la representación que de mí se hacen cada uno de los otros, la que yo hago de los demás. Y desde ahí las experiencias de fusión, separación, exclusión y en definitiva todos los conflictos que, en el desarrollo del sujeto, van teniendo lugar (Sanfeliu, 1998). Las transacciones de los distintos grupos internos en la situación grupal permiten analizar los vínculos que se ponen en juego. En mayor o menor medida todos los miembros del grupo están implicados en cada situación. El trabajo sobre los aspectos afectivos que aparecen entre los pacientes va haciendo posible el reconocimiento de los antiguos vínculos actualizados en el grupo, y va dando mayor plasticidad para vivir lo antiguo de otra manera propiciando así el cambio hacia vínculos nuevos.

Un ejemplo de esta actualización de vínculos en el grupo, es la siguiente escena de un grupo multifamiliar. *La madre de Cecilia, una paciente límite, le está reprochando a ésta su falta de compromiso en ocasiones anteriores y manifiesta su desconfianza en los propósitos nuevos. Su tono de voz y su actitud son ásperos. Rosa, otra paciente con muchos rasgos de inestabilidad emocional, mira a la madre de Cecilia con una cara que expresa mucha rabia mal contenida. Un terapeuta, conocedor de la historia de Rosa, le pregunta en tono contenedor qué le pasa y le señala que su cara parece expresar mucha rabia y sufrimiento. Rosa muestra su indignación por la actitud de la madre de su compañera. El terapeuta le indica que, más allá del conflicto entre Cecilia y su madre, parece que el asunto le ha tocado a ella muy adentro, “¿te recuerda alguna situación parecida de tu vida en la que te hayas sentido así?”. Rosa relata entre lágrimas las repetidas ocasiones en que se vio despreciada por su madre que no la creía cuando ella denunció que fue objeto de abusos sexuales.*

Situaciones grupales

La configuración de determinados vínculos fundantes, determina en cada individuo una forma de intervención preferencial de ciertos mecanismos de defensa. Esta estructura vincular es el “*Núcleo de Personalidad*” en el modelo analítico vincular. Aplicando esta teoría al grupo terapéutico, se distinguen “situaciones esquizoides, confusas y depresivas” según los mecanismos de defensa que intervienen de forma preferente. Los núcleos básicos de personalidad de los integrantes del grupo y los propios contenidos de la situación, determinan el uso preferencial de unos u otros mecanismos de defensa que definen el tipo de situación. Por otro lado, cada situación puede ser resistencial, si está al servicio de la resistencia al cambio, o productiva, cuando facilita el mismo. Seguiremos a N. Caparrós y cols. (1993) en esta descripción.

En la *situación esquizoide* predomina la fragmentación, la escasa interrelación. Podría ser una escena en la que se emiten contenidos dispersos, sin conexión, con abundantes silencios, quizá en un clima de desconfianza. Un ejemplo: *en un grupo de pacientes con TMG se da una escena en la que cada uno va a lo suyo, uno o dos miran el móvil, otro al techo, parecen poco interesados en lo que se pretende que sea el grupo. Alguno quizá tiene miedo, puede haber un clima de desconfianza.* Podría ser al principio de una sesión o de un grupo, cuando aún no se conocen entre sí, pero puede surgir en cualquier momento del ciclo grupal. Superada la situación, si puede elaborarse, aparecerán contenidos como “no me atrevía a decir”, “me aburría, pensaba que esto no sirve para nada”. O sea, un predominio de la proyección que fomenta la disgregación y la evitación; un ambiente en el que ninguno se siente cuidado por el grupo e incluso se siente perseguido. Quizá es más frecuente en pacientes esquizoides, inhibidos, psicóticos, pero puede darse en cualquier grupo. El ejemplo descrito sería una situación esquizoide resistencial. En ella se da un silencio que no hay que romper pronto sino aguantarlo a ver que va surgiendo. En el ejemplo de pacientes con TMG que estamos siguiendo, no habría que romper el silencio en seguida pero tampoco tardar mucho si no hablan espontáneamente. En una actitud de contención, se puede preguntar cómo se sienten, qué les pasa, animar a participar en la tarea, recordar el encuadre para asegurar el sigilo. Con pacientes neuróticos, se debe mantener el silencio, lo mejor es que lo rompan ellos cuando les supere la incomodidad. En cuanto se pueda, se debe elaborar qué ha pasado, por qué ese silencio, cuáles eran los miedos.

Otro ejemplo de situación esquizoide sería una en la que *distintos miembros del grupo hablan, sucesivamente, de contenidos distintos, desconectados entre sí. Uno de los terapeutas tiene la impresión de que está haciendo zapping en la televisión: el contenido de cada canal no tiene nada que ver con el de los otros. El terapeuta cree que algunas de las cosas que se dicen pueden ser muy útiles para el proceso grupal, pero la fragmentación dificulta la elaboración.* Sería el caso de una situación esquizoide productiva. Los terapeutas podrían señalar esa impresión de zapping para que tomen consciencia de la disgregación, superada la misma se puede “tirar” de los contenidos interesantes para que el grupo siga trabajando pasando a una situación de elaboración. Las situaciones esquizoides pueden ser propositivas, portadoras de emergentes que rompan la repetición.

Cuando el grupo está elaborando, como dejamos el ejemplo anterior, pasa a una *situación depresiva* que articula, contrasta, integra los distintos contenidos en un clima de reconocimiento de emociones. Todos participan aportando o escuchando. Si el grupo no termina por sí solo en el insight, en esta situación es suficientemente receptivo para ser interpretado. Esta sería una situación depresiva al servicio del cambio. Pero también la situación depresiva puede ser resistencial, por ejemplo: *los integrantes del grupo participan activamente en torno a una primera intervención de uno de ellos en la que ha relatado prolijamente un conflicto de pareja. Muchos dan opiniones racionales y atinadas, buenos consejos hacia la separación o la espera de la pareja, pero en un plano teórico en el que no se implican afectivamente. Podría ser una charla de café, contenidos racionalizados, descarnados.* Esta es una situación depresiva resistencial en la que predomina el mecanismo de la represión. Los terapeutas tienen que señalar lo que está pasando, volver a la tarea. Si es posible, utilizar alguno de los contenidos que se han dicho en tercera persona para invitar a que se pongan en primera persona. Si el grupo insiste, quizá una consigna puede crear una situación más confusa que rompa la rigidez anterior.

Precisamente, el tercer tipo de situación es la *confusional*, caracterizada por la acción, pasar a la práctica. Podemos ilustrarlo con la siguiente escena de un grupo de familiares de pacientes graves. *Varias madres hablan largamente de la soledad en que se encuentran al cuidado de su hijo y la falta de apoyo del marido y otros familiares. Un terapeuta le pregunta al único padre que hay en esta sesión qué le parece lo que está*

escuchando. El hombre, que había estado callado toda la sesión, habla de forma lenta y parsimoniosa: “Yo he estado toda la vida trabajando muchas horas al día. Es verdad que no he tenido tiempo de ocuparme demasiado de los hijos. Pero mi mujer nunca ha querido trabajar, tenemos dos hijos enfermos del corazón siempre he pensado que necesitaríamos dinero por lo que pudiera pasar. Mi mujer ha consentido a mi hijo”. Su testimonio genera un revuelo en el grupo, hablan muchos a la vez con opiniones contrapuestas. Algunas madres atacan al padre que ha hablado, otras se ponen de su parte. Se cuentan nuevos contenidos complementarios a los que ocuparon la primera parte de la sesión. El clima es de productividad y de emociones a flor de piel, unas de rabia otras de apoyo. Un terapeuta se dirige, en tono de humor, al padre que intervino: “Fíjate la que has liado cuando te has decidido a hablar”. Esta situación generada a partir de la intervención de este padre es una situación confusa terapéutica, que da pie a elaboraciones posteriores y rompe la repetición en la que estaba el grupo.

Pero en su vertiente resistencial, la situación confusional puede llegar al acting explosivo o implosivo. Un ejemplo: *Dos miembros del grupo atacan con violencia a un tercero; le acusan de monopolizar la palabra y no decir nada, sólo presumir; manifiestan su hartazgo. El otro les responde simétricamente: “si no os gusta os vais, yo también tengo que aguantaros”. El clima es muy tenso; un cuarto integrante está paralizado, con cara de miedo. La identificación proyectiva y la denegación protagonizan las defensas. En esta situación los terapeutas han de contener primero e intentar elaborar después para analizar qué afectos se han movido, qué teclas se han tocado para llegar ahí, procurar poner palabras a las emociones, y así, en una nueva situación depresiva, integrar y elaborar.*

Técnicas de intervención

Los pacientes van hablando sin tema preestablecido en principio. Sobre el material aportado los terapeutas van haciendo intervenciones que pueden ser individuales o grupales. Al estar todos incluidos en la dinámica grupal, cada intervención afecta a todos. Seguiremos en este epígrafe a Isabel Sanfeliu (1993). Las que siguen son tipos de *intervenciones verbales*.

- El *señalamiento* es subrayar algo del discurso de un paciente o del grupo, elegir sobre el material aportado para que luego el grupo descubra el sentido que tiene o

trabaje en esa línea que se señala para ir elaborando y, en el mejor de los casos, llegar a la propia interpretación. Es la técnica más usada, sobre todo al principio de las sesiones.

- La *consigna* que es un recurso dramático o no en el que se propone algo al grupo para desplazar al campo de lo imaginario la situación manifiesta. Corta la discusión libre para proponer un “juego” y que luego el grupo elabore consecuencias.
- La *interpretación* es poner de manifiesto el sentido, el porqué de una escena o contenido. Sintetiza o culmina el trabajo preparado por las técnicas anteriores pero no siempre es necesaria. Si es acertada provocará cambios en la situación y riqueza de nuevas asociaciones. Como ejemplo de estas técnicas valgan unos fragmentos de una sesión. Cuando entran los terapeutas los pacientes ya están hablando:

Jaime: Estamos hablando de Antonio que vino un día dando muy fuerte y dejó de venir.

Terapeuta: ¿Dando muy fuerte?

Jaime: Que para ser la primera vez habló bastante.

Lucía: En el grupo hay más mujeres que hombres y cuando pasan duran poco.

Terapeuta: ¿Qué habrá pasado con Antonio?

Silvia: Se habrá asustado, cuando vienes al grupo la primera vez y luego llegas a casa te dan ganas de no volver más.

Terapeuta: O sea, según se ha dicho asusta el grupo y las mujeres.

Jaime: Menos mal que estáis vosotros, así estamos más nivelados.

Julia: Yo no los considero a ellos parte del grupo.

Silvia: Pero a veces necesitas la intervención de un profesional, si no estuvieran ellos dejaría de ser un grupo de terapia.

Lucía: Ellos están ahí pero no te dicen nada.

Jaime: Estamos de acuerdo en que ellos bien poco nos orientan, no nos marcan directrices, bien poco nos ayudan, podíamos quedar nosotros solos.

Terapeuta: Estamos jugando con la idea de si los terapeutas son o no son necesarios, que están distantes, que el grupo sirve de catarsis.

Silvia: Yo vengo buscando algo más.

Todas las intervenciones de los terapeutas han sido hasta aquí señalamientos, unos en forma de pregunta, o de marcar algunas ideas de entre las que se han dicho. La sesión sigue con más intervenciones en la línea de las anteriores: contenidos transferenciales sobre el buen papel de los terapeutas para reparar el ataque previo, y sobre la intención de ir más allá de la catarsis.

Jaime: También tiene que ver con la afinidad espiritual

Lucía: Si, eso pasa, en el grupo hay gente que te motiva más que otra.

Silvia: Si, hay personas que me cortan más que otras.

Terapeuta: Vamos a hacernos una pregunta a la que podéis contestar todos: ¿Quién me corta más y quien menos del grupo?

Esto es una consigna. Se corta el discurso espontáneo a través de una respuesta que hay que elaborar. En este caso se quería conseguir la participación de todos (hay dos personas muy calladas) y explicitar los vínculos de los pacientes en el grupo. Con la ronda se consigue el objetivo pero en una tónica de cuidado para no dañar. Después se vuelve sobre los terapeutas si cortan o no, predomina lo positivo: si cortábamos antes, ya no tanto.

Terapeuta: Antes salía la fantasía de prescindir de los terapeutas, la idea de que estamos distantes, que deberíamos dar más aunque pronto se criticó esto... (nuevo señalamiento).

Lucía: Si, porque se supone que vosotros sois los que sabéis y los que nos tienen que decir para curarnos. Pero veo que nos dais el protagonismo a nosotros y no nos dais pautas.

Terapeuta: Nos vivís como padres buenos pero os fastidia que no os demos más, nos criticáis por eso pero no demasiado, quizá os da miedo que nos enfademos.

Los aspectos técnicos *no verbales* tienen que ver con el manejo del:

- *Silencio.* El terapeuta puede callar si el grupo está produciendo y elaborando espontáneamente, o mantener un silencio grupal si la angustia que genera puede movilizar.
- *Tiempo.* Si un contenido nuevo surge al principio de la sesión debe trabajarse

con asociaciones convergentes, si el mismo contenido surge tras materiales previos que se van trabajando se puede actuar más directamente sobre él, si surge al final de la sesión es expresión de una resistencia y sólo da tiempo a señalarla.

- *Espacio*. La distribución de los pacientes, las iteraciones y cambios, la distancia entre unos y otros y de los terapeutas, son materiales que pueden trabajarse.
- *Cuerpo*. La mirada, el gesto, la postura son igualmente factores del lenguaje no verbal a tener en cuenta.

Contratransferencia, coterapia

Ya hablamos al principio de la transferencia que se multiplica en el espacio grupal a través de la proyección del grupo interno en los distintos componentes grupales, incluidos los terapeutas; pero, desde luego, otro tanto pasa con éstos últimos. En el modelo que nos ocupa, la contratransferencia es un instrumento y no sólo una reacción del analista. Las emociones que surgen del encuentro con el paciente aproximan al problema incluso más que el intelecto (Paula Heimann, tomado de Bauleo, 1997). Las lecturas contratransferenciales complementarias de los distintos terapeutas de un grupo, son las que posibilitan una mayor riqueza terapéutica grupal. En el modelo analítico–vincular se describen tres vertientes de la contratransferencia. Seguiremos a C. Rivero y cols. (1993) en este punto.

Se habla de *Consonancia* en una situación grupal que nos despierta afectos y representaciones, vivencias elaboradas conscientemente. Nos aporta comodidad para interpretar y señalar, aunque tiene el riesgo de la racionalización, de introducir el sesgo de la propia ideología. En la *Resonancia* el terapeuta experimenta un determinado afecto siéndole imposible asociarlo con representaciones de su vida elaboradas conscientemente. Desde aquí se pueden hacer señalamientos o interpretaciones no clivadas (aquellas en la el terapeuta se incluye). El peligro sería angustiarse, la alternativa dejarse ir en el caos que puede ser creativo. Por último, la *Disonancia* es el reflejo de la perplejidad, el bloqueo, la falta de afecto que impide cualquier señalamiento o interpretación. Podemos intentar un rápido autoanálisis para superar la disonancia o pedir al grupo asociaciones a partir de mi extrañeza. Pero, en coterapia, están los otros terapeutas que, seguramente, no están en nuestra situación y pueden rescatarnos.

Un equipo terapéutico bien diseñado diversifica los inevitables puntos ciegos de los terapeutas, lo que minimiza el riesgo de que todos entren en disonancia o resonancia. El concepto de *intertransferencia* hace alusión a la transferencia entre los terapeutas de un grupo. Decía Nicolás Caparrós que un buen coterapeuta es aquel con el que me lo paso bien. Seguramente hacía alusión a complicidad, sintonía y sinceridad. El otro me apoya, me observa, me complementa, me juzga; incluso puede contradecir una intervención mía en el transcurso de una sesión, y, si se da esta sintonía, puede ser muy terapéutico para el grupo que lo va a aceptar como que son posibles opiniones distintas sin que pase nada malo. Un equipo terapéutico es incapaz de llegar más allá de las fronteras de comprensión que marcan su intertransferencia (Caparrós, 1993 c).

Terminada la sesión es necesario un espacio de diálogo entre los terapeutas para analizar y comentar. El objeto de esta elaboración no sólo son los pacientes, debe incluir a los terapeutas y sus peripecias contratransferenciales e intertransferenciales. Una escena postgrupal entre dos coterapeutas varones: *“Me irrita Marisol, es tan histriónica”, dice uno de ellos. El otro responde: “A mí, en cambio, me causa ternura; quien se me atraganta es Roberto con su narcisismo”. “Yo lo entiendo bien, es un esquizoide sincero”, dice el primero y, ya en tono de broma, añade: “Lo que pasa es que a ti te seducen las mujeres y rivalizas con los hombres”. El otro sigue con el mismo tono: “A mí me gustan las mujeres, no como a ti que te dan miedo”.* Más allá de la veracidad de estas “interpretaciones”, está muy bien que los coterapeutas sientan la libertad de bromear con sus contratransferencias y, por tanto, con sus vínculos.

Bibliografía

Bauleo, A. (1997), Psicoanálisis y grupalidad, Ed Paidós, Buenos Aires.

Hirt, C. (2000), Del Narcisismo a la subjetividad: el vínculo, en Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia, Ed. CEDMA, Málaga.

Caparrós, N. (1993 a), De la Psicoterapia Individual a la Psicoterapia de Grupo, en Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular, tomo I, Ed. Quipú. Madrid.

(1993 b), La tarea terapéutica, en Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular, tomo II, Ed. Quipú. Madrid.

(1993 c), Contratransferencia y Proceso Grupal, en Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular, tomo II, Ed. Quipú. Madrid.

(2004), Orígenes del Psiquismo. Sujeto y Vínculo, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.

Caparrós, N. y cols.(1993), El Modelo Analítico-Vincular (1). Desarrollos histórico-conceptuales, en Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular, tomo I, Ed. Quipú. Madrid.

Rivero, C. y cols. (1993), Resonancia, Consonancia y Disonancia en el equipo terapéutico, en Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular, tomo II, Ed. Quipú. Madrid.

Sanfeliu, I. (1998), Yo en los otros, los otros en mi. Grupo y procesos identificativos, en Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular, tomo II, Ed. Quipú. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.

(1993), Algunas técnicas de intervención en grupo (Modelo Analítico-Vincular)

Capítulo

03

Una aproximación al grupoanálisis

Montes Gámez, M.

INTRODUCCION

Los profesionales de salud mental del sistema de salud público asistimos en la actualidad a un momento delicado, en el que la **demanda asistencial creciente**, unido a la **diversidad** y **complejidad** de la misma, los **reducidos tiempos de atención disponibles**, la **infradotación de profesionales** y los **objetivos de los gestores**, “promueven un **modelo asistencial “evacuatorio”** (Pérez Sánchez, 1996) que no permite pensar las intervenciones asistenciales más idóneas, dándose respuestas inmediatas (receta/diagnóstico médico) en un intento de aliviar la ansiedad momentánea, tanto del paciente como del terapeuta, pero que no son más que un modo de contener/retener sintomatología, quedando la persona a la espera de poder ser mirada, atendida, entendida, acompañada y validada en su sufrimiento.

“La necesidad de respuestas técnicas alternativas y complementarias a lo estrictamente biológico, pasando del protagonismo de este, al substrato superior que supone lo mental” (Ayerra, 1996).

En este contexto, la **psicoterapia grupal** brinda la posibilidad de un modelo asistencial contenedor capaz de escuchar atentamente cuáles son las necesidades emocionales de las personas, el porqué de sus comportamientos, ver cómo se han ido presentando a lo largo de su vida y así poder ir señalando cómo van a ir surgiendo a lo largo del proceso, ayudando a tomar conciencia de las dificultades, poniendo palabras que ayuden a entender los síntomas como un desajuste emocional, y estimulando la puesta en marcha de cambios hacia un funcionamiento más saludable.

“La psicoterapia a desarrollar tiene que ser, no la que ideológicamente deseemos sino aquella que se adapte mejor a la realidad asistencial concreta, y en esta adaptabilidad, a mi modo de ver son los modelos grupales los que presentan un mayor número de ventajas (Ayerra, 1994)”.

“Nuestra experiencia nos dice que cuando la relación terapéutica se establece de ser humano a ser humano, los pacientes abandonan su “identidad de pacientes” que han tenido que desarrollar, no solo para ser vistos, sino para sobrevivir en un mundo donde no ha habido un lugar para ellos, y así dejarnos ver a la persona que hay detrás del personaje” (Lopez Atienza, J. 2012).

“El encuentro humano, cuando se puede establecer sin prejuicios y desde la sinceridad, favorece modelos de comprensión amplios, que rescatan las partes genuinas de los pacientes, que están escondidas detrás de formas, a veces muy patológicas, de reclamar la presencia de otros” (García Badaracco, J. 2000).

Pensando en lo grupal: del individuo al grupo

-- El ser humano nace en un estado de total **desamparo** (*desamparo originario*, Freud 1926): Todo son necesidades (en lo físico y emocional); necesita que el entorno (el grupo social al que pertenece desde el inicio) le facilite los recursos suficientes para poder evolucionar. Serán los padres o cuidadores principales los que lo aprovisionarán de estos recursos, que el niño irá tomando por **identificación**. De este modo, entendemos la **personalidad**, como producto de las interacciones del sujeto con su grupo primario.

— La **psicopatología**, aparecería ligada a modos de interacción distorsionados con este grupo primario, (se irán tomando por **identificación**, recursos que no sincrónicos con las necesidades emocionales del sujeto) que van a quedar cristalizados, y que se van a repetir en el resto de los grupos, provocándose una detención en los procesos de maduración emocional del sujeto, haciendo experiencias de vida poco enriquecedoras, que no posibilitan crecimiento y que acaban generando un daño psíquico (el yo propio no crece) y un desarrollo compensador: **crece un falso yo**, que se ha ido construyendo en función de las respuestas que no han estado al servicio de sus necesidades, sino de las necesidades de otros.

La mente, organizada para defenderse del daño que le puedan producir, mantiene estos funcionamientos aprendidos de forma rígida, provocándose un freno de nuevas capacidades necesarias para el progreso del sí mismo.

“hay personas que para enfrentar el mundo han sentido inconscientemente la necesidad de organizar una fachada, en principio, protectora, (falso self) con la idea de ocultar su verdadero self que ha sido traumatizado y nunca más quiere ser herido”.

(Winnicott, D. 1965).

“imagínate una ciudad antigua rodeada de una gran muralla para protegerse de las grandes crecidas de un río cercano. Siglos después, y aun habiéndose secado el río hace ya tiempo... la ciudad sigue invirtiendo considerables esfuerzos y recursos en conservar la muralla” (Un año con Shopenhauer, Yalom, 2005).

Por qué en grupo:

Porque el escenario grupal supone, frente a lo individual:

- Una amplia red de relaciones, metáfora que recrea el contexto familiar, donde múltiples transferencias (entre los miembros hacia el terapeuta, hacia el grupo como un todo) se expanden y se pueden visualizar en un entorno “seguro”.
- Que cada uno de los miembros se haga cargo de sus gustos, aversiones, similitudes, timidez, diferencias, envidias, agresividad, atracción, competitividad, ampliando el conocimiento de sí mismo, conociendo mejor su propia historia y ganando autonomía para pensar y actuar pudiendo tomar decisiones más libres: el grupo como espacio de desarrollo y entrenamiento de la persona en acción y relación con los demás miembros.
- “Los grupos internos familiares (vivencias propias y ajenas que nutren al sujeto a lo largo de todo su crecimiento emocional) de cada uno de los participantes, se deslizan claramente en el contexto grupal, interactuando cada miembro con los demás igual que lo hacen fuera, *creando el mismo tipo de mundo que habitan en el exterior y reproduciendo **la incómoda e insatisfactoria (pero conocida) situación ya vivida** en su familia, en un intento de lograr una falsa tranquilización” (Ayerra, 1996).*

“convirtiéndose el escenario grupal en un laboratorio vivo donde los pacientes repiten sus modos de relacionarse”, (Yalom, 1986).

- Un abanico de oportunidades para que las imágenes del pasado (“allí y entonces”), sean proyectadas en la realidad del hoy (**aquí y ahora**).

- Toma de conciencia, a través de la tendencia inconsciente a repetir comportamientos patológicos, de los factores a los que cada sujeto ha estado expuesto en su historia personal, desarmando tramas patógenas.
- Vivencia de experiencias nuevas, enriquecedoras, gratificantes, y de crecimiento en colaboración con otros miembros, en las que se van descubriendo **recursos yoicos propios** (hasta ahora desconocidos) y desarrollando potencialidades que habían quedado congeladas.
- Invitación al ensayo de nuevos modos de relación, facilitando actuar lo que no se hubiesen permitido en otro lugar, en un entorno de confianza, que provee de **identificaciones normogénicas y estructurantes**.
- **Un contexto triangular** que rescata a pacientes y terapeutas de relaciones duales más primitivas que, aunque permanentemente presentes, tenemos que resolver y no recrear, posibilitando procesos de madurez.
- Distanciamiento del **ideal de curación** con el que vienen, y del pesimismo con el que muchos de ellos llegan por haber fracasado en ese ideal: Reconocer las limitaciones como ajustes a la realidad y no como deficiencias.
- **Reacción de espejo** (Foulkes 1948): Cada individuo puede tomar mejor conciencia de sí mismo dándose cuenta de sus actitudes y conductas al verse reflejado en el otro.
- Verse con la capacidad de influir sobre lo que les ocurre (**Reversibilidad**), pasando de vivirse como padeciente único a parte padeciente del grupo familiar y social al que pertenece, como paso previo a poder desligarse de ellos.
- **Un espacio donde poder “SER”**: Previo a ponerse a “HACER” cambios para poder mejorar, el paciente debe permitirse poder “SER”, y para ello, debe existir un ambiente “seguro y de confianza”, una matriz familiar nueva y saludable, donde las necesidades emocionales básicas del sujeto, puedan recibir respuestas adecuadas que no se dieron cuando se necesitaron. Respuestas que les doten de sentido, los validen, y acompañen en el **encuentro genuino con el otro**, de quien necesitan recibir acogimiento nutritivo y afectivo (frente al rechazo que vivieron en su grupo primario).

- El diálogo entre los miembros, “**discusión libre flotante**” (Foulkes, 1948) favorece que se alcancen niveles profundos de comunicación, en los que los **patrones neuróticos y pseudoautistas son sustituidos por un sentimiento de comunidad** y un compartir, surgiendo diálogos válidos y creativos en el presente, una vez se han superado las viejas formas de relación y emergiendo **la matriz de una nueva familia**.

Un grupo psicoterapéutico supone pues para el paciente, una propuesta de toma de conciencia, una posibilidad de recuestionarse la forma de entender su propia historia repleta de reminiscencias infantiles, sus modelos primitivos de relación y el sufrimiento inherente a situaciones familiares traumáticas y de desentendimiento, facilitando el encuentro de modos de relación más satisfactorios y creativos, deshaciéndose de rasgos que, aunque en un principio se creían genuinos, se descubren como rasgos de otros que han quedado implantados, anulando al ser verdadero que queda a la espera de ser reconocido. Se posibilitan experiencias emocionales correctoras inéditas que favorecen procesos de maduración e individuación de los miembros.

Psicoterapia grupoanalítica:

Perspectiva psicológica propuesta por **Foulkes (1948)** que sienta sus bases sobre las siguientes premisas: 1. Considera al individuo como parte inseparable de la **matriz grupal** que lo ha constituido (la familia). 2. Propone arrancar a cada uno de los participantes de su red primaria, mezclándolo con otros, y formando así un campo de interacción (una nueva matriz) en el que cada miembro empieza de nuevo, generándose una nueva red de relaciones en el aquí y ahora. 3. Considera al grupo como espacio en el que se instalarán las **fuerzas pato y normogénicas** de todos sus integrantes, conductor incluido. 4. Facilita el reconocimiento de la matriz de **interrelaciones de interdependencia vinculante de cada uno de ellos y con todo el grupo**. 5. Busca la **comprensión (a nivel Consciente e Inconsciente)** del individuo, realizada por y desde el Grupo en el que está inserto, y en el que se incluye el conductor como un miembro más. Uno de los **aspectos principales** es el **desaprendizaje** de lo aprendido, **las desidentificaciones**. 6. El **material de trabajo**: 6a) **Los procesos transferenciales** (actualización en el aquí y ahora del grupo, de formas de relación pasadas con figuras de apego, que intoxican la relación actual, haciéndose difícil separar la experiencia real de la que se superpone), 6b) **La asociación libre** (en el discurso espontáneo de los

miembros, sin guión y sin censura, van a aparecer las pistas que hablan de los nudos problemáticos de la vida psíquica), 6c) **Fantasías y sueños individuales y grupal 7. Frente al abordaje psicoanalítico** en el que los aspectos relevantes tienen lugar en el interior del sujeto, en lo **Grupoanalítico**, el sujeto forma una unidad compatible con la realidad de las interdependencias que establece con los demás.

A la luz de lo que vamos viendo, EL GRUPO DE PSICOTERAPIA **GRUPOANALITICO**, sería una composición dinámica de relaciones que facilitan el que sus componentes vayan comprendiendo la estructura relacional que desarrollan en el grupo y , por analogía, en los diversos contextos de la vida; a través de esta comprensión vivencial (afectiva y simbólica), los miembros van a ir introduciendo modificaciones que nacen de la experiencia de relación que tienen en el grupo, facilitando la emergencia de aspectos más saludables. El Grupo, va a representar pues, *la norma de la que se desvía cada miembro* (Foulkes, 1995), lo que crea una atmósfera de realidad e inmediatez que realza las experiencias transferenciales, a menudo hasta niveles de percepciones ilusorias. El grupo sostiene tales percepciones para modificarlas, revisarlas y usarlas como nuevas experiencias del self, adaptadas a la realidad de la relación con los demás.

Proporciona lo que Winnicott denominó, “**los elementos ambientales esenciales**”, que cada miembro experimenta y utiliza conforme sus necesidades y capacidad, según su estado psíquico y el momento evolutivo del grupo. Todas las comunicaciones se dan dentro de la matriz de desarrollo grupal, base operativa de las relaciones intrapsíquicas e interpersonales. **Se contempla al grupo como capaz de reaccionar y responder como un todo**, donde la aportación de cada sujeto es recogida y analizada en el contexto de dicho entramado transpersonal que influye sobre, y se ve influido por cada miembro. *“Es como si los miembros del grupo fuesen las palabras de un frase, ninguna de las cuales tiene pleno sentido, salvo como objetos, a menos que se encadenen unas con otras, dice Van der Kleij (Pines y Hearst, 1996).*

-- Gracias a la matriz de desarrollo grupal, **el grupo analítico, tiene la capacidad de recibir, contener, integrar, y finalmente transformar en un nivel más elevado de funcionamiento la producción de cada paciente**; En relación a esta capacidad y el logro de dicho objetivo, el grupo pasa a ser el continente materno de la infancia que, en terminología de Bion (**Capacidad de Reverie**), *“transforma los elementos Beta no metabolizados, en elementos alfa, accesibles a la mente”.*

El conductor en grupoanálisis

El conductor es un miembro más; no es quien guía, sino el adiestrador que estimula, marca ritmos, da entrada a uno y a otro para que el conjunto de lo que se trabaje, vaya a favor del desarrollo de sus integrantes y fomenta el trabajo del grupo en el proceso de entender a los demás.

Su tarea conlleva cuatro funciones básicas:

- 1 **La función convocante:** que incluye todo el proceso que se inicia con el proyecto grupal
- 2 **La función higienizante,** que guarda relación con el establecimiento de las normas.
- 3 **La función vinculante,** dirigida a establecer.
 - estimulando los diálogos e incluyéndose
 - *puede atravesar la barrera que, mediante la compulsión a la repetición, levanta*
 - *sentirse acompañados en su sufrimiento psíquico para poder expresarlo*

Se trata de **Crear una Matriz Grupal**

“... Se basa en la red de comunicaciones entre los participantes a través del tiempo...,” (Pines y Hutchinson, 1995:), en la que la confianza arraigue fuertemente; un clima emocional favorable (de seguridad psicológica) para un intercambio creativo más allá de lo intelectual, en el que, estimulando los diálogos e incluyéndose él mismo, posibilite que aflore material personal, favorezca circunstancias propicias para que se puedan desplegar estilos de funcionamiento repetitivos (transferencia mediante) y que se puedan encontrar en otros, diferentes modos de interaccionar y puesta en marcha de recursos nuevos, rompiendo la compulsión a la repetición y dotando de un verdadero pensamiento.

“solo la emoción genuina, espontánea, puede atravesar la barrera que la compulsión a la repetición, levanta el paciente respecto al terapeuta” ...

“la función terapéutica es ir creando artesanalmente un clima de solidaridad en el que todos los miembros puedan sentirse acompañados en su sufrimiento psíquico para poder expresarlo libremente sin temor a ridículo o vergüenza” (García Badaracco).

La función verbalizante: A lo largo del proceso, el conductor va interviniendo, favoreciendo la comprensión de lo que ocurre más allá de lo manifiesto:

- Dice Foulkes (1964): *“nuestro trabajo con los pacientes, debe consistir en lo que hemos llamado **Traducción**”*: vinculando lo que se dice de forma manifiesta, con lo que se expresa en lo latente, relacionando pasado y presente, transferido y real, interno y externo, sintomatología y relación.
- Irá **aclarando** lo que se dice, para incrementar la comprensión de lo que se quiere expresar y de los afectos vinculados.
- **Confrontando** y cotejando lo que se dice, con lo que se hace o calla.
- Tratará de **articular** todo lo que vaya emergiendo en el aquí y ahora del grupo, con aspectos de la vida infantil (allá y entonces).
- Aportará **interpretaciones** (haciendo consciente lo inconsciente), que posibiliten una mayor comprensión de lo que le sucede a cada miembro en el grupo y al grupo como totalidad.
- Estará atento a los **fenómenos transferenciales** (esquemas relacionales que tratan de actualizar deseos y temores infantiles) que se actualicen en el aquí y ahora grupal y que hablan de **interdependencias recíprocas patógenas, que tienen su origen en la infancia, y que llevan a la repetición compulsiva de ciertas pautas de conducta**.
- Será fundamental ir pudiendo **poner palabras** a estas estructuras silentes, que actúan en nosotros sin que nuestra conciencia se dé por enterada, lo que supone un incremento del auto conocimiento, y una posibilidad de modificación de las mismas.
- Devolverá desde la **contratransferencia** (reacciones del conductor, asociadas a lo transferido por otros), cuidando reacciones contratransferenciales que puedan interferir el proceso analítico, y estimulando su comunicación para ponerlas al servicio del entendimiento.
- Debe ocupar siempre un **lugar de presencia y estabilidad** semejante al que “una madre suficientemente buena” (Winnicott) debería haber tenido, para que se

desarrolle el nivel de confianza necesario para establecer nuevas relaciones nutritivas.

“la experiencia cultural está localizada en el espacio potencial entre un niño y una madre, cuando la experiencia le ha permitido al niño confiar profundamente en la madre y en que ella no dejará de estar a su lado cuando de pronto, la necesite” (Winnicott, 1979).

- Ha de ser **observador y participante** al mismo tiempo, espontáneo y reflexivo, interesado y neutral, cauto y valiente, pudiendo ofrecer aspectos espontáneos de sí mismo, según lo dicten las circunstancias (**Autenticidad selectiva, Cohn, 1972**).
- Pondrá **límites a ciertos niveles de actuación** para poder pensar

En las fases iniciales del Grupo, este trabajo recae por entero sobre el conductor, pero en la medida en que la matriz de relaciones así lo vaya aceptando, se debe ir desplazando con el tiempo al resto de los componentes, fomentando que haya cada vez más intervenciones realizadas entre ellos, que van a ser mejor escuchadas y entendidas y que van a tener un mayor poder de penetración que si provienen del conductor.

“Los síntomas, en sí mismos autistas e imposibles de compartir, ejercen por diversas razones a una presión creciente en el individuo que se ve impelido a expresarlos. En tanto que no es capaz de ello en una forma más comunicativa, no encuentra alivio real (...); debe trabajar una y otra vez hasta transformar los síntomas en un lenguaje articulado, socialmente aceptable, La comprensión por otros miembros del grupo solo se produce, cuando las energías que invisten los síntomas pueden transformarse en moneda de cambio... (Foulkes, 1948)”.

Así, bajo una conducción adecuada, los miembros de los grupos van confiando cada vez más en los demás, en el terapeuta, en el grupo y en ellos mismos, funcionando todos como coterapeutas y ejerciendo entre ellos **funciones de asistencia al “yo” en desarrollo**, rescatándose de las identificaciones patógenas alienantes, y estimulando la puesta en marcha de **nuevos recursos yoicos** propios; Este nuevo modo de relación desbloquea potencialidades de la persona hasta ahora ocultas, desarrollando una identidad más consistente, **un sí mismo más verdadero, que lo acompañe en el resto de los grupos a los que pertenece.**

Para finalizar, me gustaría que pudiésemos pensar acerca de cómo la posición de psicoterapeutas nos coloca automáticamente, a veces sin darnos cuenta, en la **creencia** de que somos los que tenemos que decirles a los otros lo que no saben de sí mismos... Desde esta omnipotencia (encubridora de la impotencia), nos movemos con certezas y

verdades absolutas, que impiden el aprendizaje y crecimiento del entendimiento, encerrándonos (a nosotros y a nuestros pacientes) en la rigidez de lo ya conocido y empobreciendo la visión de las personas.

En mi opinión, es absolutamente necesario, abandonar estas posiciones de “saber” y colocarnos en un lugar más de “aprender”, centrado en la duda y en la escucha atenta del otro, un lugar que acepte equivocaciones, y desde el que se practique una comunicación honesta y emocional, estando dispuestos a sostener la angustia de enfrentarnos a dilemas y contradicciones y **combinando la curiosidad por saber, con la paciencia para tolerar la ignorancia.**

Si como psicoterapeutas/conductores, nos podemos permitir esta renuncia al narcisismo, estamos ayudando al “yo” de los pacientes, al desarrollo de la capacidad de relativizar, a permitirse equivocarse y a abandonar rigideces y posiciones de omnipotencia e idealización, pudiendo de este modo, comprender, afrontar y aceptar la complejidad de la vida en todos los sentidos. **Estar saludable no es estar exento de conflictos sino poseer la capacidad para afrontarlos y resolverlos.**

Bibliografía

- Ayerra, J.M. (1996). Del individuo al Grupo, Boletín. Asociación de Psicoterapia Analítica grupal 5, 3-10.
- Ayerra J.M. (2006). De la socialización del individuo a la humanización de lo social, Revista de Psicoterapia analítica grupal 1,27-53.
- Bion, W.R. (1976). Experiencias en grupo, Buenos Aires, Paidós.
- Foulkes, S.H. (2005). Introducción a la psicoterapia grupoanalítica 1948, Barcelona, Cegaop press.
- Foulkes Sh y Anthony, E.J. (2007). Psicoterapia de grupo. EL enfoque psicoanalítico, Barcelona, Cegaop press.
- García Badaracco, J.E. (1990). Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar, Madrid, Tecnipublicaciones.
- García Badaracco, J.E. (2000). Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del si mismo, Buenos Aires, Paidós.
- Sunyer, J.M. (2005). Orientación psicológica grupoanalítica, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Sunyer, J.M (2008). Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co construcción de un conductor de grupos, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Winnicott, D.W. (1979). Realidad y juego, Barcelona, Gedisa.
- Yalom, I.D. (2000). Psicoterapia existencial y terapia de grupo, Barcelona, Paidós.

Introducción acerca de la concepción operativa de grupo (COG). Psicoterapia de grupo operativo

Lorenzo López, L; Vallejo Jiménez, F.

Introducción

El modelo de la concepción operativa de grupo, tiene sus orígenes y su desarrollo en la Psicología social y la técnica de Grupo operativo creada por Enrique Pichón Riviere.

En estas páginas vamos a tratar de describir y compartir un cuerpo teórico y conceptual que abarca un amplio campo de intervención, que ha propiciado desde los años 40 hasta la actualidad, numerosos desarrollos teóricos y técnicos, dando origen, a su vez, a diversas escuelas, tanto en Europa como en América Latina. Escuelas que han tenido y tienen como tarea la investigación, la formación, y la transmisión de un pensamiento y una praxis que abarca campos muy amplios: - la clínica grupal, la clínica grupal familiar, la prevención, los procesos institucionales, las intervenciones comunitarias.

La perspectiva dialéctica, situada en la base de nuestra teoría grupal, no se sustenta solo en la adquisición de conocimientos, sino en la praxis; es decir el conocimiento lo es para una acción y una transformación. Por tanto, en nuestra praxis en el campo clínico, el conocimiento implica producción. Montecchi(2021) Se trata de tener en cuenta la totalidad y la complejidad que la propia clínica nos muestra;- no se trata de abarcar todo, pero tampoco de fragmentarlo. A P.Riviere (1974) le interesaba mucho, y esto es algo que compartimos en el día a día de la clínica grupal, cómo se piensa un problema, cómo lo abordamos. No perdemos de vista que la teoría nace de la práctica, y la reorganiza. Esta es una de las funciones de lo Operativo: operar sobre la realidad para transformarla.

Cuando nosotros trabajamos con un grupo psicoterapéutico, por ejemplo con personas

que padecen una psicosis, sabemos que será en ese grupo, que serán sus integrantes, a través de la producción del texto grupal y a través de la tarea que los convocó, quienes nos enseñarán de que trata “la psicosis”. Será en este campo concreto que es el grupo, donde se desplegarán sus ideas, su ideología, sus experiencias, su lugar familiar, su mundo interno...A partir de ahí vamos a poder acercarnos a un conocimiento concreto, no general, de lo que le sucede al sujeto cuando se encuentra atrapado en este papel de enfermo del grupo familiar; pero también, a través de ellos sabremos leer como lo social se articula en el grupo con la dimensión histórico-personal. (Lorenzo 2018)

Para construir este esquema referencial, es necesaria una formación, una elaboración de esa información-aprendizaje a través de la experiencia grupal. Es decir, el aprendizaje de una teoría se produce en la subjetividad del profesional, en un cambio de marcos de referencia, en un dejarse interrogar, y también en cuestionar la práctica clínica. Decía A. Bauleo (2005) que la contratransferencia era un elemento fundamental en el aprendizaje. La escucha como psicoterapeutas grupales, es a través de la contratransferencia, por lo que en el aprendizaje debe estar incluido el espacio de la supervisión, que conlleva un pensar con otros.

Una de las enseñanzas fundamentales que nos transmitió A. Bauleo, uno de los discípulos de Pichón Rivière. y uno de nuestros maestros, es que el desarrollo de una teoría no puede quedar encerrada en verdades y en conceptualizaciones vueltas sobre si mismas, sino que siempre tendrá que estar presente en nuestro quehacer psicoterapéutico. De forma que, en la dialéctica entre teoría y práctica, ambas tendrán que ser transformadas en el proceso de construcción de un conocimiento útil, instrumental y operativo, que modifique la realidad. Es desde esta perspectiva desde donde entendemos la clínica y la organización de dispositivos grupales en los servicios de salud mental. Esta es una de las premisas iniciales de las que partimos para entrar en el desarrollo del modelo de la COG y la clínica grupal.

Cuando desarrollamos grupos psicoterapéuticos en los servicios de salud mental, dirigidos a atender la demanda y las necesidades de los pacientes, estamos poniendo en práctica, un modelo que considera al sujeto como un emergente del grupo familiar y del grupo social (Sherzer 2010) Por tanto no se trata de “hacer grupos” como una técnica más, sino de un modelo de Clínica Grupal e Institucional. Modelo que incluye la organización del servicio y el equipo, el modelo de salud y enfermedad que tienen los

profesionales y los usuarios, y la consideración de la salud y la enfermedad como procesos y momentos en la vida de los sujetos. Modificaciones que incluyen a su vez el análisis de la demanda y la intervención desde el ámbito individual, familiar, grupal, institucional y comunitario, y la implementación de respuestas psicoterapéuticas grupales. (Brassi, Bauleo, 1990)

Para la COG el sujeto como tal, es un sujeto colectivo, es decir, su subjetividad se ha producido en una interacción entre el mundo interno y el mundo externo del sujeto. Por tanto, cuando trabajamos en la clínica lo hacemos con sujetos concretos y en situaciones concretas; en las cuales es preciso y posible investigar las variables o fenómenos psicosociales que intervienen en el proceso de “enfermar”.

Es desde este marco apuntado brevemente en esta introducción, desde donde nos situamos como psicoterapeutas grupales, para pensar acerca de nuestro campo de trabajo: la clínica grupal, la formación y las intervenciones institucionales.

Breve recorrido histórico de un esquema conceptual referencial operativo

Vamos a contextualizar el desarrollo de este modelo de la grupalidad. Alrededor de los años 70, se producen unos acontecimientos históricos importantes. En España finaliza la dictadura y se inicia una apertura democrática, y en Argentina comienza un periodo de dictadura militar. Los que fueron y son nuestros maestros tienen que exiliarse, y con ellos traen el pensamiento de Pichón Riviére, el psicoanálisis, la psicología social, y una posición ideológica-política cercana al materialismo dialéctico (más allá de posicionamientos políticos singulares de cada uno). En estos años en nuestro país, con la caída de la dictadura se dio también paso a destapar y a desvelar una cultura, unas ciencias que habían estado atrapadas en un discurso único y dictatorial.

Se dio una confluencia de momentos históricos distintos. A. Bauleo, nos traía preguntas, cuestionamientos, nos presentaba un pensamiento abierto, estimulaba nuestra curiosidad por la filosofía, la antropología, la grupalidad, el análisis institucional, la antipsiquiatría y sobre todo, la interrogación como método (Lorenzo 2008) Con él entre otros, nos formamos en psicoanálisis, en la teoría de grupo operativo y la psicología social Pichoniana.

Hoy podemos decir que para nosotros, como lo fue para Pichón Riviére, la transmisión de la COG no solo es una modalidad dentro del campo de la psicoterapia dinámica grupal

operativa, sino un modelo teórico más amplio; más bien podríamos decir que este modelo de la grupalidad se basa en los principios acerca de la constitución del sujeto, de la subjetividad. Es una teoría acerca del psiquismo. Un modelo que nos permite pensar en los proceso de salud y enfermedad insertos en un contexto social e histórico determinado, y entender al sujeto como un sujeto producido.

Pichón Riviere, fundador de la psicología social analítica y del grupo operativo, era médico, psiquiatra, psicoanalista, cofundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina, y fundador de la primera Escuela de psicología social en Buenos Aires(Escuela que continua en la actualidad).Para conocer su biografía remitimos a las publicaciones que hay sobre su pensamiento y legado, (Fabris, 2007).

En ese afán de investigar en la clínica y tratar de ir construyendo un modelo teórico que pudiera dar ciertas explicaciones o ciertas respuestas a las causas y a las condiciones que producen enfermedad, se acerca a distintas disciplinas del campo de las ciencias sociales, de la psicología social americana, del psicoanálisis kleiniano (era el mayoritario en ese momento), a la dialéctica marxista, etc. Así va construyendo su ECRO. Podemos decir que el ECRO Pichoniano, está formado por tres grandes campos disciplinarios que son las ciencias sociales, el Psicoanálisis y la Psicología Social. Estas tres disciplinas constituyen las tres principales apoyaturas de su marco conceptual. Construye una Psicología Social que se fundamenta en una epistemología convergente, por eso se considera a la COG una interciencia interdisciplinaria y multidimensional, que tiende a abarcar la totalidad del campo en un sentido abierto y en evolución dialéctica.

En el desarrollo de su teoría planteará que lo patológico se produce y tiene un significado en la relación vincular, en la relación con otro. En una relación vincular contextualizada y producida en un campo, como desarrollara posteriormente (Bleger 1999)

La Psicología de los ámbitos, es una de las concreciones más claras y posiblemente más útiles que redimensiona la concepción operativa de grupo. La teoría de los ámbitos, están intrínsecamente ligada a la experiencia clínica. Y serán los desarrollos acerca de la clínica grupal e institucional que realizara Bauleo y M. Brassi, (1990) y lo seguirán ampliando y desarrollando. Cuando Bleger (1999) habla de los pasos de la psicología hacia el terreno de lo concreto plantea que en el “hombre abstracto de la psicología tradicional “, sus cualidades o manifestaciones, dependen de su naturaleza, de su organización interna,

abstraídas del ser humano”. Análisis que contraponen a la percepción del ser humano en el terreno de lo concreto; “ el ser humano es entendido como totalidad en las situaciones concretas y en sus vínculos interpersonales (presentes y pasados), (Bleger 1999). Los ámbitos forman parte de esa búsqueda metodológica.

Con la noción de campo nos permite el análisis de la conducta de los sujetos como un emergente que se produce en un campo de interacción; emergente que puede recaer sobre el sujeto u otros elementos que lo integran. Y donde la relación sujeto medio a partir de ahí no puede entenderse como una simple relación de causa-efecto, entre dos objetos distintos separados, sino que ambos son partes integrantes de una sola estructura total. De esta forma podemos entender la conducta como una modificación del campo de interacción, y no como una mera exteriorización de cualidades internas del sujeto; ni como un simple reflejo o respuesta lineal a estímulos externos, (Vallejo 2013)

La teoría del vínculo P.Riviere (1985) señala que la construcción psíquica es producto de lo vincular. Con esta noción se hace una relectura de la relación de objeto Kleiniana, y se define el vínculo” *como una relación particular con un objeto, en la que resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la externa con el objeto.*” Un vínculo es una relación particular de objeto. Las relaciones de objeto son estructuras en las cuales están incluidos un sujeto y un objeto, estableciendo una relación particular entre ellos. Toda conducta es siempre un vínculo con otro, una relación interpersonal. Todas las personas tendremos distintas modalidades vinculares, dependiendo del momento, del contexto y del aprendizaje.

Desde este concepto de vínculo si pensamos, por ejemplo, en las primeras experiencias infantiles, el niño aprendió a esperar que todo viniera del objeto, del otro. Si queda fijado en esa posición, la valoración psicopatológica de esta modalidad vincular viene del hecho de que se repita siempre en situaciones no adaptativas. Y ese vínculo se reproduce en la transferencia en las situaciones grupales. A veces podemos observar cómo en los momentos de separación y o finalización de un grupo ante esta situación de cambio, por ejemplo, se reactivan estos vínculos dependientes internos, primarios. Tenemos que tener en cuenta que la construcción del mundo interno se realiza en una interacción permanente con el externo a través de procesos de introyección y proyección.

Pichón Riviere (1974) en su artículo los “Grupos familiares un enfoque operativo”, nos dice que *“la internalización del otro no se hace como otro abstracto y aislado”, sino que incluye los objetos inanimados que alimenta la construcción del esquema corporal*” La Madre, como objeto vinculado al niño, forma parte a su vez de un grupo familiar al que pertenece atravesada por su realidad social. Este pasaje entre el mundo interno y el mundo externo se entiende aún mejor cuando en el “Proceso Grupal” (1974) nos dice que *“el abordaje del grupo se hace a través de la representación interna que el enfermo tienen de cada uno de sus familiares, es decir, lo que se denomina grupo interno.”*

El grupo interno es una configuración que queda en nuestro psiquismo, de los vínculos realizados con otros. Es decir, una especie de inscripción, rastros, signos, experiencias pasadas que constituyen las primeras apoyaturas del sujeto y las primeras estructuras identificatorias que darán comienzo a la realidad psíquica del niño-a. Por tanto la construcción psíquica surge como producto de una trama vincular y su estructura puede ser pensada como grupal.

En un grupo cada sujeto, interactúa desde sus grupos internos, es decir, con su escena intrapsíquica. Como tal miembro, es un posible protagonista latente de identificación colectiva. En la experiencia grupal podemos decir que la fantasía inconsciente grupal, será el común denominador, de las fantasías inconscientes de los integrantes del grupo, movilizadas en el proceso alrededor de las tareas que se haya propuesto el grupo. Y que emergerán a través de un signo, una señal que nos habla del latente grupal y que puede ser expresado por el portavoz. Este asume ese rol en ese momento concreto de portavocear un acontecer grupal que lo trasciende. Pero que asume desde su verticalidad, su historia de vínculos, asumiéndolo él y no otro, en ese momento y en esa situación singular.

Grupo familiar, el Emergente grupal el Portavoz. Desde la COG, trabajamos con un modelo de entender, de comprender lo que hoy llamamos el sufrimiento psicosocial, que puede mostrarse a través de síntomas, de conductas, de disociaciones etc. del que es portavoz un sujeto, o que se expresa a través de él. Es importante que tengamos en cuenta que la familia como unidad básica de interacción y como primer grupo experiencial, contribuye o aporta las primeras experiencias de socialización, y es a través de este grupo, por el que el sujeto va adquiriendo una identidad en su grupo familiar, y por tanto, en lo social. Cuando surge la “enfermedad”, en este grupo, podemos pensar

que algo falla, que como nos dice Bauleo (1982), la tarea ha quedado obstaculizada, bloqueada y que esta enfermedad afecta a toda la estructura, ya que es ahí donde se genera. Nuestra pregunta acerca de la portavoz sería interrogarnos que está pasando, que pasó en este grupo que se quebró; de qué no pudieron hacerse cargo, cuál es su historia. “La enfermedad”, por tanto, es una cualidad nueva que emerge en el grupo familiar. Lo que nos remite, nos indica y empuja a una investigación acerca de lo latente grupal, es decir de aquellos conflictos que quedaron sin resolverse.

La depositación, tanto en el grupo familiar como en un grupo, es un mecanismo inconsciente que se hace presente, a través del portavoz, el cual se hace cargo de aspectos patológicos, de ansiedades o situaciones no resueltas, de cada uno de los miembros que lo depositan en un integrante del grupo. Todos participan de este movimiento y uno de sus miembros, o más de uno, por sus propias características personales, se hace cargo de ponerlo de manifiesto. El paciente asume el rol depositado y se comporta como tal.

Algunas cuestiones de la técnica del Grupo Operativo.

El origen del grupo operativo es una cuestión significativa y nos da algunos elementos para conocer lo específico de este modelo grupal y de esta técnica, que nace a partir de una tarea concreta en el Hospital de las Mercedes en 1945 (Argentina).

Esta tarea consistía en formar a enfermeros y posteriormente a los pacientes que estaban a punto de irse de alta, para que se hicieran cargo del cuidado de los pacientes ingresados, en un momento de huelga y conflicto institucional en el Servicio de adolescentes. De este modo, la tarea es quien convoca al grupo, y es por tanto una de las nociones centrales de nuestra teoría. Convocamos a las personas a un grupo, organizamos el encuadre y comienza el proceso grupal. Cada uno va acudir a la experiencia grupal con su propia idea, con las experiencias que ha ido adquiriendo a lo largo de su vida, iniciada en el grupo familiar, y desde esa posición empezará a relacionarse con otras personas con las que interactuará en base a la tarea que les convoca.

La técnica de grupo operativo se centra en los aspectos manifiestos y latentes que forman parte del proceso grupal. La dialéctica pichoniana consistirá en ir de lo explícito a lo implícito que a su vez volverá a ser implícito. Un ir y venir en el que cada movimiento es

un salto cualitativo; es central por tanto la idea de proceso. El integrante al enfrentarse a una nueva situación pondrá en marcha sus defensas como mecanismo propio de todo proceso terapéutico y de aprendizaje; los obstáculos epistemofilicos se hacen presentes, así como las resistencias ante la nueva situación que es vivida como peligrosa, ya que implica un cambio. Todo proceso terapéutico y de aprendizaje lleva en si una resistencia al cambio, pero también un deseo de algo nuevo. La tarea del grupo operativo es promover un cambio en un sentido grupal y operativo; ir realizando un pasaje de una situación a otra.

A través de lo explícito, de lo manifiesto se descubre lo implícito. El cambio y la resistencia al cambio nos hablan de que en el proceso grupal y frente a toda tarea, se ponen en marcha dos miedos básicos con los que vamos a trabajar constantemente en el grupo: el miedo a la pérdida y el miedo al ataque. Estos miedos guardan relación con los temores implícitos a abandonar aquellos instrumentos y defensas que hasta el momento le sirvieron al sujeto, aunque le enfermaran. En el grupo operativo se trata de ir resolviendo las situaciones estereotipadas, dilemáticas, que surgen cuando estas ansiedades se intensifican.

La didáctica que desde la COG se considera imprescindible para la formación de la psicoterapia grupal, implica la elaboración de la información, del conocimiento a través de la experiencia grupal, es decir, a través del trabajo sobre el efecto emocional que produce la información, tanto externa como interna.

Cuando comenzamos un grupo de aprendizaje, cada integrante acude con su propio esquema de referencia con el que aborda la tarea que es el aprender en grupo.

En este proceso de adquisición de un conocimiento nuevo se van a producir ansiedades ante la movilización y cambio de los referentes previos.

La tarea y el trabajo que lleva a cabo la psicoterapia de grupo operativo es resolver situaciones de estancamiento, enfermedad, aprendizaje, o sea obstáculos que impiden a los sujetos el crecimiento, el desarrollo y una adaptación activa a la realidad.

Finalizamos recordando que el trabajo psicoterapéutico grupal, es uno de los instrumentos terapeuticos más válidos y eficaces en la organización de las tareas asistenciales en nuestros servicios de salud mental. (Gomez 2019).

Bibliografía

Bauleo, A, Ideología, grupo y familia, Folios, México 1982

Bauleo, A, Monserrat A, Suarez F, Atuel. Buenos Aires 2004

Bleger, J, Psicohigiene y psicología institucional. Edit Paidos. Buenos Aires 1999

Brassi M, Bauleo, A. Clínica grupal, Clínica institucional. Edit. Atuel, Madrid.

Fabris, F, Pichón Riviere un viajero de mil mundos. Edit. Polemos. Buenos Aires 2007

Gomez, ¿Cuál es el lugar de la psicoterapia y de la psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Rev. Area3. N.29. 2019

Lorenzo, L La interrogación como método. Revista área 3. Numero 2 especial. 2008

Lorenzo, L La psicoterapia de grupo y la psicosis: un lugar para el sujeto. Edit. AEN. Madrid2018

Montecci, L, Boscolo,L, Formación en investigación/acción. Revista Área 3. Extra N4 2021

Pichon R, Del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Visión. Buenos Aires 1974

Pichón Riviere, Teoría de vinculo. Nueva Visión 1985

Schender A, De la Familia Edípica a la Familia Grupal. Rev. Area 3. N.14. 2010

Vallejo, F. Teoría de los ámbitos, Revista Huellas N. , APOP. Madrid 2013

Capítulo 05

Encuadre y tarea en la concepción operativa de grupo

Romero González, S., Suárez Soto, J. I.

Un grupo es un conjunto restringido de personas, que ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua relación interna se proponen, en forma explícita e implícita, la realización de una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles.

En la definición clásica de Pichon-Riviere de lo que es un grupo están implicados los conceptos de encuadre, vínculo, roles y tarea. Iremos desarrollándolos en adelante.

El grupo comienza con una demanda más o menos elaborada: aligerar listas de espera, terapia, formación,... Esa demanda pone en marcha la tarea. Seguidamente se definen las condiciones de posibilidad (encuadre) y se acuerda el día de inicio. Este encuadre inicial posibilita, a través del grupo, concretar una primera respuesta institucional a la demanda de atención.

Encuadre

En "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico", Bleger (1969), describe el encuadre como *un conjunto de condiciones constantes, dentro de las cuales se va a desarrollar el proceso de un grupo*. Frente a este conjunto de constantes, lo que él llama el *no-proceso*, coexistiendo, estaría el proceso, que sería lo móvil y lo variable. Considera al encuadre psicoanalítico como una institución donde es depositada la parte más primitiva del paciente, su institución familiar. Como tal, es el depositario de la simbiosis madre-niño, permitiendo al niño el desarrollo de su yo. Funciona como límite del esquema corporal y como núcleo fundamental de la identidad, en cuyo seno suceden fenómenos que llamamos comportamiento. El encuadre y las instituciones son mudas, satisfacen una

necesidad primitiva, y sólo se hacen visibles cuando faltan.

La pandemia por covid-19 lo hizo manifiesto. Provocó una ruptura de los encuadres en todos los ámbitos y generó un esfuerzo para crear nuevos encuadres que contuvieran la angustia, el estupor, la confusión y la paranoia social. Muchas adolescentes desarrollaron un trastorno alimentario durante el confinamiento (en un esfuerzo de controlar lo incontrolable, se enfocaban en el cuerpo), aumentaron los trastornos por consumo de alcohol (“biberones de cerveza”), los trastornos de conducta, las autolesiones y los intentos de suicidio. A su manera, muchas personas han tratado de elaborar a través del cuerpo todas esas partes más primitivas que estaban depositadas en las instituciones (académicas, sanitarias, organizaciones laborales,...). Otros lo han hecho desde teorías conspiranoicas, negacionistas,...

Para Pichón Riviere el encuadre *es un conjunto de constantes metodológicas que permiten la comprensión de un proceso, facilitado a través de la confrontación de modelos internos con la situación externa. Es el marco donde se puede desarrollar el proceso grupal, permitiendo que éste sea observado e investigado.*

Dentro de un grupo encontraremos dos tipos de encuadre. Por una parte, el encuadre teórico del terapeuta o coordinador, que es su Esquema Conceptual Referencial Operativo. El ECRO es un sistema de conceptos, un conjunto de elementos teóricos y técnicos que permite al coordinador de un grupo abarcar un sector de lo real y operar sobre él. Pero a su vez, cada participante trae su propio encuadre, su marco de referencia, que tiene que ver con como está organizado su mundo interno (una idea propia de la tarea, de lo que es un grupo, una creencia de cómo se trabaja en grupo).

Encuadre grupal y encuadre institucional

Cuando Pichon en la definición de grupo habla de una *constante de tiempo y espacio*, hace referencia a que el equipo de coordinación y la institución establecen un encuadre grupal y un encuadre institucional, desde dónde ese grupo va a funcionar y no en cualquier lugar. Se establece así un día, una hora y un tiempo determinado para la interacción cara a cara de sus miembros. La tarea, como veremos, es el elemento organizacional básico y fundamental para la teoría pichoniana. Toda tarea necesita estar enmarcada, delimitada, justamente para evitar la desorganización y el caos. La delimitación inicial de la tarea requiere de las delimitaciones de tiempo, espacio y roles

como marco de contención inicial. La interacción entre los miembros, bajo las reglas constantes de este encuadre, implica procesos de comunicación y facilita, y vehiculiza el aprendizaje promoviendo cambios internos entre los miembros del grupo que generan transformaciones en ellos y en el entorno.

Cuando queremos poner en marcha un dispositivo (comunitario, institucional, grupo operativo, psicoterapia de grupo operativa...), diseñamos el encuadre grupal adaptando los elementos a las necesidades de la tarea a realizar y a la institución donde vamos a ponerla en práctica. Habrá que tener en cuenta el marco físico del grupo (sala, disposición circular de los asientos,...), si el grupo será cerrado, abierto o semiabierto (corredor terapéutico), el número de participantes y el tiempo (número de sesiones, duración de las mismas, día de la semana y hora), quiénes serán los miembros del equipo coordinador (coordinador/es, observador participante o no participante), las normas del grupo (puntualidad, confidencialidad, contactos extragrupales,...)

Funciones del encuadre

La función del encuadre es básicamente la de organizar y estar al servicio de la tarea, dicha función es la de sostén y de continencia. El encuadre desde la COG es un espacio que brinda garantías mínimas de seguridad psicológica para que se puedan desarrollar en su interior una serie de procesos a partir de una tarea que convoca. Actúa de marco de seguridad, contención y depositación de las ansiedades que produce el proceso terapéutico, de aprendizaje y cambio.

Sirve para delimitar el adentro y el afuera, y el aquí y ahora del grupo. Distingue la relación psicoterapéutica de la relación interpersonal subjetiva que se da entre personas “de la calle”. Favorece la regresión útil, proporciona el continente necesario para salir de ella y constituye un punto de referencia anclado en la realidad que permite el reencuentro con dicha realidad.

Grinberg, siguiendo a Bleger, señala que el encuadre favorece una auténtica alianza terapéutica, que se establece con los sectores más maduros o adultos de la personalidad del paciente.

Importancia de mantener el encuadre

El mantenimiento del encuadre grupal permite contener, ordenar y organizar el material

en el “aquí y ahora” de la relación. El grupo moviliza tanto en los pacientes como en el terapeuta intensos mecanismos de defensa y ansiedades arcaicas, que el mantenimiento del encuadre contiene. Asimismo, representa un soporte para el terapeuta en su función “continente”. La laxitud o ruptura del mismo pueden conducir a momentos de disgregación psicótica. Pero una rigidificación excesiva, al dejar de ser un medio para convertirse en un fin, da lugar al yo fáctico.

Otro efecto del mantenimiento del encuadre lo observamos en cómo los integrantes del grupo van apropiándose del espacio grupal y haciéndose cargo del encuadre. La apropiación del espacio deviene en un elemento de contención y cura.

Implicaciones del encuadre

Durante el proceso grupal los pacientes van a enfrentarse a una tarea, a una relación, a trabajar con otros, a cambios del esquema de referencia. Esto acrecienta las ansiedades paranoides, la aparición de mecanismos de defensa primitivos propios de la posición esquizoparanoide y la emergencia de las partes psicóticas de la personalidad de los participantes. Como parte del proceso grupal aparecerán momentos resistenciales ante el cambio en los que atacar al encuadre es una manifestación defensiva y transferencial, como en todo proceso de crecimiento humano. En estos momentos las emociones están en primer plano, y las palabras tienen menos presencia o son transformadas en actos: la conducta es el lenguaje. El mantenimiento del encuadre, posibilita que el terapeuta pueda escuchar, entender e interpretar los actings.

Si el terapeuta mantiene una actitud pasiva o participa desde su contratransferencia en estos ataques al encuadre, el grupo puede quedarse instalado en una regresión psicótica y un deterioro del tratamiento. La manifestación más extrema es la disolución del grupo. Por esto, desde la COG hablamos de la necesidad de trabajar desde la contratransferencia, supervisar, tener formación.

Identidad individual e identidad grupal (Bleger)

Siguiendo a Bion, el fenómeno grupal comprende dos partes que equivaldrían a lo que en el individuo llamamos parte psicótica y parte no psicótica de la personalidad (neurótica o normal). La parte no psicótica de la personalidad viene representada por “el grupo de trabajo”, mientras que la parte psicótica está representada por el funcionamiento en

“supuesto básico” (de dependencia, de lucha y fuga y de apareamiento).

Bleger distingue tanto en el individuo como en el grupo entre la identidad por integración (dada por el trabajo en común, la tendencia a la integración e interacción de las personas) y la identidad grupal sincrética (no discriminada, difícil de detectar, donde no existen los límites y predomina la comunicación preverbal, subclínica). Entre ambos estratos se instala un fuerte clivaje (escisión), que impide que entren en relación unos con otros. A través de la inmovilización de los elementos no discriminados se permite la movilización, la dinámica y el trabajo terapéutico sobre los aspectos más integrados de la personalidad y el grupo.

Durante las primeras sesiones de un grupo el silencio aparece como algo muy tenso y angustiante. Algunas personas lo rompen hablando, no con la intención o el interés real en conocer al otro, sino “para llenar el silencio”, en un intento de diferenciación para no sentirse “tragados por la grupalidad”. A nivel cotidiano, encontramos la sociabilidad sincrética en las conversaciones sobre el tiempo en los trayectos en ascensor, en las salas de espera...

Ciertos individuos buscan de entrada el establecimiento de una situación simbiótica de dependencia y de identidad grupal. A las personalidades con muchos elementos indiscriminados (especialmente las personalidades psicopáticas, “como si”) les cuesta mucho entrar en su identidad y cuando pierden el objeto de simbiosis entran en proceso de desorganización.

Las no ausencias, lo estable, y lo fijo sustentan el proceso grupal y la organización del yo. El encuadre permite colocar elementos muy primitivos no discriminados de la personalidad, que se pueden evidenciar cuando éste se rompe y se filtra lo fantasmático del sujeto. Las crisis más profundas por las que atraviesa un grupo se deben a la ruptura del clivaje entre las partes discriminadas y las no discriminadas (yo/no-yo, cuerpo/espacio, yo/otro). El no-yo depositado en el encuadre incluye el cuerpo, de modo que, si el encuadre se rompe, la aparición de esas partes tiene que elaborar también a través del cuerpo, pudiendo aparecer síntomas hipocondríacos, somatización, despersonalización,...

Concepto de tarea

La noción de tarea es un elemento singular en la Concepción de Grupo Operativo,

permitiendo una diferenciación con respecto a otros modelos de comprensión grupal. Se trata de un eje vertebrador del funcionamiento grupal siendo de tal relevancia que Pichón afirmaba *“no hay grupo sin tarea”*. En este sentido diverge de los “grupos centrados en el individuo” que ponen el foco de atención en el sujeto que toma la palabra y no en el grupo en un sentido global así como de los “grupos centrados en el grupo” que enfocan su intervención en el grupo en su totalidad. Por su parte, la técnica de grupo operativo se define como “grupos centrados en la tarea” dado que dirigen su atención a la relación que mantiene un grupo y sus miembros con una tarea determinada. La singularidad de la técnica de grupo operativo queda reflejada en las palabras de Bauleo *“la tarea es el elemento nuclear, es decir que sólo por la tarea, a través de la tarea y con la tarea, el grupo es grupo”*

La tarea es propuesta por parte de la coordinación y a través de la tarea se articulan los diversos elementos que conforman la estructura del grupo. Por tanto, la tarea es del grupo y al mismo tiempo de la coordinación aunque cada parte asume diferentes roles y funciones.

Bauleo define la tarea como *“el factor por el cual el grupo se ha reunido para apropiarse de él y luego accionar con él”*.

Tarea explícita

Pichón en su modelo de comprensión del funcionamiento grupal distingue dos tipos de tarea: explícita e implícita.

La tarea explícita hace alusión al motivo que convocó al grupo. Dicha tarea explícita puede ser diversa dentro del campo de la clínica y los grupos psicoterapéuticos así como en otros posibles ámbitos de aplicación de la técnica de grupo operativo como el aprendizaje/formación, análisis institucional, teatro, creación publicitaria,...

La explicitación de la tarea que se propone a los miembros del grupo permite la activación de su funcionamiento, el cual se dirigirá hacia el objetivo de lograr su realización y le dará el sentido del “para qué” se reúnen. Si bien la tarea es definida por la coordinación será construida a través del accionar e interacción de los miembros durante el proceso grupal. Cada integrante del grupo se incorpora con sus propias expectativas, fantasías y esquemas de referencia que se pondrán en juego durante el transcurso de la terapia.

Tarea implícita

La tarea es presentada de forma explícita al grupo pero a su vez subyace una tarea implícita o latente que debe ser abordada durante el proceso grupal. Ambas forman parte de una totalidad, si bien cada una en su presentación manifiesta o latente. La tarea implícita no se conoce de antemano y consiste en el análisis y resolución de aquellas dificultades que mantienen al grupo en una fase improductiva denominada, pretarea. Estas dificultades constituyen obstáculos frente al avance y cambio que se evidencian a través de la presencia de pautas estereotipadas que deben ser superadas a través de la interacción entre los miembros del grupo. Pichón apuesta por la técnica dialéctica para la superación de estos obstáculos quebrando dichas pautas estereotipadas y venciendo las ansiedades paranoides (miedo al ataque de la nueva situación) y depresivas (miedo a perder la estructura existente). La elaboración de dichas ansiedades, consideradas básicas, permite al grupo acceder al “momento de tarea” y por tanto aproximarse al logro de los objetivos que se convocaron al inicio del encuadre grupal.

En definitiva, la tarea implícita sería el abordaje de las cuestiones que se mantienen a nivel implícito o latente (conflictos, fantasías, miedos, resistencias,...) y la tarea explícita se encargaría del abordaje de las cuestiones explícitas, concretamente de la finalidad que el grupo desde el inicio se propuso alcanzar. En palabras de Pichon, la tarea implícita sería *"el abordaje y elaboración de los miedos que configuran la resistencia al cambio, rompiéndose así una pauta estereotipada y disociativa que funciona como factor de estancamiento"*

Momentos del proceso grupal: pretarea-tarea-proyecto

Pretarea

Existen tres momentos clave (pretarea – tarea – proyecto) que se dan a lo largo del proceso grupal y que se producen cuando un individuo o grupo afronta una situación de progreso, aprendizaje o cambio. De forma más específica podrían dividirse las secuencias en pretarea – tarea implícita – tarea explícita – proyecto. Estos momentos no se dan únicamente de forma unidireccional ni tienen una clara diferenciación abrupta entre unos y otros sino que se van alternando temporalmente de forma gradual y continua a lo largo del proceso grupal en función de la resolución de las ansiedades básicas. Son momentos necesarios para que se puedan poner en marcha los procesos imprescindibles

para producir movimientos grupales, cambios y aprendizaje.

La pretarea se caracteriza por ser un momento en el que predomina un funcionamiento defensivo y resistencial que mantiene al grupo funcionando a través de pautas estereotipadas y por tanto impidiendo lograr modificaciones. También se denomina esquizoparanoide, siendo un momento que si se prolonga demasiado supone un factor de riesgo de estancamiento. Si bien se da en un espacio temporal previo a la tarea, son momentos que se van sucediendo e intercalando a lo largo del acontecer grupal. De esta forma la pretarea se puede dar en cualquier lapso del proceso grupal.

En pretarea el grupo se enfrenta a un momento de obstáculos que dificultan la elaboración de las ansiedades paranoides y depresivas manteniéndolo en una fase de estancamiento y que impide el acceso a una adaptación activa a la realidad. Los integrantes postergan las posibilidades de cambio y utilizan mecanismos propios de la posición esquizoparanoide. De este modo, en el momento de pretarea predomina fundamentalmente un clima de desconfianza, tensión o confusión; aparecen principalmente conductas impostoras, inhibidas, pobres o estereotipadas; mecanismos disociativos con ausencia de asociaciones y elaboración. La sensación en el grupo es de inmovilidad con una manifiesta disociación entre el sentir – pensar – actuar.

Es tarea del grupo, con la ayuda de la coordinación, el esclarecimiento, comunicación, aprendizaje y superación de estas dificultades para lograr salir de este momento y de este modo poder entrar en el denominado “momento de tarea”

Tarea

En la pretarea, ante la aparición de los primeros indicios de cambio surgen las ansiedades básicas y por tanto la activación de los mecanismos de defensa ante las mismas, sin embargo en la tarea se produce la elaboración de dichas ansiedades. Aclaramos que a través de la técnica operativa se logra la movilización de las estructuras estereotipadas mediante la elaboración de estas ansiedades básicas facilitando la posibilidad de un cambio, para pasar a un momento de tarea, conocido como posición depresiva. Se trata de un momento de plena producción grupal en el que los integrantes del grupo sienten que son actores de un proceso de transformación y al mismo tiempo son transformados por dicho proceso. De esta forma logran compartir un código común, un esquema de trabajo propio que se convierte en un nuevo esquema de referencia común lo cual facilita

un proceso de aprendizaje o curación.

Se trata de un momento que se caracteriza por un funcionamiento dialéctico con mayor capacidad de escucha, reparación, elaboración y síntesis. El grupo reduce su omnipotencia, aceptando las limitaciones de su conocimiento, tolerando mejor sus miedos y por ende, muestra mayor capacidad de cambio y aprendizaje para lograr un intercambio de roles y una adaptación activa a la realidad.

Proyecto

El proyecto consiste en un momento en el que el grupo realiza una planificación estableciendo objetivos que trascienden al aquí y ahora de dicho grupo. Se trata de una planificación futura que va más allá de la finalización de las sesiones recogidas en el encuadre grupal. En este sentido, se relaciona con las ansiedades de muerte vinculadas a la finalización de un espacio grupal a través del cual se había logrado una cohesión y pertenencia. El grupo por tanto, se apoya en el proyecto como una forma de generar algo nuevo que le permita afrontar las ansiedades de separación propias de la anticipación de la finalización y pérdida de un espacio valioso.

Bibliografía

- Bauleo, A. (2005): Un grupo. En Bauleo, A. Monserrat, A. y Suarez, F. Psicoanálisis operativo: a propósito de la grupalidad. (13-28). Atuel: Parusia
- Bauleo, A. (1969). El grupo operativo. Cuadernos de Psicología Concreta. Vol. I.
- Bleger, J. (1980): El grupo como institución y el grupo en las instituciones. Temas de psicología (Entrevista y grupos). Ediciones Nueva Visión.
- Bleger, J. (1969): Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En, Simbiosis y ambigüedad, José Bleger. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Fischetti, R.(2018): Acerca del setting grupal y familiar. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 3.
- Guillem, P. y Loren, J.A. (1985): Del diván al círculo. Tecnipublicaciones, S.A.: Madrid.
- Irazábal, E. (2015): Psicoanálisis sin diván (Introducción a la concepción operativa de grupo). Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 19 1-13.
- Pichon-Riviere, E. (1975). El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I). Buenos Aires: Nueva Visión (Org, 1971)
- Vico Cano, D. (2018): Ocurrencias básicas sobre encuadre, grupo y tarea. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 22.

Capítulo 06

Emergente e interpretación en la concepción operativa de grupo

Otero Rodríguez, J. F.; Mantrana Ridruejo, L.

En el presente capítulo vamos a hablar de emergente e interpretación, dos conceptos clave en la Concepción Operativa de Grupo (COG). Para abordarlos, necesitamos revisar antes algunas ideas y conceptos de este modelo.

Enrique Pichon-Rivière observó que el sujeto no se desarrolla en aislamiento. Él desarrolla un concepto del sujeto producido en y por una situación familiar y social. Posteriormente, Armando Bauleo amplía hacia un concepto de **sujeto-colectivo**, producto de un movimiento vincular continuo, de ida y vuelta, que va creando tejidos, redes, relaciones (Balello, 2014).

Un grupo operativo es un grupo centrado en la **tarea**, nos dice Pichon. La tarea es lo esencial del proceso grupal, constituye al grupo; es aquello que convoca a sus integrantes, les hace constituirse con una finalidad, podríamos decir que es el “para qué...” del grupo.

Imaginemos por un momento los inicios de un grupo operativo. Los participantes son convocados con un objetivo al que llamamos tarea explícita. Cada integrante, como es natural, llega al grupo con su propia historia personal, trae una serie de fantasías y expectativas en relación a lo que podría consistir esa experiencia, la tarea que tendrían que realizar, qué es un grupo y cómo se trabaja en él. Traen sus esquemas individuales, formados por sus conocimientos y experiencias previas en múltiples grupos de los que han formado parte en su vida –que es lo que desde la COG denominamos **ECRO**, Esquema Conceptual Referencial Operativo-.

Se producirá un choque de los distintos esquemas individuales ya que en palabras de

Bauleo (Bauleo, 2005): "... suponían que dichos esquemas permitirían conocer de antemano el tema a tratar... y que los otros participantes poseían idéntico punto de vista... ¡craso error!...".

Las ideas preconcebidas se van rompiendo, ajustando y recomponiendo a medida que se va alcanzando un esquema de referencia común que les permite trabajar juntos. De este modo la tarea explícita inicial que les convocaba adquiere un grado mayor de complejización y el desarrollo de la misma pasará por todo un camino de vicisitudes y obstáculos.

Lo manifiesto y lo latente

Decíamos antes que desde nuestro modelo, el elemento central que moviliza al grupo es la tarea, por ejemplo la que convoca a un grupo psicoterapéutico puede ser trabajar las dificultades en el desempeño del rol parental. Pero al mismo tiempo, esa propuesta explícita, conlleva una tarea que es implícita. No son dos tareas, sino que una se articula con la otra. La tarea, al ser trabajada por el grupo produce un latente grupal que refleja las relaciones vinculares que se establecen (Irazábal, 2015).

El grupo se entiende desde un doble registro: uno manifiesto, cognoscitivo, que aparece claramente ante los ojos o los oídos de quién lo percibe; y otro latente que son el contenido emocional y las ansiedades generadas. Lo no dicho, los sentimientos escondidos, las fantasías no comunicadas, las expectativas no expresadas,... constituyen el latente. El trabajo sobre la tarea grupal pone en contacto lo manifiesto y lo latente, permitiendo que se desarrolle el proceso grupal.

Para poder relacionar y explicar los conceptos de lo manifiesto y lo latente, Pichon-Rivière desarrolla dos herramientas. Una de ellas es el **cono invertido** (Figura 1) que es un recurso visual que representa el acontecer grupal que lleva de lo explícito a lo implícito en un continuo proceso en espiral donde la labor del coordinador es contribuir a través de sus intervenciones, a que lo latente se haga manifiesto, permitiendo al grupo comprender y elaborar los obstáculos que se oponen al desarrollo de su tarea.

La figura del cono está invertida para mostrar que lo implícito queda por debajo de lo explícito; lo explícito puesto arriba aparece como lo más observable. La **espiral dialéctica** muestra el camino que hace lo implícito para explicitarse, para hacerse consciente.

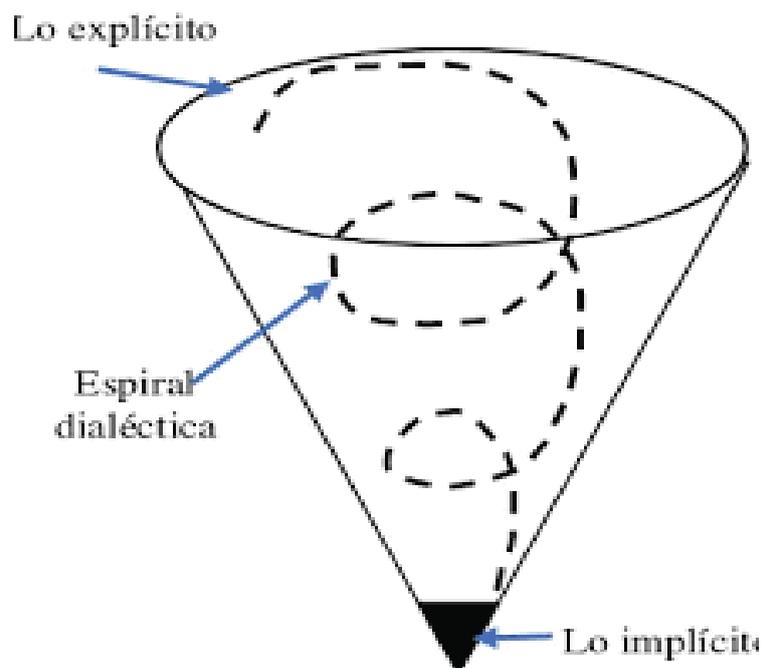


Figura 1

La imagen de la espiral dialéctica le servía a Pichon-Rivière para romper la idea del proceso grupal como algo lineal y considerar el mismo como un movimiento vincular continuo de ida y vuelta que pasa por diferentes momentos, algunos en los que enfrenta y resuelve la tarea, y otros de dificultad y resistencia para cambiar.

Analizando porqué se produce la resistencia al cambio y qué significa el cambio para cada uno, observó que había dos miedos básicos (ansiedades básicas) frente a toda tarea a realizar: el **miedo a la pérdida** y el **miedo al ataque**.

Pensemos lo que significan los cambios en nuestro trabajo diario. Por ejemplo, en los residentes cuando tienen que afrontar las rotaciones por los distintos dispositivos de su programa formativo. Cada cambio implica un proceso de aprendizaje y una posible confrontación con los esquemas de referencia, y esto puede conllevar miedos, ansiedades; por un lado el miedo a perder lo que ya tenían, lo ya conocido; por otro lado la ansiedad ante lo nuevo, el no saber a qué se enfrentarán en el nuevo equipo de trabajo, el tipo de trabajo que les asignarán, el rol que desempeñarán.

En la concepción operativa de grupo las **ansiedades básicas** hacen referencia a los miedos que se generan en las personas frente a todo intento de adaptación al medio (y cuando nos referimos a los grupos, son los miedos que se generan en los integrantes

frente a la situación grupal). Las ansiedades de pérdida son los temores de perder la situación de equilibrio previamente conseguida, lo ya adquirido (que en el caso de los pacientes son los instrumentos de la enfermedad con los que realizan su particular adaptación a la realidad). Las ansiedades paranoides son los temores ante el cambio, que provienen del sentimiento de vulnerabilidad por encontrarse sin nuevas herramientas ante un medio o situación nueva (Cazau, 2005).

¿Qué entendemos por portavoz?

Pichon-Rivière, en su primera formulación, equipara el concepto de “portavoz” al de “emergente”; así, por ejemplo, el enfermo psicótico se consideraba a la vez el emergente y al mismo tiempo el portavoz de la patología de un grupo familiar. Pero en la evolución del concepto se discrimina el portavoz del emergente, siendo éste visto más como una cualidad nueva observable que aparece en el campo, siendo el portavoz el que asume el rol de traerla.

¿Quién ocupa el rol de portavoz? En los grupos, el portavoz es el miembro del grupo que ejerce la función de hacerse cargo, de expresar algo del discurso grupal que los demás miembros no logran objetivar. Es el integrante del grupo que sirve de vehículo al emergente. El portavoz, por su manera de ser, por su sensibilidad o por su historia previa, es capaz de sentir una situación en la que el grupo está participando y puede expresarla porque está más cerca de su mente que de la de otros. No tiene conciencia de enunciar algo significativo a nivel grupal sino que enuncia o denuncia algo que vive como propio (Foladori, 1990).

A veces, no hay un solo portavoz, sino varios, cuyas palabras y acciones ofrecen elementos para descifrar qué está pasando en ese momento del acontecer grupal subyacente. En ese integrante (el portavoz) ocurre una conjunción de la verticalidad y la horizontalidad. La verticalidad se refiere a su historia personal, a su personalidad, a sus deseos; y la horizontalidad es aquello que tiene que ver con el proceso grupal, con la historia del grupo. El portavoz da cuenta del entrecruce de lo vertical (el sujeto) y lo horizontal (el grupo en el aquí y ahora) (Figura 2). Pero no sólo enuncia aquello que ocurre en el ámbito grupal, sino que es atravesado transversalmente por elementos de los otros ámbitos, institucional, comunitario y social que hablan a través de él, lo que nos remite a la idea de sujeto colectivo que nombrábamos al inicio.

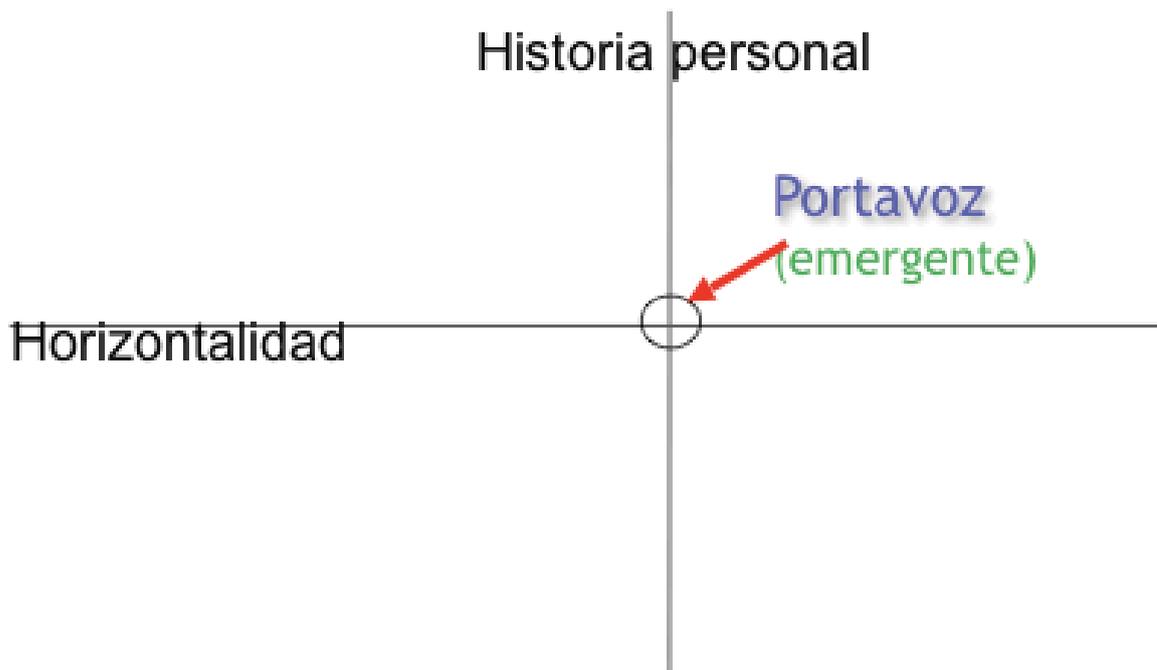


Figura 2

¿Qué entendemos por emergente?

La dinámica de los grupos es el resultado de su propio proceso, de sus ansiedades y resistencias, de su producción manifiesta y latente, de su historia y su aquí y ahora, atravesado transversalmente por todos los diferentes ámbitos en los que está inmerso. Y en este contexto vincular ¿a qué denominamos emergente?

El **emergente** aparece como la resultante de un conjunto de fuerzas que operan en la estructura grupal, surge a modo de signo que viene a dar la pista sobre lo que se está jugando de manera latente (Cifuentes, 2014). En un grupo de pacientes, un emergente puede ser la salida de tono de alguien, un comentario llamativo, una reacción inesperada, silencio, un gesto, ...un elemento que conecta los planos explícito e implícito de una situación grupal y a partir del cual adquiere sentido la situación previa y nos permite hacernos una hipótesis de lo que está pasando (Gómez, 2014). Para Schvarstein (Schvarstein, 1992) los indicios de lo latente en un grupo son: lo omitido, lo contradictorio, lo recurrente y lo insólito como ruptura de lo cotidiano.

Gear y Liendo (Gear y Liendo, 1974) hacen hincapié en la multicausalidad considerando el emergente como la expresión de una múltiple presión:

- a. la presión vertical que proviene de la historia y estructura individual del miembro que la expresa (portavoz);
- b. la presión horizontal que corresponde al movimiento intergrupal;
- c. la presión que proviene de la tarea a realizar;
- d. la presión que corresponde a la relación transferencial del grupo con respecto a la coordinación;
- e. la presión que viene de fuera, de los ámbitos institucional y comunitario en la que están insertos y dentro de los cuales tienen que enfrentar juntos la tarea.

En el equipo coordinador se movilizan emociones (**contratransferencia**) que influyen sobre la elección de los emergentes. La decisión sobre qué es lo más relevante de la situación grupal (la detección del emergente) surge de lo que se escucha, se observa y se siente por parte de la coordinación. El grupo, en el discurso que va construyendo va desplegando cosas a nuestra observación, elementos de distinto tipo: verbales, gestuales, posturales, emocionales,...y entre todo ese despliegue nosotros “elegimos”, los que nos afectan contratransferencialmente. Nosotros decidimos- consciente o inconscientemente- que “eso” observado es significativo, y lo decidimos desde nuestro esquema cognitivo, afectivo y experiencial, desde nuestro ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo).

La contratransferencia es la guía para detectar el latente grupal y está construida por la articulación de las experiencias emocionales con la formación teórico-práctica del coordinador. La elección del emergente depende entonces de varios cruces: la historia del coordinador, la historia del grupo, lo que el grupo moviliza en torno al coordinador, su relación con la tarea, con la institución, con la ideología (Cifuentes, 2014).

Ejemplo de emergente:

Se trata de la última sesión de un grupo (dentro de un formato de corredor terapéutico). A la sesión aparecen 7 de los 10 pacientes incluidos en el grupo. 3 de los 10 saldrán de alta. Hay un inicio tibio y anodino de la sesión en el que aparentemente no hay registro del momento de cambio que atraviesa el grupo y los participantes hablan de asuntos de la cotidianidad. 15 minutos después del inicio de la sesión entra M., una de las pacientes que se había retrasado con un alto estado de ansiedad

M. - “Me estaba dando ansiedad de ver a tanta gente nueva” (se refiere a personas que estaban esperando en la sala de espera para otro grupo diferente). La paciente está con una crisis de ansiedad

Pregunta a uno de los miembros del grupo porqué faltó el último día

L- El último día falté porque creía que el próximo día de grupo era hoy, lo apunté mal.

M.- “Tengo ansiedad” (llora)... no me esperaba tanta gente nueva... me he venido abajo... me cuesta mucho trabajo confiar y se me ha pasado por la cabeza que tengo que empezar de nuevo...”

M. explica el momento de confusión que ha tenido al ver gente esperando en la sala de espera y pensar que son parte del grupo

El signo grupal que denominamos emergente surge a modo de síntoma abrupto, crisis de ansiedad. M. es la portavoz, la persona que se hace cargo de la situación grupal de cierre con lo que ello implica (separaciones de las caras conocidas y aparición de caras nuevas).

El emergente articula la historia individual y la del grupo, que es expresión del momento de cruce entre verticalidad (historia del sujeto) y horizontalidad (momento grupal). M. (portavoz) es una mujer soltera, que siempre ha vivido con su madre, en una relación muy fusional entre ambas; nunca pudo hacer su vida porque le dio miedo separarse de su madre. Pero a su vez ese emergente condensa una situación colectiva de duelo y separación que se vive en el grupo ante la última sesión.

Coordinación: “Parece que a través de esta situación que trae M. el grupo está expresando el momento de confusión y angustia que podría tener que ver con que hoy es la última sesión”

Grupo:Estas fechas (Navidades) son malas por temas personales y por comparativa con los demás. La mayoría de las personas están mejor que yo.

También las hay peores.

Sin duda, pero yo me fijo en las que están mejor. Me da coraje estar así. Los envidio. Me hundo más.

Estas fechas son malas... por causas de pérdidas.

Desde la última reunión estoy más decaído por la soledad.

Yo quiero comunicar que es mi último día. Creo que he cumplido mi papel.

A partir de la interpretación del emergente por la coordinación el grupo cambia su tono neutro, deja de eludir el momento de finalización y se mete en la tarea de elaboración de la situación de cierre de la edición grupal.

Desde esta viñeta grupal podemos entender la segunda herramienta de análisis que Pichon-Rivière desarrolla para relacionar los conceptos de manifiesto y latente, que es la **unidad de trabajo**, que es triangular y constituida por:

1 Existente: Es la situación dada en un momento del proceso grupal.
En el ejemplo, *Comunicación tibia y anodina en relación a aspectos cotidianos que se está dando en una última sesión grupal cuando de pronto una paciente irrumpe con un discurso angustioso en relación a “personas nuevas” que ha visto en la sala de espera*

2 La interpretación del coordinador: Propone una nueva perspectiva a la situación y tiende a poner de manifiesto aspectos implícitos de la situación grupal.

En el ejemplo, la coordinación interpreta la situación explicitando el latente: *“Parece que a través de esta situación que trae M. el grupo está expresando el momento de confusión y angustia que podría tener que ver con que hoy es la última sesión”*

3 La interpretación hace surgir un nuevo plano que llamamos nuevo emergente, que es la situación nueva que se estructura como consecuencia de la intervención del coordinador.

A raíz de la interpretación de la coordinación en la situación traída de la sesión se produce un efecto nuevo en el discurso grupal, una situación nueva que a su vez producirá nuevos emergentes...

Por lo tanto, el emergente no es estático sino que en cuanto es señalado por la coordinación, está siendo modificado, está en permanente cambio.

La Interpretación

La función de la coordinación es trabajar las resistencias al cambio, debilitar los obstáculos que impiden el abordaje de la tarea, contribuir a que lo latente se haga manifiesto y promover cambios a través de las interpretaciones.

La **interpretación** tiene carácter de hipótesis que el coordinador transmite al grupo sobre lo que percibe que está pasando y que no se explicita (Cifuentes, 2015). Es un intento de explicación de lo que sucede en un momento determinado y debe basarse en lo observable. Lo importante de una interpretación es que sea útil, que opere un cambio. (Bauleo, 2005)

En una sesión un paciente quiere salirse alegando sentirse mal físicamente. Está siendo una sesión difícil en la que se ha hablado de experiencias de violencia y abuso en la infancia. La coordinadora realiza la siguiente interpretación, *“A través de Pepe, me llega el malestar y la angustia de todos al escuchar situaciones de violencia”*.

En la interpretación articulamos dos discursos, el individual y el grupal que se enlaza a través del portavoz/ces del grupo, pero también articulamos dos tiempos, el pasado de la fantasía y el presente grupal.

El coordinador también usa el **señalamiento**, que opera sobre lo explícito, lo manifiesto. Consiste en nombrar una situación grupal que el grupo no visualiza como importante o no relaciona, siendo la finalidad poner de manifiesto la relación entre la situación presentada y el grupo. Se puede señalar el silencio de un miembro del grupo, las ausencias, el enfado que produce hablar de un tema, etc. La coordinación señala lo manifiesto e interpreta lo latente.

¿Cuáles son las condiciones para que se produzca la interpretación?:

La interpretación requiere tres condiciones:

- a. el deseo del coordinador de realizar y dar existencia a ese grupo;
- b. el deseo de los miembros del grupo de ser interpretados, que quieran conocer lo que les pasa, además de querer trabajar con otros;
- c. tener definido un encuadre que enmarque la experiencia grupal y que defina las condiciones de posibilidad del proceso y de seguridad.

Quién interpreta:

Interpreta la coordinación pero conforme se desarrolla el proceso grupal, los integrantes del grupo, realizarán intervenciones que generan efectos terapéuticos en los compañeros.

La función de la interpretación facilita un tipo de aprendizaje en el grupo: los miembros del grupo aprenden de los coordinadores cómo interpretarse y hablarse ellos mismos de lo implícito (Cifuentes, 2015). Es como si se apropiaran de la capacidad de transformarse a sí mismos y de la realidad (Gear y Liendo dicen que esto es un pasaje del grupo en sí al grupo para sí). En una sesión, una integrante de un grupo le dice a otro *“parece que tú siempre quieres ser un niño”*.

Cuándo interpretar:

Cuando estamos trabajando con grupos, es importante darnos tiempo para observar, no apremiarnos con la exigencia de detectar emergentes, observar el acontecer grupal sin interferirlo, permitir que la temática y dinámica grupal nos afecte lo suficiente hasta poder registrar lo que nos impacta, nuestras reacciones contratransferenciales.

En general conviene no interpretar demasiado rápido sino dejar que el discurso grupal vaya madurando. Ejemplo: en una sesión de grupo, hablan que no se ven en sus vidas tras el alta del Hospital de Día, que no van a tener trabajo, que volverán a encerrarse, que los problemas con las familias seguirán...,esto lo escucha la coordinación sin interpretarlo y más adelante en la misma sesión una integrante dice que se ve en la calle, sola, tras el alta...y es en ese momento cuando la coordinación realiza la siguiente interpretación *“no tenéis confianza en vosotros, en mantener vuestros cambios sin la presencia de este grupo y del Hospital de Día”* . En el ejemplo se muestra cómo lo emergente es un signo capturado que en ocasiones hay que dejarlo ahí en suspenso hasta que podamos ligarlo con otro u otros signos para que vaya adquiriendo un sentido

Bibliografía

- Balello, L. y Fischetti, R. (2014). La noción de emergente. Dialéctica del uno y de la multiplicidad. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 18, 1-7.
- Bauleo, A. (1970). Ideología, grupo y familia. Buenos Aires: Kargieman.
- Bauleo, A. (2005). Un grupo. En A. Bauleo., Monserrat, A. y Suarez, F. Psicoanálisis operativo: a propósito de la grupalidad (pp 13-28). Atuel: Parusia
- Buzaqui, A. (1989) Interpretación y coordinación. En El grupo operativo de Pichon-Rivière. Tesis doctoral
- Cazau, P. (2005). Diccionario de Psicología Social (Pichon-Riviere).
- Cifuentes, R.; Suarez, V.; Suarez, F. y Tarí, A. (2014). El emergente en la Concepción Operativa de Grupo. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 18, 1-14.
- Cifuentes, R y Suarez, V. (2015). Conversando sobre interpretación. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 19, 1-10
- De Brasi, M. y Bauleo, A. (1990). Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Atuel.
- Foladori, H. (1990). Hacia una teoría de lo emergente en grupo operativo. Ilusión Grupal 3. UAEM
- Gómez, R. (2014). Clínica grupal psiconalítica/operativa y "emergente". Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 18, 1-15.
- Irazábal, E. (2015). Psicoanálisis sin diván (Introducción a la concepción Operativa de grupo). Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 19
- Irazábal, E. y Vico, D. (2016). Coordinar grupos hoy: qué cambiamos y qué mantenemos. Area 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 18, 1-15.
- Liendo, E.C. (1974). Técnica de la interpretación en los grupos operativos. En Gear, M.C. y Liendo, E.C. Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar (pp 25-41). Buenos Aires: Nueva Visión
- Montecchi, L. (2014). El emergente en la ciencia o la ciencia del emergente. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 18.
- Pichon-Rivière, E. (1981). El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Buenos Aires: Nueva Visión (Orig. 1971)
- Sánchez, A. y Castilla, A. (2009). Latente grupal. Huellas. Revista de psicoanálisis y psicología social, 1 (1), 1-11.
- Schvarstein, L. (1992) Relaciones entre lo manifiesto y lo latente. En L. Schvarstein, Psicología Social de las organizaciones (pp 202-209). Buenos Aires: Paidós
- Vico, D. (2016). Coordinar grupos hoy: qué cambiamos y qué mantenemos. Huellas. Revista de psicoanálisis y psicología social, 7 (5), 1-4.

Peris-Mencheta Puch, L; Suárez Martín, F.

A lo largo de este capítulo reflexionaremos sobre el equipo coordinador en la COG, en cuanto a sus características, funciones y vicisitudes.

La coordinación y el desarrollo de un dispositivo grupal

El equipo coordinador (coordinador y observador) comienza su andadura antes de que se ponga en marcha el dispositivo grupal (cabe recordar que, en el grupo operativo la tarea es central, y esta puede ser de aprendizaje, psicoterapia, supervisión o de análisis institucional), pues previamente tendrá el cometido de diseñarlo, e incluso antes fantasearlo.

Cuando se va pensando un futuro grupo entra en juego la subjetividad del equipo coordinador, en tanto que va a influir la representación interna que tenga de qué es un grupo, cómo conducirlo, qué técnica va a utilizar y desde qué esquema referencial. Digamos que se puede partir de un grupo ideal, de aquello que desea el equipo coordinador. Por lo tanto, son momentos necesarios que deberán ser trabajados para que esta idealización no vaya a obstaculizar el diseño e implementación de dicha experiencia grupal.

De esta manera, el equipo debe ser capaz de flexibilizar su punto de partida, conjugándola con la realidad clínica (si nos centramos en los grupos terapéuticos y psicoterapéuticos) e institucional. En qué dispositivo se va a implementar dicho grupo, con qué perfil de participantes, cuál es la demanda actual, qué contexto sociocultural se está atravesando, cuál es el mandato institucional; estas y otras preguntas deberán

formularse para poder ir creando un esbozo inicial.

A veces, la institución impone un tipo de grupo, de forma cerrada y rígida, sin posibilitar que la coordinación introduzca su subjetividad. Esta situación supone un grave obstáculo para la coordinación, pues ¿cómo pueden favorecer el aprendizaje y el cambio, si ellos mismos están imposibilitados en su función de reflexión? Por tanto, en los primeros momentos la coordinación tendrá que ir diseñando un programa grupal que se pueda adaptar a la demanda y a la realidad institucional.

Centrémonos, con fines pedagógicos, en los grupos terapéuticos y psicoterapéuticos en una institución sanitaria. Para que un dispositivo grupal tenga futuro en una institución, ha de contar con la aceptación de quienes a su vez coordinan las unidades y trabajarlo en el seno del equipo de profesionales (debatir, analizar, discutir en las reuniones acerca de la demanda y desarrollar una propuesta asistencial psicoterapéutica grupal), para así poder nutrirse de derivaciones que otros compañeros realicen. Por lo tanto, es fundamental que se pueda compartir la propuesta con el resto de profesionales de la unidad, para que puedan ir integrando dicho dispositivo grupal dentro de la oferta terapéutica, garantizando así su continuidad. De esta manera, se podría transformar una experiencia puntual en un programa (psico)terapéutico dentro de la institución sanitaria. Es por ello que, la coordinación de un grupo psicoterapéutico incluye también la mirada y la integración del marco institucional que lo contiene.

Otro de los retos del equipo coordinador tiene que ver con como poder construir un esquema de referencia común (ECRO para Pichon Rivière), que permita alcanzar cierta coherencia en su desempeño desde la coordinación. En el mejor de los casos se puede contar con un equipo que comparta ya de partida un paradigma y experiencia previa coordinando grupos, pues incluso partiendo de la misma concepción teórico-técnica se deberán limar aspectos, digamos, más relacionales/experienciales. El reparto de funciones, la complicidad, confianza mutua y la comunicación fluida son requisitos imprescindibles para que el equipo pueda trabajar de forma productiva, colaborativa. Por otro lado, es frecuente que debamos trabajar de forma cooperativa profesionales con una aproximación teórico-técnica, en lo que se refiere a la conducción de grupo psicoterapéuticos de corte psicodinámicos, distintos o incluso que partamos de diversos paradigmas. En estos casos, lógicamente, el reto es aun mayor, pues se deberá contar con mayor flexibilidad y comunicación por parte de la coordinación, tanto antes, como

durante el proceso, mientras se va construyendo un esquema de referencia común.

Equipo coordinador, encuadre y tarea

Siguiendo con los prolegómenos del diseño e implementación de un dispositivo grupal, cabe mencionar que entre las funciones del equipo coordinador están determinar tanto el **encuadre**, como la **tarea manifiesta o convocante** y la **selección de participantes**.

El **encuadre** se refiere tanto a la **constantes espacio-temporales** (de horario, periodicidad, duración, lugar de celebración) como a las **normas grupales** (por señalar las fundamentales: confidencialidad, respeto, compromiso de asistencia, número máximo de faltas sin justificar, número mínimo de participantes para celebrar la sesión y para que tenga continuidad el grupo etc.) y a la **técnica empleada** (en el caso de la COG, por ejemplo lo que tiene que ver con las diferentes funciones del equipo coordinador, la lectura de emergentes, etc.). Debemos poder cuidar el encuadre y tenerlo claro antes de realizar las entrevistas previas con los futuros participantes. Sin encuadre no hay tarea, pues es preciso contar con estas constantes para, junto a las intervenciones del equipo coordinador que iremos viendo más adelante, poder contener las ansiedades regresivas (paranoides y depresivas) que todo cambio despierta.

En cuanto a la **tarea**, el equipo coordinador convocará a los participantes mediante una **tarea explícita**, que dará cuenta de su finalidad, del **para qué estamos juntos** (p.e. aprendizaje, curación, alivio de síntomas, diagnóstico, etc.). El grupo se reúne en torno a una tarea explícita, y *“bajo esa tarea explícita subyace otra implícita, que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento, de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación, significando un obstáculo frente a toda situación de progreso o cambio”* (Rivière). En este sentido, cabe recordar que, para Pichón Rivière, la finalidad de los grupos operativos es la de **promover la adaptación activa a la realidad**, favoreciendo para ello la movilización de las estructuras estereotipadas a causa del monto de la ansiedad que despierta todo cambio (ansiedades depresivas y paranoides).

Respecto a la **selección de los participantes**, debemos tener en consideración que, como dice Diego Vico (2014), **la psicoterapia de grupo “no es café para todos”**. El paso de lo individual a lo grupal supone que la persona pueda tolerar la presión de compartir un espacio con iguales (frente a la relación diádica que remite a lo primario, a *la relación exclusiva con mamá*), poder tolerar la exclusión y contar con un suficiente

manejo de la hostilidad (por tanto excluir algunas psicopatías, un elevado paranoidismo, grave tendencia al *acting*), así como con la capacidad de establecer relaciones especulares entre los integrantes (poder escuchar al otro, identificarse, dialogar, es decir que exista una mínima retirada libidinal del síntoma para poder establecer vínculos con terceros), además de motivación e interés y una suficiente capacidad introspectiva (se puede trabajar con un perfil más deficitario, pero que tenga una mínima capacidad reflexiva). Es crucial, por tanto, dicha selección para tratar de evitar en la medida de lo posible, los **abandonos grupales** (que son vividos con gran impacto por parte de los participantes que permanecen en el grupo, pues se siente **robados de partes suyas** compartidas en las sesiones, menospreciados en su capacidad de ayuda y contención, lo que devalúa la esperanza en el dispositivo grupal y en su propia recuperación) y/o una **potencial descarga hostil** en el transcurso de la psicoterapia (*acting* de auto o heteroagresividad).

Con tal fin, y aprovechando para incluir aquello que supone una preparación previa de los participantes a lo que será la psicoterapia grupal, puede ser útil tener una o varias entrevistas previas. Estas pueden servir para realizar un breve recorrido sobre las dificultades que le traen al grupo, valorar cómo han ido transitando por distintos grupos a lo largo de su vida, cuál es su estilo vincular, qué le motiva a entrar en este grupo de psicoterapia y qué grado de compromiso puede adquirir para con el mismo, así como si cumple los requisitos mínimos para poder beneficiarse de una psicoterapia grupal (mencionados más arriba). También sirve dicha entrevista para poder trabajar mitos, prejuicios (todos tenemos una fantasía previa de que será una psicoterapia grupal con la que se entra inicialmente al grupo) y resistencias; así como para fomentar la esperanza en el cambio mediante la experiencia grupal. Permite además ir introduciendo aspectos relacionados con la tarea convocante, el encuadre y las normas grupales. Existe también la posibilidad de trabajar estas cuestiones en grupo, serían “*grupos diagnósticos*” en los que poder valorar el estilo interpersonal de los miembros, analizar la demanda y poder decidir quiénes se pueden beneficiar de diferentes tipos de intervenciones en la institución (psicoterapéuticas individuales o grupales, farmacológicas, psicosociales, etc.).

Coordinación e Interpretación

Pichon Rivière consideraba al **coordinador un co-pensador**, siendo su función principal la de ayudar a los miembros del grupo a poder reflexionar. Para ello debe desempeñar un

rol específico, desde un lugar diferente al de los integrantes, manteniendo una distancia óptima que le permita poder observar la relación de los participantes del grupo entre sí, con el grupo, con la coordinación y con la tarea; e interviniendo cuando la ansiedad sea elevada y obstaculice el aprendizaje y el cambio (de Quiroga, 2008). Por lo tanto, el coordinador no da consejos, no instruye a los miembros del grupo, sino que los acompaña en el proceso de aprendizaje y cambio. La coordinación acompaña al grupo, facilitando la comunicación y la reflexión, apoyándose en diversas herramientas (como preguntar, clarificar, confrontar, **señalar e interpretar**).

En este punto cabe señalar la diferencia entre la psicoterapia en grupo y la **psicoterapia de grupo**, ya que, aunque la finalidad pueda ser la misma (alivio del sufrimiento o curación participando de una psicoterapia grupal, por ejemplo) cuenta con notables diferencias, respecto a la **posición del terapeuta** (central o descentrada), aprovechamiento o no de aspectos relacionados con la **dinámica grupal** (lo que sucede en el aquí y ahora del grupo), así como respecto a las **técnicas empleadas**. En este sentido, **en el grupo operativo se entiende lo individual dentro del marco colectivo en el que se ha manifestado**. Tendríamos, por tanto, un **eje vertical**, que remite a la historicidad del individuo, su psicobiografía, su mundo interno; y otro **eje horizontal**, relacionado con el aquí y ahora del grupo (relación entre los integrantes, con la coordinación, la tarea, el afuera).

El portavoz sería aquel o aquellos miembros del grupo que se hacen depositarios del contenido latente (al que podemos acceder a través de la detección de emergentes). El portavoz vehiculiza el contenido latente por estar más próximo a este (verticalidad) pero haciéndose cargo de un sentir compartido con otros miembros del grupo (horizontalidad) en el aquí y ahora. Por otro lado, **la interpretación es una hipótesis acerca de lo que esta sucediendo a nivel latente**. En este sentido, en la COG se entiende que, **las interpretaciones deben atender tanto a la verticalidad (el individuo y su historicidad) como a la horizontalidad (el aquí y ahora del grupo)**. En este sentido, Rosa Gómez (2017) plantea “...en la interpretación articulamos dos discursos, el individual y el grupal que se enlaza a través del portavoz del grupo, pero también articulamos dos tiempos, el pasado de la fantasía con el aquí y ahora del presente grupal...”. Por lo tanto, las interpretaciones apuntarán a la verticalidad (individuo), horizontalidad (aquí y ahora del grupo), y a las transferencias múltiples: las transferencias

centrales (hacia la coordinación), las laterales (entre los integrantes), circulares (hacia el grupo como un todo) y hacia el mundo exterior (el adentro y fuera del grupo). Así mismo, es reseñable el hecho de que cuando se inicia un recorrido psicoterapéutico grupal, las interpretaciones las realiza únicamente la coordinación, pero progresivamente los miembros del grupo pueden ir aprendiendo esta función, a escuchar el inconsciente propio y de los demás, mejorando su capacidad de simbolización (Gómez, R. 2017, Cifuentes, 2015).

Cabe destacar que, en el desempeño de esta función específica son fundamentales la **formación teórico-técnica y experiencial (experiencia analítica grupal)**, el **trabajo personal del terapeuta**, el **trabajo pre y postsesión** dentro del equipo coordinador y la **supervisión externa**.

Cómo señalábamos anteriormente, la interpretación es una hipótesis que parte de la detección de emergentes que realiza la coordinación. Esto nos remite a la subjetividad y a aspectos transfero-contratransferenciales (y de nuevo institucionales). El equipo coordinador interviene desde su subjetividad, su mundo interno, y en relación a los vínculos que está estableciendo con los integrantes del grupo. Deberá poder reconocerlo y observarlo, ponerlo en relación con lo que está sucediendo en el aquí y ahora del grupo y no realizar actuaciones. El coordinador debe poder observarse en el desempeño de su función, valorar si logra realizarlo desde la suficiente flexibilidad o si, de forma rígida y estereotipada, acaba ejerciendo uno u otro tipo de liderazgo que atienda más a sus necesidades afectivas inconscientes (p.e. temor a tomar partido y asumir su rol, miedo a ser excluido, necesidad de ser el centro de atención, etc.). Es **desde la contratransferencia que la coordinación puede aproximarse al contenido latente**, pero para poder discriminarlo, es necesario, como apuntan Bauleo y de Brasi (2010), que a la **formación teórica** se sume el haber pasado por una **experiencia analítica grupal**. Estos autores afirman que es dicha experiencia la que permite articular e integrar, en el esquema de referencia del analista grupal, “*no sólo conceptos sino también emociones, sentimientos y experiencia que verosímelmente serán utilizados en el entendimiento de situaciones de conjunto*”. La contratransferencia es inevitable, pero si el terapeuta grupal lo ha trabajado, pasa a convertirse en un “**instrumento de investigación**” que permite aproximarse al contenido latente (Bauleo, 1997).

El Equipo Coordinador: coordinador y observador

Pasemos a centrarnos a lo que respecta a la configuración del equipo coordinador. Según la concepción operativa de grupo, estaría compuesta por la figura del coordinador y por uno o dos observadores (pudiendo dedicarse uno a la lectura de emergentes, que sería el observador participante y otro silente con tarea de observación y/o transcripción). Ambas funciones (coordinación y observación) están claramente diferenciadas, pues mientras que el coordinador debe encargarse de recoger el contenido emocional y favorecer la dinámica grupal; desde la observación se tratará de esclarecer al grupo, mediante la **lectura de emergentes**, aquello que se ha podido escapar durante el proceso del trabajo cognitivo, suponiendo una devolución a los participantes, de lo que han podido ir trabajando hasta ese momento, facilitado la elaboración e integración. La lectura de emergentes, como afirman Liendo y Gear (1974), “...permite que el grupo **tome distancia**, en forma global, con lo realizado hasta el momento, como también con lo que no fue realizado. El grupo **vuelve sobre sus pasos** y puede trabajar el remanente que **había quedado fuera del proceso de elaboración...**”. Además, el o los observadores, se encargarán de informar al coordinador de aquello que se ha observado en la relación entre la coordinación, la tarea y los integrantes del grupo. Se debe prestar especial atención a la dinámica grupal, que en la COG nos remite a los vectores del cono invertido (cooperación, pertenencia, pertinencia, comunicación, aprendizaje, telé o tono afectivo en la sesión), la comunicación no verbal, lo no dicho, los silencios, los roles desempeñados por los integrantes, los liderazgos y a los mecanismos de segregación. Son, por tanto, funciones complementarias, no jerárquicas.

Conviene señalar que, es relativamente frecuente el hecho de que el observador se haga depositario de las ansiedades grupales, aspecto que debe ser trabajado por la coordinación, siendo explicitado y devuelto al grupo, realizando una interpretación que permita a los participantes pensar en el contenido latente, para que pueda seguir trabajándolo, sin escindirlo y expulsarlo.

Es interesante también destacar el valor de la transcripción de las sesiones, pues además de la lectura de emergentes, permite trabajar con gran riqueza el material pre y postsesión, así como, realizar supervisiones. El trabajo de la postsesión permite que el equipo coordinador comparta lo trabajado en sesión desde cada uno de sus roles. Las reuniones presesión con la lectura de los emergentes de la sesión anterior, contextualizan

y dan continuidad al trabajo psicoterapéutico. En cuanto a las supervisiones, estas ayudan al equipo a integrarse en sus funciones complementarias y contener la angustia de los terapeutas ante las situaciones de mayor tensión o complejidad, atender a aspectos contratransferenciales e institucionales, y mejorar la técnica de las intervenciones psicoterapéuticas realizadas (detección de emergentes, señalamientos, interpretaciones, qué, cómo y cuándo intervenir, etc.).

Bibliografía

- Batello, L. y Fischetti, R. (2018). El trabajo de la observación. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, verano 2018 (Extra 3).
- Bauleo, A. (1997). La operación grupal. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, invierno 1997 (5).
- Bauleo, A. (1997) Psicoanálisis y grupalidad. Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Bauleo, A. y de Brasi, M. (2010). Subjetividad y Participación. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, invierno 2010 (4).
- Cifuentes, R y Suárez V. (2015). Conversando sobre interpretación. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, invierno 2015 (19).
- De Quiroga, A. (2008). Introducción al seminario sobre Teoría de la Enfermedad Única de E. Pichon-Rivière. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, primavera 2008 (12).
- Fumagalli, C. (2007). Grupo y transferencia en Enrique Pichon-Rivière. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, primavera 2007 (11).
- Gear, M. y Liendo, E. (1974) Psicoterapia estructural de la pareja y el grupo familiar. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gómez, R. (2008). Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, Homenaje al profesor Armando Bauleo (Especial 2).
- Gómez, R. (2017). La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2017; 37 (132), 379-398.
- Pichon-Rivière, E. (1989) Técnica de Observación de Grupos Operativos. Ilusión Grupal, 1989(2) Cuernavaca: UAEM.
- Suárez, V. (2010). La tarea. Una revisión de su evolución como concepto (1ª parte). Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, invierno 2010 (14).
- Vico, D. (2014) ¿Café para todos? En E. Irazábal coord., Situaciones grupales difíciles (Pág. 407 a 437). Madrid: Grupo 5

Suárez Martín, F.; Peris-Mencheta Puch, L

Primeros obstáculos: pensar en la institución y pensar desde el psicoanálisis

En las primeras sesiones de formación del Programa de Psicoterapia Psicodinámica acerca de lo institucional, una de las vivencias que emergieron en los participantes (incluyendo a los docentes) es que nos aproximamos a algo sobre lo que es difícil pensar. Käes (1989) trata de responder a esta pregunta, ¿por qué nos cuesta tanto pensar en lo institucional?

Destacamos una de sus reflexiones al respecto, que es que la institución nos precede y nos estructura. La institución es el trasfondo de nuestra subjetividad, “marco inmóvil y mudo” que contiene una parte de nosotros. Es justamente la experiencia de externalización de un espacio interno, es decir, de que una parte de nosotros está fuera, la que dificulta el pensamiento. Además, muchos de estos contenidos externalizados son irrepresentables. En esta línea de argumentación, sostiene que la institución impone sus impensables. Nos constituimos como “seres hablantes y deseantes” en la medida en que participamos en ella, pero también estamos condicionados por la designación de sus imposibles a través de mecanismos de represión, denegación y renegación.

También Käes (1989) se pregunta por la legitimidad del psicoanálisis para establecer a la institución como objeto de estudio debido a la complejidad de la relación entre lo institucional y el psiquismo. En primer lugar, porque la institución no solo es una formación sociocultural, sino que también es una formación psíquica, ya que realiza funciones psíquicas múltiples *para* los sujetos; en segundo lugar, porque existe una ambigüedad dentro-fuera respecto al psiquismo en la medida en que se ofrece al sujeto como un espacio de depósito, como veremos más adelante; y por último por el carácter apropiante de la institución en la constitución de un “aparato psíquico del agrupamiento”.

Asimismo, podemos reflexionar sobre la aplicabilidad del psicoanálisis al estudio de lo institucional desde una perspectiva epistemológica. En su interés por un trabajo de 'elucidación crítica' sobre los grupos, Fernández (1989) expone argumentos que igualmente podrían aplicarse al conocimiento de las instituciones. Cualquier sistema de pensamiento, y el psicoanálisis y sus diferentes corrientes no son una excepción, tiene a *prioris* conceptuales. Sus condiciones de producción de saber están determinadas por factores teóricos-epistémicos por un lado, y socio-históricos por otro. De este modo, el saber psicoanalítico tiene áreas de visibilidad y áreas de invisibilidad (lagunas, vacíos, impensables). Además, la autora, siguiendo a Castel, señala la tendencia del psicoanálisis a la extraterritorialidad, "esto es, a considerar el sistema de legalidad propio para el campo psicoanalítico, como absolutamente válido para interpretar regiones de otras territorialidades disciplinarias; esto implica no considerar otros campos disciplinarios como tales, sino como meros espacios de aplicación del psicoanálisis".

Definición y funciones de la institución

Definición

Aun contando con las dificultades para reflexionar sobre la institución, necesitamos algún anclaje conceptual que sirva de punto de partida. Tomaremos la siguiente distinción de Bleger (1966) entre institución y organización:

Institución: "Configuración de conducta duradera, completa, integrada y organizada, mediante la que se ejerce el control social y por medio de la cual se satisfacen los deseos y necesidades fundamentales".

Organización: "Organización de carácter público o semipúblico que supone un cuerpo directivo y, de ordinario, un edificio o establecimiento físico de alguna índole, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado".

En una línea similar, Enríquez (1989) hace una diferenciación entre institución y organización. Mientras que ésta segunda tiene como función la producción de bienes y servicios y posee un carácter contingente (ej. una empresa puede desaparecer sin

implicaciones importantes en la dinámica social), la primera ejerce una función de regulación social total a través de la creación de un patrón de relación; “su finalidad es de existencia, no de producción”.

Nuestra propuesta en este manual es tomar ambos aspectos como *dimensiones de lo institucional, según un criterio estructural*.

Funciones

Enríquez (1989) describe los siguientes sistemas institucionales, que nosotros redefinimos como *dimensiones de la institución, según un criterio funcional*.

Sistemas culturales: Las instituciones ofrecen un marco cultural, esto es, un sistema de valores, normas y formas de pensamiento que modelan la conducta de los sujetos que participan en ella. Estos, a su vez, cristalizan en una estructura en forma de lugares, expectativas de roles o conductas esperables (más o menos estereotipadas), costumbres, etc. Además, las instituciones posibilitan la socialización de los actores sociales implicados; esta socialización real puede entrar en conflicto con los dos aspectos previos -cultura y estructura-, en grados diferentes.

Sistemas simbólicos: Toda institución requiere para su existencia y mantenimiento mitos fundantes unificadores, ritos (de inicio, de paso, de logro), héroes e historias que consoliden una memoria colectiva. Cuando el sistema simbólico no necesita ser invocado constantemente, desempeña su función de garante de la vida psíquica y social, pero en caso contrario puede tornarse invasor, imponiendo sentidos preestablecidos a los sujetos.

Sistemas imaginarios: Imaginario en el sentido de especular, “la institución va a tratar de atrapar a los sujetos en la trampa de sus propios deseos de afirmación narcisista y de identificación, en sus fantasmas de omnipotencia o en su demanda de amor (...) tiende a sustituir con su propio imaginario el de ellos”¹. Pero también imaginario en el sentido de que aporta al sujeto un soporte identitario y una red de vinculación que lo protege de las amenazas de fragmentación de la vida comunitaria.

¹ Como vemos, Enríquez conceptualiza la institución de una manera isomórfica con el sujeto, antropomórfica, como si fuera un *macrosujeto* con sus propios deseos, angustias, fantasmas o defensas. Aunque nos distanciamos de esta forma de concebir lo institucional (y lo grupal), sus aportaciones son de enorme interés.

Aportaciones del psicoanálisis

La institución como función yoica

Tomaremos como referencia el texto de Fornari (1989), que desde su enfoque kleiniano destaca a tres autores: Freud, Bion y Jacques. Para el propósito de este capítulo revisaremos la relectura que hace del primero.

Fornari considera que la función social de las instituciones es servir como mecanismo defensivo ante la angustia. Admite que Freud nunca lo enunció de esta manera, pero señala que esta idea está presente de manera implícita en su obra, remitiéndonos a los llamados escritos sociales de Freud. Lo podemos intuir, por ejemplo, en *Psicología de las masas y análisis del yo*, en el que Freud toma la parábola de los puercoespines de Schopenhauer para ilustrar la ambivalencia en las relaciones colectivas². Fornari retoma la parábola, sosteniendo que la institución ofrece la posibilidad de que todos los miembros del grupo usen una misma modalidad espacio-temporal (distancia óptima), es decir, realizan funciones yoicas (defensivas) ante ansiedades persecutorias (pincharse) y depresivas (pasar frío)³.

Mundo pulsional e institución

En este apartado seguiremos las aportaciones de Enríquez (1989) sobre el trabajo de la muerte en las instituciones. Como ya hemos señalado la institución ejerce una función reguladora social, y en esta función encarna al Eros: legitima la alteridad, es decir, la aceptación del otro como sujeto; ingresan al sujeto en un universo de valores, normas y mitos; posee la vocación de encarnar el bien común; permite la metaforización de las pulsiones para que éstas puedan manifestarse de forma socialmente aceptable; y ofrece símbolos unificadores. “En toda institución se pone al descubierto la mirada de lo divino”, introduciendo el discurso del amor, y aquí el Eros, que vincula a los sujetos entre sí.

Pero, en estas mismas funciones, el Eros lleva el germen del Tánatos, ya que puede a ver un deslizamiento desde la identificación hacia la homogeneización, la ilusión de fraternidad y la obsesión de la plenitud. “Huyendo de la muerte, nos precipitamos hacia ella”.

² El cuento extraído de *Parerga y Paralipómena* relata cómo un invierno, para defenderse del frío, los puercoespines decidieron apretarse los unos contra los otros para darse calor, pero al pincharse se alejaron de nuevo.

³ También Fornari encuentra una conceptualización de la institución isomórfica con la psique.

Además, la institución encubre la violencia⁴. Una primera violencia, la violencia fundadora: la institución nace precisamente para redimirnos de una culpa común; recordemos a Freud (1912): “Hay un acto memorable y criminal que sirvió como punto de partida muchas cosas organizaciones sociales, restricciones sociales, religiones”. Una segunda violencia, la violencia legal: si bien hay una renuncia del todos contra todos, insta una ley que exige sacrificios a los sujetos.

Por último, más allá de la violencia legal, la vida institucional pone en marcha mecanismos nuevos: permite la proyección en el otro de pulsiones y objetos internos no tolerados; por esta misma dinámica, favorecen una vivencia de intrusión psíquica; niega la separación; o, bajo la máscara de los ideales, sueños y fantasías que promulga y promueve, favorece la aparición del deseo perverso.

Lo no elaborado en la institución: liberación e intersticio

Roussillon (1989), al que seguiremos en este apartado, comienza su argumentación con un concepto propio de la psicología individual, que es la noción de “resto”. El proceso psíquico se caracteriza por dejar siempre elementos sin elaborar, ya que la simbolización, por su propia naturaleza, nunca puede abarcar la experiencia íntegra y rechaza las huellas originarias de dicha experiencia.

Varios autores han teorizado sobre ello en el campo individual, pero, ¿qué sucede con lo no elaborado en la vida institucional? Lo no mentalizado, lo informe, ha de buscar un lugar donde quedar depositado con el fin de proteger a la institución. Las opciones son las dos siguientes:

- La liberación o remisión: Es la localización del resto en un espacio institucional que oficialmente está destinado a otra función, invadiéndolo. Un ejemplo con el que fácilmente podemos entender este proceso es la reunión de trabajo o reunión de equipo: diseñada originariamente para resolver un determinado problema de la institución (ej. organizativo), puede acabar sosteniendo angustias primarias y dando lugar a expresiones de hostilidad, aburrimiento, tensión, etc.

⁴ Enríquez equipara pulsión de muerte con violencia. Nos distanciamos de esta perspectiva, en la agresión suele haber un alto contenido libidinal. Preferimos ajustarnos a la visión freudiana de la pulsión de muerte que representa más bien una *vuelta* a lo inanimado, lo cual remite a la repetición.

- La depositación en el intersticio: En este caso la depositación no se produce en un espacio claramente institucional, sino en sus límites. En términos espaciales, el intersticio corresponde a aquellos lugares que están en el umbral de la institución (pasillos, cafetería, la puerta de los fumadores...), que no son ni adentro ni afuera; en términos temporales, es el tiempo que transcurre en la institución sin ser dedicado estrictamente a tareas oficiales (ej. conversaciones de pasillo). Por tanto, el intersticio está definido por su ambigüedad. Una vez que los elementos no simbolizados son depositados en el intersticio, puede haber diversos grados de separación: en instituciones más saludables, es posible la reanudación, es decir, la posibilidad de que lo que queda latente vuelva para ser elaborado. Por ejemplo, una conversación de pasillo puede servir como ensayo antes de que un proyecto sea presentado oficialmente; y en el sentido contrario, lo tratado en una reunión oficial puede seguir siendo abordado en el intersticio. Sin embargo, en dinámicas menos saludables el espacio institucional y el intersticio están completamente clivados.

Lo indiferenciado: sincretismo

Si Roussillon se pregunta por lo no elaborado, Bleger (1989), en una línea argumental similar, se ocupa de lo indiferenciado y su ubicación tanto en los grupos como en las instituciones. Como hemos visto en un anterior capítulo, los grupos son depositarios de los aspectos más indiferenciados de la personalidad, fenómeno que se reproduce en las instituciones.

De este modo, tanto en los grupos como en las instituciones coexisten dos modos de interacción. Una, la socialidad sincrética: el modo de relación es simbiótico, no hay diferenciación entre los sujetos y el estilo de comunicación predominante es implícito, no verbal. Otra, la socialidad por interacción, en la que participan los aspectos más diferenciados de los sujetos, hay un reconocimiento del *otro* como tal.

No hay que entender estos dos funcionamientos como “buenos” o “malos”. Algunas instituciones, por su naturaleza, tienden a funcionar como un grupo primario (la institución familiar o aquellas que son ‘como una familia’), es decir, con un predominio de las relaciones sincréticas, mientras que otras pueden funcionar como un grupo secundario, con relaciones por interacción. No obstante, la tendencia de la institución es siempre a estabilizarse y a intentar lograr el objetivo de existir por sí misma. En este caso,

comienzan a surgir las estereotipias y la burocratización.

Análisis institucional

Breve recorrido histórico del análisis institucional

Tomaremos las aportaciones de Manero Brito (1990) para bosquejar un recorrido histórico sobre el análisis institucional de corte psicodinámico o que ha tenido alguna relación con dicho enfoque.

Una primera fase, la de la *psicoterapia institucional*, supuso una crítica de la institución psiquiátrica, en gran medida condicionada por el contexto sociohistórico (años posteriores a la Segunda Guerra Mundial) de escasez de las necesidades más básicas. Esta corriente señalaba que, más que curar a los pacientes, había que curar a la institución. Supone un primer acercamiento a las ideas de autogestión en las instituciones psiquiátricas, ya que prioriza la actividad instituyente de los propios enfermos.

La segunda etapa, la llamada *psicopedagogía institucional*, viene marcada por el interés en la institución escolar. Ahonda en los principios de la autogestión (ej. participación de los alumnos en la organización) y su principal conclusión es, precisamente, que el análisis de la institución escolar conduce necesariamente al análisis de todas las instituciones.

La tercera y última fase corresponde al *socioanálisis*. Desde el punto de vista práctico, introduce un modelo de trabajo similar al de una intervención grupal; se trabaja con un grupo reducido, durante un tiempo predeterminado y en un espacio cerrado. Desde el punto de vista teórico, realiza aportaciones diversas entre las que destacamos la de transversalidad: el análisis institucional va más allá de la institución, el grupo-cliente se entiende como resultado de una cantidad infinita de condicionantes sociales y condicionantes políticos.

Aplicación del análisis institucional: aportaciones desde la concepción operativa de grupo.

Seguiremos de nuevo las aportaciones de Bleger (1966), que denomina la intervención sobre las instituciones 'psicohigiene', "...no porque busque la salud psíquica (...), sino porque se actúa fundamentalmente sobre el nivel psicológico de los fenómenos humanos, con métodos y técnicas procedentes de la psicología y la psicología social". Es decir, la aplicación del método de la psicología al estudio de las instituciones.

A su vez, encuadra la psicosociología dentro del campo más amplio de la higiene mental (y esta en dentro de la salud pública), cuyo objetivo básico es la promoción de la salud. Tengamos en cuenta los contextos social, histórico y geográfico, un periodo en Argentina en el que la psicología se caracterizaba por un fuerte activismo y crítica política y social. Los objetivos son ambiciosos, la intervención sobre la institución puede llevarse en prácticamente cualquier momento de la institución (situaciones de crisis, momentos evolutivos, momentos organizativos, tensiones normales o anormales, etc.).

La propuesta del autor es el trabajo grupal mediante la modalidad operativa. Esto supone, en lo básico, dos aspectos fundamentales: la necesidad de crear un encuadre riguroso, y la indagación operativa, que como también hemos visto en capítulos anteriores, sigue el modelo dialéctico: se observa un fenómeno institucional, se trata de lograr una comprensión del mismo y finalmente se realiza una interpretación, señalamiento o reflexión, que, si es adecuada, genera nuevos fenómenos que son punto de partida para la observación-comprensión-interpretación.

El trabajo grupal, continúa el autor, es conveniente realizarlo con grupos naturales (ej. integrantes de un departamento concreto, o por estamentos profesionales) y siempre respetando la confidencialidad de dicho grupo de trabajo. El analista institucional, a pesar de trabajar con grupos concretos, aspira a tener un conocimiento de la institución en su globalidad. Por ello, debe tener un conocimiento previo de ella (ej. conocer la historia de la organización o sus tradiciones) e investigar más allá de las paredes de la institución (ej. instituciones relacionadas con ella, medios de comunicación). Es conveniente, además, que el consultor no pertenezca a la institución y posea una independencia suficiente.

El conflicto es inherente a la institución. El grado de salud de una institución, lo que el autor define como *grado de dinámica*, no viene determinado por la presencia o ausencia de los conflictos, sino por su capacidad para explicitarlos y resolverlos. Una institución con bajo grado de dinámica puede estar caracterizada por algunos de estos fenómenos: funcionamiento estereotipado, rechazo del analista o asignación al mismo en tareas estereotipadas, presencia de situaciones dilemáticas (no problemáticas), tendencia a la personificación (chivo expiatorio sobre el que se depositan aspectos negativos) o tendencia a la segregación o eliminación (se expulsa o aparta al chivo expiatorio con la ilusión de que esto resuelva el conflicto).

Grupos e institución

Instituyente e instituido

Antes de comenzar la reflexión sobre la compleja interacción entre los grupos y la institución, y las instituciones entre sí, creemos conveniente introducir los conceptos de instituyente e instituido (Espiro, 2009), que debemos a Lourau y que han sido implementados por otros autores entre los que destacamos a Castoriadis.

Lo instituido en una institución se refiere a aquellos modos de acción que están prescritos por ella, es decir, los modos que son considerados “buenos y adecuados” para cumplir las funciones para las que se ha creado la institución. Por tanto, representa la conservación, la estabilidad, la homeostasis.

Lo instituyente, por el contrario, se orienta al cambio. Son aquellas prácticas institucionales que reinterpretan las pautas establecidas; se presenta como una propuesta antitética a lo instituido, ofreciendo alternativas diferenciales.

Ambas son fuerzas antagónicas, inherentes a la institución y *necesarias*. Una institución que estuviera en continuo proceso instituyente se convertiría en un sistema disipado, caótico. Mientras que otra anclada en lo instituido resultaría estereotipada, petrificada. En cualquiera de estos extremos dejaría de cumplir la función social para la que nació.

De la institución al grupo...

Las instituciones se conforman en una estructura jerarquizada. Algunas se consideran fundamentales y de aplicación general mientras que otras son particulares, sus normas se aplican a los miembros que la componen, pero siempre dentro del marco que el poder público establece para todas ellas. Además, las instituciones, sean fundamentales o específicas, están formadas por grupos.

Para mantener el orden dentro de las instituciones, las instituciones preponderantes pueden seguir dos formas de control. La primera de ellas es la *coerción*; lo más destacable de esta forma de control es que el conjunto normativo enunciado por lo más alto de la jerarquía institucional no es interpretable, solo acatable. En el segundo modo de control, la *instrucción*, la norma sí es interpretable, de manera que, por un lado, da a los sujetos un sentido de agencia y, por otro, permite la emergencia de lo instituyente: “toda interpretación de una instrucción se traduce en una iniciativa (...); en la medida en que este fenómeno emergente sea capaz de introducir un cambio (...) puede llamarse

innovador o creador” (Espiro, 2009).

...y del grupo a la institución

Y gracias a esta posibilidad de interpretar la norma instituida, los grupos naturales que conforman la institución participan de lo instituyente⁵. Dicho de otro modo, las prácticas (praxis) son procesos instituyentes.

En el contexto de este manual, apuntaremos brevemente cómo el psicoanálisis y la terapia de grupo, como prácticas institucionales, han promovido cambios en la institución de la salud pública. Por ejemplo, hoy día y en nuestro contexto inmediato, podemos encontrar en el “Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2011) que la psicoterapia psicodinámica breve es una de las intervenciones psicológicas de alta intensidad reconocidas para el abordaje de la depresión, o que las habilidades en intervención psicoterapéutica grupal forman parte de las buenas prácticas.

La historia del proceso de institucionalización de los saberes psicodinámicos y grupales es extensísima, así que tomaremos reseñaremos dos momentos históricos de cambio institucional a modo de ejemplo.

Todos conocemos el rechazo generalizado hacia las primeras aportaciones de Freud en el mundo académico y clínico de la época (situémonos a comienzos del siglo XX, tras la publicación de *La interpretación de los sueños* en 1899). Sin embargo, en el Hospital de Burghölzli, la respuesta fue muy diferente; Bleuler, su director, y sobre todo Jung, su ayudante, se interesaron por su trabajo, con el que había coincidencias teóricas con sus propias aportaciones. En este centro Freud y Jung discutieron casos y Freud llegó a visitar pacientes psicóticas. Podemos considerar estos encuentros como la entrada del psicoanálisis en la institución (García Ibáñez, 2007), que cambiaría para siempre la visión del “enfermo mental”.

Ahora pasemos a la terapia grupal. A mediados de siglo XX ya se había comenzado a trabajar con grupos, primero en el contexto laboral/industrial (experiencia de Elton Mayo en la Western Electric Company) y en el contexto médico y experimental (trabajo de Pratt con enfermos de tuberculosis, aportaciones de Kurt Lewin). Durante la Segunda Guerra

⁵ Aquí podemos observar que la relación entre lo instituyente y lo instituido es, más que antagónica como decíamos antes, dialéctica.

Mundial, y ante la imposibilidad de abordar de forma individual a 400 hombres ingresados en un hospital militar, Bion propuso formar grupos de trabajo psicoterapéutico. Su principal aportación teórica es la noción de supuesto básico, en la que no nos detendremos, pero que supuso un avance epistemológico en la concepción de grupo: no solo “el todo es más que la suma de sus partes”, sino que está determinado por *organizadores* grupales (Fernández, 1989). Pero lo que aquí queremos resaltar es su aspecto instituyente: la terapia grupal como posibilidad en la institución.

El equipo terapéutico

Para finalizar este capítulo tomaremos en consideración un grupo natural y fundamental en las instituciones de salud mental: el equipo terapéutico.

Gómez Esteban (2018) describe tres etapas (o tipos) de niveles de organización en una institución de salud mental: agrupamiento, grupo y equipo. El agrupamiento corresponde a un colectivo en el que predomina la socialidad sincrética (ver más arriba), la interacción es escasa y estaríamos en una situación de serialidad (un profesional puede ser sustituido por otro sin que varíen sustancialmente las relaciones, siguiendo a Sartre). El siguiente nivel de complejidad vendría representado por el grupo; en este caso sí hay una representación interna del otro, ya no es sustituible, y aparecen algunos intereses en común. Y último pasaje sería hacia el equipo, en el que por fin emerge la tarea (explícita e implícita), con el afrontamiento de los obstáculos para la misma.

Continuando con este análisis desde la concepción operativa, otro elemento que define al equipo, además de la tarea, es la coordinación. Se precisa de un coordinador/a con formación personal y teórico-técnica que vincule al equipo con la tarea. La coordinación es, según la autora, el primer organizador grupal que permite al equipo pasar de la pretarea a la tarea (o del grupo de supuesto a básico a grupo de trabajo, en términos bionianos).

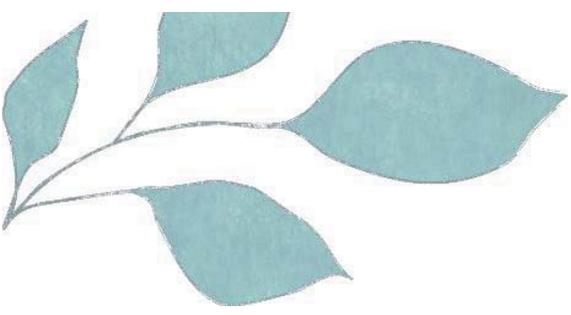
El equipo precisa también de un encuadre (en especial el encuadre de las reuniones de equipo) y un enfoque que pase de lo multidisciplinar (múltiples saberes) a lo interdisciplinar (articulación de esos saberes con la práctica). Gómez Esteban sugiere, por último, que si el equipo no logra sus objetivos pueda buscar la ayuda de una supervisión externa, especialmente aquellas de metodología grupal (grupos Balint, grupos operativos o grupos psicodramáticos).

El equipo forma parte de una estructura triangular de elementos interdependientes: institución, equipo y pacientes. De este modo, condicionantes institucionales e incluso suprainstitucionales (contexto social, cultural e histórico) pueden incidir en el funcionamiento del equipo, a la vez que aparecen invisibilizados. Por ejemplo, una escasa dotación presupuestaria, la predominancia de un modelo exclusivamente biológico o el actual paradigma sociocultural individualista, por nombrar algunos, puede determinar en un equipo fenómenos como la aparición de ansiedades paranoides y confusionales, depositaciones, búsqueda de chivos expiatorios, enfermedades en los profesionales o el aislamiento de éstos en sus despachos.

A su vez, las disfunciones en el equipo tendrán repercusiones sobre los pacientes, como señala Bleger: “Lo que ocurre es que, en las organizaciones, además, los conflictos que se suscitan en niveles superiores se manifiestan o detectan en niveles inferiores: entonces ocurrirá que los conflictos del *staff* técnico no se harán manifiestos en ellos sino en los pacientes o en el personal subalterno”.

Bibliografía

- Bleger J. Psicohigiene y psicología institucional. Paidós: Buenos Aires, 1966.
- Bleger J. El grupo como institución y el grupo en las instituciones. En: Käes R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Paidós: Buenos Aires, 1989.
- Enríquez E. El trabajo de la muerte en las instituciones. En: Käes R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Paidós: Buenos Aires, 1989.
- Espiro N. Instituciones y grupos. Revista de psicoanálisis y psicología social, 2009 (1). Disponible en: https://www.apop.es/revista/pdf/3_Instituciones%20y%20Grupos.pdf.
- Fernández AM. El campo grupal. Notas para una genealogía. Nueva Visión: Buenos Aires, 1989.
- Fornari F. Para un psicoanálisis de las instituciones. En: Käes R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Paidós: Buenos Aires, 1989.
- Freud S. Tótem y tabú. En: Obras completas. Biblioteca Nueva: Madrid, 2006.
- García Ibáñez J. Psicoanálisis en la institución pública. Psicopatol salud ment, 2007 (9), 9-16.
- Gómez Esteban R. El equipo en el centro de salud mental, ¿realidad o utopía?. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales, 2018. Disponible en: <http://www.area3.org.es/sp/item/543/El%20Equipo%20en%20el%20Centro%20de%20Salud%20Mental,%20%20C2%BFrealidad%20o%20utop%3%ADa?,%20por%20Rosa%20G%3%B3mez%20Esteban>.
- Käes R. Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En: Käes R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Paidós: Buenos Aires, 1989.
- Manero Brito, R. Introducción al análisis institucional. Tramas, 1990 (1): 121-157.
- Roussillon R. Espacios y prácticas institucionales. La liberación y el intersticio. En: Käes R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Paidós: Buenos Aires, 1989.





Psicoterapia psicoDinámica **Combinada**

Ejemplos de implementación de
intervenciones psicoterapéuticas
combinadas: individual y grupal

La construcción de un espacio terapéutico en una Unidad de Hospitalización infanto-juvenil

Rodado Martínez, M.J.; Romera Gutiérrez, M.I.

Introducción

En la adolescencia los límites entre lo normal y lo patológico se acercan, se diluyen y se confunden. Esta confusión es tanto para el profesional que debe reconocer lo patológico como para el propio sujeto adolescente, asaltado de angustiosas dudas sobre lo que ocurre en su mente, su cuerpo y en sus relaciones. Ambos, adolescentes y profesionales necesitan criterios —límites— que diferencien la normalidad y la patología. No obstante, los adolescentes sienten la necesidad de transgredir estos límites y poner a prueba al adulto. Por ello, el trabajo con adolescentes exige gran plasticidad y flexibilidad del profesional. Flexibilidad que contrasta con la protocolización y el establecimiento de normas rígidas que las instituciones exigen y que ponen en riesgo la singularidad subjetivante.

Conociendo estas particularidades, proponemos, en la creación de una unidad infanto-juvenil, un modelo de trabajo que incluye la psicoterapia permitiendo así la construcción de un espacio terapéutico para los adolescentes y sus familias. Esto exigirá también una reflexión sobre las dificultades y contradicciones que suponen la conciliación del modelo médico y el modelo psicológico en un Hospital General público.

Describiremos a continuación el desafío que implica la apertura de una unidad destinada en su mayoría a población adolescente, no solo por la complejidad y gravedad de la patología sino por las características y funcionamiento de la propia institución pública.

El espacio físico

La Unidad a la que nos referiremos está ubicada en un Hospital General, de primer nivel, con un servicio de pediatría de referencia para la Comunidad de Murcia. Tiene una capacidad de 8 camas con dos habitaciones individuales y tres dobles. Cuenta con una sala común y una sala para actividades terapéuticas. Destinada al ingreso de los menores de 16 años de toda la región de Murcia*.

Si bien la incorporación de las Unidades de pacientes con salud mental en los hospitales generales disminuye la estigmatización de la enfermedad mental, tienen el inconveniente que, por lo general, se destina un espacio que no tiene en cuenta las necesidades de las personas con dificultades emocionales.

Autores como Juahnni Pallasma (2016) en su concepción de la arquitectura incorporaba las relaciones entre espacio físico y la psique. Y el psicólogo Albert Namer (2003) estableció relaciones entre el uso y el funcionamiento del espacio físico y psíquico con sus consecuente proyecciones. Sin embargo, estas concepciones no se consideraron en el diseño del espacio, lo que supuso un inconveniente en el trabajo diario.

**La mayoría de los ingresados son adolescentes, de entre 12 y 16 años. Rara vez es necesario el ingreso de un menor de 12 años.*

La conformación de un equipo. Los recursos humanos

El equipo, formado por dos psiquiatras (una de ellas ejercía las funciones de Jefa de Sección), un psicólogo, una terapeuta ocupacional, seis enfermeros/as y cuatro auxiliares de enfermería, partía de motivaciones muy diferentes. La primera dificultad que surge en el sistema público es la imposibilidad de conformar un equipo adecuado al tipo de trabajo que facilite una cohesión. La heterogeneidad, las diferentes formas de entender la clínica, la diversidad de lenguajes, de formas de establecer vínculos que cada uno de los profesionales tendrá son factores que influirán en el funcionamiento. Esto conlleva un trabajo paralelo para conformar un verdadero equipo cohesionado que permita respuestas coherentes, no contradictorias.

¿Desde qué lugar pensamos? La conciliación del modelo médico y el modelo psicológico.

El modelo teórico que cada uno de los profesionales tenemos, y lo que somos como personas con nuestras experiencias condicionará la posición frente a la clínica. Esto no quiere decir que no tenga en cuenta lo contratransferencial.

Desde un modelo médico, el diagnóstico se realiza mediante una descripción de síntomas. Se produce una unificación categorial y una personificación, es decir se relacionan las categorías con las personas. Existe una necesidad de protocolizar convirtiendo el tratamiento en algo predeterminado y estático.

Desde el modelo psicoterapéutico aplicado en la unidad, el objetivo es entender la organización del aparato psíquico y los mecanismos de defensa frente a las angustias, intrapsíquicas e intersubjetivas. La psicopatología es pensada como diferentes configuraciones que resultan de la articulación de distintos sistemas motivacionales (sistema de apego, narcisista, de regulación emocional, sensualidad/sexualidad). Se analizan, las diferentes estructuras psicopatológicas y se aplican tratamientos específicos a cada paciente y a los componentes específicos que conforman la estructura psicopatológica y de la personalidad. El tratamiento y el diagnóstico son algo dinámico sujeto a reformulaciones.

Una propuesta paradójica

En el tratamiento con adolescentes, nos enfrentamos a la necesidad de límites, pero a la vez se requiere una flexibilidad en nuestras intervenciones como terapeutas. Estos límites, dentro de la institución, exigen la creación de ciertos protocolos de actuación. Y al mismo tiempo la necesidad de tener en cuenta la subjetividad y particularidades en la constitución del psiquismo de cada uno de los adolescentes. En la institución también nos encontramos con un modelo médico imperante y la responsabilidad de establecer un modelo psicológico que nos permita tener en cuenta la estructuración del aparato psíquico.

Y es en estas situaciones ambivalentes en la que proponemos aceptar y trabajar con lo que Winnicott describe como paradoja.

Lacruz (2011) señala que la paradoja surge desde el epicentro del pensamiento de

Winnicott. La paradoja es una figura de pensamiento cuya expresión envuelve una contradicción, en tanto que confronta dos elementos opuestos cuya tensión debe ser aceptada: «La paradoja debe ser aceptada, no resuelta», dice Winnicott. Cuando se tolera y respeta la paradoja se otorga al pensamiento un carácter dialéctico.

Nuestra propuesta es incorporar al pensamiento lo dialéctico, lo dinámico huyendo de una verdad única. Y como Winnicott establece aceptar la contradicción de los fenómenos y el continuum entre lo normal y lo patológico.

¿Cómo se realizaban las derivaciones de los adolescentes?

En la redacción del protocolo de ingreso se emplearon criterios más amplios, que los puramente descriptivos. Criterios relacionados con las dificultades de niño o adolescente, la familia o el profesional.

El ingreso activa el sistema de apego del adolescente y el sistema de cuidado hacia el hijo en los padres. Teniendo en cuenta la teoría del apego, se enfatiza el modo de acoger al adolescente y a su familia, para crear un sentimiento de seguridad en el vínculo con la unidad y los profesionales. Por ello recomendamos, los ingresos programados, siempre que la situación clínica lo permita. Se evitaba así el paso por urgencias y las consecuencias de tal situación. El contacto previo, desde la Unidad, con el adolescente y su familia para programar el ingreso, genera un primer encuentro que favorece este sentimiento de seguridad y confianza.

Aportes de autores como Bowlby (1986) y Winnicott (1996, 1999) entre otros, nos ayudaron a dar una respuesta contenedora a la angustia y malestar que aparecía como reacción a los diferentes momentos de separación (del progenitor) y a las separaciones tras el alta de la unidad. Se observaban las diferencias en las reacciones a la separación entre la figura cuidadora y el adolescente, así como el efecto de las respuestas del adulto a las mismas tal como aparecen en los estudios de Mary Ainsworth (1970) para el trabajo clínico.

La seguridad del adolescente se cuida cuando intervienen otros especialistas o cuando precisan pruebas complementarias para completar el estudio. Estar atentos a los momentos de transición (el ingreso, el alta, un posible traslado a otro recurso) y facilitar la disminución de la angustia y la seguridad es importante. Se valora la modalidad de acompañamiento de la familia, según las particularidades y necesidades de cada

adolescente. Así dificultades tanto en los padres como en los hijos para la separación o mayor desconfianza pueden determinar la necesidad de mayor presencia de los padres en la Unidad, inicialmente. Como norma general las visitas por la tarde, cuando los familiares no permanecían en la unidad, están siempre permitidas.

La presencia de objetos familiares y la personalización, en la medida de lo posible, de la habitación, favorece que los adolescentes sientan la unidad como un lugar confortable.

El establecimiento de las normas. ¿Cómo se fueron desarrollando?

El establecimiento de determinadas normas que permitan una regulación mínima es necesario para que sea posible habitar el espacio.

El problema, surge, si la institución para evitar situaciones conflictivas que generen incertidumbre, exige unas normas rígidas que no tengan en cuenta las necesidades individuales.

Proponer un horario con las actividades, el ritmo de las comidas, el tiempo destinado al cuidado personal, a las visitas de los familiares, favorece un orden y ayuda a los adolescentes a su organización interna. Pero establecer esto no es garantía absoluta del cumplimiento. Algunos adolescentes tienen dificultades para integrar e interiorizar la norma, para otros la oposición es una manera de significarse.

Desde nuestro punto de vista las normas represivas deben estar prohibidas. Este tipo de medidas como disciplina no contemplan el nivel de evolución psíquica ni ofrecen una continencia suficiente. Además, se constituyen en un objeto persecutorio que incrementan las defensas que estén operando.

Lo imprescindible es crear espacios, no solo con los profesionales sino con los adolescentes y sus familiares para reflexionar sobre cada una de las situaciones problemáticas que surjan, para encontrar respuestas singulares y adecuadas. Generar respuestas flexibles que reconozcan y legitimen las emociones de los adolescentes en cada momento, favorece la alianza terapéutica y el trabajo clínico.

Distintas modalidades terapéuticas

Se propuso una escucha del síntoma y de sus múltiples significados huyendo de la prescripción farmacológica rápida focalizada en el síntoma. Siempre estuvo presente la

idea de fomentar la mentalización, en los adolescentes, su familia y dentro del equipo.

La actividad de la Unidad se organizó, principalmente, en torno a los grupos terapéuticos promoviendo la expresión de los afectos en un clima de seguridad y confianza. Grupos abiertos, condicionados por la llegada de nuevos pacientes y/o la salida de aquellos que se iban de alta. Se partía de un saber a elaborar, aunque esto generaba incertidumbre a priori.

- Un grupo terapéutico psicodinámico con los adolescentes ingresados, de una hora de duración, conducido por una psiquiatra y una psicóloga. Se comenzó con una frecuencia diaria y tras un año de apertura se determinó que se celebrara únicamente dos días a la semana. La ausencia de recursos extrahospitalarios, que permitan continuar con un tratamiento intensivo nos obligó a considerar la frecuencia diaria con el objetivo de evitar iatrogenia. El resto de los días se realiza un grupo assembleario de 15-30 minutos de duración. El grupo terapéutico tiene un efecto contenedor. Además en el proceso terapéutico intervienen factores terapéuticos grupales (desarrollo de técnicas de socialización, altruismo, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, infusión de esperanza...). Los distintos grupos son espacios reflexivos en los que se discuten y analizan los conflictos relacionales que acontecen en la unidad entre los adolescentes y entre estos y los profesionales.
- Un grupo interfamiliar semanal con la participación de los adolescentes y de los padres. Su creación se basaba en el modelo de psicoanálisis multifamiliar creado por Badaraco (2000). Aunque usamos el término propuesto por (Sempere J. y Fuenzalida C. (2013) al enfatizar la interacción entre las familias. El contexto multifamiliar genera un clima psicológico favorecedor para la capacidad de pensar y el aprendizaje recíproco a través de un diálogo compartido tal como lo expreso Badaraco (1989). La inclusión de la familia posibilita el proceso terapéutico de los padres y aumentar la capacidad mentalizadora de estos. Permitía visualizar también las interdependencias patógenas que se generaban en las relaciones familiares y la elaboración de las mismas. Surgen así experiencias emocionales correctoras de las primitivas relaciones objetales distorsionantes como explica Badaraco (1989)

- Otras intervenciones; sesiones terapéuticas individuales con los adolescentes, vinculares, con la pareja de padres y con toda la familia, una variedad de talleres terapéuticos a cargo de la terapeuta ocupacional, intervenciones educativas y terapéuticas realizadas por el equipo de enfermería.

La combinación de distintas intervenciones enriquecía el trabajo terapéutico. Como afirmaba Badaraco (1989) esta combinación permite un fortalecimiento del yo y aumenta la complejidad de la intervención al movernos en varios niveles simultáneamente. Intervenciones, todas las descritas, compatibles con la terapia farmacológica.

En muchos de los adolescentes primaba la actuación sobre el pensamiento. La rabia, el enfado y un gran sufrimiento psíquico están presentes, con un despliegue de agresividad hacia los objetos y el personal, no exento de dificultades para los profesionales. Los enfoques de Winnicott (1999), R. Rodulfo (2009) y de H. Bleichmar (1998), al plantear la agresividad como reacción a las agresiones del ambiente y desde la perspectiva de un sujeto asustado, y no tanto desde el objeto atacado, nos ayudaron a entender situaciones clínicas que fácilmente obstaculizan el pensar como terapeutas. El objetivo era proteger y regular al otro en su descontrol, analizando los mecanismos que intervinieron en ello.

Nuestra perspectiva incluye siempre la dimensión biológica, psicológica como la social. La Unidad es un lugar donde el/la adolescente y su familia se sienten protegidos, cuidados, reconocidos, valorizados, regulados emocionalmente, hay un espacio para lo lúdico y para el placer compartido.

Lo interdisciplinario y la continuidad de las intervenciones

La Unidad fue concebida como una pieza conectada con el resto de los dispositivos (sanitarios, sociales o educativos). Las intervenciones realizadas por los distintos profesionales (tanto dentro como fuera de la unidad), en los diversos medios (sanitarios, sociales, educativos), deben tener una coherencia y continuidad. Por ello la conexión y comunicación con otros profesionales que intervienen es fundamental. Insisto en nuestra idea de “interdisciplinario” tal como la explica Ponce de León E. (2008) que no debe ser confundido con “multidisciplinario”. Lo interdisciplinario favorece el sentimiento de seguridad del paciente, al integrar distintas intervenciones con el objetivo de que el ser no quede parcelado por cada uno de los profesionales.

Conclusiones

1. Tolerar la paradoja, esto es, la aceptación de los contrarios, debe ser un objetivo de actuación en una Unidad de adolescentes con patología de salud mental. Ello fomenta la creatividad y la riqueza psíquica. Y convierte a la Unidad en un lugar en el que el trabajo adquiere la cualidad de lo vivo, por su condición de “agente fertilizante”, que posibilite y favorezca el desarrollo del proceso
2. La institución ha de incorporar las diferencias relacionadas con las particularidades de cada uno de los individuos que nos consultan. Y las diferencias en la aproximación a la clínica de cada uno de los profesionales. Estas diferencias con frecuencia encuentran obstáculo y resistencias en la institución pública, más al servicio de un orden controlado que de un pensamiento crítico. Teorizaciones como el narcisismo de las pequeñas diferencias, (Freud 1981), la necesidad de otro al que excluir (Schutt, F. 2005) y las reflexiones sobre el pensamiento único como expresa Mogullansky (2005), nos pueden ayudar a entender las dificultades para la expresión de la subjetividad. Y es que las diferencias forman parte del ser humano y no un agente amenazante.
3. Es necesario favorecer en la institución pública la creación de equipos adecuados a cada practica que permitan una cohesión mínima y dar continuidad a un trabajo.
4. La formación de los profesionales en psicoterapia, psicoanalítica o/y en otras orientaciones debería ser imprescindible en la práctica institucional y en la política de la salud mental. En un periodo en el que el discurso de la ciencia impregna toda la práctica psiquiátrica y la eliminación del síntoma se convierte en el objetivo preponderante, es imprescindible reivindicar un modelo psicoterapéutico que incorpore la dimensión del sujeto en la clínica.
5. Si tomamos en cuenta los desarrollos de Morin (1990) acerca del pensamiento complejo, los problemas de la salud mental merecen un abordaje desde la complejidad.

Bibliografía

- Ainsworth M.D. y Bell S.M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation, vol 41(1):49-67.
- Badaraco J. (2000). Psicoanálisis multifamiliar. Buenos Aires: Paidós,
- Badaraco J.(1989). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid:Tecnopublicaciones S.A.
- Bleichmar H.(1998). La agresividad: variantes y especificidad de las intervenciones terapéuticas. En:Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas (pp221-239). Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby J.(1973). La separación afectiva. Buenos Aires:Paidós.
- Bowlby J.(1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.
- Freud S. (1981). El malestar en la cultura. En: Obras completas III. Madrid (pp3043-3049). Biblioteca Nueva.
- Lacruz, J. (2011). "Donald Winnicott:vocabulario esencial". En aperturas psicoanalíticas, N°40.
- Moguillansky R. (2005). El pensamiento único y su relación con el narcisismo. Aperturas psicoanalíticas, N°21. <http://www.aperturas.org>
- Morin E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. Ed.Gedisa.
- Namer A.(2003). Espacio institucional y encuentro terapéutico. La experiencia del hogar terapéutico infantil (pp80) Montevideo: Ediciones Trilce.
- Pallasmaa J. (2016). Habitar. Ed Gustavo Gili.
- Ponce de Leon E. (2008). Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso clínico. Aperturas psicoanalíticas, N°28. <http://www.aperturas.org>
- Rodulfo R.(2009). En: Trabajos de la lectura, lecturas sobre la violencia, (pp141-150). Buenos Aires:Paidós.
- Schutt F. (2005). La fascinación del líder. Biblioteca Nueva.
- Sempere, J. y Fuenzalida, C.(2013). Terapia interfamiliar: de la terapia de familia a la terapia entre familias. Revista Psicoterapia y Psicodrama, vol 2 (1):88-105.
- Winnicott D.(1996). La Naturaleza Humana. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott D. (1999). La agresión en relación con el desarrollo emocional [1950-55] En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, (pp275-295) Barcelona:Paidós,1999.

Capítulo

10

La construcción de un espacio terapéutico en Hospital de Día. Intervenciones para pacientes con trastorno de la personalidad

Romero González, S.

El HD provee un tratamiento intensivo, estructurado, interdisciplinar, integrado y especializado. Los procesos psicoterapéuticos se conciben como un proceso dinámico y continuo grupal en el que el equipo va creando un ambiente y clima terapéutico relacional de seguridad y confianza que facilita las relaciones interpersonales y la creación de nuevos vínculos, mediante la presencia constante, estable, predecible y accesible.

En adelante me referiré al programa para pacientes diagnosticados de TLP y sus familiares. Este programa específico está dirigido a pacientes de 17 a 35 años, en situación de descompensación clínica. El equipo terapéutico lo conformamos una psiquiatra y una enfermera referentes. El terapeuta y las monitoras ocupacionales participan también en los otros programas que se llevan a cabo en el HD. Aunque el referente del caso es el facultativo, en la toma de decisiones se pone en común la perspectiva de cada uno desde su formación y se evalúa la tarea de forma horizontal. Las intervenciones tienen como objetivo la creación o recuperación del proyecto de vida, según el caso. Las actividades clínicas, psicoterapéuticas, ocupacionales y/o sociales a nivel individual, familiar y grupal, se adaptan a las necesidades y posibilidades de cada paciente.

Además de la función asistencial, el HD cumple una función formativa para los residentes, que en este espacio de convivencia tienen la oportunidad de descubrir los aspectos más sanos de las personas diagnosticadas de TLP (creatividad, sentido del humor, altruismo) y apreciar desde otro punto de vista la sensibilidad, la vulnerabilidad, el dolor, el

sufrimiento, la necesidad y la falta (vacío) que arrastran. En su paso por el HD aprenden una mirada y una visión distinta al modelo de la psiquiatría tradicional de entender y tratar a estas personas, adquieren un esquema referencial grupal, una mirada psicodinámica que va más allá de las conductas sancionadas o expulsadas. Nuestro objetivo, en tanto tratamos de realizar un trabajo más instituyente, aspira a ir creando una cultura psicosocial acerca de la atención y la comprensión de estas personas que suelen producir efectos contratransferenciales de rechazo y de expulsión.

El ambiente terapéutico, herramienta fundamental

Un ambiente seguro y acogedor favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, les permite explorar nuevas formas de relación e incorporar cambios. Crear un espacio de sostén pasa por facilitar la disponibilidad, la comunicación abierta, la escucha activa, tener en cuenta la opinión del otro, estimular una dependencia positiva, la interacción continua y la repetición de experiencias de convivencia que permitan modificar los vínculos interiorizados. Al reconocer, validar y facilitar las potencialidades, estimular su creatividad y participación en la toma de decisiones; las defensas se aflojan y la persona empieza a permitirse encontrarse a sí misma y a plantearse cambios.

Los pacientes principalmente vienen derivados al HD por sus referentes clínicos, de los dispositivos de salud mental: principalmente USMC, de la Unidad de Hospitalización y de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Evaluación y acogida

La entrevista individual y familiar es un primer encuentro importante y central para establecer la vinculación con el grupo familiar.

El tratamiento que se oferta en el HD es tanto individual como grupal. Dentro de lo grupal, se incluye lo familiar como grupo primario. No es infrecuente que haya quien no quiere que la familia participe del proceso, es una de las resistencias iniciales, que procuramos ablandar reconociendo que “todos están en el mismo barco”, aunque uno sea el más visible (emergente). Las quejas de los pacientes son recogidas y reconocidas, se valida su vivencia de incompreensión, el sentirse provocado, ignorado, no escuchado o directamente atacado. En algún momento surge la idea compartida de que ni unos ni

otros saben cómo tratarse; y ahí es donde podemos intervenir: *Que aprendáis a entenderos, a comprender cómo os sentís y qué os queréis decir.*

La valoración inicial consiste en una evaluación multidisciplinar cuyos resultados se ponen en común. Desde hace un año estamos desarrollando un protocolo en la UGC que incorpora la administración de una batería de cuestionarios antes, durante y después del tratamiento. El objetivo es investigar para mejorar la manera de atender y trabajar con estas personas, dirigiéndonos hacia la detección e intervención temprana antes de que se dé la cronicidad. En el HD los resultados se comparten con los pacientes, siempre deseosos de saber más de sí mismos, y se usan para proporcionarles una visión de su propio proceso/progreso.

Intervenciones en el HD. Programa de tratamiento

Atendiendo a las necesidades de cada paciente, se diseña una estrategia de tratamiento de duración definida y se delimita la función de los profesionales que intervienen. Ya desde el comienzo se introduce la idea de que el HD es un espacio de transición, incorporando las actuaciones necesarias para garantizar continuidad comunitaria tras la finalización del programa y la vuelta a su USMC.

El equipo terapéutico diseña el PIT, que se plasma junto al paciente en un documento, que incluye los objetivos, las actividades terapéuticas, el cronograma y el plan de crisis. La asistencia es variable, de uno a cinco días a la semana según necesidades de contención, gravedad del cuadro clínico actual y ocupación en la realidad externa. Se incluyen la psicoterapia dinámica individual, las actividades grupales (grupo de psicoeducación, grupo de regulación emocional, grupo de padres, grupo de psicoterapia psicoanalítica operativa, grupos de terapia ocupacional) y los seguimientos de enfermería, de revisión farmacológica y de terapia ocupacional. También el uso asistencial del teléfono y la atención urgente.

La entrada en el programa se concreta con la firma del contrato terapéutico por parte del paciente, la familia y el facultativo referente del HD. Éste es una herramienta indispensable de trabajo que enmarca el tratamiento y facilita la autorresponsabilización. En él se detallan la duración del tratamiento, objetivos, responsabilidades de paciente y profesionales, facultativo y enfermera referente, momentos de evaluación, plan de crisis y parámetros de interrupción del tratamiento.

Acerca de la relación terapéutica.

El proceso de vinculación al dispositivo reproduce el tipo de vínculo que la persona suele establecer en el resto de las áreas de su vida. Los hay que se fusionan tras la primera entrevista de evaluación, generalmente traen expectativas muy altas o imposibles (“el último cartucho, si no mejoro aquí no hay solución para mí”). Otros esperan que la demanda o la búsqueda venga de otro (no concluyen la evaluación, desaparecen, pero se repiten las consultas a urgencias o hay un ingreso). Es el otro: padres, referente, institución... quien se hace cargo de insistir en que haga el tratamiento. Es importante discriminar esto, y devolvérselo al paciente, tratando de que asuma que la terapia es para sí mismo y desde su deseo. Recordemos que el tratamiento se puede recibir pasivamente (medicación), pero la terapia involucra activamente a la persona.

Contamos con que estos pacientes durante su proceso terapéutico hacen una escisión idealizando a una parte del equipo (o de la institución) y descalificando a otra, de forma alternante en función del momento y según el rol. Es el esquema referencial compartido por el equipo, el trabajo en común y la experiencia lo que permite crear el espacio para que vayan realizando un aprendizaje y que se hagan conscientes de las partes escindidas y proyectadas en los profesionales, reintroyectándolas progresivamente de forma más integrada.

Conviene recordar a Cancrini: *Cuando se trabaja con personas que presentan trastornos de personalidad habría que reflexionar siempre sobre su tendencia a repetir las experiencias que son la base de su conducta visible, es decir, contribuyendo a construir contextos interpersonales que repitan los que fueron traumáticos en su infancia, donde sus pautas de conducta eran coherentes con la situación vivida (...) que refuerzan continuamente, apoyando su aspecto subjetivo, el estilo característico y repetitivo con que muchos de ellos se “obligan” a vivir unas vidas tan caricaturescamente distintas de las de sus semejantes.*

Las intervenciones grupales con pacientes

El plan de tratamiento grupal se realiza a través de grupos sucesivos de menor a mayor exigencia: primero psicoeducación, luego regulación emocional, y finalmente el grupo operativo. Según las necesidades de contención y el grado de integración en los ámbitos académico o laboral también participan en grupos de terapia ocupacional.

- El grupo de psicoeducación es el primer contacto con lo grupal de los pacientes en el programa. La tarea es trabajar la información acerca de su malestar, el diagnóstico recibido, los tratamientos a su disposición, y los recursos en la institución y en la comunidad. Ésta se trabaja de forma participativa preguntando, ejemplificando, facilitando que hablen desde lo personal de lo que se está tratando. Los contenidos se van desarrollando según el ritmo del grupo, una vez por semana durante una hora, con una media de 10 sesiones. Incorporar la diferencia entre trastorno y estilo de personalidad planteada como *continuum* o cuestión dialéctica compensado/descompensado y adaptado/desadaptado, instila esperanza frente a la identidad negativa, al ser animados a desarrollar “la mejor versión posible de sí mismos”.
- El grupo de regulación emocional sigue el esquema de Linehan, adaptado. Se facilita la exploración de las emociones, la tolerancia de emociones negativas y la adecuada expresión y gestión de las mismas.

Fase avanzada: La psicoterapia de grupo operativa.

En la fase más avanzada las actividades terapéuticas se centran en el trabajo psicoterapéutico grupal en grupo operativo. Algunos pacientes acuden solo al grupo y a la revisión farmacológica mensual o cada dos meses.

El encuadre del grupo consiste en sesiones semanales de 90 minutos durante 9 meses. Es un grupo cerrado (6-12 miembros) concebido como espacio intermedio entre el HD y la USMC. Desempeña una función de sostén en la adquisición de independencia, fomentando una separación gradual del dispositivo, una variable importante que forma parte de la tarea implícita de este grupo. La tarea explícita es reflexionar y analizar los sentimientos y conductas de los pacientes que entorpecen la evolución personal; aprender a pensar sobre lo que sienten y piensan, cómo influyen en sus actos y relaciones con los demás y cómo merma su calidad de vida estar estancados en el estereotipo; y aprender nuevas formas de relacionarse consigo mismo y con los demás para tener una vida más satisfactoria y productiva.

Partimos de que el sujeto se construye en la relación con el otro (primero la madre), en el grupo familiar y en los posteriores grupos a los que ha pertenecido. Así, puesto que enfermamos en grupo, nos curamos en grupo. Dado que el problema de los pacientes

límite es la identidad difusa, el apego inseguro o desorganizado, la dificultad para entender los límites, las relaciones interpersonales problemáticas y el mal funcionamiento personal y social, el grupo de iguales será el lugar privilegiado para abordarlos.

El espacio grupal es el lugar idóneo donde se despliegan los síntomas relacionales y conductuales asociados con la escisión y la identificación proyectiva masiva, donde se reproducen estructuras vinculares arcaicas que atrapan a la persona en una conducta estereotipada de ataque y destrucción hacia sí misma y hacia todo lo bueno que la vida y la relación con los demás pueda ofrecer. Es el lugar también para reconocerse y reconocer a los otros más allá de la idealización y devaluación extremas y alternantes, integrar partes escindidas y proyectadas, reparar espacios de identidad demolidos por enunciados constituyentes devaluadores, vínculos disfuncionales o traumas desorganizadores. También para poder aprender del otro y con los otros, comunicarse de manera eficaz, probar nuevos roles y desarrollar áreas sanas de la personalidad.

Las intervenciones grupales con familiares

De forma paralela a los anteriores se realiza el grupo de familiares cada dos semanas durante una hora y media, coordinado por los referentes de psiquiatría y enfermería con apoyo en algunas sesiones del terapeuta ocupacional. Se trata de un grupo de aprendizaje con elementos de apoyo en el que se trabaja el significado relacional de los síntomas, los límites como elementos de cuidado, el afrontamiento de las crisis y la regulación de la “temperatura familiar”. Estas familias viven inmersas en una situación que les resulta incomprensible por desbordante y desconcertante, sienten que el entorno les culpabiliza y no tienen apoyos. Cada progenitor trae su propia historia personal y familiar (vivencias traumáticas, dificultades para tolerar las diferencias o las emociones dolorosas y para establecer vínculos sanos,...). Poder reunirse con otras familias les ayuda a identificarse con la tarea de aprender a pensar con otros e incorporar cambios. Además de la información que se trabaja, se crea un espacio de apoyo mutuo para familiares y se promueve el movimiento asociativo. Hemos comprobado que la adherencia es muy alta al convertirse en espacio de sostén y solidaridad. De ser un grupo cerrado, pasó a ser semiabierto, con momentos de apertura y cierre cada 9 meses.

Contratransferencia del terapeuta grupal.

Los pacientes en la situación grupal se comunican como siempre han hecho, expresan su malestar por una relación difícil, conflictiva, por la dificultad de ser escuchados y entendidos. Durante el proceso terapéutico, el encuentro con el otro (con los otros) muchas veces genera conflictos. No es un mito que en la situación grupal hay momentos de gran tensión emocional, se producen actings, aparece la amenaza de disolución del grupo. El temor a que el grupo se descontrole, a la violencia, al suicidio, a que los pacientes empeoren es lo que la mayoría de los terapeutas sienten cuando piensan en hacer grupos con estos pacientes. La formación, el trabajo personal y la supervisión son fundamentales para manejarlo dada la omnipresencia del juego transferencia-contratransferencia en nuestro trabajo diario, al igual que tener un equipo que sostenga al terapeuta.

Mantener el encuadre será fundamental por ser el marco de seguridad, de contención y de depositación de las ansiedades que produce el proceso terapéutico de aprendizaje y cambio. Es trabajo de la coordinación facilitar que el grupo sea un lugar seguro, de respeto mutuo, donde los pacientes puedan trabajar su tarea: compartir sentimientos, ideas, experiencias, encarar contradicciones, ensayar nuevos roles y aprender a gestionar sus problemas para conseguir una adaptación activa a la realidad, que es el concepto mediante el cual, siguiendo a Pichón Riviere, entendemos la salud. Si los miembros del grupo se identifican entre sí como miembros de ese grupo con una tarea que realizar en común (la curación, aprender a estar mejor consigo mismos y con los demás, permitirse cambiar y modificar lo que les rodea) van incluyendo a los demás en su mundo interno mediante un proceso de internalización. Progresivamente van libinizando el grupo, lo cuidan. El grupo se convierte en un espacio de socialización, cohesión y solidaridad fundamental en los momentos de crisis (continente). En él comparten con los demás aspectos de su intimidad disminuyendo el temor a ser juzgados, atacados o rechazados, algo que les ha ocurrido en sus otros grupos de pertenencia. Poder desvelarse y reconocerse como personas singulares en el grupo, no como personajes de su narrativa interna o caricaturas en sus diferentes contextos sociales, les va dando la seguridad para desprenderse de defensas que han usado durante toda su vida y para corregir la identidad negativa.

Hacia el cierre de tratamiento.

El alta por mejoría del HD se programa con el paciente, con tiempo para la elaboración de la experiencia de separación. Algunos quedan sólo en psicoterapia individual o grupal, otros con revisiones clínicas y de TO a la espera de consolidar una actividad académica o laboral reciente. Al acercarse este momento es frecuente que se den reacciones regresivas con empeoramiento sintomático, que manifiestan el temor al abandono, las dificultades en el apego y la intolerancia a la soledad que son nucleares en esta patología. Éstas se abordan específicamente, comprendiendo las emociones subyacentes a la vez que se mantienen los tiempos fijados para evitar una dependencia del HD. Como señala Fischetti, *el "éxito" se logra cuando la institución y el grupo pueden percibirse y utilizarse como instrumentos transitorios para regresar a la vida cotidiana de la vida familiar y social.*

Se realiza una devolución del proceso al paciente y la familia en una reunión conjunta, procurando que asuman la responsabilidad de utilizar lo recibido, encarando las limitaciones del tratamiento. En el *impasse* entre el alta y la incorporación a la USMC se mantienen una o dos entrevistas con el terapeuta individual para seguir elaborando el duelo o comprobar en qué medida se ha elaborado. Al final del proceso pacientes y familiares rellenan una encuesta de satisfacción que nos ayuda a seguir reflexionando e incorporando cambios. Evaluamos si realmente hemos ofrecido lo que necesitaban, si nuestra práctica se ha ajustado a lo que aspirábamos y si ellos han podido recibirlo.

Recientemente le preguntaba a una paciente qué era lo que sentía que más la había ayudado. Su respuesta fue "la constancia".

Bibliografía

Bauleo, A y De Brasi, (1990): Los aspectos terapéuticos vistos desde la Concepción operativa de Grupo. En clínica grupal, clínica institucional. Atuel.

Bauleo, A. (1988): Efectos del proceso grupal. En Notas de Psicología y Psiquiatría social. Atuel. Madrid.

Cancrini, L. (2007): Océano borderline. Paidós: Barcelona. (Orig.2006).

Coderch, J. (1979): Psiquiatría dinámica. Herder: Barcelona

Gómez, R. (2020): Factores terapéuticos grupales en la psicoterapia psicoanalítica de grupo psicoanalítica operativa. En Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 24.

Gómez, R. (2013): Sin ti no soy nada. Una perspectiva psicoanalítica y grupal de los trastornos límites de personalidad. En Irazábal y Hernández (coords), Experiencias psicoterapéuticas grupales. Intersecciones y fronteras de la salud mental, 2. (pp 57-89) Grupo 5. Madrid.

Kernberg, O. (1979): Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Paidós Ibérica. Barcelona. (Orig. 1975)

López Atienza, J.L, Blajakis López, M.I. (2006): Los trastornos de personalidad: reflexiones desde la experiencia clínica, grupal, familiar y multifamiliar. Revista de psicoterapia analítica grupal. 1, 75-103.

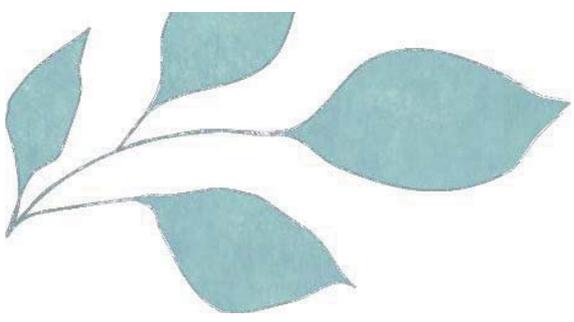
Pérez-Sánchez A. (1996): Prácticas psicoterapéuticas. Paidós: Barcelona.

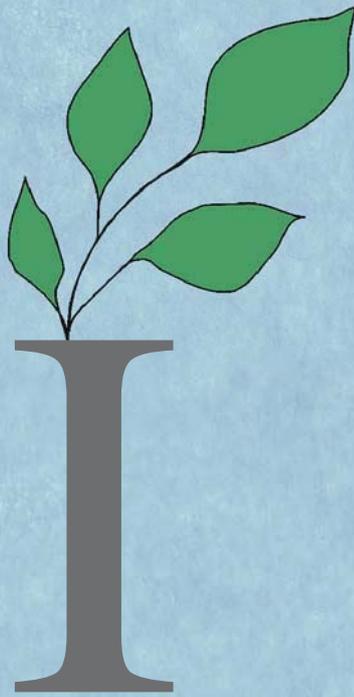
Pichon-Riviere, E. (1971): El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1), Nueva Visión, Buenos Aires.

Pichon-Riviere, E. (1980): Teoría del vínculo. Nueva Visión, Buenos Aires.

Tarí García, A. (2015): Factores terapéuticos y anti terapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. Revista Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 19.

Vico Cano, D. (2003): Sobre intervenciones grupales en un hospital de día. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 9





Programa de
Psicoterapia
psicoDinámica

Tratamiento
farmacológico
y psicoterapia
psicodinámica

Capítulo

11

El tratamiento farmacológico en psicoterapia psicodinámica

Sánchez Pérez, J.A..

Introducción

Este documento es un resumen del taller teórico-práctico que realizamos en el Programa de Psicoterapia Psicodinámica (PPD) denominado *Aspectos psicológicos del tratamiento farmacológico*. Es un texto de reflexión teórico que parte de la práctica y está dirigido a profesionales de la salud mental pública y privada, que abordan casos complejos y en los que se interviene por diferentes vías de tratamiento (ingreso institucional, psicoterapia, farmacología, terapia ocupacional, terapia grupal, etc.). No se trata de una revisión sistematizada de artículos ni tiene como objetivo demostrar una realidad o hacer una hipótesis desde el método científico clásico.

A raíz de observar en la clínica la importancia de la relación que establecemos con los psicofármacos y/o con el paciente y cómo esto incide en el efecto de la sustancia que administramos, me propuse revisar los estudios o reflexiones teóricas al respecto. Afirmaciones como que el tratamiento farmacológico; “no está haciendo mucho”, “no hace lo que se espera de él”, nos centra demasiado o demasiado poco la atención, nos complica la relación con el paciente, etc., son frecuentes en los intersticios de la institución pero no en las sesiones clínicas y considero que es importante incluir estas reflexiones como una parte más de nuestro hacer terapéutico.

¿Cómo nos relacionamos con el psicofármaco los psiquiatras, los psicólogos, los pacientes, sus familiares y la sociedad?

El objetivo es que pensemos juntos si tiene sentido incluir al psicofármaco en la psicoterapia y viceversa, teniendo en cuenta que ambos se apoyan el uno en el otro. No considero que se puedan ver ambas intervenciones por separado ni que tengamos que

hacer un esfuerzo por disociar los discursos del paciente.

La justificación del interés por esta cuestión se resume en tres motivos diferenciados;

- 1 Se producen cuestiones clínicas que quedan “difusas”, cambios “inesperados” en la evolución, complicaciones e interferencias que “entorpecen o facilitan” el proceso terapéutico cuando el psicofármaco está implicado. Estos cambios no responden a cuestiones químicas, en la mayoría de los casos, sino a un punto de vista relacional y psicológico.
- 2 La polarización de los paradigmas neurobiológicos y psicodinámicos está en proceso de extinguirse. Uno de los motivos son los estudios de neuroimagen que avalan la importancia del inconsciente en los cambios conductuales, emocionales y de capacidad reflexiva, dándose por saldada la distancia entre el mundo del psicoanálisis y las neurociencias.
- 3 La necesidad de los pacientes nos obliga a tener una mirada más integradora de la asistencia ya que la dicotomía y lucha de modelos teóricos no ayuda o no es necesaria para el ayudado. Es necesario incluir al psicofármaco en la psicoterapia y reflexionar sobre él, más allá de los aspectos puramente farmacocinéticos o neuroquímicos.

Para este trabajo se han revisado textos, charlas, conferencias y seminarios que incluyen esta idea global, la mayoría de los trabajos encontrados provienen de autores psicoanalistas o psicodinámicos. Se aportan viñetas tomadas de la práctica clínica para ejemplificar los conceptos.

La psicofarmacología

Las disciplinas psicológicas hasta ahora funcionales (Duarte, 1997) permitían reconocer un campo común, la intimidad-interioridad del ser humano desde diferentes disciplinas más o menos divergentes. Bajo esta categoría, la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología, constituyen un campo de mutua relación y tensión. La psiquiatría es la que actúa como receptor primario de los psicofármacos. Sin embargo, el impacto de la tecnología farmacológica va más allá de la disciplina concreta y engloba al resto de forma transversal. Es decir, no se puede pensar en salud mental sin tener en la mente que existen los psicofármacos. Esta participación puede ser para incluirlos, repudiarlos,

idealizarlos o simplemente negarlos. En toda la casuística están presentes, ya sea consciente o inconsciente.

La intervención psicológica es una relación de palabra que está “tocada” directa o indirectamente por el progreso de la industria farmacológica. *La ausencia de la prescripción no nos exime, como profesionales ni usuarios, de la consciencia de su existencia.*

La presencia del fármaco en el imaginario colectivo, como posible instrumento terapéutico o como elemento afín a un diagnóstico, tiene repercusiones en la asistencia. Consideramos que una negación o disociación de esta parte de la realidad tiene un efecto paradójico en la atención clínica, ya que genera un defecto de *flow* (Csikszentmihaly, 1990) en el *proceso terapéutico* (Hortney, 2003) pudiendo aumentar el malestar en los pacientes o profesionales.

En la experiencia personal trabajando como psiquiatra infantil en dispositivos asistenciales de corte psicoanalítico la pregunta de la familia *¿y no hay nada que le podamos dar que quite (el síntoma) esto o le dé (la capacidad) lo otro?* gatillan reacciones transferenciales negativas en algunos profesionales. Estas preguntas parten de la desesperación o angustia y los movimientos reactivos no ayudan al paciente.

Estas reacciones contratransferenciales, considero, que no tienen que ver siempre con aspectos intrafamiliares sino con una posible vivencia de los profesionales, amenazante, de la irrupción de un paradigma ajeno a su forma de pensar.

Un ejemplo es el que nos encontramos con los síntomas de inatención o hiperactividad. La sociedad, la escuela, la sanidad y las familias tienen un saber sobre la existencia de sustancias químicas que mejoran las capacidades atencionales y el rendimiento escolar. Esto es una realidad que no podemos obviar de la consciencia, por más esfuerzos que hagamos para disociarlo sino para integrarlo. La lucha contra esa mirada no siempre va a beneficiar al paciente y a su familia, como veíamos antes. Las reacciones contratransferenciales negativas secundarias a la demanda de medicación por parte de la familia para un niño que “no atiende” deben ser manejadas por la institución ya que no son, por necesidad, secundarias a psicopatología que deba ser confrontada como se ha hecho reiteradamente.

El objetivo de este material es promover una intervención integradora a favor del paciente

y que no ponga en juego la capacidad reflexiva del profesional.

En términos de Eric Laurent, el objetivo actual es “reintroducir” al sujeto en el campo de la indicación farmacológica del que parecía expulsado. Se ejercía, desde los años cincuenta, una práctica en la psiquiatría en la que hay una aparente desresponsabilización del sujeto que ingiere la sustancia. Es posible que las condiciones en las que se inicia la psiquiatría farmacológica favoreciera la expulsión del sujeto o la promoción de una relación autoritaria medico paciente.

Desde el punto de vista del paradigma biomédico, se pretendió hacer una lectura que se regía por estos tres supuestos principales:

1. Presupone un sustrato orgánico, más o menos relevante, en los trastornos mentales.
2. Da una gran importancia al diagnóstico y clasificación de los trastornos con el fin de poder predecir el curso de la enfermedad y el tratamiento adecuado.
3. Pone énfasis en la explicación más que en la comprensión de los trastornos mentales.

El paciente y familia quedaban relegados a un segundo plano ya que ellos no poseen el saber científico. Si bien es cierto este apunte, en cualquier especialidad médica, no es antagónico que situemos al paciente y a la familia en una posición de participación en la prescripción fomentando la consciencia del problema.

Tratamiento farmacológico en la psicoterapia psicodinámica

En toda intervención psiquiátrica, en términos exclusivamente de prescripción de psicofármacos, hay varios factores o protagonistas que están presentes a la hora de indicar un tratamiento. Estos van más allá de la química y, a la vez, son de igual relevancia. Encontramos a *un sujeto* al que se le recomienda tomar un medicamento por parte de *un médico* (ya sea psiquiatra o no) o un *psicoterapeuta* que lo deriva al médico especialista de la salud mental. En esta situación se establece una relación terapéutica en la que cada elemento participa aportando aspectos propios. La familia, como grupo primario en la sociedad, también se incluye de manera explícita o implícita (directa o indirectamente) en el proceso terapéutico.

Resumiendo, los integrantes de la escena son;

El Medicamento

Factores inespecíficos

En el contenido de la sustancia que administramos, o medicamento, podríamos diferenciar tres partes:

- A. Fármaco: señal química o sustancia.
- B. Placebo: principio simbólico o social (farmacológicamente vacío)
- C. Medicamento: es lo que engloba las tres funciones; placebo, fármaco y medicamento.

Ferrali (2014) propone que el medicamento puede ser considerado como una triple entidad por donde fluyen tres canales en un mismo paquete comunicativo;

1. la señal química (factores específicos) o psicofármaco en términos estrictos.
2. El símbolo. Este vincula creencia, expectativa y actitud de quien lo recibe y quien lo da. Sería lo intrínseco de la relación terapéutica (factores inespecíficos).
3. El símbolo social y el imaginario colectivo (Morín, 1960) (factores inespecíficos). El imaginario social o colectivo es definido por Gaona (2012) como “una pieza clave en toda reproducción de sentidos, puesto que el imaginario nos permite funcionar socialmente, en nuestro día a día. Pero lo más importante, el imaginario colectivo nos permite construirnos, a ritmo lento, como individuos sociales poseedores de una cultura. Sin eliminar la subjetividad que aflora en cada ciudadano”. Este imaginario atraviesa en forma de eje transversal a la sociedad. Uva Falla (2012), desde una perspectiva académica pedagógica, describe a los ejes transversales como “instrumentos globalizantes de carácter interdisciplinario que recorren la totalidad y en particular la totalidad de las áreas del conocimiento, las disciplinas y los temas con la finalidad de crear condiciones favorables para proporcionar una mayor formación en aspectos sociales, ambientales o de salud. Los ejes transversales tienen un carácter globalizante, porque atraviesan, vinculan y conectan muchas disciplinas, lo cual significa que se convierten en instrumentos que recorren temas que cumplen el objetivo de tener visión de conjunto”

Por tanto, el efecto de los tratamientos psicofarmacológicos puede variar no solamente por las características propias del psicofármaco (factores específicos) sino también por las diferentes expectativas que se depositan en el medicamento (factores inespecíficos).

La discusión que se plantea no es tanto en relación a la bondad o maldad de las drogas sino si estas están ligadas o no a un proyecto terapéutico coherente y congruente. Este ha de tener en cuenta el factor inespecífico del medicamento, siendo necesario que lo estudie y lo trabaje. Se podría pensar que la falta de armonía entre ambos aspectos, psicoterapia y psicofarmacología, es la causa de las malas experiencias con la psicofarmacología.

Es decisivo trabajar con el paciente y familia cómo se relacionan con las sustancias, con la ayuda y con los terapeutas para poder tener definidos, en la medida de lo posible, un diagnóstico y posibilidad de manejo de los factores específicos e inespecíficos del medicamento.

Los factores inespecíficos son aquellos que no dependen de las propiedades farmacológicas de las sustancias psicotrópicas y pueden modificar la respuesta terapéutica. Estos son efectos variables que ejercen su función sobre la sintomatología de forma positiva, negativa o indistinta.

Las expectativas (conscientes o inconscientes), acerca del efecto del psicofármaco administrado, son el principal ejemplo de factor inespecífico.

Éstas vienen del paciente, del psicoterapeuta que lo indicó, de los familiares y/o del ámbito sociocultural en el cual se desenvuelve el paciente.

El Efecto Placebo

Se establece que entre el 30-40% del efecto de cualquier medicamento corresponde al efecto placebo. Para explicar su funcionamiento se postulaban aspectos inespecíficos de acción, es decir, cuestiones simbólicas relacionadas con la no-química y vinculadas con la relación. Actualmente no está tan clara esta hipótesis, se plantean como mecanismos específicos farmacológicamente inactivos.

Wikinsi, citada por Vogel (2007), aboga por la hipótesis de que los mecanismos que se ponen en juego en el efecto placebo son la reducción de la ansiedad, las respuestas

condicionadas por asociación de estímulos y el papel de las expectativas y las creencias. En relación a la creencia el Dr. Goldchluk, citado por Vogel (2007), defiende que “creen en los psicofármacos aquellos que no los usan, porque para el que los usa, no es necesario creer”. Laurent plantea que la sustancia que cure induce, en sí misma, la creencia. De modo que una sustancia activa, y que cura, es aún más placebo que el placebo inactivo.

Lo que se desprende de los autores es que, dentro del medicamento, de manera ineludible, está el efecto placebo. Éste no es algo ajeno al fármaco sino incluido en la sustancia y que se debe tener en cuenta como algo integrado. No podemos separar la química del simbolismo de la misma.

Teniendo en cuenta la relevancia del placebo en la intervención terapéutica, podemos usarlo a favor del paciente promoviendo estrategias de intervención que potencien el efecto sobre la clínica y se minimicen los secundarismos. Consideramos que esta parte del texto no es solo propia de los psicofármacos sino generalizable a otro tipo de intervenciones farmacológicas, incluso en las quirúrgicas o psicoterapéuticas.

La sugestión, la relación terapéutica y la palabra que acompaña al médico en su intervención tiene un efecto coadyuvante nada despreciable.

Intervención

Vogel (2007) enumera algunas cuestiones que caracterizan el uso del placebo y que coinciden “sorprendentemente” con lo que Miller llama terapias de sugestión autoritaria”. Se estudiaron los siguientes factores del placebo observándose que:

- Se establecen diferentes resultados con el placebo si el administrador es una figura destacada. Es decir, tiene más efecto, cuando es una figura mediática o relevante.

Existe suficiente evidencia de la importancia, desde la perspectiva neurobiológica, de historizar adecuadamente al paciente sobre los fármacos que han sido útiles en el pasado tanto a él como a la familia. Existe una relación positiva entre la buena respuesta de un antidepresivo o antipsicótico en un familiar y la respuesta previsible del paciente.

Parece lógico que el efecto bueno de un antidepresivo en un paciente tratado previamente sea un factor predictor de buena respuesta en el mismo sujeto, pero el

buen efecto en un familiar ¿Por qué está relacionado con el buen efecto en el paciente? ¿Por una cuestión farmacogenética o relacional? Según esta aportación, deben ser ambas a la vez.

Parece importante explorar la relación transferencial con el psiquiatra que medicó al padre o abuelo del paciente o que lo medicó a él. Esto nos puede llevar a repetir la misma intervención haciendo un reconocimiento a la figura que prescribió. Se intuye que favorecerá la respuesta positiva al tratamiento. En casos en los que sea posible una mayor sugestión, podría ser útil destacar que el fármaco que se va a usar es el que suele poner un psiquiatra reconocido y referente en este tipo de enfermedad, si es que la familia o el paciente ha oído hablar de dicho profesional.

- La manipulación de la expectativa depende de lo transmitido por el deseo del experimentador.

Es relevante la vinculación, estado de confianza que tiene el administrador con la sustancia que va a prescribir. Si el psiquiatra tiene escasa confianza con el paradigma biomédico y con el uso de los psicofármacos se puede prever que es un indicador de mal pronóstico del resultado del mismo. De ahí que sea recomendado que el mensaje que acompaña al fármaco, cuando este se receta, sea mirando a la cara al paciente no al pc, promoviendo una cierta sugestión en el mensaje y generando una expectativa positiva con respecto al mismo. La desgana o desconfianza del médico en lo que hace, la escasa pedagogía y la excesiva información sobre las limitaciones de los fármacos (incidiendo en demasía en la necesidad de psicoterapia como elemento principal del tratamiento) pueden ser elementos en contra de una transferencia positiva del paciente o familia con el medicamento.

- Cuando la vía de administración es más cruenta (parenteral u oral) es más efectivo.

En ocasiones no queremos realizar intervenciones por vía parenteral ya que es una vía “más agresiva” y en muchas ocasiones “innecesaria”. Sobre todo, si el paciente acepta y tolera el fármaco por vía oral. No obstante, a pesar de que las recomendaciones de *primero vía oral*, en algunos momentos de descompensación o crisis puede ser recomendada la sugestión mediante el uso de la vía parenteral. Incluso cuando el fármaco que vamos a usar sea el mismo. Esta parte del efecto

placebo puede favorecer una reducción del síntoma con mayor inmediatez y menos daños (psicológicos o físicos) en una situación de sufrimiento.

- El tiempo de empleo, por el contrario, incide a la inversa a nivel del efecto.

Considero que caemos frecuentemente en el error de descartar y confrontar la experiencia subjetiva del paciente o la familia cuando sienten que el efecto del medicamento ha disminuido o desaparecido. Hacer una intervención psicoeducativa previa a la inducción, anticipando que esta vivencia además de ser frecuente y predominantemente subjetiva, puede ayudar. No obstante, al ser una experiencia preconsciente y no cognitiva, la psicoeducación no solucionará el conflicto. Si hacemos una historia farmacológica afinada es posible que detectemos si esto es una tendencia del sujeto o de la familia que se repite.

Por otro lado, relatos, en los que se *actúan (acting out)* muchos cambios de psicoterapeuta porque “ya no me servía” también puede ser un factor predictor de que puede ocurrir lo mismo con el fármaco. A nivel relacional no suele ser útil “enfadarse” por estos discursos y “confrontar” las experiencias del sujeto por no estar *biológicamente demostrado la pérdida del efecto*. Si lo está en el caso de los ansiolíticos benzodiazepínicos u otras sustancias que tiene el efecto de la tolerancia y requieren cada vez de una dosis mayor. Legitimar esta experiencia, exponer una pregunta sobre qué aspectos se ponen en juego para que la persona o la familia sienta que algo que era muy útil deje de serlo, y se deseche o desvalorice ayudará al diagnóstico.

Es posible que se den vivencias de idealización o devaluación dentro del proceso terapéutico. Que se tome consciencia de esta compulsión a la repetición y de un funcionamiento mental estereotipado amplía el autoconocimiento. Probablemente sea la escasa experiencia de “la permanencia del objeto” lo que lleve a la persona a esta conducta. Esta hipótesis, si es posible en el caso, puede ayudar a explorar las relaciones primarias con las figuras paternas y extraer información útil para generar preguntas. El riesgo que corre el psiquiatra es pasar al acto con un cambio de tratamiento farmacológico que puede estar abocado al fracaso. Por otro lado, una exploración previa de las relaciones objetales (Klein, 1965) puede predecir dicha experiencia terapéutica

Eric Laurent postula en *¿Qué lugar para la pastilla?* que “todo medicamento es inseparable de una acción subjetiva” y que “no solo no se trata de distinguir el efecto placebo del genuino efecto farmacológico, sino por el contrario incluirlo en todo uso que se haga del psicofármaco” (Laurent citado por Luka. A, 2007)

El placebo es una sustancia “cuestionadora” que pone en tensión a la ciencia debido a su comportamiento impredecible. Es, por tanto, un emergente de la importancia de lo subjetivo y sugestivo de la prescripción de psicofármacos.

La Familia

Si comprendemos a la familia como un grupo que funciona de forma autónoma, más allá de la suma de los individuos que la componen, el medicamento es un objeto externo que se inserta desde fuera produciendo cambios. El objeto fármaco genera movimientos, más allá del cuerpo del individuo, y produce reajustes en la grupalidad, así como en la familia. Esta situación no solo ocurre con los psicofármacos sino con otras intervenciones o cambios, ya sea la cirugía, la relación terapéutica e incluso la incorporación de una mascota a la familia.

El paciente, como individuo, está también formado por un sistema, grupo o conjunto de relaciones de objeto interiorizadas. Desde una mirada puramente física el cuerpo no deja de ser un grupo de órganos y aparatos que se relacionan entre sí. En términos sistémicos hablaríamos de la familia internalizada o Internal Family System (IFS) (Schwartz, 1980).¹ Estas partes del self establecen relación entre ellas y con el exterior, igual que los órganos del cuerpo.

La relación que establece el grupo de objetos internalizados por el paciente pueden estar más o menos integrados entre ellos. La armonía del Self o de la identidad yoica depende, en gran medida, de la interacción entre dichos objetos. Por otro lado, la salud mental también está relacionada con la mayor o menor integración de dichos elementos internalizados en las relaciones primarias del individuo dentro del Self (Recalcati, 2008).

El fármaco, en contacto con el grupo familiar o individual, genera expectativas, fantasías y resistencias a tener en cuenta en la prescripción. Son fantasías en parte conscientes y en buena parte inconscientes o preconscious que pueden actuar poderosamente sobre la relación. Si son inconscientes quedarán disociadas, a menudo proyectadas en el

fármaco y facilitará la presencia de actuaciones (acting out) de los integrantes de la relación en el tratamiento.

Fantasías

Algunos de fantasías descritas puestas en el fármaco y sus consecuencias.

El fármaco es el diagnóstico

El fármaco como *objeto material*, de cualidades concretas y específicas, y con efectos sobre el cuerpo y el cerebro, orienta sobre el diagnóstico del paciente. ¿Cómo vive esto la familia? ¿Lo quiere saber, lo niega o lo acepta? ¿Cómo vive la familia y/o el paciente la prescripción de un antipsicótico cuando la persona no presenta síntomas congruentes con la esquizofrenia ni congruentes con la psicosis? Consideramos, por ejemplo, que la prescripción de psicofármacos antipsicóticos atípicos como coadyuvante de los tratamientos de los trastornos de conducta y/o impulsividad en niños hiperactivos, requiere de un trabajo de prescripción participativa en la que el discurso terapéutico se adapte al Plan de Tratamiento Individualizado del paciente. Una propuesta farmacológica de estas características requiere de una elaboración suficiente por parte de la familia. Este trabajo podría facilitar, en el mejor de los casos, una prescripción acotada en el tiempo y que no cronifique el uso de la risperidona a bajas dosis en niños que se portan mal o no toleran la frustración. El objetivo es la elaboración de los aspectos patológicos de la estructura del paciente o de las dinámicas disfuncionales del grupo familiar para incluirlos en el tratamiento con fármacos.

Si hay un conflicto de confianza respecto al conocimiento y pericia del médico en el manejo del fármaco o de la empatía acerca de la vivencia de los efectos del fármaco sobre el paciente, éste puede ser vivido como un elemento potencialmente inhumano y no contenedor.

Como tratamiento se recomienda atender a los efectos secundarios como parte fundamental de la prescripción, anticiparlos de manera concienzuda y estar alerta a la experiencia subjetiva del paciente. Evitaremos un rechazo activo al tratamiento que reduzca la adherencia.

En la posición contraria tendríamos a los pacientes que mejoran de manera “idealizada” en los primeros momentos de los tratamientos.

Fantasía; perderé la capacidad volitiva

Una vez ingerido y absorbido el medicamento por el individuo o, simbólicamente, por grupo familiar puede aparecer la fantasía de que se *perderá el control voluntario sobre sus efectos*. En ausencia de este control, el grado de confianza básica que el paciente tenga respecto a si mismo, a su cuerpo y a la relación asistencial, es de suma importancia para comprender el modo en que tolerará el fármaco. También el de la familia, el riesgo de que la adherencia al tratamiento de padres de niños infantes o adolescentes está en juego en este aspecto. Perder el control de un hijo es una de las mayores preocupaciones de los padres, ya estemos en la adolescencia o infancia. En el caso de los adolescentes, si la relación de vínculo primario no ha estado lo suficientemente cuidada, existe un riesgo de fractura total. Una diferenciación masiva en la que ambos, figura de apego y menor, quedan mal paradas. En los infantes, púberes o latentes permanece el miedo o la ansiedad de fragmentación de la familia. Si el hijo puede desarrollar un camino diferente al idealizado por los progenitores, se rompe la unidad ideal simbiótica. Las intervenciones farmacológicas tienen que ser tentativas cuidadosas. La irrupción, en la relación del grupo familiar, no puede ser masiva sino a expensas de lo que los progenitores y el menor pueden tolerar. Tratar la ansiedad de separación, por ejemplo, con clorazepato dipotásico de 2,5 mg puede ser una buena intervención si aparecen crisis de pánico en el menor, pero ¿Cómo tolerará el/la progenitor/a que el niño no llore cuando ella se va?

Tratamiento

En este sentido es importante evaluar previamente al paciente, su estructura yoica, las ansiedades obsesivas o persecutorias y las defensas que pone al servicio de las mismas. Poner el termómetro en la relación terapéutica y el grado de transferencia positiva hacia el médico y la institución. Esta práctica puede ayudar a que el sujeto explicita estas ansiedades o necesidades de control sobre sí mismo o el otro.

Ésta es una fantasía frecuente en *pacientes depresivos* en los que predomina el sentimiento de desesperanza y poca confianza en sí mismos. Tienden a establecer relaciones muy dependientes e idealizadas con la sustancia o el ayudador. Si no se tienen en cuenta estos aspectos, el médico se puede ver sorprendido cuando tras un periodo de mejoría a veces espectacular el paciente presenta una recaída decepcionante.

Fantasía; el fármaco me quiere someter

El fármaco también puede representar a algo que el médico administra con el *objetivo de anular, controlar o destruir un objeto interno o una parte de la personalidad dañina y peligrosa*. En ocasiones este mecanismo se corresponde con la realidad, en la que el objetivo explícito es controlar los impulsos agresivos y destructivos. Si esta disociación no es temporal, se hace definitiva y no se acompaña de una contención psicoterapéutica de los sentimientos disociados, el paciente o la familia puede experimentar una ansiedad paranoide frente a dicho fármaco y/o el médico.

La misma fantasía puede presentarse en *situaciones de depresión o en duelo*, La posibilidad de sentir que el médico se alía con ellos para controlar maníacamente no solo a un objeto malo persecutorio, sino también al buen objeto dañado y perdido pondría en riesgo el proceso terapéutico. Probablemente con estas prácticas estemos intentado evitar conectar con las emociones depresivas terapeuta, paciente y familia. En la práctica el paciente puede sentir que pretendemos deshacernos de partes de su identidad, objetos internalizados o partes del self desangradas.

En la familia, el fármaco que incide generando una mejoría en el paciente identificado o chivo expiatorio puede ser vivido de la misma forma. La intervención puede provocar la desestabilización del homeostasis del grupo. Esto podría provocar también la resistencia de las familias a algunas intervenciones, más allá del miedo legítimo a los efectos secundarios o al cambio en sí mismo.

Tratamiento

Intervenir de manera pedagógica, si se detectan estos funcionamientos, mostrando la humildad del terapeuta y las limitaciones del medicamento. Transmitir la menor omnipotencia posible, situando cada sufrimiento en su lugar y explicitar que el médico reconoce que hay cosas que no se pueden tocar ni se pretende hacer. Por ejemplo, mostrar al paciente que no se pretenden eliminar recuerdos, deshacerse de emociones que vinculan al paciente con objetos internos (sean o no vividos como buenos). Tampoco se aspira a eliminar una parte del paciente que seguramente sea muy útil para muchas cosas de la vida y le ha dado resultados mantenerla como hasta ahora. Por ejemplo, la hiperactividad, la hipo manía o la impulsividad son síntomas que pueden ser muy fructíferos.

Por otro lado, las obsesiones o rituales permiten contener ansiedades catastróficas y también permite a la persona ser un buen gestor o jefe de sección empresarial. Informar al paciente que no se va a intentar “quitar” de su estructura estas piezas relevantes y que, si en algún caso tiene esa percepción en el proceso, que nos informe.

Fantasía; necesito al fármaco, me completa

El fármaco puede ser también *algo necesario para restituir y compensar una carencia* (objeto bueno). En la fantasía dicha carencia puede representar la ausencia de un objeto bueno interno o una parte del Self que sea fuente de fuerza, vitalidad, contención y tranquilidad. Así el fármaco devolverá estas buenas cualidades. Pero, como es una sustancia que se metaboliza y se elimina, se puede convertir en un objeto que genere la sensación de falta o vacío promoviendo las conductas adictivas.

Si el fármaco genera la sensación de que sustituye las funciones de contención del individuo y/o de la familia, cada vez que desaparece el efecto del fármaco por la excreción puede generar un aumento en la sensación de fragilidad e incapacidad del sistema familiar.

Fantasía; objeto transicional

En el mejor de los casos la sustancia puede ser vivida como un *objeto transicional*. Ésta sería la relación ideal que puede establecer el paciente o la familia con el fármaco. Me planteo que este es el objetivo técnico a promover en la relación terapéutica. Es el uso ideal del fármaco en las fases profilácticas. Ante conflictos muy dolorosos o regresivos de orden vital que pueden dar lugar a respuestas cuantitativamente desproporcionadas y donde es recomendable prevenir la presencia de brotes, recaídas o accesos de mayor gravedad.

Fantasía; quieren que no piense

En otros casos puede representar un *objeto alienante*, donde la oferta del medicamento está al servicio de desobjetivizar el conflicto. Puede correr el riesgo de atribuir su presencia a causas exteriores al sistema y, por tanto, eximir a éste de algunas partes de la responsabilidad a la hora de entenderlo o tratarlo. Es en estos casos cuando el fármaco entra en disyunción, es decir, cuando no encaja por ningún lado en el tratamiento. Siendo mayor el riesgo de proponerlo que el beneficio. Puede ser vivido como un elemento que pretende anular emociones, eliminar un discurso que puede resonar en el terapeuta de manera dolorosa y el paciente puede temer que éste no pueda sostenerlo. En ocasiones,

se estaría repitiendo el trauma de la infancia. Es decir, las personas que se suponen que me tienen que contener y soportar en todos los aspectos de mi vida, no solo no me soportan, sino que me hacen daño al hacerme sentir que sobro. Pretenden eliminar una parte de mí con fármacos.

La relación terapéutica

Camón (2011) defiende que el elevado incumplimiento farmacológico, no solo en psiquiatría sino en la atención médica en general, se relaciona con fenómenos de la relación que analiza desde el vértice psicodinámico (Transferencia, Contratransferencia y Resistencia). En ocasiones el medicamento representa el *terreno en el que se expresan conflictos de rivalidad* provocándose escaladas de mala tolerancia, reacción terapéutica negativa por parte del paciente, y aumento de dosis o cambio sucesivo de medicación por parte del médico.

A diferencia del uso del placebo (sustancia farmacológicamente inactiva y que produce en el paciente un efecto complaciente y gratificante) la administración de un fármaco por parte del médico a un paciente produce, sobre este último y sobre la relación, una poderosa influencia psicológica.

Tanto el paciente como el médico depositan en el fármaco sentimientos, expectativas y temores relacionados con aspectos de la relación que influyen en cómo se representan para sí mismos la relación asistencial.

Ante una sintomatología resistente a la medicación, debería considerarse, además del diagnóstico farmacodinamia y farmacocinética, la evaluación psicológica de la relación asistencial. Una forma de analizarlo puede ser la que se propone;

¿Que transfiere el paciente o la familia?

En el trabajo de investigación de Adriana Luka y Cols sobre el psicofármaco y la transferencia se concluye que el acto de medicar y la transferencia pueden darse de tres formas. Según si el medicamento y la transferencia están en

A) Disyunción: relación en la que el medicamento y la transferencia provoca la desobjetivización. Es decir, la toma del fármaco promueve en el paciente no preguntarse ni cuestionarse como sujeto.

B) Conjunción: es aquella relación que apuesta porque la medicación “trastoque” la

clínica, pero dentro de un marco para poder “servirse” de él.

C) No-relación: la inducción del fármaco no es posible. Por ejemplo, cuando ésta es vivida como una expulsión del espacio terapéutico.

¿Cómo se puede diagnosticar esta situación?

Para orientar el pronóstico y el tipo de relación transferencial que el paciente o familia establecerá con la sustancia podríamos tener en cuenta los siguientes ítems de la historia clínica;

Descripción de las relaciones transferenciales previas del sujeto o del grupo familia.

1. Tipo vínculo primario predominante.
2. Vivencia de las primeras relaciones en la familia. ¿Cómo vivía la necesidad, ayuda o la aproximación?
3. ¿Cómo se han relacionado con otros tratamientos médicos, como viven a la institución? 4) Experiencias previas en hospitales, vacunaciones, operaciones, emociones vividas y conductas reactivas.

La relación entre el hecho de medicarse y la vivencia de enfermedad.

¿Cómo entiende el paciente y su familia su padecer o pérdida de la salud, su curación y cómo se relaciona el fármaco en esta disyuntiva?

Una vez inducido el fármaco, *monitorizar emergentes en la relación terapéutica:*

Explorar fenómenos de idealización y de reacción terapéutica negativa/positiva a raíz de la inducción farmacológica.

Respuesta a la medicación y relación con el terapeuta positiva y negativa.

Grado de significación del fármaco como objeto transicional en ausencia del terapeuta.

La familia y/o el paciente pueden promover resistencias al fármaco o al cambio en la evolución del tratamiento, o previas, por diferentes motivos:

Beneficios secundarios de la enfermedad pueden actuar como resistencia al cambio inducido por el fármaco.

Predominan defensas maníacas y organizaciones defensivas.

Uso masivo de defensas de negación, pueden rechazar el tratamiento farmacológico porque les sugiere un indicio de estar enfermo o de mayor gravedad.

La resistencia a una terapia (farmacológica o psico-) prolongada puede estar asociada con la desesperanza y la vivencia de cronicidad.

En ocasiones la adhesión masiva a un tratamiento prolongado e indefinido (estabilidad “cronificada”) puede estar relacionado con el miedo al cambio y a la separación.

De la díada a la tríada terapéutica

En casos en los que el individuo o la familia eran atendidos previamente por otro terapeuta, no psiquiatra, se produce la transformación de la díada en tríada terapéutica (Split-treatment de Kalma y Avena, 2010; Kay et al, 2001 citado por Dualde, 2014). La situación clínica adquiere complejidad y requiere una mayor reflexión.

E Camón (2011) en su presentación sobre “Aspectos psicodinámicos del tratamiento farmacológico” propone la exploración de;

¿Qué grado o capacidad de disociación dispone el paciente y la familia para disminuir los riesgos secundarios de ser visitado en dos espacios? El paciente o la familia puede depositar en un terapeuta los aspectos más enfermos y en el otro espacio mostrar su parte más sana. Las relaciones parciales y defensas primitivas pueden promover la idealización y vivencia de objeto bueno o malo de cada uno de los terapeutas.

Revisión de la fortaleza del vínculo/adherencia con el terapeuta de referencia.

¿Cuál es la capacidad del paciente y de la familia para diferenciar mínimamente los espacios?

¿Qué grado de consciencia hay en los terapeutas para tener en cuenta el riesgo de confusión?

Si se trata de un solo terapeuta dejar claramente diferenciada una parte de la sesión o diferenciar las sesiones para tratar los aspectos relacionados con la medicación. Explorar las relaciones vividas con la familia de origen y pareja de padres para adecuación, en la medida de las posibilidades asistenciales, del sexo de los integrantes de la pareja terapéutica.

Recomendaciones para una adecuada intervención

Actitud empática del terapeuta con las vivencias actuales y previas de la familia a las intervenciones, sin generar alianzas patológicas.

Tener presente que los efectos secundarios han de ser escuchados atentamente. Las reacciones adversas pueden simbolizar alteraciones en la relación terapéutica. También pueden tener un componente relacionado más con la fantasía que con la respuesta concreta del cuerpo, *nada desdeñable, por cierto*.

En el caso de la tríada terapéutica, la coordinación frecuente y la presencia de visitas conjuntas es el trabajo preventivo más recomendado. Sobre todo, cuando predomina la confusión

El Prescriptor

Los efectos psicofarmacológicos pueden ser negativos si en la relación se depositan aspectos no elaborados del terapeuta. El enfermo percibe estos emergentes con consecuencias en la adherencia y en el efecto del fármaco.

Podría ser útil que el terapeuta explore a nivel interno;

- Los sentimientos de enojo o impotencia que produce un paciente que no mejora.
- Deseos de controlar al paciente y que tenga escasa voluntad
- Deseos de anestesiarse el sufrimiento subjetivo del otro.
- La prescripción autoritaria del terapeuta puede expresar su propia demanda de que el paciente se someta, lo calme o satisfaga.
- Las dudas o escasa seguridad en la intervención con los psicofármacos por la formación del psiquiatra.

En psiquiatría infantil puede ser un acting out ante la necesidad de hacer algo por el sufrimiento de un niño al que se le atribuye mayor fragilidad.

El derivante

En el caso de la tríada terapéutica (psicólogo, psiquiatra, familia y paciente) pueden aparecer sentimientos y emociones cruzadas que generan pensamientos y conductas que pueden poner en riesgo la intervención.

Algunos ejemplos sobre situaciones posibles vividas:

- Una de las partes tiende a menoscabar la intervención “contraria” considerando la propia la principal.
- Consideración por parte del psicólogo de que el terreno biológico es secundario. Puede deberse a una concepción ideológica consciente o por aspectos de inseguridad o competencia con otro profesional.
- En ocasiones el fármaco es considerado solo como una variable que permite mejores condiciones para el trabajo terapéutico que, si bien es cierto, no es la única función. Permite además eliminar síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.
- En el otro lugar, algunos psiquiatras minimizan los tratamientos psicológicos considerando éste un mero trámite con escaso efecto. Realiza la derivación en respuesta a la demanda del paciente sin confianza en el acto o, simplemente, porque el derivante es un psicólogo.
- Esto puede ser percibido por el paciente como un conflicto de lealtades que actúa como factor disociador. La tendencia del tratado será restar importancia a una de las instancias y frecuentemente apoyándose en la medicación. Como consecuencia el paciente o familia quedaría preso de nuestra dualidad mente-cuerpo.
- Vivencias de incapacidad de uno de los terapeutas, sentimientos de inutilidad, rivalidad, sometimiento ante la indicación de otro, sensación de limitación del espacio/ libertad de trabajo, enojo con el compañero, expectativas desmesuradas depositadas en la intervención del compañero (idealización del terapeuta). Sentirse supervisado o alumno del otro. Sentimientos de omnipotencia. Desacuerdo en los paradigmas o formas de entender la salud/enfermedad mental.

Intervención

El fármaco es un complemento (RAE: cosa, cualidad o circunstancia que se añade a otras cosas para hacerla integra o perfecta), no es concebible que vaya por una vía diferente, ha de tratarse en concordancia entre los terapeutas y ser una intervención coherente con

la intervención terapéutica.

La capacidad de contención y de insight del terapeuta, así como la capacidad de establecer una relación cooperativa de dos terapeutas (si es el caso) ayuda a que los aspectos disociados se integren y no se pongan al servicio de la actuación iatrogénica.

El profesional, ante los efectos secundarios o percepciones subjetivas en relación al fármaco, asumirá una actitud comprensiva y sensible. La respuesta al medicamento será dudosa o mala si el médico es poco sensible, carece de necesaria autoridad, cree más en el tratamiento psicológico o teme el pronóstico del paciente. La actitud del médico, en consonancia con la labor de sostén o holding, tendrá varios componentes; autoridad para la prescripción y sensibilidad y actitud empática.

Intervenciones psicoterapéuticas en la intervención psicofarmacológica

Algunos puntos a tener en cuenta son;

Actitud del terapeuta

Psicoeducación

Formulación diagnóstica

Actitud del terapeuta

El prescriptor y el derivante promoverán una actitud de apertura humilde ante las preguntas del paciente.

Psicoeducación

La intervención verbal en el acto de medicar debe ir dirigida, en la medida de lo posible, a ubicar el fármaco en la crisis del paciente.

Debemos mostrar cómo entiende el psiquiatra y psicólogo lo que le pasa al sujeto. ¿Cuál es el sentido de la intervención ahora y no antes?

El mensaje principal será que *el fármaco no restituye una carencia, es un objeto transicional.*

No consideramos adecuado transmitir un mensaje en el que se hable de que el fármaco contiene unos neurotransmisores que restituyen o aumentan lo que el paciente tiene en carencia. Pensamos que este mensaje provoca una vivencia de cronicidad y no ubica al

paciente en un proyecto de retomar los recursos que posee. Informar que el déficit de serotonina que tienen las personas con Trastornos de ansiedad generalizada es restituido por un ISRS puede generar una vivencia de que hay una falta que siempre ha existido y no se puede retirar el fármaco por que no se dispone de manera natural de 5HT. Estos mensajes son más frecuentes de lo deseable y pienso que generan mayor dependencia hacia psiquiatra, terapeuta y fármaco.

La psicoterapia (del tipo que sea) y los cambios cognitivos provocan cambios cerebrales que pueden ser, entre otros, mayor regulación emocional y aumento de la serotonina.

Formulación diagnóstica

Nuestra propuesta es crear con el paciente una hipótesis o formulación diagnóstica (Bleiberg, 2016) que permita comprender el funcionamiento mental de la persona y construir el sentido del fármaco en esta crisis acompañada por los profesionales. Es decir, hablemos de síntomas o conductas a tratar y el motivo por el cual pensamos que estas aparecen. Mostraremos una humildad ante la persona para que la formulación sea una co construcción. Seremos realistas con la importancia del fármaco en este momento y el objetivo, en algunos casos, de retirarlo una vez trabajado en psicoterapia la causa del síntoma.

El psicólogo que deriva promoverá un mensaje concordante con este estilo de pensar, transmitirá confianza en las posibilidades de retirada y el compromiso de mantener un trabajo centrado en restituir la incapacidad actual. En el caso de patologías del orden psicótico o autístico será realista centrándose en promover la adherencia y la psicoeducación sobre los factores de riesgo de descompensación. Así se conseguirán dosis bajas y menores efectos secundarios. Todo esto en coordinación con el prescriptor.

Intervención focal sobre la etiología

Dentro de la psicoeducación la forma del mensaje debe adecuarse según el tipo estructura de personalidad del paciente y centrado en ayudar a comprender la causa del síntoma.

Con los fármacos, en la mayoría de ocasiones, pretendemos apagar síntomas.

Camón, R (2011) propone pensar en la medicación no solo para el tratamiento de los fenómenos sintomáticos sino reflexionar en el tipo de ansiedades o defensas (diagnóstico

estructural) a la hora de medicar. Sobre esta cuestión realizaremos aportaciones en próximas ediciones.

Reflexiones

La relación del médico con el fármaco es determinante para la relación entre el paciente o familia, el médico y el tratamiento medicamentoso prescrito.

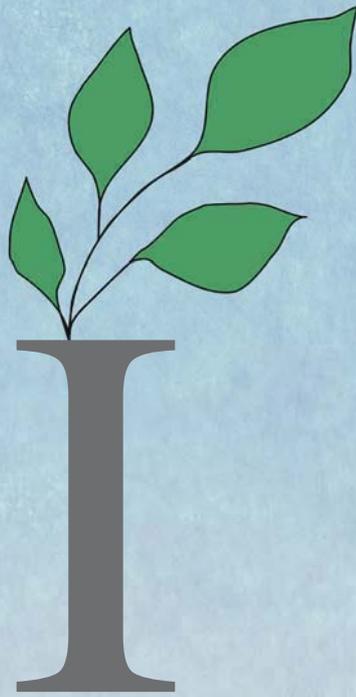
La relación del terapeuta con su constructo teórico de referencia es uno de los factores de mayor influencia en el efecto de la intervención.

Si existe una resistencia al tratamiento o una relación terapéutica no madura, la medicación será un punto sensible donde se proyectarán aspectos relevantes. Esto será un termómetro para observar en que situación está la relación terapéutica.

Es importante incluir al fármaco en la terapia y viceversa. La reflexión con el paciente, con la familia y con los compañeros de equipo sobre la relación que se establece en “el caso” con la psicofármaco puede favorecer el proceso terapéutico.

Bibliografía

- Álvarez, M. (2014). El concepto de falso self. Importancia en la clínica psicoanalítica actual. Aperturas psicoanalíticas. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000867>.
- Bielli, A. (2006). Los psicofármacos como tecnología social: los antidepresivos en el Uruguay. Revista Iberoamericana de ciencia, tecnología sociedad e innovación, 7. Recuperado el 4 de Agosto de 2015, de <http://www.oei.es/revistactsi/numero7/articulo05.htm>
- Camón, R. (2011). Aspectos psicológicos del tratamiento farmacológico. En Sociedad Española de Psicoanálisis. Máster de psicoterapia psicoanalítica en la red pública. Barcelona, 2012.
- Dualde, F. (2014) Psicofarmacología psicodinámica; reflexiones teórico clínicas. Revista psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 23, 39-50.
- Ferrali, J.C. Psicofarmacología para el Equipo de Salud Mental. Hojas clínicas de Salud Mental. Recuperado 28 de Julio de 2016, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/6
- Fudin, M. (1999). Psicoanálisis y psicofármacos: Usos y costumbres en el tratamiento de las psicosis. Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado el 19 de Mayo de 2015, de http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_914.pdf.
- Gabbard, G.O. (2002).Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Madrid: Editorial Panamericana.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Revista Intercanvis, 20. Recuperado en 20 abril de 2013, de http://www.intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf.
- Infac, (2015).¿Qué sabemos sobre el efecto placebo? Recuperado 27 de Julio de 2016, de
- Lacan, J. (1996). Mesa redonda de “Psicoanálisis y medicina”. Recuperado 13 de Junio 2014, de <http://ascane.org/lecturas/PSICOAN%C3%81LISIS%20Y%20MEDICINA.pdf>.
- Laurent, E. (2004). ¿Cómo tragarse la píldora? Ciudades Analíticas (pp. 37-51). Buenos Aires: Tres Haches.
- Luciano, A. (2011). Factores psicosociales y el consumo racional de psicofármacos en la Argentina. Las tesinas de Belgrano. Recuperado 27 de Julio de 2016, de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/489_Caviglia.pdf.
- Marrone, M. (2005). Liberando al Self: el legado de Heinz Kohut [Mollon, P., 2001]. Aperturas psicoanalíticas. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=790>
- Millon, T. (Coord.). (2006). Trastornos en la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.
- Ramirez, U. F. (2012).La investigación, eje transversal en la formación de Trabajo Social de Colombia, Recuperado 19 de Febrero de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4222312>,
- Torras, E (2009). Psicofármacos en las dinámicas individuales, familiares y sociales. Revista psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 13, 105-111.
- Toro, J. (2004) Psicofármacos y psicoterapia en la unidad psicobiológica: apuntes para una reflexión colectiva. Revista psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 3, 29-37.
- Vinacour, C. (1999). Psicoterapia y psicofármacos. Ventajas de su articulación, riesgo de su confrontación. Topia. Recuperado 20 de Julio de 2016, de <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoterapia-y-psicof%C3%A1rmac>



Psicoterapia
psicoDinámica
Supervisión

Supervisión de casos clínicos
Supervisión de psicoterapia grupal

Capítulo

12

Supervisión de casos clínicos

Pumar González, B.

Bajo el efecto de acciones terapéuticas variadas, pueden producirse una serie de modificaciones económicas y dinámicas que se traducen en una transformación de la energía pulsional al nivel del Yo, disminuyendo los efectos negativos del automatismo de repetición.

Texto de R. Diatkine, recogido en el libro de Utrilla M. (2010) Convulsiones en las instituciones psicoanalíticas. Madrid. Ed. APM

Creo que este texto recoge en todos sus aspectos lo que significa poder comprender a los pacientes de las consultas y poder valorar sus cambios.

La supervisión en cualquier entorno público o privado nos enfrenta a las fantasías de ser evaluados que dificulta el acceso a la supervisión. Mi objetivo en estas líneas es mostrar las ventajas que supone poder supervisar casos clínicos y comprenderlos desde el punto de vista psicodinámico.

El poder pensar que los pacientes del entorno público pueden avanzar en su dinámica psíquica, es decir sufrir menos y sentirse más capaces de solucionar los conflictos de cada día, es lo que en términos psicoanalíticos llamaríamos “transformar la energía pulsional del yo” en palabras de Diatkine, o liberar al yo de las cargas de la compulsión a la repetición.

Al supervisar, al principio pensamos que no lo hacemos bien o que no sabemos, pero la supervisión de casos clínicos nos permite ver diferentes puntos de vista del paciente, del significado de sus síntomas y de su evolución, tal vez aspectos que no nos habíamos

parado a pensar. Además la supervisión de casos exige la preparación escrita de un caso, lo que conlleva un trabajo añadido a la carga de trabajo institucional, pero este trabajo añadido es también un momento de reflexión sobre el paciente que hemos seleccionado y nos ayuda a entender muchas cosas de nosotros mismos y del paciente, antes de llegar a la supervisión.

Seguramente que un mismo caso clínico puede ser analizado de diferente forma según el bagaje teórico del supervisor y las técnicas que utilice en cada caso.

Mi experiencia en la supervisión de casos clínicos tanto de Servicios Públicos de Salud Mental como de Asociaciones y Centros de Tratamientos psicoterapéuticos, es altamente positiva. Perder el miedo a poder fantasear sobre lo que el paciente “no dice”, pero pasa, es algo que favorece el encuentro con el paciente, tanto en el caso seleccionado (para supervisar) como otros casos similares. Ya podemos fantasearlo, “la ensoñación” al estilo bioniano y compartirlo en el ambiente de supervisión, donde la relación del terapeuta y el supervisor permite un clima de libertad del pensamiento.

En mi opinión la supervisión es un encuentro entre dos profesionales para ayudar a entender a un tercero no presente, el paciente o un cuarto si se prefiere. El caso clínico que trae el terapeuta a supervisión, es el paciente que capta y rescata al terapeuta, no es el paciente en sí mismo, y es este (cuarto) el que trae a la sesión de supervisión.

Por otro lado en el encuentro terapeuta-supervisor, hay varios factores a tener en cuenta en el eje transferencia-contratransferencial.

Por un lado está la transferencia entre paciente y terapeuta, que es motivo de análisis en la supervisión, ayuda a que el terapeuta tome conciencia de “en qué lugar se ha colocado” y “le ha colocado el paciente”. El supervisor muestra al terapeuta ciertas transferencias inconscientes y conscientes para poder detectarlas y utilizarlas en beneficio del aprendizaje y del paciente.

La transferencia del terapeuta al supervisor es otro de los factores a tener en cuenta, dado que se pueden dar transferencias de repetición, es decir, las transferencias entre paciente y terapeuta, se repiten entre terapeuta y supervisor. Sería un “proceso reflectivo”, donde la transferencia paciente-terapeuta se refleja en la transferencia terapeuta-supervisor. Este tipo de situaciones pueden dar la clave para las dificultades

que surjan entre paciente-terapeuta. Según Harold F. Searles ⁶ son procesos emocionales inconscientes debidos a identificaciones con el paciente cuando el terapeuta está en posición de “alumno” en la supervisión.

Thomas Horn (1957) ⁷ explica este tipo de fenómeno del modo siguiente: «El supervisado se identifica inconscientemente con el paciente y se comporta involuntariamente de tal manera como para transmitir al supervisor aquellas emociones que ha experimentado durante su trabajo con el paciente pero que se siente incapaz de transmitir verbalmente». Mientras en el nivel consciente presenta al supervisor los datos fácticos acerca del paciente, en el nivel inconsciente y no verbal comunica los aspectos afectivos de su experiencia con el paciente. Esto facilita al supervisor la comprensión de la verdadera dinámica de la relación paciente-terapeuta.

Retomaré este punto con un ejemplo de L. Grinberg (1986) :

“Un estudiante comenzó su sesión de supervisión señalando que se sentía deprimido y malhumorado. Como se trataba de algo desacostumbrado, y pensando que era una situación de carácter personal, preferí no hacer ningún comentario y le sugerí que pasáramos a considerar el material de la sesión del caso. Agregó que para esta oportunidad había tenido dificultad en registrar la última sesión y que temía haberse olvidado algunas secuencias. Se quejó de su escasez de tiempo, que no le permitía cumplir con todas sus obligaciones, y de que por ese motivo no había podido anotar todas las sesiones de la semana como había sido su propósito. Expresó luego que tenía calor y me pidió si podía abrir la ventana (era un día fresco de otoño). ... Insistí en que viéramos el material sospechando alguna conexión con el mismo. En efecto, se trataba de una paciente claustrofóbica habitualmente depresiva y quejosa con un serio conflicto matrimonial. Reprochaba a su marido, de carácter maniaco y actor, su tendencia agresiva. Significativamente, la paciente había acudido ese día a su sesión totalmente «cambiada», según la expresión del supervisado; nunca la había visto tan maniaca y verborreica; y además se había sentido «agredido» por ella. No fue difícil mostrarle que la paciente había hecho una «identificación con el marido agresor» y se había comportado en forma totalmente maniaca y agresiva como aquél, pero al mismo tiempo había proyectado en el terapeuta su propia parte depresiva, quejosa y claustrofóbica que él necesitó actuar durante la supervisión.”

⁶ Searles, H. P. (1955) extraído de Grinberg, L. (1986) La supervisión psicoanalítica, teoría y práctica. Madrid. Tecnipublicaciones

⁷ Horn, T. (1957) extraído de Grinberg, L. (1986) La supervisión psicoanalítica, teoría y práctica. Madrid. Tecnipublicaciones

Las transferencias más frecuentes del terapeuta en proceso de formación sobre el supervisor sería tanto la idealización del conocimiento del supervisor, así como los temores persecutorios respecto a ser juzgados por la figura de un Yo ideal omnipotente proyectada en dicho supervisor.

En cuanto a la contratransferencia del terapeuta con el paciente, sería el pilar básico de la supervisión, que el terapeuta pueda experimentar o poner en palabras su contratransferencia con respecto a un paciente determinado , y si desvelar sus propios conflictos neuróticos y/o sus puntos ciegos, aunque no se vayan a trabajar en la supervisión, ya que son cuestiones personales.

La contratransferencia del supervisor en la relación con el terapeuta que supervisa, es otra vía para entender al paciente que se está supervisando y ayuda al terapeuta a revisar su contratransferencia con el paciente. Veamos esto de forma más clara con un ejemplo, tomado de L. Grinberg (1986)

“ Un supervisor, mientras escuchaba el material de la sesión de un paciente borderline que le leía un estudiante de bastante experiencia, empezó a experimentar una somnolencia que iba en aumento a medida que proseguía la lectura. No reconocía ninguna motivación personal que justificara tal somnolencia,Por otra parte, su relación con el estudiante era muy cordial y lo estimaba por la capacidad con que trabajaba y la receptividad con que asimilaba sus indicaciones. Tampoco podía atribuirlo al tono con que le leía el material ya que no le pareció monótono, ni al contenido del mismo, pues se trataba de una sesión interesante de un paciente nuevo que hacía poco había comenzado su tratamiento. Dada la buena relación que tenía con el estudiante, decidió comunicarle lo que le ocurría. Este reaccionó vivamente interesado, replicándole que a él le había sucedido algo similar con el paciente durante varias sesiones en que tuvo que luchar con su somnolencia y que, precisamente, por la mitad de la sesión que le estaba leyendo, el paciente se había quedado profundamente dormido. Por lo visto, el estudiante, por medio de su identificación proyectiva, necesitaba provocar en el supervisor aquello que el paciente proyectó en él, como un modo de transmitirle ese problema técnico específico, para que el supervisor lo ayudara a resolverlo. En ocasiones, se trata de un tipo de «reacción en cadena».”

Siguiendo con la importancia de la contratransferencia en la supervisión, a Tabares, J. y Solans, P. (2009) ⁸ recogen la opinión de varios autores entre ellos M. Utrilla que sostiene que el proceso de supervisión se asienta en la elaboración de la contratransferencia por

⁸ Tabares, J y Solans, P. (2009) El proceso de la supervisión y el proceso analítico. Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid, nº57 .

parte del supervisor y señala también que la formación y transmisión en la supervisión se basa en la identificación del supervisado a la función psicoanalítica del supervisor. En la misma línea de pensamiento, T. Eskelinen de Folch estima que el objetivo fundamental de la supervisión es el análisis de la contratransferencia del supervisor (dentro del proceso de la supervisión) como medio para comprender la contratransferencia del terapeuta en formación hacia su paciente (en el proceso terapéutico).

Ya para finalizar, algunas consideraciones sobre la supervisión individual o grupal de casos clínicos.

Las comunicaciones y desplazamientos colaterales que tienen lugar en la supervisión grupal respecto a los compañeros de grupo, los cuales pueden identificarse alternativamente con el terapeuta supervisado y con el supervisor, facilitarían la disminución de la idealización del supervisor. Y paralelamente, también disminuirán los temores persecutorios respecto a ser juzgados por la figura de un padre omnipotente proyectado en el supervisor. Como consecuencia de todo ello, la supervisión grupal facilitará el acceso a la realidad psíquica del paciente, que primaría sobre la relación personal del supervisado con el supervisor.

Por su parte, la supervisión individual, al permitir una mayor protección de la intimidad del supervisado, facilitaría una elaboración psíquica más profunda de la dinámica transferencia-contratransferencia en la supervisión, una vez que dicha dinámica se produce.

“La supervisión es aquella instancia en la que el analista puede confrontar, los hechos que conceptualiza y formula en la soledad, con la mirada proveniente de otros modos de conceptualizar y formular los mismo hecho. Así, el analista, al exhibir una sesión expone sus modos de pensamiento en el espacio público” Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen. Buenos Aires, Polemos

Bibliografía

Jordan Moore, J.F. en Ahumada, J. F. et al. Ed. (2000) Las tareas del psicoanálisis

Taller de supervisión de psicoterapia grupal. Trabajando con el grupo

Lorenzo López, L

En este capítulo se trata de realizar algunas reflexiones acerca de lo que hemos trabajado en el taller de “supervisión”. Manuel Martínez y yo misma nos hemos ocupado de esta tarea: supervisar experiencias con grupos psicoterapéuticos y/o proyectos iniciales en las distintas unidades de salud mental. Hemos trabajado con grupos en las comunidades terapéuticas, en hospitales de día, en las unidades de salud mental infanto juvenil, en las unidades de salud mental comunitaria, en unidades de salud mental hospitalaria de infancia y adolescencia, y en programas específicos. Han presentado sus trabajos distintos profesionales, de estas unidades.

Acerca de la Supervisión y del Espacio de la Supervisión en Grupo.

La supervisión en su aspecto más clásico forma parte de una de las actividades formativas del psicoanálisis y de las psicoterapias que a partir de él se derivan. Los profesionales que se forman en el campo de la psicoterapia, sea individual, familiar, grupal; consideran la supervisión como un elemento imprescindible en el aprendizaje, de igual modo que el estudio teórico-técnico y el trabajo personal.

La supervisión es una práctica habitual en la formación de escuelas de psicoterapia dinámica, familiar y grupal, en el ámbito privado. Es donde el profesional descubre el trabajo acerca de la contratransferencia, como un requisito en su formación,

Desde hace algunos años y especialmente en los servicios de salud mental y servicios sociales, se va abriendo la “puerta” a que supervisores externos a la institución puedan realizar supervisiones. Esta tarea puede centrarse en un trabajo sobre los obstáculos en la práctica psicoterapéutica; o en el análisis de conflictos institucionales para facilitar su

resolución, o para realizar un apoyo a los equipos en algunos periodos de su tarea asistencial. Cada vez más las supervisiones se realizan en grupos multiprofesionales, lo cual añade un plus al trabajo de supervisión individual.

Si bien, contar con esta figura en las instituciones es todavía una tarea que levanta muchas resistencias, tanto por parte de la institución como organización y jerarquía como por parte de los profesionales.

No deja de sorprenderme que la supervisión no sea una actividad implantada y desarrollada como herramienta terapéutica. Ni siquiera es apenas demandada por los profesionales que trabajan en el campo psicoterapéutico, o en el aquella tarea que implican el cuidado de otros. Siendo un espacio continente de las ansiedades y emociones producidas en el trabajo con el sufrimiento, el dolor y “en prácticas institucionales agotadoras”.

El contar con espacios de supervisión es importante por la función sostenedora y por el efecto formativo y terapéutico que se produce en el profesional. Es un aprendizaje acerca del objeto de estudio, el grupo, y acerca de la contratransferencia de los terapeutas grupales.

Cuando esta actividad se realiza en grupo la capacidad de sostén es mayor, el aprendizaje y la escucha se multiplica; la identificación que se produce entre los integrantes del taller de supervisión tiene un efecto importante en la práctica psicoterapéutica grupal de cada uno de los profesionales que participan en esta actividad.

En el grupo de psicoterapia se produce una identificación, un proceso de cooperación, un aprendizaje a través de la experiencia con los otros, estos mismos fenómenos los observamos en los espacios de supervisión grupal.

Veamos algunos emergentes: “A mí me pasa lo mismo que a ti”; “que alivio creía que yo era incompetente”; “esas angustias que pasas también las he pasado yo”; “cuando comenzamos un grupo queremos que salga bien, nos sentimos responsables”; “es un alivio poder compartir aquí que estamos aprendiendo”; “a mí me pasa que me angustia mucho cuando surge el tema de la muerte, del suicidio”; “me siento mal por no poder trabajar con los pacientes como creo que deberíamos”; “me he sentido muy acompañada por vosotros”; “estoy aprendiendo la importancia que tiene el encuadre”; “echo de menos poder trabajar en equipo”; “a veces las dificultades están ms en nosotros que en los

pacientes”; Gracias por vuestras ideas”.

Con estos emergentes se pone de manifiesto que compartir, trabajar sobre materiales psicoterapéuticos grupales, aprender a escuchar al grupo, ir haciéndose cargo del lugar de coordinación, cuando se hace con otros se amplía el conocimiento y tiene un efecto también terapéutico. Compartir las ansiedades que generan nuestro trabajo como psicoterapeutas y sentirse acompañado, escuchado y no censurado eso es el efecto terapéutico; y también lo es poner palabras a las ansiedades que nos generan la relación terapéutica y las condiciones de la institución cuando éstas no favorecen los espacios para pensar. Y sin pensamiento no hay proceso terapéutico.

En ocasiones son los propios profesionales de los servicios de SM los que no demandan la supervisión en el espacio de la institución. Y tampoco fuera. Parecería como si este instrumento tan necesario en la práctica clínica grupal, no formara parte de la actividad psicoterapéutica.

Es una tarea que la institución tendría que asumir para el cuidado de los profesionales, pero también tendríamos que preguntarnos, que sucede con nuestra práctica asistencial, con el trabajo psicoterapéutico, cuando con bastante frecuencia dejamos de lado la formación, la búsqueda de ampliar nuestros conocimientos, la supervisión y el trabajo personal.

Sin un cuerpo nocional, nuestro trabajo clínico está limitado, y el sentido común, (que sería el inicio del aprendizaje), se convierte en nuestra guía. Por no hablar hoy de esas otras guías, que al quedar todo tan clarificado, diseñado y controlado, posiblemente ayudan a obturar el deseo por conocer, a evitar el movernos en la incertidumbre que conlleva el encuentro con el otro, la tarea terapéutica, la tarea de cuidados.

También como profesionales, tenemos que enfrentarnos a nuestras propias carencias, al reconocimiento de aquello que no sabemos, o que nos desconcierta, o nos angustia en la relación con el malestar, el sufrimiento y la demanda de quien lo padece. Y a veces ignorar, no saber, también es una defensa para nuestra omnipotencia y narcisismo. Y ya conocemos como estas defensas terminan enfermando, a través de nuestro cuerpo, a través de nuestra racionalización, de nuestra alineación y desdibujamiento de nuestra función.

En este taller de supervisión, se va produciendo un efecto propio de la supervisión grupal. Se va dando un intercambio de experiencias institucionales, grupales y se va creando un espacio para pensar en la práctica; desde diferentes marcos teóricos, experiencias y desde diferentes dispositivos de salud mental. De este modo se va organizando una trama vincular muy interesante, donde el grupo, la psicoterapia y los obstáculos del profesional que presenta el material, va movilizand o experiencias, recuerdos que contribuyen a revisar cada una de las prácticas, mientras se va escuchando y trabajando el material del compañero que presenta ese día.

En la supervisión en grupo el supervisor, o mejor el coopensor, debe tener en cuenta no solo el relato de lo que cuenta el que presenta el material, sino la resonancia que produce en los otros compañeros. Y ampliar la escucha a los efectos que se han producido en el grupo de supervisión, a partir del material presentado. Así se irá construyendo una lectura compartida que amplía el conocimiento y la escucha de la contratransferencia de todos.

El trabajo de supervisión, por tanto, también conlleva un trabajo psíquico sobre las ansiedades que la labor clínica cotidiana provoca en la subjetividad de los profesionales.

EL rol de supervisor-Coopensor

Comparto con algunos compañeros que está más cerca de nuestro esquema de referencia y la manera de entender este espacio, el nombrar al supervisor como un coopensor. Este es el nombre que le da Pichón Riviere y A.Bauleo a la función del terapeuta grupal.

La experiencia de años trabajando en esta tarea (individual, grupal, en la institución, en espacios privados) me ha enseñado que esta función de coopensor es quien mejor define mi manera de pensar y trabajar en los grupos.

El supervisor, el coopensor, debería tener la capacidad de contribuir a crear un espacio de confianza, de sosiego y tranquilidad que permita a quienes presentan sus trabajos clínicos como a quienes trabajan con ellos, poder pensar y crear. Se trata de facilitar los vínculos y la circulación de la palabra.

Habitualmente en las instituciones en las que trabajamos hay poco espacio para pensar, poco espacio para lo grupal. Los equipos muchas veces en lugar de ser fuente de cooperación, de ayuda y de creación de proyectos, son generadores de ansiedades y de inquietudes y, con mucha frecuencia, son lugares para el silencio.

En la institución de salud mental, en su propia organización y diseño asistencial, generalmente está ausente el cuidado del profesional. El cuidado significa, entre otras cuestiones, dotar a los profesionales, de espacios de formación, de supervisión y de fomento del trabajo en equipo. El descuido frente al cuidado, también se hace presente en los contratos, en los cambios repetidos de profesionales, en la precariedad laboral.

El espacio grupal de la supervisión, es un espacio relacional y cada supervisor, o mejor cada copensor, tienen un marco conceptual y experiencial que sostiene esta actividad psicoterapéutica, que tiene un efecto terapéutico y de formación.

En general, en los grupos con los que trabajamos, cada profesional tiene un marco de referencia distinto (psicoanalítico, sistémico, cognitivo, grupal...) Hay deseo en algunos, motivación en otros, pero en la mayoría de los casos una necesidad de revisar el trabajo psicoterapéutico que realizan, poder pensar acerca de la labor terapéutica, revisar la práctica y sentirse sostenidos.

Es muy apasionante leer entre toda una sesión de un grupo psicoterapéutico. Escuchamos el grupo terapéutico a través de la lectura del terapeuta y/o coordinador. La escucha se amplía, ya que cada uno escucha y pone palabras a los efectos que le han producido oír al coordinador y al grupo. Es como si todos nos colocáramos por momentos en copensores, acompañantes, radares de lo emocional y coadyuvantes en la técnica.

Estos espacios son lugares para construir conocimiento, que será también el sostén para la práctica psicoterapéutica. Donde el copensor que se hace cargo de ese papel, por su formación y experiencia, cuida y sostiene: al terapeuta, a los pacientes y a los otros profesionales integrantes del espacio de supervisión.

Es un lugar de acompañamiento en ese desierto tan poco cálido como es el trabajo asistencial, en especial en algunos equipos. Acompañar para producir un cambio, para pensar en alternativas y en otras maneras de hacer; que implique una mayor capacitación como psicoterapeutas. Lo que necesariamente incluye aprender a escuchar, saber acerca del inconsciente, del latente, de lo que sucede en el encuentro entre subjetividades, con una tarea en común que irán definiendo y construyendo conjuntamente.

Armando Bauleo decía que supervisar significaba afinar el instrumento que somos nosotros mismos, y que cada tanto era necesario afinarlo con la formación, con la

supervisión y con el dialogo con otros. Y también con un trabajo personal psicoterapéutico.

Afinar el instrumento es trabajar sobre la contratransferencia, sobre los ruidos e interferencias que se producen en la institución. ¡A veces hay tanto ruido!

El coopensor trabaja con otros, no los forma, no adoctrina, no tiene certezas. Colabora al conocimiento, a través de ir construyendo hipótesis e interrogantes y abriendo el pensamiento. En ocasiones, cuando estamos tan cerca del otro y excesivamente invadidos por las emociones, la escucha de un tercero, o de terceros, produce “el saber”, que ira formando parte del cuerpo nocional del profesional, así la teoría se crea y se produce en la praxis.

La institución debiera facilitar a los profesionales espacios donde alguien externo a la misma pueda acompañar, facilitar pensar, revisar las situaciones clínicas que angustian y facilitar la creación de espacios donde poner palabras a situaciones que vivimos en el día a día y de las que solo sabemos algo por “los sueños”, por la intranquilidad al acabar la mañana, por la ansiedad inespecífica, por el cuerpo dolorido.

El cuidado del profesional es el cuidado del paciente, de aquel que demanda atención. Si pensamos en las necesidades de cuidado y buen trato que son herramientas básicas en la relación terapéutica, tendremos que cuidar a quien cuida. Y esto es conocimiento, técnica, efectividad y eficacia.

Hay muchas situaciones y conflictos que dificultan el trabajo profesional, a veces las instituciones pasan por verdaderos momentos de crisis, y muchas veces con pocos recursos para resolverlos: la capacidad saludable de una institución viene dada por la resolución de los conflictos, no porque aparezcan. Contar con un supervisor externo, puede disminuir el dolor y malestar que producen estas crisis y lo que es más importante, puede intentar evitar la cronificación de los conflictos. Si estos no se resuelven se pueden transmitir “generación” tras “generación” en la institución, como sucede en el grupo familiar.

Este espacio de supervisión grupal nos está enseñando que el compartir, el trabajar en grupo, el organizar espacios psicoterapéuticos grupales, así como los del equipo, tienen efectos tanto en la mejor calidad asistencial como en la calidad humana de los profesionales. Seguimos...



Programa de Psicoterapia psicoDinámica

Comentarios de profesionales
en formación MIR y PIR que
han participado en el Programa
de Psicoterapia Psicodinámica

Comentarios de algunos especialistas residentes en formación sobre el programa de psicoterapia psicodinámica

"Inicié el PPD durante mi etapa de residente, en un momento en el que comenzaba a cuestionarme muchos aspectos respecto a cómo pensar los casos, cómo posicionarme delante del sufrimiento de las personas que iban pasando delante de mí y también respecto a lo que a mí misma me pasaba con todo eso. Encontré en el Programa un lugar donde compartir mis inquietudes, parar a pensar y dar respuesta a algunas de las cuestiones, pero también llevarme muchas preguntas y entender que esa manera, es la mejor forma de acompañar; sin anticipar ni mucho menos ir por delante. Estar rodeada de compañeros en la misma situación, y acompañada por unos docentes maravillosos que nos enseñaron, no solo aspectos teóricos sino también a escuchar, contener y a estar presentes, hacen de este programa un espacio "lo suficientemente bueno" y seguro para crecer como futuros terapeutas." (Cristina Salazar Soriano, Psicóloga Clínica Hospital Regional Carlos Haya).

"Pude disfrutar siendo aún residente de Psiquiatría de los inicios de un proyecto que ha ido creciendo en estos años mucho más allá desde donde surgió, desde el afán de dos compañeras que se resistían a pensar que la visión psicodinámica, el pensar subjetivo en el otro, el malestar emocional más allá del diagnóstico y su psicofármaco, no podía quedarse únicamente a las puertas en un pequeño rincón de la Salud Mental, llegando a ser conocido hoy en día más allá de Málaga, de su provincia, de nuestra Andalucía. Solo puedo daros las gracias Inmaculada y Leticia por tanto esfuerzo y tanto cariño en lo que ahora es un referente donde mirarse" (Miguel Soriano, psiquiatra, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla).

"Lo que más valoro del Programa es el hecho de que ofrece una formación inicial sistematizada en terapias psicodinámicas, orientada a la práctica en el sistema de salud público. Frente al discurso actualmente imperante de tratamientos basados en la evidencia y la renovada primacía de lo biológico, que tienden a dejar fuera la subjetividad del paciente, el programa ofrece otras posibilidades de acercamiento a la clínica, con un desarrollo teórico muy potente, y transmitido por profesionales muy instruidos en la materia y que han desarrollado su carrera en el sistema público. Para los residentes supone un cambio de prisma en lo que es el trabajo en salud mental. Se nos da la

posibilidad de compartir experiencias en el inicio de nuestra andadura como participantes del sistema de la salud mental, experiencias que compartimos entre nosotros pero también en espacios de supervisión clínica, realizado por el equipo docente u otros profesionales con larga trayectoria profesional, espacios que tienen a veces un impacto determinante en nuestra formación. También destacar la gran relevancia que tiene la formación en trabajo grupal en el programa, así como la supervisión de los grupos que los residentes empezamos a realizar, formación de mucha calidad y que ha respondido a un vacío formativo que existía en mi caso personal” (Manual Ángel Álvarez Mijes, psicólogo clínico, Hospital Regional de Málaga).

“La participación en este programa ha supuesto para mí un punto de inflexión en mi formación y práctica profesional, ya que me ha aportado una manera de entender la psicopatología y el funcionamiento psíquico del sujeto muy diferente y mucho más enriquecedora. Esto me ha permitido poder ofrecer una atención y comprensión más cercana pero sobre todo más humana, con una visión del paciente que va mucho más allá de la patología o diagnóstico de salud mental, y que se centra en el sujeto y en su sufrimiento personal.” (Paloma Fernández Novel-Rodríguez, psicóloga clínica, Hospital Regional de Málaga).

“PPD supuso mi introducción en el mundo psicodinámico y una gran oportunidad para poder completar mi formación como residente permitiendo ver más allá de la exploración psicopatológica y el tratamiento y así proporcionarme un marco gracias al cual acercarme de otra manera a la comprensión de los pacientes” (Carlos Manuel del Olmo, psiquiatra UGC SM Hospital de Antequera).

“Pude participar en el PPD en los últimos años de la residencia. Fue en su primer momento, cuando arrancaba el proyecto, y con él mi entrada a poder mirar desde una perspectiva dinámica. Agradecí enormemente la oportunidad de poder escuchar a personas que venían desde lejos, y también a acercar a los que ya estaban próximos, pero igual de distantes por la presión asistencial. Fue un espacio de encuentro y de reencuentro. Sobre todo, valoré la oportunidad de realizar supervisiones grupales de casos que, a partir de entonces entendí como algo esencial.

Espero que proyectos como este sigan fortaleciéndose y aportando a los que empezamos y a los que ya están en el camino de la Salud Mental” (Macarena Hernández, psiquiatra, Hospital de día Atención Infanto Juvenil , Barcelona).

"Seguramente una de las experiencias más formativa de la residencia en psiquiatría. Gracias a la calidad del equipo docente, he podido descubrir la importancia de las supervisiones como herramienta fundamental para profesionales que se quieren dedicar a la psicoterapia. En este contexto, he aprovechado también de espacios de reflexión, en forma de talleres, sobre los varios modelos de trabajo grupal desde una perspectiva psicoanalítica, que han enriquecido y ampliado mis conocimientos teóricos. Estoy sinceramente agradecido por haber tenido esta oportunidad formativa". (Riccardo Pellegrini, psiquiatra Hospital de Cruces, Bilbao)

“Yo inicié la formación al terminar la residencia, promoción 2019-21. En general, ha sido una formación enriquecedora en todos los sentidos. Creo que es una experiencia fundamental que todo residente debería transitar. Un espacio dentro de la institución donde poder pensar los casos y enlazarlo con los contenidos teóricos, algo tan básico y tan imprescindible para nuestro crecimiento y nuestra práctica profesional. Los contenidos teóricos han sido adecuados y la formación y el trato de los docentes exquisito. Sin duda, una oportunidad dentro de la sanidad pública y para la mejoría de la salud mental” (María Dolores Gómez Valero, psicóloga clínica, UGC SM Hospital Serranía de Ronda).

“Una iniciativa formativa completa que combina contenidos teóricos, con la práctica de la mano de grandes profesionales con experiencia en la materia. De especial enriquecimiento los espacios de encuentro y puesta en común de experiencias profesionales de los participantes y la supervisión de las mismas. Sin duda un programa de formación altamente valioso tanto para profesionales en formación como especialistas que deseen profundizar en el manejo teórico-clínico” (Paloma Ruiz Sartre, psicóloga clínica, Hospital Regional de Málaga).

