

El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas

Coordinación Editorial

Beatriz Fernández Castrillo
María Cristina Gerpe
Luis Villalba

psicoterapia@hc.edu.uy

ISBN: 978-9974-0-0655-3

Título: El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Avda. Italia sin número.

Universidad de la República. UdelaR.

psicoterapia@hc.edu.uy

Montevideo, Uruguay
Julio, 2010.

Los conceptos vertidos en los artículos son
responsabilidad de los autores.



**UNIVERSIDAD de la REPÚBLICA ORIENTAL del
URUGUAY**

**Comisión Sectorial de Investigación Científica
Hospital de Clínicas- Facultad de Medicina**

El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas

LLAMADO CSIC 2009
PROGRAMA DE PUBLICACIONES DE CSIC-UdelaR 2009

Comité de Referato de la Facultad de Medicina
Elías Nunes, Laura Castro, Cristina Touriño,
Daniela Lens y José Arcos

AGRADECIMIENTOS

A todos quienes, de alguna manera hacen posible que, el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, hoy cumpla veintitrés años de desarrollo ininterrumpidos.

A los docentes y supervisores, que aportan generosamente su experiencia y conocimiento.

A las asociaciones científicas nacionales e internacionales por el intercambio de saberes en el desarrollo de la psicoterapia institucional.

A los psicoterapeutas en formación que semana a semana asumen con seriedad el compromiso asistencial.

A los usuarios que colaboran completando tediosos formularios para el monitoreo permanente del Programa y que con su agradecimiento nos estimulan a continuar con estos emprendimientos .

A la Comisión Sectorial de Investigación Científica que con su aval académico y financiero apoya desde el inicio, la implementación del Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas- Facultad de Medicina.

a la población uruguaya

SUMARIO

Agradecimientos	9
Prólogo Dr. Enrique Probst	19
Introducción	21
Capítulo I	
Recorrido del Programa de Psicoterapia y Vínculos con la Psiquiatría.	
• Del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas a la Psicoterapia en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Autor: Ángel M. Ginés.	27
• Neurociencias y Psicoterapia. Autora: Stella Bocchino.	41
• Historia de la Psicoterapia en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Autor: Oscar Coll.	55
Capítulo II	
Distintas perspectivas teórico metodológicas en el Programa de Psicoterapia.	
• Psicoterapia grupal con adolescentes. Experiencia innovadora en el hospital universitario. Autoras: Ana Palermo, Sylvia Palermo, Julia Perelman.	61
• 15 años de experiencia de trabajo en psicoterapia vincular psicoanalítica en el marco hospitalario. Autoras: Gabriela Montado, Alicia Muniz, Ana Paula Evia, Laura Sarubbo, Soledad Próspero.	101
• La Psicoterapia Cognitivo Conductual en el Programa de Psicoterapia de la Clínica de Psiquiatría, Hospital de Clínicas. Autora: María Esther Lagos.	115
	13

Capítulo III

El Programa de Psicoterapia desde la perspectiva de los supervisores psicoanalíticos.

- Una Clínica Psicoanalítica Universitaria y Hospitalaria. Autoras: Ana Allegue, Aurora Crespo, Iris Peña. 127
- La psicoterapia psicoanalítica como actividad hospitalaria. Autor: Adolfo Pascale. 137
- Aportes para una conceptualización de la función del supervisor y su encuadre en el marco hospitalario. Autora: Ana Hounie. 149
- El vínculo terapéutico - Lo terapéutico del vínculo. En busca de un lenguaje compartido entre la psiquiatría y la psicoterapia. Autora: Nora Pomeraniec. 155
- Observaciones acerca del Marco Analítico Hospitalario. Autor: Damián Schroeder. 163
- El marco Institucional Hospitalario: Alcances de pacientes en psicoterapia psicoanalítica. 171
- En torno a la tarea de supervisión grupal en el ámbito hospitalario. Reflexiones desde la práctica. Autora: Pilar de la Hanty. 177
- Inserción del psicoterapeuta psicoanalítico en una Institución Hospitalaria. Autoras: Alejandra Vázquez, Patricia Natalevich. 189
- Psicoterapia en el Hospital de Clínicas. Autora: Ma. Cecilia Olivieri Sendic. 197

Capítulo IV

Investigación en Psicoterapia Hospitalaria.

- Investigación en Psicoterapia Hospitalaria. Autores: Beatriz Fernández Castrillo, Cristina Gerpe, Gabriela Montado, Ana Palermo. 209

ACERCA DE LOS AUTORES

Allegue, Ana: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1989 hasta diciembre de 1998.

Bocchino, Stella: Profesora Agregado de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Tutora de varios proyectos de investigación en psicoterapia avalados por la CSIC-UdelaR.

Coll, Oscar: Prof. Asistente Especializado en Psicoterapia Cátedra de Psiquiatría - Facultad de Medicina desde 1992 hasta 1995. Prof. Adjunto Especializado en Psicoterapia Cátedra de Psiquiatría - Facultad de Medicina desde 2000 hasta 2004 . Coordinador de las Jornadas Científicas en Psiquiatría Interino desde 1996 hasta 2009. Coordinador Docente de la Diplomatura en Psicoterapia en los Servicios de Salud, Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina.

Crespo, Aurora: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1989 hasta diciembre 1998. Supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual desde 1994 hasta diciembre de 1998. Docente de la Facultad de Psicología, UdelaR.

De la Hanty, Pilar: Psicoterapeuta del Programa de Psicoterapia. Supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual desde 2004 a la fecha.

Evia, Ana Paula: Psicoterapeuta y supervisora de Psicoterapia Vincular Psicoanalítica del Programa de Psicoterapia desde 1999 a la fecha.

Fernández Castrillo, Beatriz: Investigador Activo del Sistema Nacional de Investigadores de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales. Trabajadora Social del Hospital de Clínicas. Participa en el Programa de Psicoterapia desde sus inicios. Integrante del Equipo de Investigación en Psicoterapia desde 1990 a la fecha. Coautora de los proyectos de investigación del Programa de Psicoterapia avalados por CSIC-UdelaR.

Ferrando Rodolfo: Prof. Adjunto de la Cátedra de Medicina Nuclear de la Facultad de Medicina. Magíster en Ciencias Médicas (PRO.IN.BIO.) Imagen Funcional Cerebral - Neurociencia Cognitiva.

Gerpe, Cristina: Coordinadora del Programa de Psicoterapia Psicoanalítica Individual. Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual. Participa en el Programa de Psicoterapia desde sus inicios. Integrante del Equipo de Investigación

en Psicoterapia desde 1990 a la fecha. Coautora de los proyectos de investigación en psicoterapia avalados por CSIC-UdelaR.

Ginés, Angel: Profesor de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Fundador del Programa de Psicoterapia de la Clínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. Tutor de todos los proyectos de investigación en psicoterapia avalados por la CSIC-UdelaR.

Hounie, Ana: Supervisor de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia en el período 1997 - 2001. Docente de la Facultad de Psicología, UdelaR.

Lagos, María Esther: Psicoterapeuta Cognitivo-Conductual. Coordinadora del Equipo Cognitivo Conductual de Suamoc en el Programa de Psicoterapia de la Clínica de Psiquiatría. Coordinador docente de la Diplomatura en Psicoterapia en los Servicios de Salud.

Montado, Gabriela: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia desde 1988 hasta 1994. Psicoterapeuta y supervisora de Psicoterapia Vincular Psicoanalítica desde 1994 a la fecha. Integrante del Equipo de Investigación en Psicoterapia desde 1990 a la fecha. Coautora de los proyectos de investigación en psicoterapia avalados por CSIC-UdelaR.

Muniz, Alicia: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia desde 1985 hasta 1994. Psicoterapeuta y supervisora de Psicoterapia Vincular Psicoanalítica desde 1993 hasta 2005. Docente de la Facultad de Psicología, UdelaR.

Natalevich, Patricia: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia desde 1997 hasta 2006. A partir del 2008 se integra como supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual hasta la fecha.

Olivieri, Cecilia: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1997 hasta diciembre de 2002. Supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual desde 2007 a la fecha. Terapeuta de Psicoterapia Vincular Psicoanalítica desde 2002 hasta diciembre 2006.

Palermo, Ana: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1986 hasta diciembre de 2006. Co-terapeuta de Psicoterapia grupal de Adolescentes desde 1989 hasta diciembre de 2006. Coordinadora del Programa de Psicoterapia Psicoanalítica Individual hasta diciembre de 2006. Integra el Programa de Psicoterapia desde sus inicios e integra el Equipo de Investigación en Psicoterapia desde 1990 a la fecha. Coautora de los proyectos de investigación del Programa de Psicoterapia avalados por CSIC-UdelaR .

Palermo, Silvia: Psicoterapeuta de Psicoterapia Grupal y Psicodramatista de Adolescentes del Programa de Psicoterapia desde 1992 a la fecha.

Pascale, Adolfo: Supervisor de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia desde 1990 a la fecha. Coordinador docente de la Diplomatura en Psicoterapia en los Servicios de Salud, Facultad de Medicina.

Peña, Iris: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1990 hasta diciembre de 1996.

Perelman, Julia: Prof. Asistente Especializado en Psicoterapia desde 1987 hasta 1993. Prof. Adjunto Especializado en Psicoterapia Cátedra de Psiquiatría - Facultad de Medicina a partir de 1994 hasta 1999. Primer docente especializado en Psicoterapia. Integró el Programa de Psicoterapia desde sus inicios. Co-terapeuta de Psicoterapia grupal de Adolescentes desde 1989 hasta diciembre de 2006. Terapeuta y Supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1987 hasta diciembre de 1994.

Pomeranic, Nora: Supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1996 hasta diciembre de 2005.

Probst, Enrique: Profesor de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina desde 1986 hasta 1996. Fundador del Programa de Psicoterapia.

Próspero, Soledad: Psicoterapeuta y supervisora de Psicoterapia Vincular Psicoanalítica del Programa de Psicoterapia desde 2004 a la fecha.

Sarubbo, Laura: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia desde 1995 hasta 2000. Psicoterapeuta y supervisora de Psicoterapia Vincular Psicoanalítica desde 1997 hasta 2000. Prof. Asistente Especializado en Psicoterapia Cátedra de Psiquiatría - Facultad de Medicina desde 1997 hasta 2000.

Schroeder, Damián: Supervisor de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1995 hasta diciembre de 2006.

Sierra, Martha: Supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia, desde 1996 hasta diciembre de 2006.

Vazquez, Alejandra: Psicoterapeuta de Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Programa de Psicoterapia en el período 1995-2006. A partir del 2006 se integra como supervisora de Psicoterapia Psicoanalítica Individual hasta la fecha.

Villalba, Luis: Prof. Asistente Especializado en Psicoterapia desde 2005 hasta 2007. Prof. Adjunto Especializado en Psicoterapia Cátedra de Psiquiatría - Facultad de Medicina a partir de 2007. Coordinador Docente de la Diplomatura en Psicoterapia en los Servicios de Salud, Cátedra de Psiquiatría, Fac. de Medicina.

PRÓLOGO

En el año 1960 comencé mi formación como psiquiatra y he sido en estas décadas testigo de las profundas transformaciones de la Psiquiatría en nuestro país, sobre todo las que se experimentaron en el ámbito de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Dar cuenta de las mismas requeriría un extenso desarrollo que no es del caso en esta oportunidad relatar y que se ligan a lo que en el mundo occidental se iba experimentando.

Lo que pretendo señalar en lo que sigue es lo acontecido con los procedimientos psicoterapéuticos que en el lapso de tiempo que he mencionado se han intentado propiciar en el ámbito universitario. Siempre existieron psiquiatras conscientes de la utilidad de la psicoterapia. Pero lamentablemente fueron esfuerzos aislados de dichos profesionales formados como terapeutas en instituciones privadas que se caracterizaban por poseer marcadas diferencias en sus referentes teóricos que avalaban las respetuosas prácticas. Esos procedimientos psicoterapéuticos llevados a la Clínica Psiquiátrica repetían o generaban lo que acontecía fuera de ella. Me refiero a la rivalidad e intolerancia hacia todos aquellos colegas que pensaran de manera diferente. Ello influyó para que las buenas intenciones no prosperaran como debían haberlo hecho.

Fue a partir del cese de la dictadura que reinaba en nuestro medio y que bloqueaba el desarrollo y la integración de los procedimientos psico y socioterápicos por considerarlos potencialmente subversivos que comenzó a sentirse la necesidad de reparar a la Universidad dañada por los acontecimientos por todos conocidos. En aquel entonces se nos ocurrió realizar una amplia convocatoria a terapeutas de las diversas líneas que operaban en nuestro medio. Nuestro propósito era que desarrollaran asistencia e investigación en el medio hospitalario ayudando a crear un Departamento de Psicoterapia que superara las diferencias que desde hacía años existía entre los diversos grupos. Y la respuesta fue generosa participando en la primer reunión más de cincuenta terapeutas.

Aunque no creo en milagros puedo decir que se dio el milagro de que cada escuela psicoterapéutica respetara a las otras. Comenzó entonces una época en que el crónico diálogo de sordos cesó. El intercambio de ideas fue enriquecedor e incluso se pensó las posibilidades de un timing en el tratamiento a utilizar, en el diseño de una estrategia psicoterapéutica a desplegar en el tiempo disponible para cada situación clínica.

No quiero finalizar estas breves líneas introductorias sin dejar de mencionar una hipótesis acerca de que fue lo que posibilitó el cambio mencionado. Y tiene

que ver con la ética. Creo que todos sentíamos que era realmente injusto que la psicoterapia fuese patrimonio de los que pudieran pagarla. Pienso que la culpa, quizá inconsciente en los terapeutas los condujo a facilitar la instrumentación de los procedimientos psicoterapéuticos en el ámbito de las instituciones públicas como bienvenidos procedimientos para reparar la misma.

Ac. Prof. Dr. ENRIQUE PROBST

INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica asigna a la Universidad la responsabilidad de crear cultura a través del artículo 2º, donde dice que debe “acrecentar, difundir y defender la cultura: impulsar y proteger la investigación científica” y luego, agrega que “debe contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública...” Esto implica el imperativo de estudiar diversas problemáticas nacionales y marca la inevitable relación de la Universidad con la sociedad, para servir al colectivo que la sustenta y financia. Crear cultura, pero además proyectarse al medio social para intervenir y operar interactivamente.

El proyecto de unificación, racionalización y elevación del nivel académico a través de la docencia, investigación y extensión universitaria, tiene su origen en relación directa con aspectos de la demanda social, de un servicio específico, con la implementación del primer Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas. Este nuevo estatus dentro de la Universidad que se le atribuye a la psicoterapia como un recurso más en salud, le otorga independencia técnico-científica y permite el desarrollo de nuevos campos de aplicación. Pero a su vez significa nuevos desafíos, que hacen a la imperiosa incorporación al ámbito universitario, de los complejos desarrollos científicos alcanzados.

La iniciativa de hacer este libro responde a estos cometidos y a una vieja aspiración de los distintos equipos que, desde 1986 conforman el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas. El interés compartido es difundir una experiencia colectiva, y, a través de algunos de sus protagonistas, dejar testimonio de la misma.

Sería deseable que este fuera un primer ensayo inicial que, recopilando trabajos de distintos autores desde diferentes perspectivas, abriera una secuencia editorial que diera cuenta de veintitrés años de trabajo académico. Veintitrés años de desarrollo de un programa innovador, donde el debate enriquece la diversidad que lo caracteriza y le da sustentabilidad en la articulación de los cometidos universitarios de docencia, investigación y extensión mediados por prestaciones permanentemente evaluadas de asistencia psicoterapéutica. Desalojar estos procedimientos del monopolio exclusivo del ejercicio profesional privado, además de democratizar el acceso a la asistencia psicoterapéutica, promueve la formación de recursos humanos especializados como retorno eficaz de la sustentabilidad que desde la sociedad recibe la Universidad.

El espacio universitario en tanto agente social comprometido con la innovación de conocimientos y prácticas; y responsable de la formación técnico científica, aparece como institución legitimada para este tipo de propuestas que requieren

transformaciones en las lógicas epistemológicas y cambios ideológicos trascendentes en cuanto a la forma de resolver los problemas del sufrimiento emocional y mental. El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas construye a lo largo del tiempo, un ámbito propicio para una efectiva participación de los agentes involucrados, a los cuales se suman otros actores sociales agrupados en diferentes asociaciones científicas y gremiales y de la sociedad civil en su conjunto. Desde esta consolidación programática, es que consideramos que está en condiciones de generar actividades académicas de producción y difusión colectivas que fortalezcan y orienten los esfuerzos y hagan converger las intenciones individuales en movimientos organizados.

Este desafío de transitar un proceso de enseñanza-aprendizaje de un modelo de intervención psicoterapéutica, público, gratuito y universitario, permitió a lo largo de su funcionamiento ininterrumpido, conjugar el aporte de jóvenes terapeutas que se iniciaron en el mismo, con la experiencia acumulada de prestigiosos supervisores para asumir conjuntamente, la responsabilidad de múltiples tratamientos.

En esta primera publicación prologada por el Prof. Enrique Probst, se recogen trabajos de algunos de los precursores del Programa; no queremos dejar de mencionar a Víctor Raggio que si bien no es autor de un artículo en particular, se sumó al emprendimiento de crear y sostener un Programa hospitalario.

Inicialmente, con un texto del Prof. Angel M. Ginés se contextualiza el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas en el marco del proceso histórico en el que se desarrolló. En el artículo expone los lineamientos estratégicos del programa que constituyen un aporte académico para los cimientos del Diploma de Especialización de Psicoterapeutas en Servicios de Salud a nivel de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

A continuación la Prof. Stella Bocchino realiza un trabajo en donde, a través de consideraciones integradoras e interdisciplinarias, reflexiona sobre la relación entre neurociencias y psicoterapia; en un esfuerzo por superar la histórica tendencia de fragmentar el conocimiento de la condición humana.

Luego Oscar Coll hace una revisión sobre los primeros desarrollos de psicoterapia en la Clínica Psiquiátrica, dando cuenta de un reconocimiento a esfuerzos preliminares.

En el capítulo dedicado a algunas de las grandes líneas psicoterapéuticas hospitalarias, se desarrollan trabajos relacionados con tres abordajes diferentes: el grupal con adolescentes, vinculares con familias y los referidos a la técnica cognitivo-conductual.

En otro capítulo, los supervisores de la línea de psicoanálisis individual, exponen conceptos relativos al encuadre institucional y a la experiencia del ateneo que trabaja únicamente con material clínico, respetando los códigos éticos de confidencialidad. También reflexionan sobre el proceso de formación del terapeuta hospitalario, deteniéndose en la persona del terapeuta y en la supervisión como espacio grupal de pertenencia.

Finalmente el Equipo de Investigación en Psicoterapia, realiza una reseña de su trabajo como fundamento empírico de que es posible la complementariedad entre el programa docente asistencial y la evaluación permanente de su eficacia.

Esperamos que con este libro, se abra un proceso de futuras publicaciones con el aporte de otros equipos que, apoyando la realización de este libro, no pudieron sumar sus contribución en esta oportunidad.

Equipo Coordinador
Montevideo, junio 2009

CAPÍTULO I

RECORRIDO DEL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA Y VÍNCULOS CON LA PSIQUIATRÍA

DEL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS A LA PSICOTERAPIA EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (*)

ÁNGEL M. GINÉS

PROFESOR DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy a los mejores niveles de la medicina y están densamente comprobadas para los agentes neurobiológicos, para las psicoterapias de diversa orientación teórica y técnica y para los dispositivos de rehabilitación psicosocial y de educación del paciente, su familia y la comunidad. Este efectivo conjunto y, más aún, su empleo combinado -cuando corresponde- permite multiplicar y elevar la calidad de las intervenciones no sólo en prevención secundaria -que durante mucho tiempo fue el lugar exclusivo de las acciones- sino en prevención primaria y terciaria.

Sin embargo, estos notables recursos del arte en salud, sostenidos por el avance técnico científico, están lejos aun de beneficiar a nuestra población en forma accesible, oportuna y universal.

La experiencia acumulada por los servicios universitarios, en especial desde el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, nos ha enseñado a jerarquizar algunas cuestiones estratégicas: (a) la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud; (b) el desarrollo en su seno de servicios de psicoterapia y (c) la investigación en psicoterapia, cuestión cardinal para seguir progresando hacia un arte fundado en comprobaciones.

La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud es una tarea mayor de nuestra sociedad en este período histórico.

Este proyecto promovido y frustrado durante décadas está en marcha y constituye, por fin, una cuestión principal de la comunidad y el estado.

Esta transformación supone el acceso universal a los servicios y un cambio del modelo asistencial con énfasis en la prevención y en la promoción de la salud en el marco de una participación activa, conciente y organizada de la sociedad,

Es una tarea política profunda y de largo aliento. Existen otras que interactúan con ella y tiene el mismo carácter: educación, arte, ciencia y tecnología; sobre el cauce de un desarrollo social y productivo sostenido y soberano, con justa distribución de los bienes materiales y culturales.

Hace más de un siglo el gran médico e investigador austriaco Rudolf Virchow, fundador de la patología celular moderna y militante social, decía con precisión casi algorítmica “la medicina (hoy diríamos la salud) es política en gran escala”. Política entendida como el conjunto de todos los instrumentos de la cultura, empleados colectivamente para producir cambios que mejoren la condición humana, en una sociedad y un período histórico concreto.

EL DESARROLLO Y LA CONSOLIDACIÓN DE SERVICIOS DE PSICOTERAPIA ES UNA CONDICIÓN PRINCIPAL DE LA ATENCIÓN INTEGRAL.

Hace casi un cuarto de siglo, luego de décadas de iniciativas frustradas, en el propicio ambiente de la apertura democrática un movimiento de amplia participación promovió el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM). Su trayectoria tuvo progresos e involuciones, pero los avances fueron notorios ². En el ocaso del “modelo asilar”¹¹ se ha generado una nueva situación, en la que se mezclan claridades y oscuridades. Aun cuando persistan sombras inaceptables ⁹, un nuevo estilo de atención comenzó a emerger. Las aspiraciones contenidas en el PNSM tuvieron buen impacto sobre la psicoterapia histórica, enmarcada exclusivamente en el ejercicio profesional liberal.

Tres direcciones principales, ampliamente conectadas, se abrieron con el PNSM: la primera recogió la Atención Primaria en Salud como estrategia principal; la segunda dirección consistió en el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera apuntó a los nuevos modelos de asistencia integral de las personas que padecen psicosis y a la reestructura del Hospital Psiquiátrico y la Colonia de Alienados ¹. La vitalidad de estos cambios tuvo principal expresión en el sector público de la asistencia (que cubre la mitad de la población), pero no logró movilizar aún al sector de la asistencia médica colectiva (que cubre la otra mitad).

Así fue posible avanzar sobre los problemas históricos más importante de la psiquiatría y de la salud mental que afectaron a nuestra sociedad: la segregación y concentración asilar de enfermos mentales y la incapacidad de introducir la psicoterapia a los servicios públicos y a la medicina de prepago. Sobre esas problemáticas históricas aun pendientes, la prevalencia de fin de siglo nos desafía agregando nuevos problemas, condicionados por décadas de regresión en la distribución del producto y sus secuelas de descomposición social y cultural. Para afrontar esta ardua y adversa problemática, los programas psicosociales y de psicoterapia resultan relevantes.

La atención en psicoterapia, cuyas actividades se realizaban exclusivamente en el ámbito del ejercicio privado, se ha desarrollado y consolidado en los servicios

públicos y universitarios. La Clínica Psiquiátrica universitaria promovió la construcción de un servicio de psicoterapia en el Hospital de Clínicas y un servicio de rehabilitación psicosocial para pacientes psicóticos ²⁵ -- en Plaza Zabala. Ambas propuestas resultan ejemplares para estudiar y resolver los problemas que implica el desarrollo de servicios de psicoterapia y psicosociales aptos para expandirse en el sistema nacional de salud.

La investigación en psicoterapia resulta condición imprescindible para avanzar en un arte fundado en comprobaciones.

Desde sus primeros años, el PNSM mostró fuertes carencias en metodologías apropiadas para evaluar y ajustar los cambios en curso y conocer la opinión de los actores.

Resultó menester, además, la investigación dirigida a estudiar los efectos a corto, mediano y largo plazo de los planes terapéuticos y la posibilidad de predecir qué procedimientos o qué combinación de ellos resultarían más efectivos para grupos particulares de pacientes y aun para cada paciente, con mejor desempeño costo/beneficio y en calidad de existencia.

Esta orientación de la Clínica Psiquiátrica universitaria hacia una metodología científica apropiada en todas sus actividades ^{8, 12} converge con el notable aporte de Sackett y otros al desarrollo de la Epidemiología Clínica ³⁵ y más adelante la Medicina Basada en Comprobaciones ³⁶ (traducción más ajustada en español, a su condición científica, que “evidencia”).

La investigación sistemática del servicio docente asistencial tomó dos direcciones que resultaron inseparables: el estudio de la disposición subjetiva de los protagonistas -Estado de Opinión- y el estudio de las tareas programadas -Investigación de Procesos y Resultados- ⁸.

El Estado de Opinión es un indicador complejo y altamente subjetivo pero decisivo pues refleja el ánimo de los protagonistas -personal y usuarios de los servicios en el aprendizaje y la asistencia- hacia los programas docente asistenciales. La Investigación de Procesos y Resultados espera, en cambio, valorar los efectos benéficos, adversos o superfluos de los programas en curso, reduciendo en lo posible el componente subjetivo de la evaluación. En nuestra experiencia ambas perspectivas resultan condiciones necesarias de la evaluación; más aun, hemos comprobado que a veces tienen la misma dirección y otras están en franca discrepancia, circunstancia que enriquece la inteligencia del análisis y la toma de decisiones.

Construir un proyecto de investigación para estas cuestiones es tarea compleja y de largo aliento. Se trata de avanzar el arte en salud/enfermedad hacia un arte sostenido en comprobaciones.

El Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas nos permitió aprender y progresar en esa dirección. Este Programa con más de dos décadas de actividad ininterrumpida, fue el primero en consolidarse en un servicio público de salud.

El Programa constituyó una propuesta universitaria con el objetivo estratégico de modificar tres obstáculos insolubles en el ejercicio profesional privado:

- su incapacidad de constituirse en recurso de salud apropiado y accesible a la población;
- el desarrollo separado, incomunicado y muchas veces confrontado de las diversas escuelas de psicoterapia y el divorcio de todas ellas de las demás acciones en salud;
- el retraso en emplear metodologías de investigación que ampliaran y potenciaran el método clínico tradicional; se desecharon otras metodologías y en especial el importante número de pacientes que transitó esas experiencias sin dejar rastros posibles de procesamiento.

Convergió en el Programa universitario diversas orientaciones (psicoanálisis, psicodrama, terapia cognitivo conductual, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica, psicósomática) con técnicas individuales, grupales y familiares; amplia cobertura de situaciones: adolescentes, adultos y familias y amplio espectro de trastornos abordados: problemáticas existenciales, neurosis, trastornos de personalidad, psicosis. La propuesta establecida a fines de los años ochenta, incluyó los siguientes objetivos:

- 1) diseñar estrategias psicoterapéuticas adaptadas a las demandas de la población; estas actividades tuvieron como meta ampliar los recursos del sistema de salud,
- 2) coordinar aportes de las diversas escuelas que existían en nuestro medio -y que trabajaban separadamente- de modo de generar en la práctica clínica en común, modelos adaptados u originales,
- 3) investigar y evaluar sistemáticamente los programas en desarrollo,
- 4) emplear intensamente estas actividades en la formación y el perfeccionamiento de los recursos humanos en salud,
- 5) establecer el intercambio y la cooperación con instituciones científicas y de asistencia.

Describiremos el subprograma de Psicoterapia Psicoanalítica Individual, a partir de los trabajos publicados ^{6, 7, 14, 23}, ya que aporta información protocolizada y sistemática con Equipo de Investigación incorporado a permanencia, y que ejemplifica respecto de la creación de servicios de psicoterapia e investigación en psicoterapia en servicios de salud.

MARCO CONCEPTUAL

Estuvo influido por la psicoterapia psicoanalítica, de larga tradición en nuestro medio; se consideraron las propuestas de “psicoterapias breves” del ámbito internacional pero no se adscribió a ellas. Las pautas terapéuticas resultaron flexibles: sin planificación estricta, focalización ni selección preferencial o excluyente de

instrumentos técnicos; en general, la escucha abierta -incluida obviamente la psicoanalítica- constituyó el conductor principal de la tarea.

Para cada paciente se discutió colectivamente la indicación, se establecieron los objetivos y casi siempre se propuso el límite temporal de un año sujeto a revisión y eventual recontrato.

MODELO ORGANIZATIVO DEL SERVICIO DE PSICOTERAPIA EN EL DISEÑO DEL SERVICIO SE DESTACAN CINCO COMPONENTES:

a) Indicación, admisión, registro y control evolutivo.

El Programa recibió solicitudes de psicoterapia por indicación de médico psiquiatra. Los pacientes admitidos respondieron a un amplio conjunto de indicaciones para trastornos mentales, clasificados en CIE 10 o DSM 4 (o que no clasifican como trastorno pero merecen atención psicoterapéutica).

Se discutió colectivamente la indicación, se establecieron los objetivos y se propuso un límite temporal, con posibilidades de recontrato.

La frecuencia fue semanal con sesiones de 45 a 50 minutos, salvo que la problemática ameritara otra frecuencia.

Todos los tratamientos fueron supervisados.

Los usuarios y los técnicos completaron los formularios de evaluación y control previstos por el Programa, que se describen más adelante.

TRES ESPACIOS CON RITMO SEMANAL:

b) la psicoterapia: interacción propia del paciente y el terapeuta, en un consultorio de la Policlínica Psiquiátrica; el único registro empleado, con consentimiento del paciente, fue el manuscrito del terapeuta;

c) la supervisión o interconsulta grupal: un supervisor o consultante con hasta ocho terapeutas en actividad o en espera;

d) el ateneo de psicoterapia: donde los terapeutas presentaron a la discusión general las situaciones clínicas relativas a la indicación, al desarrollo y la culminación de la psicoterapia.

Un dispositivo adjunto:

e) investigación y control de calidad del Programa; este componente, en nuestra opinión, es condición indispensable para calificar al conjunto como servicio de psicoterapia.

ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN. EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

El objetivo del Equipo fue desarrollar y profundizar una metodología de investigación en psicoterapia dirigida a perfeccionar programas, técnicas y prácticas adaptadas a los sistemas sanitarios.

El Equipo de Investigación y sus actividades son externas a la tarea terapéutica. Constituyen una actividad de investigación incorporada o anidada a permanencia, pero independiente de la psicoterapia y sus agentes, con función heurística y de control de calidad.

El Equipo de Investigación se formó en 1990 y se mantuvo en actividad plena; fue de libre ingreso, y tuvo integrantes permanentes (B. Fernández, C. Gerpe, A.M. Ginés, G. Montado y A. Palermo) y temporales (J. Perelman, C. Ceroni, A. Fernández y L. Puerto). En su trabajo fundacional “Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad”⁶, se introdujeron instrumentos cuantitativos de descripción y evaluación del Programa, constituyendo una novedad nacional y regional. Se diseñó un primer protocolo que constó de dos partes; la primera relevó información sobre los terapeutas (filiatorios, formación curricular, tiempo dedicado a la actividad) y sobre la supervisión; la segunda parte, información sobre el paciente y la psicoterapia (filiatorios, origen de la solicitud, fecha de comienzo y terminación del tratamiento, objetivos propuestos y evaluación de resultados); se obtuvo información de 74 psicoterapias (concluidas o en curso) realizadas por 27 terapeutas. Esa investigación retrospectiva permitió establecer algunas características de la población asistida, de los terapeutas, del curso temporal del procedimiento y establecer algunos controles de calidad. También mostró las fragilidades: a) no existía un banco de datos que concentrara la información de las psicoterapias (faltaban datos del 30 % de tratamientos del primer quinquenio); b) los diagnósticos eran insuficientes y no referían a un sistema clasificatorio internacional; c) los objetivos, los resultados y la evolución entre comienzo y finalización quedaban consignados con poca precisión.

A partir de 1992 se introdujeron cinco protocolos construidos por el Equipo y tres de Kenneth Howard y col. del Programa de Psicoterapia del Instituto de Psiquiatría de Northwestern Memorial Hospital.^{16, 17, 18} Estos protocolos producen información sistemática proveniente de pacientes, terapeutas, psiquiatras y de la propia psicoterapia al Banco de Datos. El Equipo obtiene, así, información de los agentes del proceso sin interferir ni implicarse en ese proceso.

La incorporación de los protocolos de Howard y col. enriquecieron la metodología en dos aspectos: se obtiene información aportada directamente por los pacientes y se emplea un instrumento similar al de otros equipos que facilita los estudios multicéntricos.

El Equipo realizó revisiones periódicas, difundió la experiencia y los resultados en publicaciones y eventos nacionales y regionales y en medios de difusión^{5,27}. Cuatro proyectos de investigación merecieron la aprobación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad, tres de ellos con financiación^{29, 30, 31, 32}; un proyecto fue premiado para su realización, por la Sociedad de Psiquiatría³⁴. El Equipo elaboró el documento político estratégico Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina¹⁰ y el documento de acreditación Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas²⁸. A través de la Society for Psychotherapy Research (SPR), se obtuvo valioso intercambio con investigadores y grupos destacados^{3, 4, 20, 21, 26, 33, 37}.

Esa orientación exigió una apertura en los métodos de investigación. El Equipo pudo comprobar que en los servicios públicos de salud esta apertura viene estimulada por diversos motivos: el interés incluye el caso individual pero también la población asistida, sus características demográficas y epidemiológicas, el acceso y la circulación en y hacia el servicio de psicoterapia; la financiación individual se vuelve colectiva con todas sus consecuencias; la preocupación por la efectividad, duración, costo/beneficio y controles de calidad pasan a ocupar un lugar importante; la selección impuesta por la modalidad de escuela debe ajustarse a la demanda de los usuarios; la soledad deviene equipo; la propuesta singular se entrama en el proyecto comunitario; el diseño excluyente accede a perspectivas múltiples y aun integradas.

Hubo que considerar estos problemas y en especial los relativos a las metodologías de investigación. Pudimos definir, esquemáticamente, tres direcciones metodológicas ineludibles:

1º) El método clínico, que ha sido históricamente un instrumento principal de investigación en psicoterapia, y en general en medicina. Sus posibilidades son inagotables; pero su empleo exclusivo y excluyente genera limitaciones. Como toda metodología tiene su campo de soberanía con zonas de seguridad y zonas de riesgo, en particular, la generalización científicamente ilegítima de los hallazgos legítimos provenientes de un caso o un grupo limitado de casos.

2º) El método epidemiológico permite incorporar al conocimiento teórico y técnico los aportes del estudio del conjunto de personas que transitan las experiencias terapéuticas -incluidos los terapeutas, sus diseños y sus núcleos de pertenencia- y el estudio de las problemáticas de las poblaciones más allá de quienes acceden al recurso terapéutico; se trata de enriquecer la metodología clásica con instrumentos pasibles de tratamiento cuantitativo y estadístico.

3º) La investigación del proceso interno o íntimo. Esta línea de investigación exige desarrollar procedimientos válidos para esclarecer la sucesión de transformaciones en el paciente, en el terapeuta y en las interacciones entre ambos; transparentar la “caja negra”; poner en claro qué elementos aportan a la efectividad, cuáles son superfluos y cuáles, aun, pueden resultar adversos.

En nuestro medio dos servicios universitarios fueron los primeros en introducir nueva metodología de investigación en psicoterapia: la Clínica Psiquiátrica, metodología epidemiológica y el Dpto. de Psicología Médica empleando el CCRT (Core Conflictual Relationship Theme) de Luborsky^{15,22}.

El empleo de metodología epidemiológica supuso la incorporación de instrumentos externos a la psicoterapia para ingresar la información, la construcción del Banco de Datos y el estudio cuantitativo a efectos descriptivos y de análisis de hipótesis; supuso, además, constituir un equipo exterior al de las psicoterapias, que las investiga en conjunto y emite conclusiones independientes de la opinión de los protagonistas. Las líneas desarrolladas incluyeron: estudios de diversas características de los usuarios, de los terapeutas y del diseño; controles de calidad; circulación y acceso de los usuarios en la red social y en los servicios de salud; estudio de la duración de las psicoterapias, persistencia de los efectos terapéuticos.

Definimos esta tarea como investigación continua y de largo aliento sobre los procesos y resultados de la psicoterapia, con instrumentos de epidemiología de servicio, en la perspectiva de un arte sustentado en comprobaciones científicas.

La elaboración teórica y la formalización resultan un ingrediente imprescindible. Se empleó el marco conceptual del Modelo Genérico de Psicoterapia de Orlinsky y Howard que abarca la amplitud y complejidad de los procesos, los resultados y los agentes²⁴.

El Equipo introdujo, en 1994, la formulación Duración de la Psicoterapia (D Pst). Durante mucho tiempo este problema fue abordado desde perspectivas, en general, muy especulativas y alejadas de la experiencia. Para avanzar en esta cuestión se convino en agrupar las variables en cuatro conjuntos. Tres de esos conjuntos, bien conocidos, corresponden a las variables procedentes del usuario (U_i), del terapeuta (T_j) y del diseño o estrategia terapéutica (D_k). Sobre ellos ha recaído el peso de la polémica; y en el ajuste de esas variables se ha generado una buena parte de los diseños alternativos tendientes a reducir los tiempos. Un cuarto conjunto de variables, poco tomado en cuenta, proviene de la red o marco social (incluido el escenario institucional) en que se realiza la psicoterapia (R_l). Así nuestra hipótesis resultó, $D Pst = f(U_i, T_j, D_k, R_l)$ ¹³.

Una tercera referencia empleada, de tipo operativa, es la relación dosis/efecto que permite articular los modelamientos generales con los datos de la experiencia¹⁹.

Discusión de resultados y controles de calidad del programa. La investigación estableció la viabilidad del Programa de Psicoterapia. Hasta el año 2004 transitaron por él más de tres centenares de pacientes, un centenar de terapeutas en formación y veinte técnicos que aportaron supervisión y asesoramiento. La modalidad docente asistencial ha implicado la renovación periódica de los agentes; los pacientes permanecieron entre tres meses y cuatro años y medio; los terapeutas un promedio de cuatro años; en cambio muchos de los técnicos con funciones docentes se han incorporado a permanencia asegurando su continuidad.

En los primeros años hubo un incremento sostenido y proporcional de ingresos y altas, sin tendencia a retener pacientes y sin lista de espera; en 2004 el número de pacientes era de 50, pero con igual número en lista de espera, situación indeseable y que indica la saturación de capacidad de respuesta. A ese volumen corresponden 50 terapeutas en actividad o en espera, 12 supervisores y cerca de 50 participantes en el ateneo (que también es excesivo). Los datos indican la consolidación del Programa, pero aconsejan y habilitan descentralizarlo, acorde con los objetivos generales.

Control de la efectividad de la psicoterapia. La efectividad fue evaluada, como control de calidad, a la terminación del tratamiento y hasta cuatro años después de terminada la psicoterapia. Destacamos el alto porcentaje de seguimientos efectivamente concretados (42 en 50 casos), lo que demuestra la viabilidad de desarrollar esta forma de investigación en nuestro medio.

En opinión de los terapeutas se lograron los objetivos propuestos en el entorno del 70 a 80 % para los siguientes aspectos investigados: Resolución de un problema específico (70 %), Remisión de síntomas (68 %), Mejoría en los vínculos interpersonales (78 %), Mejoría en la inserción social (79 %), Mayor contacto con la conflictiva interna (66 %).

En opinión de los pacientes encuestados la percepción de beneficios es ligeramente superior a la de los terapeutas. Con relación a la persistencia de los efectos, los pacientes entienden que los logros se mantienen total o parcialmente, en el entorno del 65 a 85 %, durante los cuatro años posteriores al alta. No se registraron efectos negativos al momento del seguimiento, salvo en un caso que manifestó sentirse "levemente peor".

En un estudio posterior en el que se recoge la opinión de los psiquiatras tratantes -que formularon la indicación- ellos no encontraron sintomatología en más de la mitad de los casos, al finalizar la psicoterapia, y reducción en el resto. En ese mismo grupo los terapeutas indicaron "asintomáticos" a un tercio y con reducción al resto. Los pacientes indicaron que se produjo una importante reducción de su sintomatología.

Estos resultados indican que nuestro modelo público y hospitalario, respondió con propiedad a las demandas de los usuarios con amplia satisfacción de los actores.

Duración de la psicoterapia. El diseño suponía escoger la frecuencia; casi la totalidad optó por una sesión semanal. En la mayoría de los casos se propuso una duración de un año con posibilidad de recontrato, en un 25 % el tiempo quedó indeterminado. La tendencia promedio a producir el alta se incrementó en las diversas revisiones de 16 a 30 meses. En el estudio de control del año 2004, se comprueban notorias diferencias con relación a los datos de la primera década: la tendencia promedio a producir el alta se incrementó a 31 meses, las altas se reducen al 51 % y las interrupciones se incrementan al 44 %. Estas notorias variaciones, coinciden con una modificación implícita del diseño; en efecto en ese año se reporta

solamente un 15 % de “contratos a término” cuando al comienzo del Programa esta condición se cumplía en el 98 % de los tratamientos.

Los pacientes, sin embargo, en porcentajes iguales indicaron que la duración fue apropiada o insuficiente, solo un 10% la consideró excesiva.

Las duraciones extremas estuvieron entre 3 meses y 56 meses; esto indica que diversos grupos de pacientes obtuvieron el alta en tiempos notoriamente diferentes; por un extremo se aproximaron a las “psicoterapias breves” y por el otro a las psicoterapias psicoanalíticas tradicionales.

Está pendiente esclarecer los motivos de esta amplia variación y la fuerte tendencia a incrementar la duración que ha tenido el programa. La información del Banco de Datos parece apuntar a un alto porcentaje de paciente con importantes trastornos; sólo un 12 % clasificó como “situación que merece asistencia aunque no clasifica como trastorno clínico”. Los motivos de esta selección de “pacientes con importantes dificultades” parecen provenir de la ubicación del programa en la red asistencial; en efecto, el programa no toma contacto con los pacientes al producirse la afectación subjetiva o psicosocial sino luego de uno o más eslabones (Emergencia, Policlínica General, Policlínicas Especializadas); recién cuando los estudios y las terapéuticas allí realizadas han fracasado o el curso evolutivo es azaroso o se complica, los pacientes son dirigidos al programa de psicoterapia. Un estudio del equipo mostró que un elevado grupo es derivado después de muchos años de asistencia en servicios médicos, sin los resultados esperados.

En un nuevo Proyecto aprobado y financiado por CSIC ³² se propone progresar en el esclarecimiento de la duración de la psicoterapia en función de las variables del paciente, del terapeuta, del diseño y de la red social (y sanitaria), estudiando la relación dosis/efecto a partir de la información aportada por los tres actores. Se espera, además, progresar en la construcción de indicadores y controles de calidad del Programa de Psicoterapia.

Tres desvíos extremos en esta experiencia deben destacarse

Del casi centenar de terapeutas en formación y docentes consultores el 90 % son mujeres, el 95 % son psicólogos (bien llamativo para un servicio docente asistencial que, aunque abierto, forma médicos y psiquiatras) y el 95 % realizan sus tareas en forma honoraria, es decir sin cobro de servicios.

La actividad honoraria resultó una condición necesaria para la realización del programa. Varios factores parecen intervenir en esto: las tradiciones solidarias y de gratuidad de nuestros servicios educativos y asistenciales; la alta demanda de atención no satisfecha, las aspiraciones de formación en servicio de los jóvenes graduados, la rica actividad de los centros públicos y universitarios de salud, la disposición de técnicos y profesionales hacia los servicios abiertos a la comunidad, el interés por la docencia y la investigación. Quince años atrás pensábamos: “estas condiciones de actividad, huérfanas de aporte financiero, sorprenden en su vitalidad

tanto como inquietan respecto de su destino”. Sin embargo se consolidaron y mostraron tendencia a expandirse.

Destacamos finalmente que esta experiencia, en convergencia con otros servicios de salud mental de la Facultad de Medicina y de docentes y egresados de la Facultad de Psicología, han permitido poner en marcha la Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud, en el marco de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, que permitirá la formación de psicoterapeutas entrenados para resolver los desafíos que genere el Servicio Nacional Integrado de Salud.

Los emprendimientos reseñados tienen dimensión ética. Fue así al concebir el Programa Nacional de Salud Mental y el Proyecto universitario de psicoterapia en 1986. La universalidad de esta perspectiva fue proclamada en los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, aprobada por Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1991, cuyo primer numeral reza “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitario y social”.

(*) Versión actualizada para esta publicación del artículo “Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el Sistema Integrado de Salud” (Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Vol 69 N° 1: 32-41; julio, 2005).

BIBLIOGRAFÍA

1. Arduino M y Ginés AM. Noventa años de la Colonia Etchepare. Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Vol 66 N° 2: 119-127; diciembre, 2002.
2. Arduino, M, Porciúncula, H y Ginés, AM. La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. Rev. de Psiquiatría del Uruguay, Vol 64, N°2: 302 - 316; agosto, 2000.
3. Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC y Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev de Psiquiatría del Uruguay Vol 68 N° 2:99-146, diciembre, 2004.
4. Bernardi R, Montado G, Rivera J, Defey D, Fossati G y Zas A. Psicoterapias focalizadas. Percepción del proceso y de los resultados en pacientes y psicoterapeutas. En Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994. SPR, Cap Latinoam. Corp de Promoción Universitaria. Santiago de Chile, 1995.
5. Efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos efectuados en la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas. En “Noticias del Clínicas”. Año dos - Número cinco. Set, 2001.
6. Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A y Ginés AM. Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad. Compartió Premio Soc de Psiquiatría, 1993. En La Neurosis Hoy, VII Jornadas Científicas de APU, 1993.

7. Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Perelman J y Ginés AM. Estudio sobre la persistencia de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica. En *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones empíricas. Society for Psychotherapy Research, Cap. Latinoamericano. Editora de la Universidad Católica de Pelotas. Pelotas, 2000.*
8. Ginés AM. Hacia la Calidad de Atención en Psiquiatría y Salud Mental con Metodología Científica Apropriada. En *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (1943 - 2003). Publicación de la Clínica Psiquiátrica. Fac de Medicina. Universidad de la República. Uruguay, 2004.*
9. Ginés, AM. La honda de Murguía. *Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Vol 67 N° 2: 172-180; diciembre, 2003.*
10. Ginés AM. Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. En "Caminos de la Psicoterapia". *Rev. de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo VI; N° 2, junio 2002.*
11. Ginés, AM. Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. *Rev. de Psiquiatría del Uruguay, Vol 62, N°2: 37 - 40; octubre, 1998.*
12. Ginés AM. Autoevaluación del servicio de psiquiatría. *Jor Cient en Psiquiatría y Jor docente asistenciales del Dpto de Educación Médica, 1992.*
13. Ginés AM y Montado G. El problema de la duración de las psicoterapias. En *Psicoterapia Focal. Roca Viva Editorial; pg 161-169. Montevideo. Uruguay; 1995.*
14. Ginés AM, Ceroni C, Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Perelman J y Puerto L. Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia. En *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994. SPR, Cap Latinoam. Corp de Promoción Universitaria. Santiago de Chile, 1995.*
15. Gril S e Ibañez A. El CCRT, una metodología de investigación en psicoterapia. Resultados preliminares en un estudio exploratorio. *Jor Científicas en Psiquiatría. Montevideo, 16 al 18 de oct, 1997.*
16. Howard KI, Orlinsky DE and Lueger RJ. The Desing of Clinically Relevant Outcome Research: Some Considerations and an Example. *Research Foundations for Psychotherapy Practice. Edited by M. Aveline and D.A. Shapiro. Mental Health Foundation and Individual Contributors. Published by John Wiley and Sons Ltd, 1995.*
17. Howard KI, Orlinsky DE and Lueger RJ. Clinically Relevant Outcome Research in Individual Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry. 1994; 165, 4-8.*
18. Howard K. The research Project on Long - Term Psychotherapy: patient, Process and Outcomes. *Department of Psychology; Institute of Psychiatry. Northwestern Memorial Hospital (1988-1993).*
19. Howard KI, Mark Kopta S, Krause MS and Orlinsky DE The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist, feb 1986.*
20. Jiménez JP. El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En *Psicoterapia Focal. Editorial Roca Viva. Montevideo. Uruguay; 1995.*
21. Kächele H. Aspectos clínicos y científicos del modelo de proceso psicoanalítico de Ulm. En *Psicoterapia Focal. Editorial Roca Viva. Montevideo, 1995.*
22. Luborsky L. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy. The core conflictual relation theme. En *Freedman, N. and Grand, S: Communicative structures and psychic structures. Plenum Press, New York, 367-395; 1977.*

23. Montado G, Fernández B, Gerpe C, Palermo A y Ginés AM. Investigación de resultados terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica hospitalaria. En "Desafíos a la psicoterapia", pg. 110, 4º Congreso de AUDEPP. Montevideo, mayo de 2001.
24. Orlinsky DE and Howard KI. A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6,1, 1987. Brunner/Mazel, Inc.
25. Palleiro E. Alternativas técnicas y observaciones psicopatológicas en la psicosis. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay 1995. *Rev de Psiquiatría del Uruguay*, 1996; 60: 7-32.
26. Poch J y Avila Espada A. Investigación en Psicoterapia. La Contribución Psicoanalítica. Ediciones Paidós Ibérica, SA; Barcelona, 1998.
27. Primer seguimiento hospitalario de pacientes en psicoterapia reveló alto grado de satisfacción. *Semanario "Búsqueda"*; pg. 25, 21 de junio de 2001.
28. Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas. (Documento de Acreditación). Clínica Psiquiátrica, Hospital de Clínicas, 2002.
29. Proyecto de Investigación con aprobación académica de CSIC de la Universidad de la República 1995. Ceroni C, Palermo A, Montado G, Puerto L, Gerpe C, Fernandez B, Perelman J y Ginés AM (Tutor): La efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos realizados en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas.
30. Proyecto de Investigación con aprobación académica y financiación por CSIC de la Universidad de la República, por un período de 24 meses, 1997. Palermo A, Gerpe C, Montado G, Fernández B y Ginés AM (Tutor): Investigación sobre la efectividad y adecuación de los tratamientos psicoterapéuticos al modelo hospitalario en un servicio de salud mental". Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina.
31. Proyecto de Investigación con aprobación académica y financiación por CSIC de la Universidad de la República, por un período de 24 meses, 1999. Ginés AM, Fernández B, Gerpe C, Montado G y Palermo A: Estudio multifactorial sobre la persistencia de los efectos psicoterapéuticos en un programa de psicoterapias hospitalarias. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina.
32. Proyecto de Investigación con aprobación académica y financiación por CSIC de la Universidad de la República, por un período de 24 meses, 2004. Angel M. Ginés y col. "Relación dosis/efecto de los tratamientos psicoterapéuticos en servicios de salud". Hospital de Clínicas.
33. Psicoanálisis. Focos y aperturas. Editorial Psicolibros. Montevideo, 2001.
34. Puerto L, Ginés AM, Perelman J, Ceroni C, Palermo A, Montado G, Gerpe C y Fernández B. Investigación en un programa de psicoterapia psicoanalítica a nivel institucional. Primer Premio-Beca de Investigación Soc de Psiquiatría - Lab Rhone Poulenc-Rorer, 1993. *Rev de Psiquiatría del Uruguay* N° 328:59-63, 1993.
35. Sackett DL, Brian Haynes R, Guyatt G y Tugwell P. *Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1994.
36. Sackett DL, Straus SE; Scott Richardson W, Rosenberg W y Brian Haynes, R. *Medicina Basada en la Evidencia*. Ediciones Harcourt; Madrid, 2001.
37. Töma H y Kächele H. *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. Edit Herder, Barcelona, 1989.
38. *Rev. de Psiquiatría del Uruguay*. Vol 69 N° 1: 32-41; julio, 2005.

NEUROCIENCIAS Y PSICOTERAPIA¹

STELLA BOCCHINO²
RODOLFO FERRANDO³

RESUMEN

Se realiza una revisión de la literatura sobre las alteraciones cerebrales inducidas por los trastornos mentales y su modificación mediante los procesos psicoterapéuticos, valorizando la base biológica de los procesos mentales y remarcando la influencia del medio interno y externo, para provocar alteraciones tanto negativas como positivas del funcionamiento cerebral. Se correlacionan teorías freudianas con evidencias neurocientíficas actuales. Finalmente, se exponen estudios de imagen funcional cerebral (SPECT cerebral) realizados a pacientes tratados en el Hospital Universitario de Montevideo, antes y después del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Palabras clave: neurociencias y psicoterapia, imagen funcional cerebral, correlato neural de los trastornos psiquiátricos y los procesos mentales.

INTRODUCCIÓN

Aunque por ahora conocemos muy poco sobre los correlatos biológicos de nuestros pensamientos, emociones y sentimientos, nos proponemos revisar los avances en neurociencias que nos permiten hoy estudiar los cambios que se producen en nuestro cerebro a partir de las influencias del entorno, más particularmente, los cambios vinculados a la intervención psicoterapéutica.

Se están descubriendo alteraciones de la función cerebral en la gran mayoría de las enfermedades mentales, aún en aquellas en las cuales la influencia del entorno

1 Trabajo presentado en el V Congreso de AUDEPP - V Congreso de Flappsip “Contextos inestables-sujetos vulnerables. Perspectivas psicoanalíticas”. Montevideo, mayo 2009. Adaptado para su publicación.

2 Médico Psiquiatra. Prof. Agda. Clínica Psiquiátrica. FACULTAD DE MEDICINA

3 Prof. Adjunto de la Cátedra de Medicina Nuclear de la Facultad de Medicina. Magíster en Ciencias Médicas (PRO.IN.BIO.) Imagen Funcional Cerebral - Neurociencia Cognitiva.

es más evidente, como en las clásicamente consideradas de naturaleza “neurótica”. Freud, al exponer las series complementarias, ya había explicado que en el proceso de enfermar el entorno y las experiencias vivenciales influyen sobre lo constitucional, ahora estamos adentrándonos más en la comprensión de los distintos pasos de ese complejo camino, y también del camino de retorno, desde la enfermedad a la recuperación.

Para ordenar nuestro análisis, podríamos plantear las siguientes preguntas:

¿Existen pruebas de neuroimagen que muestren alteraciones del funcionamiento cerebral en los pacientes con trastornos psíquicos?

¿Cómo puede curar o mejorar la intervención del psicoterapeuta?

¿Existen correlatos neurales demostrables de los cambios que produce esta intervención?

¿Cuándo la psicoterapia es efectiva, las pruebas de neuroimagen muestran disminución o desaparición de las alteraciones del funcionamiento?

En 1914, en Introducción al Narcisismo Freud expresó: “... debe recordarse que todas nuestras provisionalidades psicológicas deberán asentarse alguna vez en el terreno de los sustratos orgánicos.” (Freud; 1914; 76). Y seis años más tarde, en Más allá del principio del placer (Freud; 1920; 58), manifestó sus esperanzas de hallar en la biología los esclarecimientos a nuestras dudas e interrogantes: “La biología es verdaderamente un reino de posibilidades ilimitadas; tenemos que esperar de ella los esclarecimientos más sorprendentes y no podemos predecir las respuestas que decenios más adelante dará a los interrogantes que le planteamos”

Hace cien años el padre del Psicoanálisis ya tenía claro que debíamos buscar la apoyatura biológica de los procesos mentales, pero muchos psicólogos y psiquiatras de hoy, aún se debaten frente a este basamento, no saber cómo integrar el psicoanálisis a las neurociencias, ha conducido a distanciarlo de ellas, cuando en realidad, se beneficiarían de su mutua aproximación, ya que ambas disciplinas aportan modos complementarios de estudiar el funcionamiento psíquico. Las neurociencias aportan evidencias que por un lado nutren, y por otro cuestionan algunas de las teorías psicoanalíticas.

El hecho que un psicoterapeuta muestre interés por investigar el cerebro no implica que se desinterese por el psicoanálisis. Debemos fundamentar la psicoterapia en una base científica y estudiar sus consecuencias biológicas utilizando técnicas de diagnóstico por la imagen y otros medios empíricos de evaluación. Así, seremos capaces de conocer qué tipo de psicoterapia es más eficaz para cada paciente.

Es innegable que todos nuestros estados mentales tienen correlatos cerebrales, y todo cambio en nuestras actitudes, creencias, pensamientos, preferencias y modos de interaccionar deben, por lo tanto ir acompañados de cambios en el cerebro.

El estudio de las bases biológicas debe comenzar por el estudio de lo constitucional más básico de la persona: nuestros genes. Los genes son generalmente

asociados con información básica e inmutable, olvidando que los genes tienen una doble función (Kandel 2007):

- » Función de plantilla: son plantillas estables que pueden replicarse de manera fiable. La plantilla no sufre los efectos de ningún tipo de experiencia social.
- » Función de transcripción, determinado el fenotipo, estructura, función y demás características de la célula en la que se expresan.

Mientras que en la función de plantilla la secuencia de un gen (y la capacidad del organismo para replicarla) no se ve afectada por el ambiente, la función de transcripción de un gen (su capacidad para controlar la elaboración de proteínas específicas en una determinada célula) está muy regulada y esta regulación es sensible a los factores ambientales

La división “Orgánico” / “Funcional” es anacrónica, herencia del examen macroscópico que los neuropatólogos realizaban del cerebro en el siglo XIX.

Los psicólogos y psiquiatras, tradicionalmente estudiábamos y tratábamos los Trastornos “Funcionales”. Los “orgánicos” eran dominio del Neurólogo.

Hoy, las técnicas de neuroimagen evidencian alteraciones cerebrales en las enfermedades “más neuróticas”: fobias, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastornos de Ansiedad. Todos los trastornos psicológicos reflejan alteraciones específicas de la función sináptica y neuronal.

¿ Significa esto que estas entidades deberán pasar a ser estudiadas y tratadas por los Neurólogos? Obviamente no, lo que significa es que los psiquiatras y psicólogos debemos aprender anatomía funcional del cerebro

Si la psicoterapia funciona, lo hace al mismo nivel que los psicofármacos: el de las neuronas y sus conexiones sinápticas. La posibilidad de detectar cambios funcionales en el cerebro tras la psicoterapia ha proporcionado una nueva forma de evaluar los efectos de la psicoterapia en nuestros pacientes (Kandel 2007).

PROCESOS MENTALES: LOS 5 PRINCIPIOS DE KANDEL

Eric Kandel, ganador del Premio Nobel de Medicina por su Principios de Neurociencia, resumió magistralmente en cinco principios, los conceptos más importantes sobre los que debería basarse toda discusión en este terreno (Kandel 2007):

1. Todos los procesos mentales, incluso los procesos psicológicos más complejos, son consecuencia de operaciones del cerebro. La mente es un *conjunto de funciones llevadas a cabo por el cerebro*. En consecuencia, los trastornos del comportamiento característicos de las enfermedades mentales son alteraciones de la función cerebral, incluso en aquellos casos en los que sea evidente que estas alteraciones tienen un origen ambiental.

2. Los genes y las proteínas que codifican determinan en gran medida el patrón de interconexiones entre las neuronas cerebrales y los detalles de su funcionamiento. La genética es uno de los principales factores que influyen en la aparición de las enfermedades mentales.

3. Las alteraciones genéticas no justifican por sí solas toda la variabilidad de las principales enfermedades mentales. Los factores sociales o del desarrollo también tienen una importancia fundamental. Del mismo modo que las combinaciones de genes afectan el comportamiento y la conducta social, el comportamiento y los factores sociales influyen sobre el cerebro al interactuar con él para modificar la expresión genética y, en consecuencia, la función de las células nerviosas. El aprendizaje, incluso el que genera una conducta disfuncional, produce modificaciones en la expresión genética.

4. Las alteraciones de la expresión genética inducidas por el aprendizaje provocan cambios en los patrones de conexión neuronal. Estos cambios se conocen como Regulación Epigenética. La regulación epigenética causada por los factores sociales hace que todas las funciones corporales, incluidas las cerebrales, estén expuestas a las influencias sociales. Estas influencias sociales se incorporan biológicamente mediante la modificación de la expresión de determinados genes en neuronas concretas en determinadas regiones del cerebro. Las alteraciones motivadas por factores sociales se transmiten culturalmente. No se incorporan al espermatozoides ni al óvulo, por lo tanto no se transmiten genéticamente sino culturalmente, constituye la evolución cultural. La humanidad cambia mucho más por evolución cultural que por evolución biológica. Las dimensiones de cráneos fósiles indican que el tamaño del cerebro humano no ha cambiado desde el Homo sapiens, hace 50.000 años, pero es evidente que la cultura humana evolucionó de manera espectacular en este período.

5. Cuando la psicoterapia es eficaz y produce cambios a largo plazo en el comportamiento, cabe suponer que los consigue a través del aprendizaje, provocando cambios en la expresión genética que modifican las fuerzas en las conexiones sinápticas y modificaciones estructurales que alteran el patrón anatómico de interconexiones entre las neuronas cerebrales.

Sin embargo, sigue sin poder conocerse bien cómo es que se producen los efectos de la interpretación o el señalamiento del terapeuta sobre el cerebro de su paciente, o cómo se traducen en el cerebro los cambios conductuales que observamos clínicamente. Otra pregunta es ¿cómo es que los cambios logrados mediante la psicoterapia pueden ser perdurables en el tiempo?

Los autores que están estudiando estos procesos, consideran que la base reside en los procesos de memoria, y vinculan a una forma de aprendizaje los cambios que se producen a través del proceso psicoterapéutico.

APRENDIZAJE Y MEMORIA

El aprendizaje modifica la fuerza sináptica en sinapsis concretas, la memoria se relaciona con la persistencia de estas modificaciones. El aprendizaje depende de cambios en las sinapsis: una alteración transitoria en la fuerza de las conexiones sinápticas origina la memoria a corto plazo; la memoria a largo plazo en cambio, requiere la activación de una cascada de genes, con la formación de nuevas conexiones sinápticas (Kandel 2007).

Están implicados neurotransmisores que actúan sobre los receptores para incrementar el AMPc, que activa la protein-cinasa dependiente del AMPc, ocasionando un aumento de la fuerza sináptica necesaria para la memoria a corto plazo. En la memoria a largo plazo, la protein-cinasa dependiente del AMPc se desplaza hacia el núcleo de la célula y estimula la activación de genes que llevan a la formación de nuevas conexiones sinápticas.

Estas conexiones pueden interrumpirse debido a la experiencia (buena o mala, saludable o nociva), del mismo modo que pueden restablecerse también mediante la experiencia, por ejemplo: a través de la Psicoterapia (Kandel 2007).

Hugo Bleichmar (2002) en su trabajo sobre la empatía reflexiona sobre las neuronas espejo (mirror neurons) halladas en la corteza cerebral humana y de otros animales. Se trata de un grupo de neuronas que tienen la facultad, desconocida hasta el presente para una neurona, de descargar impulsos cuando el sujeto observa a otra persona realizar un movimiento de la misma manera que cuando es el propio sujeto quien lo ejecuta. Estas neuronas forman parte de un sistema percepción/ejecución, de modo que la simple observación de movimientos de la mano, de la boca o del pie, activa las mismas regiones específicas de la corteza motora como si el propio sujeto estuviera realizando esos movimientos aún cuando esta activación motora no se transforme en movimiento actuado visible.

Como dice Bleichmar, “la evolución parece haber asegurado así las bases biológicas para favorecer los procesos de identificación y empatía esenciales para garantizar que el infante y su cuidador se encuentren, para que los caracteres del segundo puedan pasar a ser parte del primero; pero, también, para que los movimientos del lactante puedan resonar en el cuidador, quien pasará a sentirlos como propios”.

Las investigaciones van mostrando que la actividad de las neuronas espejo va más allá de la activación en el cerebro del observador, de las neuronas correspondientes al movimiento observado en otro, sino que se pone en marcha una serie de conexiones neurales que permite “leer” las intenciones del otro que realiza el movimiento. Cuando un sujeto realiza acciones -simples o complejas-, estas acciones van acompañadas de la captación de las propias intenciones subyacentes. La acción queda, de este modo, asociada a la intención que la puso en marcha. Cada intención queda asociada a acciones específicas y cada acción evoca las intenciones asociadas. De modo que, cuando un sujeto ve a otro ejecutar una acción puede

“leer” sus intenciones, atribuyéndoles las que se asocian en su propia mente a tales acciones.

Estos hallazgos tienen una importancia capital para la comprensión de conceptos pilares en psicoanálisis como la identificación estructurante del aparato psíquico, el desarrollo del apego, y mostrarían que el mecanismo proyectivo, además de mecanismo defensivo estaría formando parte de la estructuración de la vida psíquica y de la intersubjetividad misma. Constituirían una evidencia de la base biológica de la empatía y de la posibilidad del terapeuta de realizar señalamientos adecuados a la vivencia de su paciente (Bleichmar 2000).

EFFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

Los estudios de neuroimagen utilizando Resonancia Magnética Funcional (RMf) y Tomografía por Emisión de Positrones (PET) han encontrado que no sólo la terapia cognitiva, sino también la psicodinámica tiene efectos mensurables sobre el cerebro. La psicoterapia analítica puede modificar la función y el metabolismo en áreas específicas del cerebro. La mayor parte de estos estudios han considerado a pacientes con desórdenes depresivos, han comparado los efectos de la psicoterapia con el de la farmacoterapia estándar y han concluido que la psicoterapia dinámica tiene un impacto significativo en la función y el metabolismo en áreas específicas del cerebro (Mundo 2006).

Slipp (2000) considera que las respuestas empáticas del terapeuta necesitan crear una sensación de seguridad en el paciente a fin de disminuir su vigilancia y sus defensas para permitir que aflore el material inconsciente, el que puede ser trabajado a través de la palabra, a fin de rectificar los contenidos de la memoria explícita.

En su análisis de la compulsión a la repetición, Freud (1914) explica cómo los contenidos traumáticos reprimidos y las relaciones conflictivas se repiten a lo largo de la vida de manera inconsciente. En este sentido, Freud consideraba que el foco del análisis debe estar en analizar la relación de la transferencia, donde esta repetición se hacía manifiesta.

Las investigaciones neurocientíficas modernas parecen confirmar una vez más las hipótesis clínicas Freud. Las memorias emocionales traumáticas reprimidas son codificadas en la amígdala y se actúan luego inconscientemente. Las experiencias traumáticas de la niñez se codifican en la amígdala y más adelante se reeditarán y se expresarán mediante el comportamiento, especialmente en la relación de la transferencia. El trabajar el trauma emocional a través de la palabra hace que estas memorias implícitas se vuelvan explícitas y las expone al juicio adulto. Cuando el terapeuta crea una condición de la seguridad, las viejas memorias pueden ser reexperimentadas. Las memorias ahora se experimentan como no amenazantes, disminuyendo la actividad de la amígdala. Gracias a la plasticidad cerebral, pueden establecerse nuevas conexiones entre corteza y amígdala. Este proceso es lento y puede explicar la necesidad de trabajar en varias sesiones en el análisis, reviendo

varias veces las relaciones con aquéllas figuras que habían amenazado la seguridad o la supervivencia del paciente (Slipp 2000).

Gracias al avance de las técnicas de neuroimagen, pronto podremos evaluar los resultados de la terapia de manera científica, midiendo estos cambios reales del cerebro. Estamos en el umbral de establecer un psicoanálisis científico, como investigación empírica proveyendo los datos que integran la mente y el cerebro. Estas técnicas nos brindan importantes herramientas para desarrollar una base empírica para la teoría y el tratamiento psicoanalíticos. Estas herramientas no estaban disponibles para Freud al final del siglo XIX. En el nuevo milenio, el sueño de Freud de un psicoanálisis con fundamento científico se está convirtiendo en una realidad (Slipp 2000).

Kandel (2007) insiste en que los cambios significativos que se consiguen con la psicoterapia se producen mediante cambios en la expresión de los genes que generan modificaciones estructurales en el cerebro. Cuando hablamos con el paciente, no sólo se establece un contacto visual y verbal, sino que la acción de los mecanismos neuronales del cerebro de quien habla tiene efecto sobre los mecanismos neuronales de quien escucha, y viceversa. Sólo si las palabras producen cambios en el cerebro de cada uno de los interlocutores, la intervención psicoterapéutica producirá cambios en la mente del paciente. En la medida que la psicoterapia funciona, no actúa sobre una única sinapsis, sino sobre funciones cerebrales, que son producto de muchas sinapsis entre las neuronas.

Por su parte, Linden (2008) mediante técnicas de neuroimagen funcional (RMf, Tomografía por Emisión de Fotón Simple -SPECT- y PET) ha objetivado alteraciones del funcionamiento cerebral en Trastornos Depresivos, Trastornos de Ansiedad, TOC, Fobias y ha mostrado que estas alteraciones revierten luego del tratamiento exitoso.

Aunque no sea necesaria la imagenología cerebral para demostrar que una psicoterapia ha sido exitosa, puede mostrarnos los cambios que se producen en el cerebro a través de la misma y facilitarnos la comprensión de los mecanismos cerebrales a través de los cuales se alcanzó este éxito.

EXPERIENCIAS TEMPRANAS - AMNESIA - REPRESIÓN - MEMORIAS

Existen pruebas de que la privación sensorial en las primeras etapas de la vida altera la estructura de la corteza cerebral. Los estímulos sensoriales y sociales ejercen un efecto constante sobre el cerebro y tienen consecuencias de diversa intensidad y duración. La consecuencia más clara y mejor comprendida es el aprendizaje, que se define como un cambio prolongado o incluso relativamente permanente de la conducta como resultado de la exposición repetida a un modelo de estimulación (Hubel y col. 1977). Las experiencias tempranas no son luego recordadas por el adulto. Hoy sabemos que esto no se debe a la amnesia infantil, como proponía Freud, sino que obedece a la falta de maduración de las estructuras mnésicas necesarias

para que las vivencias fueran almacenadas de modo de poder ser luego recuperadas como hechos autobiográficos. Sin embargo, estos hechos son almacenados de una forma diferente, y por las estructuras que sí se hallan operativas en esa temprana época, como memoria procedimental, o memoria no consciente.

LOS PROCESOS DE MEMORIA SE DIVIDEN EN:

1. Memoria Implícita – Procedural – Procedimental o Memoria inconsciente. Abarca el recuerdo de lo perceptivo y motor (manejar, escribir a máquina, tocar un instrumento). Las estructuras neurales en juego son los sistemas sensitivos y motores: Cerebelo, ganglios basales, sobre todo el estriado y Globus Pallidus. Estas estructuras son más primitivas, están maduras en los primeros meses de la vida y serían las encargadas de guardar las experiencias más tempranas (Kandel 2007).

2. Memoria Explícita – Declarativa – Autobiográfica. Codifica información consciente referente a hechos autobiográficos y el conocimiento objetivo, se relaciona con personas, lugares, hechos, objetos. Hipocampo y lóbulo temporal medial. Circuito de Papez: Hipocampo - mamillo - tálamo - cortical. Estas estructuras maduran más tardíamente y explican la no accesibilidad consciente de las primeras etapas de la vida.

El estrés en las primeras etapas de la vida, causado por la separación de la madre, produce una reacción en el niño que perdura en la memoria procedimental, el único sistema de memoria bien diferenciado que el niño dispone en esta etapa (Kandel 2007).

Bleichmar también ha investigado en este sentido y encuentra que los condicionamientos traumáticos inconscientes tienen una localización distinta que los que son registrados conscientemente, activan la amígdala y estimulan más “neurovegetativamente” al sujeto, lo que podría relacionarse con las enfermedades psicósomáticas. El proceso psicoterapéutico, al permitir un procesamiento consciente atenúa las respuestas emocionales de la amígdala. El poder hacer consciente, el poder relatar (poner en palabras) un condicionamiento emocional inconsciente atemorizante, produce efectos inhibitorios en la amígdala derecha, que pertenece al hemisferio que los estudios neurofisiológicos han mostrado que se activa más ante los estímulos displacenteros (Bleichmar 1999).

Otros estudios evidencian la posibilidad de controlar el dolor, la cual está relacionada con activación de la corteza cingulada anterior, Bleichmar encuentra significativo que el sujeto pueda modificar la actividad fisiológica de zonas del cerebro mediante actitudes mentales.

Algunos autores han intentado buscar las bases biológicas del inconsciente freudiano mediante experiencias de aplicación de resonancia magnética funcional. Lograron correlacionar el olvido voluntario con hiperactivación del cortex frontal dorsolateral e hipoactivación hipocampal. Sin embargo, las bases neurales de la

represión, o cómo ésta tiene lugar, continúan siendo un enigma (Anderson y col. 2004, Lin 2009).

Koch y col (2009) han llevado a cabo estudios mediante mediciones de laboratorio. La respuesta del adenosin monofosfato cíclico unido a proteínas y su interacción con el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) son elementos esenciales en la transducción de las señales en las redes neurales, importantes para la resiliencia celular y la neuroplasticidad. Ambos juegan un rol decisivo en la alteración de la neuroplasticidad que tiene lugar en el Trastorno Depresivo Mayor. Los autores habían demostrado previamente que el aumento del adenosin monofosfato en los linfocitos T se halla significativamente asociado a la mejoría clínica de los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos. Este estudio se focalizó en los pacientes portadores de depresión mayor tratados solamente con psicoterapia (interpersonal con una frecuencia de dos sesiones por semana). Se evidenció que el rápido aumento de monofosfato en los linfocitos estaba relacionado con la respuesta al tratamiento psicoterapéutico y no era dependiente de las intervenciones farmacológicas o de los niveles plasmáticos de BDNF.

Hasta el presente se han objetivado correlatos neurales en varios trastornos psiquiátricos (Linden 2008):

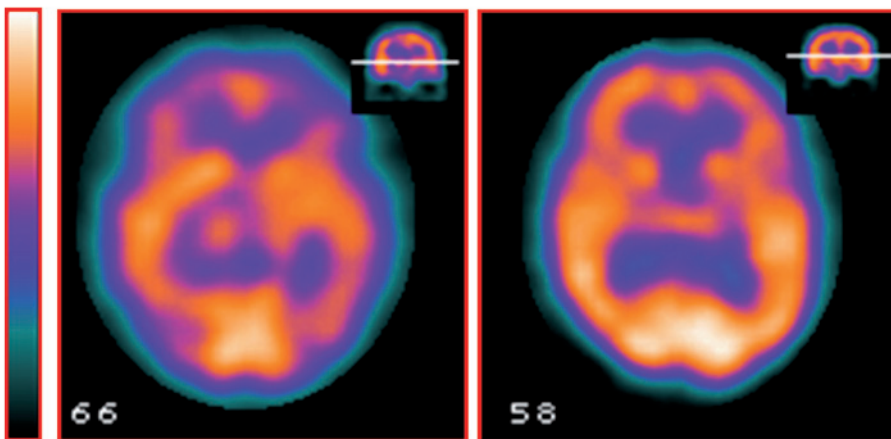
- » En los Trastornos de Ansiedad se ha objetivado hiperactividad de estructuras límbicas como la amígdala y de áreas paralímbicas prefrontales como la corteza orbitofrontal y el cíngulo anterior.
- » En el TOC se ha descrito, además, hiperactividad de la cabeza del núcleo caudado (s/t derecho) en reiteradas ocasiones .
- » En el Trastorno Depresivo Mayor: Hipoactividad en la corteza prefrontal, sobre todo dorsolateral, y el giro cingulado anterior, así como hiperactividad en regiones más basales del lóbulo frontal.
- » En la Esquizofrenia: Hipoactividad en la corteza prefrontal dorsolateral en relación con la sintomatología negativa e hiperactividad paralímbica en relación con la presencia de alucinaciones.
- » En los Trastornos Antisociales: Hipoactividad en la corteza prefrontal, sobre todo orbitofrontal, dorsolateral y frontal ventromedial.

Más recientemente, las técnicas de imagen de neuroreceptores mediante SPECT y PET han permitido evidenciar alteraciones en los principales sistemas neuroquímicos implicados en las distintas patologías psiquiátricas, en especial el dopaminérgico y el serotoninérgico.

A continuación se exponen las imágenes de SPECT cerebral pertenecientes a pacientes estudiados en la Unidad Docente Asistencial de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas (Montevideo).

El SPECT es una técnica de imagen funcional que mide flujo sanguíneo cerebral regional y proporciona una medida indirecta de la actividad neuronal, ya que ambos fenómenos se encuentran directamente relacionados y corren paralelos en casi todas las circunstancias fisiológicas y fisiopatológicas. El estudio del metabolismo de la glucosa a través del PET con FDG es una medida más directa de la funcionalidad neuronal. Esta técnica estará disponible en breve en nuestro país.

A continuación, se muestran las imágenes de SPECT cerebral de una paciente de sexo femenino, de 42 años, portadora de un TOC, antes y después de recibir tratamiento farmacológico más psicoterapia Cognitivo Comportamental. A la izquierda de las imágenes se observa una barra vertical angosta que corresponde a la escala de colores utilizada, donde el color superior corresponde al mayor nivel de perfusión. En la parte superior derecha de cada imagen se muestra el nivel del corte correspondiente en una vista frontal del cerebro.



Diciembre 2000

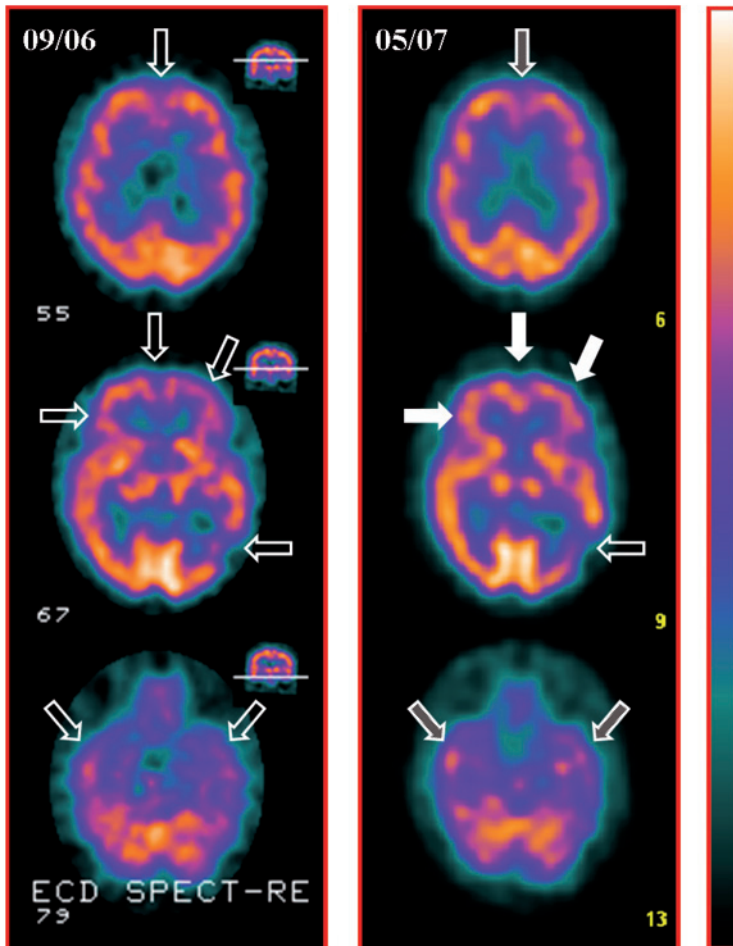
Octubre 2001

Obsérvese la hiperperfusión de la cabeza del núcleo caudado derecho en la primera imagen (coincidente con numerosos reportes de estudios de imagen funcional en este trastorno en la literatura internacional), que se ha normalizado en la imagen posterior, luego de 10 meses de tratamiento, lo que coincidió con mejoría del cuadro clínico de la paciente.

A continuación, se exponen las imágenes de SPECT cerebral de tres pacientes portadores de Trastorno Depresivo Mayor, diagnosticado clínicamente, antes y después de recibir tratamiento farmacológico con antidepresivos ISRS y psicoterapia.

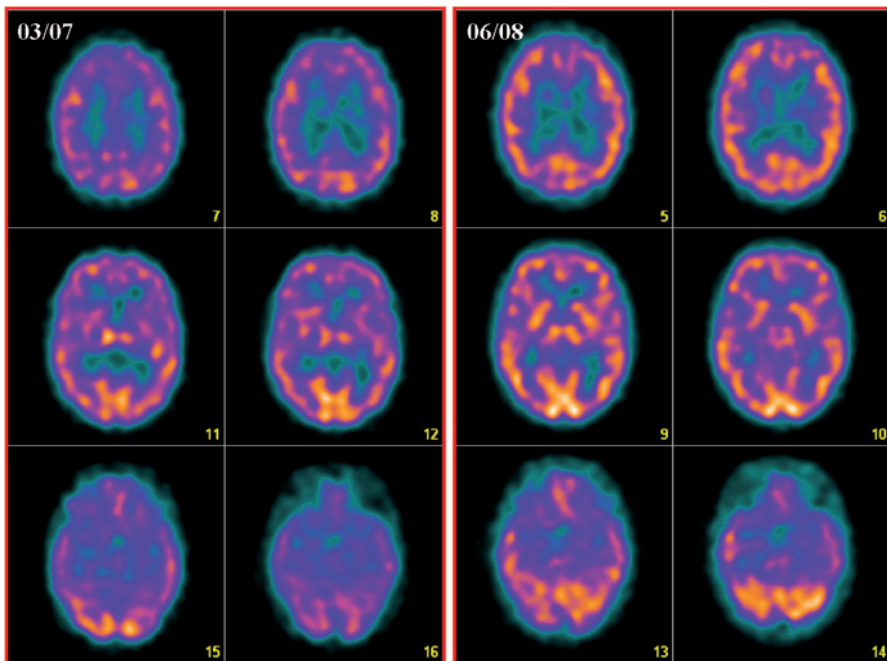
En cada caso se señalan: sexo y edad de los pacientes, así como las fechas de las respectivas tomas de imágenes de SPECT cerebral.

1. Paciente de sexo femenino, 38 años.



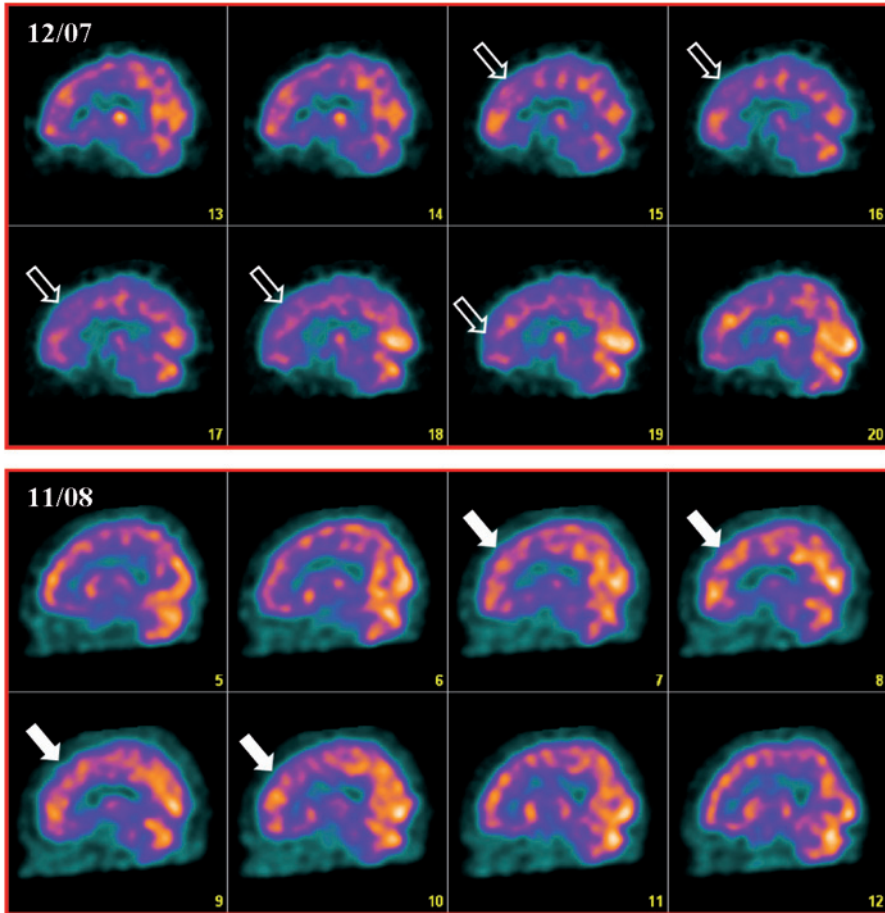
Las imágenes corresponden a una paciente de sexo femenino, de 38 años. Las flechas vacías muestran zonas de hipoperfusión. Siete meses después de iniciado el tratamiento farmacológico más psicoterapia de orientación analítica de una sesión semanal, se aprecia una mejoría global de las imágenes. Las flechas sombreadas muestran una mejoría parcial, y las flechas blancas una mejoría completa. La flecha vacía de la imagen central de ambos estudios señala un defecto focal en la corteza temporal izquierda, correspondiente a una secuela quirúrgica, que no se modifica luego del tratamiento.

2. Paciente de sexo masculino, 42 años.



En este segundo caso, el paciente presenta hipoperfusión extensa prefrontal, temporal, parietal y gangliobasal bilateral de grado moderado. Las imágenes post tratamiento, 15 meses después, muestran una normalización del flujo sanguíneo cerebral.

3. Paciente de sexo femenino, 36 años.



En el primer estudio (arriba) muestra hipoperfusión prefrontal a predominio mesial durante el período sintomático (flechas vacías). Casi una año después, el estudio post tratamiento (abajo) muestra reversibilidad casi completa de dichas alteraciones (flechas sombreadas), coincidente con mejoría clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud, S. Introducción del Narcisismo (1914). Amorrortu edit. vol XIV. Bs. Aires. p. 76
2. Freud, S. Más allá del principio del placer (1920). Amorrortu edit. vol. XVIII. Bs. Aires. p. 58.
3. Kandel E. Psiquiatría, Psicoanálisis y la nueva biología de la mente. Ars Médica. Barcelona. 2007.
4. Bleichmar, H. La empatía desde la perspectiva del enfoque modular-transformacional en psicoanálisis. Jornada anual de la Asociación Laureano Cuesta sobre empatía. Madrid, 2002.
5. Bleichmar, H. Influencia del medio externo en la modificación del cerebro. Revista Aperturas Psicoanalíticas. n°005.
6. Mundo E. Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible? *Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006 Winter;34(4):679-91.
7. Slipp S. Subliminal stimulation research and its implications for psychoanalytic theory and treatment. *J Am Acad Psychoanal*. 2000 Summer;28(2):305-20.
8. Linden D. Brain imaging and psychotherapy: methodological considerations and practical implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2008) 258 [Suppl 5]:71–75.
9. Hubel D, Wiesel T, LeVay S. Plasticity of ocular dominance columns in monkey striate cortex. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 278:377-409.1977.
10. Bleichmar, H. Diferencias de localización hemisférica entre estímulos displacenteros conscientes e inconscientes, y entre estímulos placenteros y displacenteros. *Aperturas Psicoanalíticas* 003.
11. Anderson Mc, Ochsner KN, Kuhl B. Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science* 2004 Jan 9;303(5655):232-5.
12. Lin Z, He S. Seeing the invisible: The scope and limits of unconscious processing in binocular rivalry. *Prog Neurobiol*. 2009 Apr;87(4):195-211. Epub 2008 Sep 7.
13. Koch J, Hinze-Selch D, Stingele K. et al. Changes in CREB Phosphorylation and BDNF Plasma Levels during Psychotherapy of of Depression. *Psychother Psychosom* 2009;78:187-192

HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA EN LA CLINICA PSIQUIÁTRICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

OSCAR COLL¹

La introducción de conceptos y técnicas psicoterapéuticas dentro del seno de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, provenían de los movimientos científicos que se daban básicamente por aquel entonces en las principales ciudades europeas, que en las primeras décadas del siglo pasado eran las rectoras de los conocimientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, aunque también es de resaltar la vinculación con la comunidad científica Argentina.

Podríamos describir tres etapas en la historia de la psicoterapia dentro de la Clínica Psiquiátrica.

La primera etapa la ubicaríamos en la década de 1940 en donde comienzan a llegar los primeros conceptos psicoanalíticos.

Es con la Cátedra del Prof. Dr. Antonio Siccó donde se comienza con la aceptación e introducción en el seno de la Clínica de las primeras ideas del psicoanálisis.

Nos basamos en parte para la reconstrucción de esta primera etapa en el trabajo de investigación del Prof. Daniel Murgía (1) en donde cita: “ Siccó con una sólida formación bióloga y somato-funcional fue permeable a las nuevas ideas y recibió el impacto de los nuevos conceptos que comenzaban a tener vigencia en el mundo científico y así se abre a las nuevas concepciones psico y somatogénicas”

Agregaríamos que leyendo los trabajos de Siccó de aquella época, vemos que él incursiona en una comprensión psicopatológica psicoanalítica en algunas enfermedades psiquiátricas.

Siguiendo con Murgía escribe: “ En la década de 1940 comenzaron los primeros estudios psicoanalíticos”.

“ El Dr. Valentín Pérez Pastorini (1895-1948) fue el iniciador al ser el primer médico uruguayo analizado en la Argentina, lo siguió el Prof. Agdo Dr. Adolfo Agorio y luego el Dr. Miguel Sesser.

Durante la década de 1950 la llegada al país del analista francés, Sr. Willy Baranger y su esposa ambos enviados por la Sociedad Psicoanalítica Mundial, con intensa actuación en la Argentina, propició un empuje de los estudios psicoanalíticos,

1 Médico Psiquiatra- Psicoterapeuta. Ex- Prof. Adj. especializado en psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

un gran contingente de psiquiatras se orientó por este camino del pensamiento constituyendo un numeroso grupo que ha continuado aumentando con el transcurrir del tiempo”.

Ubicaríamos una segunda etapa a partir de 1956 cuando accede al cargo el nuevo catedrático, el Dr. Fortunato Ramirez, con sólida formación neurológica y con buena formación psicoanalítica y fenomenológica-existencial.

Se interesa por la integración de conceptos somato-funcionales y psicoanalíticos, como de la articulación de técnicas psicoterapéuticas creando el método “dinámico-conductual” que aplica el entrenamiento autógeno de Schulze e ideas del psicoanálisis.

También se empiezan a realizar en esta época los primeros tratamientos psicoterapéuticos y se crean los primeros cargos docentes especializados en psicoterapia que se extenderían excepto por unos pocos años hasta el día de hoy.

Entre los primeros en ejercer dichos cargos de una larga lista habría que citar al Prof. Luis Prego, al Prof. Esteban Gaspar y también desde otros cargos de la Cátedra al Prof. Jorge Galeano Muñoz que fue enseñando la psicoterapia analítico-existencial.

Según reconstrucciones de actas de la cátedra de aquel entonces así como diversas publicaciones (2,3,4,5,6,7) vemos que comenzaron a integrarse numerosos docentes colaboradores que marcaron escuela en nuestro medio, aquí habría que citar al Sr. Willy Baranger, Dr. Héctor Garbarino, Dr. Tomás Bedó, Dr. José L. Brum entre muchos otros.

Todos ellos fueron aportando experiencia al trabajo psicoanalítico y en su más profunda vocación por la enseñanza y el quehacer psicoterapéutico nos han dejado un legado enormemente rico para nuestra cultura.

También se fueron incorporando nuevas líneas psicoterapéuticas como el psicodrama y la psicoterapia conductual en donde es de resaltar la actividad pionera del Dr. Juan Pedro Severino y al Dr. Hugo Trenchi respectivamente.

Así en pocos años había a nivel de la Cátedra varias líneas de psicoterapia: psicoterapia psicoanalítica individual y grupal, el psicodrama y el conductismo.

Es de resaltar la actividad pionera de esta etapa, muy lejana a lo que entendemos hoy por psicoterapia en el Hospital.

La psicoterapia hacía sus primeras experiencias en el hospital Vilardebó en donde las condiciones eran realmente difíciles para su realización, y posteriormente luego de un tiempo se empezarían a realizar en el Hospital de Clínicas.

Sin ese afán y extrema convicción en sus ideas no hubiera sido posible llegar a la etapa en que hoy estamos.

Todas estas corrientes e integración de técnicas se continuaron con el siguiente catedrático el Prof. Juan Carlos Rey, un importante número de excelentes psicoanalistas y psicoterapeutas analíticos fueron aportando sus experiencias y construyendo las bases del actual área de psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica, citarlos a todos sería una tarea ardua y difícil y con la posibilidad de ser injusto con algunos de ellos al no citarlos, pero si que sientan que éstas experiencias se siguen

transmitiendo hasta el día de hoy y conforman la base de nuestra tradición histórica como psicoterapéutas en el seno de la Cátedra de Psiquiatría.

Tendríamos entonces una primera etapa en la Cátedra de psiquiatría en donde se incorporarían los primeros conceptos psicoanalíticos, luego una segunda etapa donde se incorporarían experiencias y diferentes abordajes psicoterapéuticos y la creación de cargos docentes especializados en psicoterapia.(8)

La tercera etapa la podemos ubicar en el año 1986, que continuará hasta el día de hoy, es cuando asume el Prof. Enrique Probst; vuelven muchos terapeutas al Hospital, y también se juntan una serie de cargos docentes especializados en psicoterapia conformando un área.

Aquí confluiría la vertiente de terapeutas que históricamente venía trabajando como ya expusimos anteriormente, con un grupo de cargos docentes especializados en psicoterapia en distintas líneas (psicoanalítica, familia, psicodrama, terapia del comportamiento, técnicas de relajación).

Se crea un importante programa de psicoterapia individual.

Posteriormente se irían agregando otras líneas de psicoterapia importantes en el quehacer psiquiátrico, tales como grupo de escucha de pacientes psicóticos, psicósomáticos, etc.

A esta actividad se le agregó un curso de introducción a las diferentes líneas psicoterapéuticas, en donde concurren los post-grados de psiquiatría como actividad curricular y de otras especialidades en forma optativa.

Después se creo otro espacio que fue el ateneo, que en una primera instancia era un ateneo con las principales líneas de psicoterapia en nuestro medio, era un ateneo centrado en la docencia más que nada. Pero con el transcurrir del tiempo se generaron algunas dificultades epistemológicas y se fue paulatinamente cambiando, centrando sobre todo el ateneo en una actividad psicoanalítica pero en donde aproximadamente una vez por mes llega material clínico de otras corrientes y técnicas (familia, terapias de grupo, grupo de psicóticos, etc.) lo cual enriquece enormemente a los diferentes técnicos que concurren.

Ha cambiado también que el Ateneo actualmente tiene más que un fin docente, tiene también un fin de intercambio de experiencias y también sobre todo un fin centrado en la asistencia y centrado para el beneficio del paciente y del técnico.

Muy importante fue la creación de los locales de psicoterapia, que se hicieron con mucho esfuerzo, en un medio hospitalario que carecía de recursos, en donde hubo que recurrir a donaciones y en una cadena de sucesivos esfuerzos que parecían no terminar nunca en medio del escepticismo y la desconfianza de muchos, pero al final se llega a su terminación.

Y así se hicieron locales de psicoterapia especialmente adaptados para terapia familiar, psicoterapia de grupo, trabajos en seminarios, etc. Todo esto marcó también un hito muy importante en el desarrollo del área.

Lo cierto es que llegando a la actualidad, es sorprendente ver que en estos años se han tratado cerca de 1.000 pacientes en las diferentes líneas de psicoterapia.

Se dispone de una gran variedad de técnicas psicoterapéuticas, individuales, grupales, de familia, de adolescentes, abordajes por enfermedades(psicóticos, psicosomáticos, en trastornos de la alimentación, etc).

La psicoterapia analítica individual tiene 50 pacientes en tratamientos en una modalidad donde cada terapeuta tiene un supervisor.

Los supervisores son un puntal muy importante en esta actividad, se reúnen en los ateneos y se intercambian las experiencias clínicas y terapéuticas.

También otro elemento importante que se ha ido insertando a todo este andamiaje es incorporar al área de psicoterapia, métodos de evaluación y de investigación, especialmente metodología cuantitativa que permite cuantificar el grado de mejoría del paciente.

Esta área es una actividad bastante pionera en nuestro medio, en donde al final de cada año se presentan los resultados en jornadas. Hay todo un trabajo de investigación inserto en este programa, que mide los resultados, que mide el proceso, todo basado en metodología cuantitativa y el resultado de estas investigaciones año tras año, se van volcando los resultados en las jornadas científicas del mes de octubre.

Pero también no se dejan de lado las investigaciones cualitativas basadas sobre todo en el método clínico, o sea en la profundización de casos clínicos y profundización en aspectos técnicos de tan larga y rica producción en nuestro medio.

Si uno ve estos últimos 15 años con una mirada retrospectiva, ve esta tercera etapa un área de psicoterapia muchísimo más desarrollada, en donde se combinan los aspectos asistenciales, docentes y de investigación en un todo articulado.

Un capítulo aparte se refiere al denodado esfuerzo de los terapeutas que con su dedicación colaboran en la mejoría de los pacientes, también sería una lista larga de citar a todos aquellos que por su vocación de aprender y de ayudar a los demás han hecho del área de psicoterapia un todo vivo y de permanente aprendizaje y lo más importante el haber colaborado en la construcción y mantenimiento de la tradición de la psicoterapia en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

- » Murgia, D.(1987): Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. N° 309.
- » Anales de la Clínica Psiquiátrica. Tomo I . 1958
- » Anales de la Clínica Psiquiátrica. Tomo II. 1959.
- » Anales de la Clínica Psiquiátrica . Tomo III. 1961.
- » Anales de la Clínica Psiquiátrica. Tomo IV. 1965.
- » Anales de la Clínica Psiquiátrica. Tomo V. 1967.
- » Anales de la Clínica Psiquiátrica. Tomo VI. 1969.
- » Ginés, A. (1998). 90 años de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

CAPITULO II

**DISTINTAS PERSPECTIVAS TEÓRICO-
METODOLÓGICAS DE LA PSICOTERAPIA
EN EL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA.**

PSICOTERAPIA GRUPAL CON ADOLESCENTES EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

SYLVIA PALERMO - JULIA PERELMAN - ANA PALERMO

HISTORIA Y CONCEPTUALIZACIONES

Recordar los orígenes, es haber escrito historias compartidas en una sociedad dinámica, que nos exige constantes reflexiones frente a lo imprevisto de los cambios.

Es ir construyendo nuevos discursos a partir del cuestionamiento de viejos paradigmas que nos permite hablar del surgimiento de nuevas subjetividades.

Se trata no sólo de pensar los adolescentes de hoy, sino también a los técnicos, insertos en el trípede familia-institución-sociedad, como buscadores de sentido que ayuden a soportar el malestar de la civilización.

Nuestros orígenes con respecto a crear un espacio con adolescentes, se remontan al año 1989 después del advenimiento de la democracia, que trajo aparejada transformaciones de base que se enmarcaron en el Programa Nacional de Salud Mental.

Surge entonces, en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, el primer programa de psicoterapias en nuestro medio, en un servicio público de salud universitario, donde coexisten diferentes orientaciones psicoterapéuticas: psicoanalítica, psicodramática, sistémica, terapia de la conducta en abordajes individuales, grupales y psicosociales

Teniendo como referencia dicho programa, se organizó un espacio docente, asistencial, y de investigación para los adolescentes y sus padres, que dio respuesta a una necesidad institucional.¹

1 Evidenciada por estudios estadísticos realizados en la Policlínica de Psiquiatría que mostraron un alto porcentaje de jóvenes entre 14 a 20 años que consultaban en la institución- El 52% de la consulta general, correspondían a menores de 30 años, con una frecuencia máxima a los 16.

FUENTE: Aguirre, F.; Bañales, P.; Gerpe, C.; Avigliano, R.; Fernández Castrillo, B. (1989) “*Equipo de Recepción: una respuesta interdisciplinaria a la demanda del paciente ambulatorio en psiquiatría.*”

Se crea un área específica que a través de los años ha sufrido algunos cambios en su estructuración.

Los objetivos apuntaban al logro de una atención especializada para los adolescentes, ya que es una población vulnerable de alto riesgo. Se buscaba a su vez que fuera eficiente, en tanto acortaba los tiempos para acceder a la consulta lo que tenía un fuerte impacto a nivel individual, familiar, en el desempeño educativo y en la inserción a las instituciones educativas.

Concomitantemente daba respuesta a una necesidad institucional de brindar asistencia cubriendo la demanda hospitalaria que surgía de la investigación reseñada. Todo esto enmarcado en una política universitaria que prioriza la investigación, la extensión-asistencia y la docencia.

El equipo de Adolescencia abarcaba tres áreas:

- » un grupo interdisciplinario de recepción, formado por psiquiatra, psicólogo y lic. en trabajo social que en un encuadre específico evaluaba, orientaba y derivaba al adolescente y sus padres, teniendo en cuenta los recursos asistenciales que estaban creándose
- » un ámbito para los padres, cuyo propósito era de esclarecimiento y orientación
- » dos grupos : de 14 a 16 y de 17 a 21 años, en coterapia psiquiatra y psicólogo con orientación psicoanalítica en modalidad de grupo abierto.

Estos tres módulos trabajaban en forma independiente, pero en coordinación permanente, lo que enriquecía la producción teórico-práctica a partir de la conjunción de diferentes miradas.

La experiencia fue demostrando que los adolescentes de 14 a 16 necesitaban otro tipo de abordaje, que permitiera un insight del conflicto ya que eran traídos por su familia, o enviados por las instituciones.

Es así que se abre un grupo para esta franja etaria, de psicodrama de orientación psicoanalítica, que a través de la escena permita una descentración del afuera social al adentro grupal. La escena funciona como un tercero potencial, que no está adentro, ni afuera y que le va permitiendo un hacerse cargo de la conflictiva. No es un guión teatral, sino que es un drama que se despliega desde lo latente y se va creando entre todos, permitiendo una elaboración individual y grupal.

La conformación de este modelo fue cambiando a punto de partida de las necesidades y cambios institucionales y sociales.

Se estableció una modalidad de diagnóstico grupal, que apuntaba a descubrir desde el primer encuentro de la institución con el adolescente, las posibilidades de grupabilidad.

Lamentablemente por carencias y cambios en los recursos humanos, no se pudo continuar con una experiencia que para nosotros fue valiosa y eficaz.

Actualmente no hay un modelo específico para el ingreso del adolescente, sino que sigue los cánones institucionales generales de ingreso de cualquier paciente de la clínica.

A nivel de los grupos, hubieron cambios y funciona un solo grupo que abarca distintas edades y patologías.

Recordemos que el abordaje grupal había tenido grandes progresos durante la década del 60 al 70.

Al decir de Mercedes Garbarino “este corte abrupto en el tiempo y el espacio motivó que la continuidad no pudiera confrontar con lo nuevo y así la creación y el cambio quedara detenido y bloqueado...”²

A esta compleja realidad humana se suman los cambios sociales y culturales que llevan a una tendencia al individualismo, desarticulando las posibilidades de establecimiento de vínculos.

También desde la formación de los terapeutas se ha sobrevalorado lo individual sobre lo grupal, lo que reducía las posibilidades de formación en esa área.

Nuestros marcos teóricos y técnicos provenían de otras realidades sociales y culturales, por lo que se necesitó una malla de apoyaturas múltiples desde la clínica (Policlínica Psiquiátrica) y desde la supervisión, es desde allí que se generó un espacio para pensar, para confrontar distintas teorizaciones y recursos técnicos, para crear un nuevo modelo con propuestas más dinámicas y ajustadas al devenir adolescente.

Es así que “el complejo y penoso corte de la memoria se comenzó a cubrir...”³

2 Garbarino, M, *Terapia grupal psicoanalítica ¿una transgresión?*, en Klein, A, Palermo, S, Palermo, A, Perelman, J,(1997) *De la paradoja al grupo: el adolescente a nivel hospitalario y comunitario*,(p. 20) Montevideo Roca Viva.

3 *Ibíd.*

EL NUEVO MODELO

¿Por qué trabajar en grupos? Porque el grupo es un soporte vincular privilegiado que ayuda a sobrellevar los sentimientos de vacío, soledad, a la vez que constituye un lugar para pensar y pensarse.

En este proceso se complejiza y semantiza el aparato psíquico generando subjetividades.

Entendemos subjetividad como producto del vínculo intersubjetivo, que al mismo tiempo es creador de subjetividades, aquello que se intercambia entre los sujetos.

La nueva modalidad de trabajo en grupo abierto constituyó un desafío creativo para la institución y los técnicos implicados en el proceso, y un compromiso solidario a largo plazo. No existían modelos teóricos que encuadraran nuestra tarea hospitalaria, ya que era la primera vez que se ponía en práctica una forma de trabajo grupal con un encuadre con características propias: abierto en el sentido de presentar una dinámica de aperturas y cierres permanentes en cada sesión. Existían asimismo períodos de cierre momentáneos, dependiendo del momento de la dinámica grupal.

Desde el encuadre se habilita la entrada de nuevos integrantes en cualquier momento, así como la salida y el retorno al grupo cuando cada uno lo necesite, lo que trae aparejado cambios en relación con el trabajo en un grupo cerrado

Cada paciente puede elegir el momento de concurrir o faltar, ya que no se interpretan las ausencias.

Los elementos fijos lo constituye el lugar físico, el día, hora y duración de la sesión y los coterapeutas.

Otra particularidad de este encuadre, es el hecho de no existir el concepto de alta (en el sentido médico) ni concepto de finalización del grupo, dado que no hay límite temporal.

GRUPO – TERAPEUTAS E INSTITUCIÓN

El encuadre abierto sin tiempo, dramatiza la paradoja adolescente

Hay un juego de paradojas que aparece en tres niveles:

grupo, pareja terapéutica e institución ⁴

4 Basado en Klein A., Palermo S., Palermo A., Perelman J.(1996) "*Trabajo grupal con adolescentes... Juego de paradojas*" Presentado en el Pre-Congreso de 24-25 de mayo de 1996 (FLAPAG) en "*Los vínculos en la sociedad actual*" AUPCV Montevideo Ed. Roca Viva (1997)

DESDE EL GRUPO

Existen dos niveles en la configuración de tiempo y espacio.

Por un lado, el grupo demanda un lugar de reaseguramiento contra un afuera hostil y peligroso. Se busca un espacio narcisístico, donde el otro funciona como espejo, semejante a la sociabilidad sincrética planteado por Bleger (1980) Estados de no discriminación donde se juega el lenguaje no verbal y que no son fácilmente evidenciables.

Se tiende a la fusión del grupo, funcionando como un espacio narcisístico, que está en relación con lo endogámico, con el encerramiento familiar. El grupo se constituye en el único dador de seguridad y amor.

A partir de las vivencias del espacio como paraíso asexuado, comienza una vivencia de lo siniestro, relacionable a la noción de grupo como boca engullidora (Anzieu 1986), convirtiendo al grupo en un lugar terrorífico, del cual es necesario escapar. Quizás este sea el motivo del ausentismo de los adolescentes a los grupos, que consideramos una etapa necesaria que el adolescente debe experimentar.

El tiempo de este espacio es un tiempo de repetición, un presente eterno, inmutable, donde no se diferencia pasado y futuro. El tiempo surge como un caos, y el adolescente queda ubicado en un lugar pasivo.

Pensamos que es un tiempo atemporal, siempre igual a si mismo, que se acerca al tiempo mítico de la religión. Un tiempo circular que el mito griego ejemplifica. Pensemos en el Mito de Sísifo. Este rey fundador de Corinto es condenado por toda la eternidad a cargar por una ladera una piedra gigantesca, la que caerá repetidamente y no le permitirá llegar a la cima de la colina. (Graves 1985).

Simultáneamente se demanda un espacio discriminante, donde existe otro semejante, que permite el existir a través de la diferenciación yo- no yo.

Hay una sucesión temporal, un tiempo del transcurrir histórico, que permite los cambios y marca un itinerario hacia la catectización del futuro conduciendo a la elaboración de un proyecto de vida con una identidad propia. Esto le permitirá la salida del grupo, salida exogámica-a través de lo simbólico y mediante la elaboración de lo edípico- en una red con lo social.

Es importante destacar que ambas demandas coexisten en un mismo tiempo y con la misma necesidad, sin conflicto, de ahí su condición paradójica. De alguna manera se anudan ambas demandas: lo simbiótico y lo discriminante, lo regresivo y la apertura al futuro.

DESDE LOS TERAPEUTAS.-

La paradoja que se instala en esta dimensión implica a la pareja terapéutica como dos co-inconscientes trabajando simultáneamente en una actitud diprosopónica (del griego dos rostros): una cara que asume lo narcisístico y reasegurador, la otra que apunta a lo simbólico y discriminante. Ambas paradójicamente adecuadas y necesariamente presentes.

El tratamiento individual, si bien apunta a ambos polos trabaja desde la transferencia paciente-terapeuta, en el trabajo grupal, se da desde dos inconscientes en un juego intertransferencial simultáneo, lo que redimensiona y plantea importantes diferencias.

DESDE LA INSTITUCIÓN.

Coexistirían sin conflicto una institución metonímica donde prevalece la historia y necesidades institucionales frente a las individuales, a la vez que una institución metafórica que contrariamente apunta a las necesidades individuales, a la creatividad, la construcción de algo nuevo.

Para Kaes(1993) la institución metonímica y metafórica están en permanente conflicto, son excluyentes.

Para nosotros los dos tipos de instituciones son necesarias y paradójicamente adecuadas.

Desde lo metonímico el adolescente busca y necesita de una institución que funcione como padres protectores, escuchándolo y cuidándolo.

Desde lo metafórico, en cambio, demanda paradójicamente una institución que le dé la posibilidad de poder hablar por sí mismo, reclamando un protagonismo diferenciador.

CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL ENCUADRE ABIERTO

Este dispositivo de grupo abierto determina, a nuestro criterio, consecuencias inéditas, que intentaremos plantear a través de tres ejes: ⁵

- » Eje de la resignificación
- » Eje topológico
- » Eje transferencial

5 En Palermo S., Perelman J., Palermo A., Klein A.(2000) Trabajo presentado en las" X Jornadas Científicas en Psiquiatría"

EJE DE RESIGNIFICACIÓN

Suponemos que la posibilidad de que el adolescente pueda estar, irse, o volver al grupo, implica una dinámica decisiva para éste. Desde el momento en que el encuadre, habilita la posibilidad al adolescente de no perder su lugar por el hecho de no venir por un tiempo, persiste en el grupo una presencia psíquica más allá de su ausencia física.

Por tanto, existe un grupo que está trabajando en el encuentro semanal; pero hay también otra realidad virtual, constituida por aquellos que pueden entrar al grupo en cualquier momento, y aquellos que se fueron y pueden volver,

Cada uno de estos movimientos: la llegada de uno nuevo, el retorno de otro, implica a nuestro entender una modalidad fundamental, la exigencia de un trabajo de resignificación permanente.

Proponemos el mecanismo de resignificación como aquel proceso que tiene características similares a lo que implica el concepto de pulsión en el sujeto, en tanto que señala una movilidad permanente, cuyo sentido no está en un fin ulterior, sino en el proceso mismo de resignificación. Pensamos en esa característica que remarca Laplanche-Pontalis acerca de la pulsión: "... una orientación general... (que) subraya el carácter irrepresible del empuje más que la fijeza del fin y del objeto".⁶

Creemos que este trabajo de resignificación en sí mismo favorece que se despliegue la problemática adolescente en forma de dramática.

Como señaló un integrante del grupo en la sesión; "lo que dice X, es lo mismo que lo mío, pero lo veo como en una película".

Proponemos analizar el proceso de resignificación, a través de las siguientes variables: el tercero potencial, el ausente, el que retorna, y la historia grupal.

1.1.- EL TERCERO POTENCIAL

Es aquel desconocido genérico, potencial, que puede entrar en cualquier momento en el grupo, implicando así la imposibilidad de que el grupo se transforme en un ideal cerrado sobre sí mismo. Se pone en marcha de este modo, un proceso de ruptura y apertura que no permite que el grupo se convierta en un Archigrupo, noción que define Kâes (1977) como grupo depositario de elementos omnipotentes. Desde este punto de vista, aquello que Anzieu (1986) define como grupo, como una envoltura que permite que los individuos se mantengan juntos.

Este límite- piel, que señala una frontera entre un adentro y un afuera, reclama desde nuestro dispositivo, un tratamiento especial, más ambiguo y menos demarcatorio.

6 Laplanche-Pontalis (1977). *Diccionario de Psicoanálisis* (p. 337) Barcelona Ed. Labor SA

1.2.- EL AUSENTE

Entendemos por tal, aquél que participó en el grupo y que sabemos que ya no volverá. Son determinados integrantes que a pesar de que ya no asisten, han dejado una huella en el grupo: a veces en las asociaciones, se los relaciona en el aquí y ahora grupal.

Podríamos asimilar a esta figura del ausente operando dentro de la economía psíquica como si fuera un resto diurno:

“El grupo como el sueño es el debate con un fantasma subyacente” (Anzieu 1986)⁷

Los sujetos humanos van a los grupos de la misma forma que al dormirse entran en el sueño, “El grupo es un sueño.”

Desde nuestra hipótesis, la huella que deja el ausente, puede en algunas ocasiones operar en forma dinámica como resto diurno grupal, y que comparte las características de una apariencia insignificante que entrañan contenidos reprimidos.

1.3.- EL QUE RETORNA

Sería aquel que, dejando el grupo, se va para volver. Retorno que opera desde una convicción: el grupo, los terapeutas y el adolescente, saben que habrá un retorno. Nos parece que existiría la necesidad de experimentar en el afuera lo trabajado en el grupo, para luego volcarlo nuevamente. Podríamos pensar que hay cierta reordenación entonces entre el adentro y el afuera. Se necesita vivir una experiencia en el afuera para luego retornar a un adentro. El grupo no es ni puede ser todo; esta experiencia vital de retorno, redimensiona los límites grupales.

1.4 HISTORIA GRUPAL

A nuestro entender, más que Yo Piel Grupal, es la historia grupal la que ocuparía una función de contención y de identidad. Cumpliría una función de continuidad, mas allá del cambio posible que se genere en el grupo.

¿Dónde se ubicaría la historia grupal?

Pregunta que consideramos es de especial relevancia.

La historia grupal, ¿está en el grupo, en el equipo de terapeutas, o en ambos?

La respuesta no es sencilla. Si suponemos que la historia grupal es una continuidad abarcadora más allá de los cambios, parecería necesario señalar que está sustentada desde los terapeutas ya que son éstos, los que tienen la continuidad del grupo, pero terapeutas sin grupo, no existen. Entonces, quizás, la historia grupal se encontraría en los intersticios y canales de comunicación, que existen entre el grupo y el equipo de terapeutas.

7 Anzieu D. *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal* (p..69) Madrid Biblioteca Nueva

Ubicamos dentro de este campo vincular entre otros, al par transferencia-contratransferencia.

Dentro de esta historia, coexistiría el cambio como el no cambio.

La historia grupal es uno de los códigos que consolidan al grupo, permitiendo un transcurrir que da coherencia y cohesión a las producciones grupales.

No coincidiría totalmente con la ilusión grupal, mientras que en ésta predomina una sensación de bienestar, euforia e idealización atemporal, en la historia grupal surgen además, sentimientos de decepción y/o fracaso, que se ordenan en secuencia cronológica, instaurándose el presente, el pasado y el futuro.

La historia grupal, nos permite asimismo redefinir los polos isomórfico y homomórfico en el grupo, replanteándolos como una tensión permanente, a través de un sistema de vasos comunicantes.

Los momentos de discriminación e indiscriminación, se van sucediendo alternativamente.

La continuidad del grupo queda garantizada a través de la historia grupal, un organizador del grupo, la memoria grupal que oficia como vínculo que conecta tanto a los miembros presentes como a los ausentes, con la institución y los coterapeutas

EJE TOPOLOGICO

Creemos que el dispositivo que utilizamos, recoge algo de la realidad espacial adolescente, que no admite límites netos o separaciones rigurosas. El espacio adolescente requiere bordes diferentes a los que rigen para las pautas adultas, necesita de una cierta permeabilidad, donde el adentro y el afuera no son espacios definidos a priori.

Por otro lado, constatamos que existiría una preservación del espacio íntimo que supera la dicotomía dentro- fuera. Dicho espacio se va desplegando a medida que el grupo va poniendo en juego una operativa de ligazón y asociación, propias del preconsciente. La consolidación de un espacio íntimo es un buen índice de que el grupo es creativo y confiable.

Como ya señalamos anteriormente, la perspectiva del adentro y el afuera del grupo, no se puede ver como espacios definidos y distantes.

¿Se podría asimilar el adentro del grupo con lo endogámico, y el afuera del mismo con lo exogámico?

Creemos que pensar sólo desde esta perspectiva, es empobrecedor.

Endogamia- exogamia, es un proceso que tiene que ver con el grupo como totalidad, pero entendiendo que el mismo es inseparable de atravesamientos sociales e institucionales.

Parece más interesante, en el adolescente, poder estudiar las relaciones entre ambas, ya que difícilmente el adolescente, se ubique en una u otra, y ahí es donde nos parece, debemos estar más atentos.

EJE TRANSFERENCIAL

Podría suponerse que desde el dispositivo que autoriza la salida y la entrada permanente de adolescentes, se acentúa una imagen de los terapeutas desde la inmortalidad, son los que están más allá de cualquier cambio posible, terapeutas interminables que ofician como aseguradores de una presencia que está fuera de cualquier alteración.

Nos parece necesario, distinguir en este análisis, lo que es el lugar de la función del terapeuta, y su función. El lugar del terapeuta, se despliega desde el dispositivo mismo, garantizando la continuidad. Por otro lado la función del terapeuta, la ubicaríamos más en el renunciar al juego perverso de dominación y omnipotencia que tiende a surgir como efecto del lugar de terapeutas.

Así, mientras desde el lugar, se alienta la omnipotencia, la homogeneidad, y la continuidad, la función por el contrario, debería apuntar a la mortalidad, al cambio, y a la autocontención.

Profundizando un poco más diríamos que lugar y/o función podrían relacionarse, al vínculo que mantenemos, con lo institucional.

El equipo de coordinadores se apoya en la institución, ya que es ésta, en definitiva, la que garantiza la continuidad. Pero al mismo tiempo la función implica que desde lo terapéutico deba ponerse en juego, algo anti-institucional.

Desde lo anti-institucional se favorece el crecimiento del espacio íntimo, como espacio diferente, confiable, seguro, aunque finito.

En la medida en que lugar y función no se diferencien adecuadamente, se podría caer en una confusión indiscriminada. Una de sus consecuencias, sería un incremento de la transferencia positiva, pues el lugar de inmortalidad anula la función terapéutica de la discriminación.

En este caso ¿dónde se jugaría la agresividad?, se corre el peligro de que la misma se actúe en otros ámbitos: el liceo, la familia.

Bernard (1995), define el rol del terapeuta grupal como co-pensar, apuntando con esto a la posibilidad de pensar con el grupo y no por el grupo.

El saber del terapeuta, está permanentemente en revisión, por la dinámica misma del dispositivo.

Podríamos también pensar acerca del lugar del terapeuta, en relación a lo que Winnicott (1972) llama: necesidad del parricidio simbólico, en la adolescencia.

Observamos que muchas veces los adolescentes, no toleran de los terapeutas, cambios a las pautas establecidas en el contrato, por ejemplo, no cumplir con los horarios, faltar sin aviso, suspensiones. Hay una exigencia de continuidad y permanencia, que implica una preservación más allá de cualquier cambio o transformación de los terapeutas, característica que habíamos señalado en relación al lugar del terapeuta.

En este sentido, el grupo es un lugar de no parricidio.

Nuestra hipótesis es que desde el lugar terapéutico, por sus efectos de continuidad y omnipotencia, el parricidio no se efectúa. Desde la función terapéutica, debería operar la posibilidad de marcar la diferencia con una imagen de padres todopoderosos, vale decir que el parricidio es una experiencia que es posible desde la función, pero que a su vez debe encontrar un límite que la haga imposible, desde el lugar del terapeuta.

A través del grupo se legaliza simbólicamente una transgresión, pues al mismo tiempo que impedimos nuestro parricidio, lo hacemos efectivo, a través de nuestra castración

Para concluir, quisiéramos destacar, que a pesar de todas las dificultades que van surgiendo en nuestro trabajo, rescatamos la posibilidad de contar con un espacio de elaboración desde lo institucional, a partir del cual, podemos generar espacios de elaboración pre-conciente en nuestros pacientes.

En este sentido, la institución se juega en el grupo, y a través nuestro, el grupo se juega en la Institución.

LA DESPEDIDA EN EL GRUPO

¿Cómo se resignifica la finalización del proceso terapéutico, cuando no existe un límite temporal ni parámetros de alta prefijados?

Freud (1937) en “Análisis terminable e interminable”, considera, que aunque se ayude al yo a enfrentar un conflicto actual, no por ello se habrá afectado su capacidad para vérselas con otro.

Este aspecto se vuelve más significativo en la adolescencia, si pensamos que es una etapa de vida plena de cambios, rupturas, paradojas, donde hay un proceso continuo de re-encastre psíquico para adaptarse a las nuevas situaciones que debe enfrentar: movimientos identificatorios, vínculo con su cuerpo, sexualidad, relacionamiento con la familia, elección vocacional, de pareja, apertura al mundo laboral.

Se generan en el grupo sentimientos contradictorios en la finalización del proceso, denotando la doble implicancia de lo fusional y lo discriminante, pero no como un juego de paradojas irresolubles, sino como momentos necesarios que llevan al descubrimiento de una trayectoria que apunta hacia el futuro.

En una sesión una de las integrantes plantea la despedida del grupo y comenta: “yo no quiero irme, pero la situación me va llevando”

Esta situación surge a partir de su próximo ingreso a la universidad y la repercusión de la carga horaria de su trabajo para concurrir al grupo

Al decir de Aulagnier (1994) el poder lograr “...una nueva repartición entre los soportes narcisistas y los soportes objetales, la elección de nuevos objetos, el duelo por otros que forzosamente tendrá que abandonar.”⁸

8 Aulagnier, P. (1994) “Cuerpo, historia, interpretación. De lo originario al proyecto identificatorio” Bs.As, Ed, Paidós (p. 261)

Paralelamente se generan movimientos en los otros integrantes del grupo.

El que se va funciona como un modelo identificatorio idealizado, que contrasta con la realidad psíquica actual de los demás, y que oficiaría como disparador de una puesta en juego de expectativas, que implicarían movimientos que tiendan a una salida de la repetición.

Otra integrante se pregunta:

“¿Cuándo podré yo resolver, desprenderme del grupo, irme de mi casa? Estoy haciendo marcas, quiero independizarme...”

En la finalización del proceso hay un atravesamiento de la realidad. Señalemos que es acordado desde el encuadre el límite etario para ingresar y permanecer en el grupo. Este límite dado al principio por los terapeutas, desde lo institucional, es traído por los adolescentes en el momento de la despedida, denotando la internalización de lo temporal que queda como una marca de historización, como tránsito y culminación de ciclos, así como en la constatación de logros que ofician como conector entre un pasado circular repetitivo, y un futuro en espiral, abierto a nuevas posibilidades.

Principio de realidad que oficia como garante del proceso de heterogeneidad, de individuación y culminación de ciclos.

Tomamos el concepto de principio de realidad en el sentido de:

“La búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos y aplaza sus resultados en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior”. “Desde el punto de vista económico corresponde a una transformación de energía libre en energía ligada; desde el punto de vista dinámico... cierto tipo de energía pulsional que se hallaría más especialmente al servicio del yo”⁹

En un grupo abierto la finalización no ocurre como un proceso gradual de separación, que se da en forma paralela paciente-terapeuta a diferencia de un grupo cerrado, en donde se trabaja la terminación en forma tal que abarca a todos los protagonistas.

Desde el adolescente los parámetros de culminación quizás no sean los mismos que para la etapa adulta, existiendo diferentes posibilidades:

- » se van definitivamente sin despedirse, no sabemos qué ocurrió
- » se van despidiéndose, exponiendo los motivos de tal decisión y el grupo lo avala
- » asisten por períodos irregulares, generándose situaciones diferentes
- » vienen con la intención de despedirse pero los demás integrantes no están de acuerdo, señalándole la persistencia de dificultades
- » algunos cuando retornan, relatan que en su salida comprobaron que aún necesitan de la ayuda que le provee el grupo y deciden continuar
- » otros al retornar, resignifican durante la sesión que la irregularidad de su asistencia, constituía ya una despedida

9 Laplanche-Pontalis (1977) “Diccionario de Psicoanálisis” Barcelona.Ed. Amorrortu (p.311)

Frente a estas situaciones de culminación los terapeutas experimentamos contratransferencialmente sentimientos contradictorios.

Por un lado la satisfacción frente a los logros que relatan, por otro el temor que actúen nuestro deseo de curación, transformándonos en “cómplices” de la instauración de una satisfacción narcisística en relación con la idealización de nuestro rol.

También debemos aceptar esta forma de separación que no coincide con nuestra experiencia teórico-clínica. No tenemos una inscripción de este modelo, debemos construirlo a partir de lo que la clínica nos promueve y confronta.

La elaboración de este duelo es posible, por el aporte narcisístico que conlleva la comprobación de que el adolescente ha podido transitar el largo proceso identificatorio.

De ahí la necesidad del terapeuta, de decirle y decirse, al momento de la despedida, el proceso de esta construcción fundante.

La pregunta que nos surge es qué pasa cuando los adolescentes no se despiden, sino que dejan de concurrir.

Es para los terapeutas aceptar la frustración de no comprobar la existencia de este proceso de finalización, de no recibir un plus narcisístico reafirmante de nuestra identidad.

Nos planteamos entonces, si esta dificultad-aparentemente irresoluble para los terapeutas- se vería “compensada”, por la evidencia de una reestructuración identificatoria que oficia, como un proceso de feed-back, de reaseguramiento de nuestro rol.

Es en el momento de la despedida, en esa sorpresa compartida que se juega el porvenir de una nueva historia.

A través de la culminación de ciclos se vivencia un reaseguramiento para el grupo:

- » para los nuevos como posibilidad, ellos también podrán hacerlo
- » para el que se va, como comprobación de que pudo
- » para los terapeutas, como afirmación de su rol

Creemos que el encuadre abierto favorecería el proceso de catectización y descubrimiento del sentido de la trayectoria identificatoria.

Desde lo identificatorios el tránsito por la experiencia grupal permitirá progresivamente la transformación vincular e intrapsíquica, haciendo posible la elaboración de un proyecto de vida, permitiendo además incrementar la confianza en sí mismo y en los otros.

Lo inesperado de la despedida, la sorpresa, se juega en un aquí y ahora grupal, que como un apres-coup, resignifica la historización individual, contextualizado en una historia grupal.

ADOLESCENCIA Y CAMBIOS SOCIALES

En el contexto de la crisis del 2000 que afectó a nuestro país, de características devastadores en todos los ámbitos de la sociedad, se insertan cambios en diferentes aspectos del acontecer grupal que pasaremos a comentar

Crisis económica y social que llevó aparejada cambios negativos en los roles y vínculos sociales.

Pérdida de los espacios de pertenencia, marginación del sistema social y productivo, son sólo algunas de las consecuencias ocurridas.

El mundo adulto se desmorona, quedando sin ideales, ni proyectos, sin posibilidades de entrever un futuro posible.

Las subjetividades se transforman, se desidentifican de lo instituido, en un corte existencial, perdidos en un vacío producto de la anomia.

¿Cómo repercute en el adolescente este derrumbe del mundo adulto? Hay ausencia de modelos que deberían ser garantes del sostén del presente y de la posibilidad de concretar un proyecto de vida futuro.

Esta realidad de inestabilidad social, impacta traumáticamente al grupo, surgiendo sentimientos de desamparo, soledad y aislamiento. Es el discurso del cuerpo sufriente, sin palabras que lo representen, un cuerpo que transita por el camino de la necesidad.

Cómo abordar la carencia, que hace peligrar la autoconservación, la supervivencia y la posibilidad de representaciones, de pensamientos, necesarios para simbolizar lo traumático.

Aparecen en el grupo situaciones de hambre que pueden verbalizarse acompañadas de un afecto que oscila entre la angustia y la vergüenza, con sentimientos de soledad, que llevan a moverse entre la desesperación y la pasividad,

Una paciente plantea que tenía todo cuando vivía su padre, pero que desde hace un mes come solo arroz, pasando hambre. En este punto irrumpe en llanto y los demás integrantes del grupo se acercan a ella y la acarician; los terapeutas acompañan con la mirada esa escena ¹⁰

Esto sirve de disparador para que otros integrantes puedan expresar sufrimiento respecto de la situación de vida carenciada que padecen, y comparten las “soluciones” alternativas que han buscado (canasta en San Pancraccio, comedor de INDA, ahorrar buscando los mejores precios) descubriendo nuevas tácticas de supervivencia que los adultos no pueden ofrecer. Son los adolescentes los que cumplen un rol adulto, ayudando a los padres y familia.

Experienciar este encuentro fraterno y solidario, permite humanizar el hambre y soñar-como plantea una paciente-con acelgas, soñar en verde...

Pensamos que con este acercamiento los otros le muestran que también sufren, pero que buscan soluciones. Desde nuestro lugar se posibilita un espacio grupal

10 Extraído del trabajo “Sueño en verde” de A.Klein, S. Palermo, A. Palermo y J. Perelman en XII Jornadas Científicas en Psiquiatría Nov./2002

donde se despliega una red de conexiones que habilitan el poder actuar, para salir de la inmovilidad y el sentimiento de impotencia.

Algunos de los integrantes del grupo que la abrazaron, nos miran, quizás necesitando un aval de lo ocurrido, quizás preguntándonos qué podemos hacer frente a esta situación.

Ante el apartamiento del encuadre, el cual estipula intercambios verbales, no hacemos una interpretación, sino que compartimos la experiencia emocional ante una situación regresivante de intenso desamparo. Existe un cambio que nos parece sustancial, y lo reafirmamos cuando apoyamos ese funcionamiento de grupo, rescatando la importancia de poder compartir recursos yoicos que permitan una acción eficaz.

Creemos que lo que se trae al grupo es una situación de desamparo que es compartido por el grupo y los terapeutas, contextualizados ambos por una situación social, que despierta intensa angustia y perplejidad.

Lo social como crisis inunda el grupo, generando un trauma (el padecer hambre sin saber como encontrar alimento) donde se pierde la distinción entre el adentro del grupo y el afuera social, desdibujándose la posibilidad de un espacio transicional.

Lo social ya no atraviesa al grupo, sino que se enquistaba en él. El afecto se manifiesta ante una situación de desamparo social que atraviesa y modifica el encuadre.

Esta aparición de lo social, lleva las marcas de lo traumático, porque irrumpe con una fuerza que pone en juego nuestra capacidad de contención y de flexibilidad. Creemos que esta realidad implica una modificación sustancial del lugar del terapeuta.

El rol y la función del terapeuta se relacionan siempre a un contexto social, lo que se redobla especialmente en situaciones donde el acontecimiento real debe ser tenido en cuenta (y en realidad no puede obviarse), tanto como las fantasías puestas en juego en el grupo, las relaciones de objeto, los movimientos transferenciales.

El impacto de la situación que trae esta paciente, muestra la movilización afectiva de los terapeutas, así cómo el ámbito grupal permite que este desamparo pueda ser enunciado como tal.

El grupo terapéutico parece ser el único lugar que les queda a estos adolescentes para “angustiar”se. En él se enuncia una batería yoica, pero además –al mismo tiempo– la esperanza de que hay un tiempo en que este desamparo se pueda revertir, lo que les exige además un redimensionamiento de su adolescencia.

La esperanza que da el grupo se acompaña del aval que dan los terapeutas del mismo, por lo que pensamos que ante estas situaciones de irrupción social, es vital mantener una actitud flexible, priorizando el holding y la renarcisización.

La sensación de que no se cuenta con recursos adecuados, implica una intensa regresión, donde se necesita el contacto corporal y el reposicionamiento del espacio grupal. Los otros adolescentes se acercan, la acarician. Estamos ante situaciones que no pueden tramitarse por palabras y los terapeutas deben poder acompañar esta situación.

Suponemos que el pasaje de lo traumático a lo elaborativo no pasa sólo por poner en palabras algo no enunciado, hay también un momento ineludible de intensa continentación, que si bien recrea la unidad dual madre-hijo, es inseparable de situaciones fuertemente ansiógenas, que en este caso específico refieren el hambre.

Hay una dimensión de lo traumático que tiene que ver con una sobre-presencia de lo corporal, que no puede ser transformado en material psíquico.

Hambre persistente que genera una resistencia de pasaje del soma a lo psíquico, lo que implica una sobrecarga de lo fisiológico.

La capacidad del aparato psíquico de autogenerarse se ve empobrecida.

Ante esta problemática, se transforma el discurso grupal, así como se fisura inevitablemente el encuadre grupal.

Aquél que habíamos formalizado para trabajar la fantasmática de sus integrantes, se muestra súbitamente inadecuado.

¿Desde qué encuadre se trabaja el hambre?

El “sueño en verde” de estos pacientes, implica que no pueden dejar de soñar con comida, no porque ésta remita a una representación simbólica reprimida en el inconsciente, sino porque existe una situación real de vacío, de carencia. Se acercaría más a los sueños infantiles. Pero la palabra verde aporta otra dimensión que se acerca a lo metafórico.

Ahora, si pensamos que el sueño sólo se refería a la comida, como objeto de necesidad y es recién en el relato del sueño, dentro del grupo, que surge el “soñar en verde”, aparecería toda una dimensión simbólica, que sería posibilitada por esta experiencia de holding, de humanización, de estar, ser con el otro. Podríamos ir un poco más allá y plantear que estas palabras soñar en verde entrañan cierto sentido del humor como forma de distanciarse de una angustia que paraliza.

Dos cosas nos golpean fuerte en el grupo a pacientes y terapeutas, una es esta experiencia terrible del hambre, desde esta realidad obturante que aparentemente paraliza y aísla, y la otra es el poder del encuentro humano de ese abrazo solidario que comparte historias de sufrimientos y que permite recobrar la dimensión humana perdida.

Esta posibilidad de encuentro empático permitiría una narcisización protectora, que ayude a enfrentar la realidad social.

Ante esta realidad dramática, los adolescentes se ven enfrentados a una situación de sobreadaptación frente al fracaso social.

Los adolescentes cumplen una función organizadora, llenando vacíos del mundo adulto. Los procesos de autonomía están incentivados, debiendo desarrollar estrategias de supervivencia, frente a estos cambios sociales.

El contenido tradicional de las sesiones grupales del año 1989-90 y unos años más adelante, se desarrollaban dentro de parámetros como elección vocacional, conflictos familiares y de pareja, grupos de pares con confrontación generacional, duelos, conflictiva edípica.

Desde el año 2000 y especialmente en los dos años siguientes, surgen por el contrario, temas en relación a conflictos sociales, angustias vitales de supervivencia, empobrecimiento y caos familiar.

Frente a este cambio significativo, nos preguntamos cuáles son los recursos terapéuticos que deberíamos implementar.

¿Cómo se lleva a cabo una sesión grupal, cuando sus integrantes están atrapados en una realidad obturante?

La gama o matices de dolor psíquico parecen unificarse a través del desvalimiento.

Este desvalimiento que los abarca, abarca asimismo a la institución en la que son atendidos (Hospital de Clínicas), siempre a punto de cerrar, o con la amenaza de cerrar, lo que impide que pueda seguir continentándolos y continentándonos. Este miedo al cierre del hospital, miedo al fin traumático del grupo, se acompaña de un cierre que remite a situaciones de pérdida permanente (cierre de bancos, industrias, negocios, casas de estudio, emigración).

Hemos discutido si esta situación límite de trabajo terapéutico se puede comparar a otras, como por ejemplo el trabajo realizado con sobrevivientes del holocausto, familia de desaparecidos, torturados por la dictadura.

La respuesta no es fácil, pero advertimos que en esos casos, siempre hay un metaencuadre. Podemos decir que existe la división entre lo bueno-lo malo, víctima-victimario, en definitiva opuestos que son valores organizadores.

Pero, ante esta crisis que atravesamos, ¿podemos decir que hay víctimas y victimarios?

Sí, desde una perspectiva ideológica, pero ¿qué sucede desde lo intrapsíquico?

Por otro lado sentimos que lo sucedido en el grupo ilustra un modelo de funcionamiento grupal frente a la crisis social que llamaríamos “Feria del trueque”, señalando un andamiaje eficaz de intercambios, de poder dar y recibir, con acentuamiento del modelo de fraternidad.

Desde este punto de vista pensamos que estos adolescentes despliegan modelos alternativos, que de alguna manera se ponen también en juego en el grupo terapéutico desarrollando estrategias de autogestión, y procesos de autonomía.

En este momento, para estos adolescentes, la familia no existe como referente posible que provea un espacio de ayuda, sostén, continentación y guía de la adaptación a la sociedad. Ya no pueden cumplir determinadas funciones, tradicionales en otra época, como por ejemplo ayudar al joven a ingresar al mundo laboral, consiguiéndole su primer empleo.

Habíamos señalado la necesidad de acompañar al proceso del grupo. Sin embargo no podemos dejar de advertir una asimetría que a su vez también es traumática para nosotros. Contratransferencialmente sentimos culpa porque nosotros estamos en situación de poder alimentarnos y ellos no.

Culpa que es doble, porque por un lado estamos saciados (por ahora) y ellos no y por otro lado, porque la interpretación tradicional, desde la fantasmático, se muestra ineficaz.

A su vez la contratransferencia se recubre de lo ominoso, pues a lo largo del trabajo nos surge el temor expresable en: “A ellos les llegó, ¿cuándo me va a llegar a mí?”

Como decíamos, es indudable que esta situación no puede dejar de remover sentimientos de desamparo e indefensión en el terapeuta.

Entre esta culpa y la ominosidad, el peligro es que nuestro propio aparato psíquico se pueda llegar a paralizar.

Así como asistimos a nuevas formas de entramado social que constantemente se están creando-desde la “feria del trueque” hasta soluciones institucionales diversas-se nos plantea la necesidad de repensar los dispositivos de trabajo y el lugar del terapeuta, tratando de evitar los peligros de la inmovilidad, la culpa, el no poder captar la necesidad de cambio, la imposibilidad de modificaciones.

Frente a situaciones que generan inmovilidad desde la realidad, como no poder pagar el boleto, lo que estamos planteando es una profunda revisión de nuestra forma de trabajo.

Quizás un cambio en la frecuencia sea un buen comienzo, en lugar de una sesión semanal, hacer sesiones quincenales o mensuales con una mayor extensión horaria.

A su vez nos preguntamos cómo ante esta situación inédita, los adolescentes pueden sentir o tolerar las etapas de recepción diagnóstica.

Aunque somos conscientes de que hay un nivel de frustraciones que no podemos solucionar, creemos que en esta etapa de cambios se redimensiona el motivo de la convocatoria de este encuentro: “Entre la crisis y la esperanza” por lo que señalamos la necesidad de poder pensar entre todos, dentro de una fraternidad “psi”, que nos ayude para afrontar tiempos de crisis, de hambre, de vacío, donde la esperanza abra posibilidades de nuevas soluciones.

TIEMPO DE DESAMPARO Y EXCLUSIÓN

La clínica nos enfrenta a continuos desafíos, donde la teoría no alcanza para ofrecer nuevos dispositivos y modos de intervención.

Se hace necesario crear abordajes individuales y grupales que puedan dar respuesta a los efectos de una crisis social alienante que toca los cimientos de la identidad.

El rol institucional brinda un marco identificatorio sostenedor para realizar la experiencia y un espacio que permite regular el conflicto que acarrea la oposición entre repetición y creación.

Los técnicos se sitúan en medio de una encrucijada donde se juega también su identidad como terapeutas, entre una teoría reaseguradora o una práctica innovadora con tiempos apremiantes.

Si estamos de acuerdo en que las subjetividades se constituyen en el encuentro con el otro en una producción intersubjetiva y social, en un proceso constante de

feed-back, entender el psiquismo humano, el sufrimiento, implica tomar en cuenta a todos sus protagonistas.

La trama social actual presenta desdibujamientos de sus referentes, y cambios profundos de valores, con figuras de identificación efímeras, y sentidos diferentes que deben ser develados en su significación única y particular para cada individuo.

Significación que parte de la historia previa, la vida pulsional, el narcisismo de cada uno, y que se entremezcla con lo social, determinando un amplio abanico sintomático

Pero existen regularidades psicopatológicas en tanto emergen como respuestas fallidas frente a la expansión de la lógica disciplinaria de los antiguos espacios cerrados a espacios abiertos, donde el control se ejerce en su máxima expresión.

Podemos hablar de síntomas del postmodernismo: sentimientos de vacío, pánico, agorafobias, desamparo, desesperanza, que llevan a replantearse los parámetros de salud y enfermedad.

Deleuze (1992) ha descripto en forma exhaustiva este fenómeno de las “sociedades de control”, diferenciándolas de las sociedades que Foucault (1976) denominó como disciplinarias, donde el control se realizaba en espacios cerrados institucionales (familia, fábrica, liceo, etc.) con creación de modelos fijos: padre, obrero, estudiante y ámbitos definidos y de tiempos secuenciados (de la escuela al liceo, de la casa al trabajo, etc.)

Esta sensación de orden, de disciplina, ha dejado el lugar al tiempo y espacios de la fluidez, sin límites precisos entre lo íntimo y lo público, donde la instantaneidad globalizadora acapara espacio y tiempo, y donde el dinero como objeto de mercancía se ha cambiado por las subjetividades.

El consumismo por querer llenarlo todo, deja un vacío de sentido donde lo humano queda comprometido.

Esta cara oscura de la crisis, ha derrocado el poder matricial de identificación a lo humano determinando un enfrentamiento entre humanización vs. animalización totalitaria, donde el consumismo se ofrece como objeto del deseo.

El hipermercado rige sobre todos los actos de la vida, determinando un funcionamiento en exceso del mercado que ofrece pautas para el funcionamiento psíquico en tanto organiza el deseo, la carencia y los mecanismos virtuales de satisfacción.

Un presente complicado y un futuro sinónimo de incertidumbre, con falta de horizontes y falla en la búsqueda de un sentido de la vida.

Crisis que diezmó el poder de las instituciones y de nuestra identidad como ciudadanos, constituyendo el par antagónico ciudadano vs. consumidor y que atraviesa la institución familia.

La institución Estado-Nación determinaba el establecimiento de una ley, de una subjetividad socialmente instituida a través de una fraternidad compartida, mediatizadas por la familia.

Hoy el ciudadano se enfrenta a una imposibilidad de semejanza, y el consumismo se ofrece como modelo identitario que establece la pertenencia de clase y la exclusión en una lógica de poder vs. una lógica de derecho.

El que queda fuera, el que no consume es insignificante.

Estos pares antitéticos nos muestran el surgimiento de nuevas subjetividades, que nos hacen reflexionar sobre los criterios de normalidad y patología.

¿Cómo se constituye la subjetivación adolescente enmarcada en esta lógica de extremos opuestos?

¿Podemos hablar de la adolescencia como etapa que nuclea determinados arquetipos? ¿O debemos adoptar una postura existencialista en el ser adolescente en el aquí y ahora, en el contexto y cambio de una época en crisis?

En este entendido, los grupos adolescentes a nivel del Hospital de Clínicas pertenecen a un nivel socio-económico bajo y medio bajo, que actualmente se ha extendido hasta una clase media empobrecida.

En general la mayoría están dentro del sistema educativo estatal, con fallas en su inclusión, graves algunas, que a veces les hace peligrar su status de estudiante.

Pérdidas que se suman a otras pérdidas, en un duelo que se juega entre un presente acuciante y un futuro desalentador.

En los grupos aparecen graves carencias a nivel de contención familiar. Los temas que traen son: el desamparo, la incomunicación la falta de límites, la ausencia de ley, con una sexualidad donde el cuerpo es expuesto a un placer en relación con el riesgo y donde el otro cosificado se transforma de alguien en algo.

Aparecen rasgos de solidaridad en tanto buscan una identidad dentro de los parámetros de la inclusión o de la exclusión, donde esta última se erige como referente primordial.

La pertenencia al grupo termina en el malestar de la exclusión: no pueden estudiar, pierden el liceo, no hay proyecto que puedan plasmar.

El pasaje a la acción para no pensar, constituye un intento de búsqueda de significación que lo acerquen a lo humano. Los cuerpos se tocan y termina con algo, que no es alguien, donde el cuerpo es expuesto a una sexualidad de riesgo.

Aparece la necesidad de que se mantenga vigente la ley simbólica primordial de prohibición del incesto, erigiéndola al status de lo sagrado, como algo inalterable, más allá de toda temporalidad histórico-social.

Ley que busca como último sostén y que resistirá la instantaneidad de los cambios de la era de la fluidez, de la dispersión desubjetivante que los llevarán a preguntarse si todo será legal.

Lo sagrado no como un ámbito separado de lo humano que lo trasciende, sino como una manera de ordenar, de dar sentido a la vida humana.

Lo sagrado proporciona un distanciamiento del mundo que permite comprenderlo, extrañamiento que se transforma en revelación de sentidos.

Si como plantea (Eliade 1985), existen rupturas de nivel como lo son los ritos de iniciación (de iniciación, de pubertad y de muerte) que permiten el pasaje del nivel

de lo sagrado a lo profano, se podría pensar si esta lógica de la inclusión-exclusión no oficiaría como rito de pasaje.

Estar incluido es sinónimo de existir, de ser para otro.

A veces experimentan un sentimiento de soledad que queda emparentado con el desamparo. Es allí que el grupo oficia como un referente de sentido, a veces el único que el adolescente tiene para poder enunciar su desamparo y su angustia.

En la sesión, grupo y terapeutas comparten la experiencia de desamparo, en una continentación, que funciona como antítesis del vacío.

Los terapeutas reafirman la diferencia entre el vacío legal y existencial que ellos experimentan en el afuera, y el poder cuestionarse en la sesión aunque a veces temen quedar alienados, ya que la fantasmática edípica se ve peligrosamente activada por una posibilidad de concretización.

Pensamos que hay un corrimiento en el lugar del terapeuta que debe tener la flexibilidad suficiente como para moverse entre la omnipotencia de comprenderlo todo o la ideología de la acción, mostrándole caminos posibles para hacer uso de sus recursos propios, a la vez que ayudarlos a discriminarse y animarse a postular las preguntas básicas ¿soy? y ¿quién soy? y poder profundizarlas y cuestionarse si ¿somos? y ¿quiénes somos?

A veces el desamparo y el vacío se traduce en pérdidas reales que lo atraviesan, como por ejemplo la pérdida de las becas del Fondo de Solidaridad. Esta temática se transforma en eje nucleador de las sesiones.

Son adolescentes del interior de bajos recursos, de familias monoparentales, con padres desconocidos en algunos casos, que han venido a estudiar con grandes sacrificios dependiendo de la beca para poder mantenerse.

La posibilidad de perderla implica perder el status de estudiante, pero a su vez es perder un lugar social, un lugar de existencia matriz de identificaciones posibles.

Frente a esta pérdida surge una angustia tanática que inunda la sesión y abarca a los terapeutas, obstaculizando la capacidad de pensar. Es una repetición dramática del abandono de sus historias personales, es el desamparo compartido y agigantado.

Desde el juego de transferencias múltiples grupales, es que las interpretaciones de los terapeutas cobran sentido, mostrándoles la posibilidad de pensar, juntos en el grupo, desde un registro no tanático, sino de vida.

Arendt (1999) rescata este concepto de lo humano cuando plantea la igualdad de los seres humanos por el hecho de ser tales, sin que nadie sea idéntico a otro, la autora habla de acción humana, una acción que es indisociable del pensar singular.

Nosotros agregaríamos indisociable también del pensar entre todos, plasmándose en una acción en red, solidaria, que habilita a su vez la singularidad.

Desde esta construcción de redes en transferencia los coterapeutas están inmersos acompañando este proceso, abriendo caminos desde la realidad, en una postura activa, transformándose en copensores de una realidad alienante que paraliza la posibilidad de búsqueda de sentido.

En el grupo surge la demanda de que los terapeutas escribieran cartas que justificaran la importancia de mantener la beca como parte necesaria del proceso terapéutico.

Desde los terapeutas la acción se dirige a la concreción de los enlaces institucionales para hacer efectiva la demanda.

El peligro que se instala es que la acción obture la búsqueda de significados propios, transformando una acción que busca la discriminación y la puesta en juego de un proyecto de vida, en una demanda interminable, regresivante, alienante en el deseo del otro

Pero hay un cambio drástico en la concepción de los tiempos del tratamiento

Sentimos que trabajamos con tiempos acotados de S.O.S. en situación de emergencia permanente, donde los timings son diferentes y cada sesión es un miniproceso, un todo en sí mismo.

Por eso en cada sesión se juega tiempos de acción y de interpretaciones, que apunten a mostrar nuevos caminos para elegir.

No sólo se rescata su cualidad humana vital, sino que los terapeutas a su vez refuerzan la acción, apuntalando los recursos yóicos necesarios que generen nuevas acciones para enfrentar las problemáticas.

Sabemos que la frecuencia con que los adolescentes concurren al hospital disminuye día a día, año a año, no sólo por problemas de pago del boleto, sino por otros como falta de horarios disponibles, multiempleo, empleos zafrales con horarios rotativos, etc.

No hay lugar para las certezas, solo sabemos que este adolescente está aquí, hoy con su historia a cuestas, sus pedidos paradójales de tiempos y espacios discriminantes y reaseguradores al mismo tiempo, sus angustias y proyectos, subjetividad desencadenada desde lo social, en estos tiempos de fluidez desubjetivante, de exclusión y de violencia.

Nuestro encuadre, nuestro rol como terapeutas se sustenta en la flexibilidad, que abarca escucha, palabra y acción, teniendo siempre presente que en última instancia constituye un acto de amor, un acto humano.

Es así que nuestra responsabilidad y compromiso, nos impone reflexionar sobre nuestros paradigmas y nos obliga a interrogarnos sobre nuestros propios proyectos y referentes identificatorios.

EL DEVENIR DEL AFECTO EN EL GRUPO ABIERTO

En el interjuego de aperturas y cierres permanentes, el afecto se potencializa en el encuentro con el otro y el tiempo se reorganiza acompasado por una construcción colectiva.

Desde el encuadre se habilita la entrada de nuevos integrantes en cualquier momento, así como la salida y el retorno al grupo cuando cada uno lo necesite, lo que trae aparejado cambios en relación con el trabajo en un grupo cerrado.

Se complejiza así este sistema abierto, conformando una trama “en devenir” continuo, donde no existen certezas a desentrañar, sino que es la incertidumbre, la indeterminación, el azar, lo no formal, lo que emerge. No es el caos que inunda, o la no- forma que desdibuja, sino una nueva manera de integrar lo no conocido, en una multiplicidad de interacciones en red y de inscripciones de acontecimientos que abarcan lo diferente y la creación.

Esta modalidad se enmarcaría en un contexto más amplio de pensamiento que abarca a todas las ciencias de este siglo, y que constituye una verdadera revolución epistemológica.

Ya no se piensa en términos de esencias o de estructuras, de purezas, definiciones absolutas o lógica de exclusiones que no admiten la diversidad, la vaguedad, lo incierto.

La ciencia positivista no ha podido dar una respuesta a la dinámica y complejidad de los cambios vertiginosos que la globalización, la era de la fluidez trajeron aparejado.

Se necesitaba tomar en cuenta las interacciones dinámicas y las transformaciones. El individuo no es una subjetividad aislada y racional, ni el mundo se explica por causalidades cognoscibles y predecibles. Importa el poder considerar la multiplicidad de factores intervinientes en la producción de lo nuevo. Ninguna ciencia puede ser tan abarcativa que explique por sí sola tal complejidad, sin el concurso de otras disciplinas

Hay un cambio en la postura existencial del hombre, que pasa de ciudadano disciplinado a habitante del planeta. Plantea Morin (2002) que el concepto de planetarización del mundo, brinda el soporte imprescindible para el surgimiento de una nueva identidad, la “Tierra-patria” será un nuevo lugar de pertenencia donde todos los hombres son interdependientes y que se opone a lo desidentitario y la extrema violencia que conlleva la globalización.

El término complejidad abarca lo uno y lo múltiple, un paradójico tejido de interacciones del mundo fenoménico que da movimiento al contexto, una trama en devenir...

Este enfoque nos permite cuestionarnos sobre el lugar privilegiado que en esta nueva forma de pensar y sentir, cobran los afectos.

La vivencia de inestabilidad que ocasiona el constante devenir es un motor que pone en juego la necesidad de considerar al otro como prójimo-próximo, es decir de sentirlo en su humanidad aceptando la diferencia.

Berenstein (2004) afirma que “el otro excede al prójimo y debería incluir aquello que no lo es y se caracteriza como ajeno”.

“El encuentro establece una sorpresa y una diferencia inicial a partir de la cual se da esa inclusión en el dos, que otorga un nuevo origen a ambos...”¹¹

Encuentro de emociones y nuevas experiencias, nuevas elaboraciones y sentidos.

11 Berenstein I. (2004) “*Devenir otro con otro(s)*” Bs.As. Paidós (pp117-118)

El trabajar en grupo supone un multiencuentro donde hay un compartir vivencial, que moviliza ansiedades primarias, con un encuadre que sostiene

En un grupo con encuadre cerrado hay un tiempo compartido desde el principio hasta el final, entre los mismos integrantes. La certeza de una estructura pautada desde el inicio brindará un contexto previsible y una representación grupal que oficia como límite continentador. Los movimientos que se dan en cada encuentro estarán enmarcados por dicho límite.

En un grupo abierto, se trabaja desde la incertidumbre, desde el azar en los encuentros, desde la novedad y el cambio, desde la apertura, en diálogo permanente con el ambiente.

“El sujeto adviene y deviene en el intercambio... es una organización emergente de la trama relacional de su sociedad... las propiedades ya no están en las cosas, sino entre las cosas, en el intercambio... esto implica abrirnos a una nueva sensibilidad y a otra forma de actuar y conocer... La historia no es mera repetición ni despliegue de lo contenido en el pasado; el ruido, el azar, el otro, lo distinto, son la fuente de novedad radical para el aumento de complejidad y no meros defectos despreciables.”¹²

En este devenir del sujeto se inscribe la realidad del grupo abierto, como una organización que emerge del encuentro y la interacción.

No se sabe quiénes serán los adolescentes que llegarán a cada sesión, quiénes serán los nuevos integrantes, lo que genera un incremento en la movilización de afectos y de ansiedades, que a su vez intensifica la carga emocional en cada encuentro grupal.

Desde los adolescentes, esta incertidumbre, se sumaría a una etapa de momentos de cambios removedores por la que atraviesan, con el peligro de ocasionar dificultades en la tramitación psíquica y una paralización momentánea del proceso de simbolización.

Pero concomitantemente, el espacio grupal se ofrece como garante de una realidad existencial, un espacio institucional donde se despliegan experiencias afectivas en un contexto relacional, y donde las figuras terapéuticas se ofrecen como intermediarios del juego transferencial.

Chodorow (2003) plantea que la transferencia es la hipótesis y demostración de que nuestro mundo interno de realidad psíquica ayuda a crear, dar forma y dar sentido a los mundos intersubjetivo, social y cultural que habitamos. Es el vehículo que nos documenta el poder de los sentimientos.

Las transferencias en juego en un grupo (transferencia, contratransferencia, intertransferencia), se enlazan con la trama compleja que se va construyendo con los otros, y nos permite movernos más allá de un determinismo psíquico cultural y poder reconocer la continuidad y el cambio de los procesos psíquicos.

Es un proceso creado entre todos en cada encuentro, indeterminación que provoca tensión al no estar únicamente determinadas por el pasado. Las experiencias y

12 Najmanovich D. "Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculo y emergencia." *Set.*/2001 Año 6 N° 14 Notas y debates de actualidad, utopía y praxis latinoamericana.

sensaciones del pasado, los sentimientos y las fantasías inconscientes dan significado parcial al acontecer del presente. La transferencia se complejiza, tomando en cuenta el intercambio en el aquí y ahora

A partir de esta experiencia singular de grupo abierto, los pacientes adquieren la certeza de la existencia del grupo, que se transforma en lo que hemos dado en llamar objeto disponible, objeto interno reasegurador y posibilitador de un crecimiento creativo ulterior y de procesamiento de situaciones desestabilizantes. A la vez que desde la realidad favorece la alianza con la institución, un sentimiento de pertenencia que abre caminos facilitando los movimientos dentro de la policlínica: frente al retorno de algún integrante hay un acceso rápido y directo, siempre hay un lugar, no hay espera para su atención psiquiátrica en la policlínica, ya que integran el “grupo de adolescentes”. Cumpliría desde el punto de vista asistencial-hospitalario, con el hecho de efectivizar una atención permanente y coordinada entre los profesionales implicados en el proceso.

Es en este momento de la vida del adolescente, donde ocurren desprendimientos de vínculos objetales significativos, que este “objeto disponible” (grupo abierto) le brinda la posibilidad de re-organizar y neo-organizar experiencias que de otra manera permanecerían en el ámbito mortífero de la repetición.

Ogden (2005) ha definido el concepto de “tercero analítico”, que plantea la relación analista-paciente, como una tensión creada a partir de las realidades intersubjetivas que crean juntos y que da impulso al proceso psicoanalítico. Esta tensión dinámica es la misma que la que está en el centro de la creación de los símbolos y del significado.¹³

Extrapolando estos conceptos, el grupo abierto, objeto disponible, funcionaría como un “tercero analítico”.

Este proceso se da en un contexto relacional específico donde terapeutas y adolescentes ayudan a abrir otros posibles significados y acompañan en esa única e irreplicable experiencia emocional compartida, atravesada por la red de transferencias, inter y contratransferencias que hacen de caja de resonancia al valor interpretativo.

La interpretación recibe así un plus que potencia su efecto

Veamos lo que ocurre desde los terapeutas ante el sentimiento de incertidumbre ya mencionado.

No saber con cuántos integrantes contará el grupo, ni quiénes serán en las distintas sesiones no nos permite anticipar una imagen de grupo, poniendo trabas a la disponibilidad de nuestra escucha y haciéndonos tambalear en los límites del ser grupal.

Cuando nos referimos a disponibilidad de la escucha hacemos referencia al trabajo intrapsíquico previo que ocurre en los terapeutas y que prepara para ese encuentro, que estaría en relación con todo el proceso que se ha ido construyendo a través de la historización, el juego intertransferencial en un contexto intersubjetivo.

13 Ogden,T(2005). en Revista Francesa de Psicoanálisis Tomo LXIX, n° 3

La noción de temporalidad en el grupo abierto, presenta peculiaridades que trataremos de analizar, remitiéndonos a conceptos vertidos en trabajos anteriores.

En el encuadre de grupo abierto, no hay un límite temporal, una finalización establecida, ni concepto de alta en el sentido convencional médico. Por tanto no se transita este proceso al unísono, existen diferentes tiempos de historización, entrecruzándose en el aquí y ahora de cada sesión.

Sumatoria de encuentros contingentes y significativos per se, que a su vez se complejiza entrecruzándose con una matriz identitaria del grupo: el acontecer grupal construido a partir de las resignificaciones de las historias individuales, (la historia grupal). Historias cargadas de afecto que se vehiculizan en una compleja red de transferencias.

Es a través de ellas que el mundo interno intenta dar sentido a los mundos intersubjetivo y socio-cultural que habitamos.

Este despliegue transferencial es posible en un ambiente reasegurador, que promueva la confianza y la vitalidad, ese “sentirse bien” para identificarse con el otro, aceptando la “otredad”, lo exterior , proyectando o introyectando fantasías, recreando significaciones.

El espacio grupal abierto permite amplificar estos procesos : resonancia de historias y sentimientos que se actualizan en cada encuentro, en cada despedida, en cada intercambio entre pacientes “viejos” y “nuevos”, que dotan de una especial intensidad a los sentimientos y emociones en juego en cada sesión, permitiendo vivenciar la expresión de la dramática en tiempo condensado .

De esta manera oponemos un mundo cargado de afectos al vacío de estos tiempos histórico-sociales, pero que permite ir integrándolo y dándole nuevos sentidos.

Toda vez que un paciente retorna al grupo, trae la experiencia de haberse probado en el afuera, y los efectos del atravesamiento del mundo externo, que al compartirla oficia de disparador en el grupo para permitir develar otros significados de estas experiencias frustrantes y al mismo tiempo reasegurar al grupo como un lugar afectivamente confiable que posibilita la ampliación de los espacios yoicos.

A través de algunos momentos significativos dentro de una sesión reflexionaremos sobre los entrecruzamientos de los diversos tiempos de cada integrante que a su vez se van entrelazando para potenciarse mutuamente.

En el grupo se integra un nuevo adolescente, que no participa verbalmente escuchando diálogos que surgen sobre pérdidas, duelos, rupturas de pareja.

Sin embargo cierta referencia a una pérdida que impacta en su historia, lo conmueve intensamente; el afecto se potencializa a través del clima grupal que se vivencia en ese momento. Esta movilización afectiva, a veces vivida con vergüenza y culpa, es el vehículo que posibilita la conexión con aspectos de su conflictiva intrapsíquica.

Las intervenciones de los terapeutas se insertan en este clima grupal, facilitando el tránsito hacia la palabra. El grupo es un lugar privilegiado para poder conectarse con el sufrimiento y poder compartirlo con el otro, una apertura hacia el acercamiento empático, hacia el sentir de los demás en lo que tienen de semejante-humano.

Esto apuntaría a la interacción con lo inextricable de la incertidumbre. Es a través de la empatía que la vulnerabilidad que supone la entrada a un grupo, cede su lugar a la contención y confianza progresivas, que le permitirá ir involucrándose con el acontecer grupal.

Así, implicados en las redes transferenciales, pueden asociar y compartir su necesidad de contención, donde el otro queda incluido en una trama intersubjetiva.

Y es a partir de esta trama, de este tejido, que se puede ir desenredando el pasado y presente, para proyectarse al futuro.

Señalemos el valor interpretativo que añaden los integrantes, un plus a lo dicho por los terapeutas.

Stein (1991) habla justamente de esta característica del funcionamiento grupal en tanto hay una circulación de la función analítica en los participantes.

Palabras que se repiten entre los distintos integrantes, conducen a que un integrante pueda hablar sobre el dolor que el abandono le provoca.

El tema del abandono se convierte en caja de resonancia para el grupo, se potencializa el afecto, que lejos de ser inhabilitante favorece el despliegue de fantasías y miedos.

Dice Schkolnik (2005) “que si bien lo traumático desestabiliza, hiere y produce sufrimiento, también desempeña un rol fundamental en el sentido de promover transformaciones y jugar entonces un papel verdaderamente estructurante. A partir de esos momentos movilizadores que implican el desprendimiento y la separación objetales muy fuertes a los cuales se encuentra atado, se pueden dar también los cambios que favorecen el crecimiento y la afirmación del sujeto.”¹⁴

Desde nuestra perspectiva a lo expresado anteriormente se le sumaría las construcciones que se suceden cuando el afecto puede circular, potenciándose a través de los otros.

Es importante la función de contención que ejercen las figuras terapéuticas al valorizar la posibilidad de expresar los afectos en grupo y reafirmar que esos sentimientos son tolerables y no catastróficos.

La contención en el ámbito grupal ya no se expresa en la díada paciente-analista, sino que abarca las múltiples facetas del juego transferencial: transferencias laterales, paradójales, de ensamble y suplementarias.

Hemos intentado mostrar las diversas vivencias en juego, donde el entrecruzamiento de los afectos abre múltiples posibilidades.

En el contexto grupal se actualizan los conflictos inconscientes, en una vivencia afectiva compartida

14 Schkolnik, F. (2005) “Efectos de lo traumático en la subjetivación” en Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 100

A su vez posibilita la articulación de las experiencias de los otros, creando una nueva construcción entre los otros, entre todos, promoviendo un sentimiento de pertenencia, que a veces oficia como única referencia de reconocimiento y de inclusión.

Se crean nuevos modelos vinculares, donde se deviene sujeto con el otro potencializándose a través del afecto.

EL TIEMPO DE LAS TRIBUS

Maffesoli (1996) toma en cuenta este aspecto emocional compartido para establecer un nuevo paradigma de los modos de relación social postmoderna. Un paradigma estético de la cultura que implica un sentimiento de comunidad compartido, un “ethos” común.

En él, la imagen otorga un status de identificación a través de la empatía, es ser con el otro semejante en un instante. Hay una omnipotencia de la imagen que otorga un lugar y un nombre en la trama social. Esta función icona pone en relación, lleva al vínculo.

El vínculo se materializa en un tipo de unión comunitaria: la TRIBU, que funciona como un “receptáculo de acogida” a través de una imagen, idea, una pasión (tribus sexuales, de deportes, de música, etc.) Se existe a través del otro (el prójimo o lo otro social), se redimensiona lo impersonal, es un yo plural donde el ser se libera de sí mismo en el otro y en el aquí y ahora.

Cambia la concepción del tiempo social, se vive en un eterno presente, una sumatoria de momentos fijos concatenados que aseguran la infinitud.

Hay una acentuación del presente en lugar de una fe en el futuro y el progreso. Es importante la idea de lo doméstico, en el sentido del oikos griego, es decir del domus, la casa, en un sentido ecológico, como organización de la vida local, del barrio, de la calle en que se vive y que reemplazaría –según Maffesoli (2006)- al discurso político.¹⁵

Presenta la circularidad de un tiempo mítico, con características dionisiacas, centradas sobre los placeres improductivos y el sentimiento colectivo, en un goce del presente, lo que remite a las características de una sociedad orgiástica.¹⁶

Se desafía al utilitarismo, oponiéndole el juego de la pasión y la estética. Las tribus forman parte de la masa que oficia como una red que las articula, a través de una afinidad compartida momentáneamente,

Oposición al par individuo-sociedad que implican definiciones ideológicas, de roles y de sexualidad formando parte de un proyecto.

15 Maffesoli, M. (2006) Entrevista de Vicente Verdún en El País Semanal Madrid 8-1-06

16 “Yo suelo usar un buen ejemplo: el mito de Dionisos, dios de la fiesta, en contraposición al mito de Prometeo, dios del progreso. Los ciudadanos de la pujante polis moderna, progresista y trabajadora, muertos de aburrimiento, terminaron por abrir sus puertas y dejaron entrar a Dionisos.” Maffesoli M. (2005) Entrevista publicada en el Diario La Nación Arg. (<http://www.lanacion.com.ar>)

El individuo pertenece simultáneamente a diferentes tribus en una identidad múltiple de hombre nómada.

Importan no la identidad de cada uno, sino las distintas identificaciones.

Hay un pasaje de la sociedad (de lo social) a la socialidad, del individuo al concepto de persona. La socialidad remite a la solidaridad orgánica, en el sentido de interrelación constante entre el otro y el cosmos.

Maffesoli extrapola el concepto de cenestesia corporal¹⁷ al de cenestesia del cuerpo social, a través de un proceso de aprendizaje. Es así que las tribus deberán ajustarse entre sí para lograr el equilibrio puro.

Al decir de este autor, el nexo postmoderno por excelencia lo constituiría internet, que producirá “el ajuste, evitando la anarquía”¹⁸

¿Qué reclaman, qué demandan los pacientes del hospital?

Se quejan de no querer (¿o no poder?) pertenecer a las tribus: para ellos constituyen una pérdida de identidad y libertad.

Lo expresan diciendo: “son todos iguales”, “todos se peinan, se pintan y se visten iguales de acuerdo al grupo al que pertenecen”.

Pensamos que estos adolescentes son los que quedan por fuera de las tribus, sin poder formar parte de ellas, se sienten discriminados, expulsados.

Esta nueva forma de socialidad y agrupamientos en tribus, es una manera de ir adquiriendo identidad, es una co-identidad que implica salir de sí para unirse paradójicamente a la alteridad: ser con el otro, o incluso ser el otro.

¿Dónde buscan ser con el otro?, ¿es a través del grupo?.

Entonces el grupo se constituiría como una antítesis de la tribu, en el sentido de que buscan definiciones únicas (un aspecto físico “normal”, una “sexualidad definida”, poder organizarse en un proyecto futuro).

Hasta ahora, el adolescente buscaba en el grupo de pares, al amigo íntimo tan necesario para un despliegue empático en el juego de identificaciones.

Hoy, esa intimidad no la puede brindar la tribu, por la laxitud de los vínculos, porque es un entramado fugaz, que remite al instante presente, a lo sensorial, es el “olor a la tribu” lo que convoca.

La pregunta que surge es si el grupo es fantaseado como un espacio de intimidad, sustituyendo la figura del amigo íntimo. Debemos abordar esta intimidad que incluirá la complejidad, conteniendo, lo paradójico, lo único y lo múltiple, el individuo y la persona, uniendo las preguntas esenciales.

En ese sentido Bleichmar (2005) plantea:

“... los enigmas siguen siendo los mismos: la fraternidad, el nacimiento, la muerte. La tecnología no altera hasta el momento estas preocupaciones de base...” En los límites mismos de la tecnología, la vida y la muerte se plantean como los ejes que atraviesan la tecno-existencia. La memoria implantada vivencial, humana, abre las

17 Palabra usada por los médicos del siglo XVII por lo cual los diferentes órganos se ajustan entre sí, y el fluido en función de lo sólido. Ibidem

18 Idem

posibilidades de todos los sentimientos, incluido el amor al semejante y el dolor concomitante.”¹⁹

El encuadre grupal permite la escenificación de lo íntimo, la imagen, la esencia de lo sensorial, a la vez que los significantes vehiculizados a través de la palabra.

Maffesoli plantea un final “feliz”, el ajuste en un equilibrio puro de las distintas tribus.

A nuestro entender existiría la posibilidad de que las tribus se enquisten en sí mismas, aislándose del resto y enfrentándose en una guerra donde el pensamiento de exclusión es dominante y aflora la violencia. Se lucha por la existencia, son unos o los otros.

La tribu pasaría a tener características de secta, una confraternidad secreta, bajo juramentos de fidelidad.

Las otras sectas se convierten en rival especular, dando lugar a un incremento de la rivalidad narcisística.

Existir supone vencer, hacer desaparecer lo diferente.

La victoria entraña un despliegue de la violencia que lleva al límite de la muerte.

La secta sacraliza su mandato, ocupa un lugar sagrado, por tanto los fieles deben acatar sin cuestionamiento el poder que emana de aquella.

Este poder se instituye, suplantando el poder organizacional de las instituciones. La secta vencedora en esta lucha intertribal, queda instaurada en el poder absoluto, en un juego de inclusión-exclusión, al punto de convertirse en dadora de vida o muerte.

¿Cuáles serían las consecuencias de este proceso?

Un camino podría llevar a la desaparición de las tribus-sectas, por miedo a la muerte. Esta constituiría la aniquilación de la secta como un cuerpo orgánico.

El paso a la clandestinidad se presentaría como otra alternativa, como forma protectora, de sobrevivencia.

Otra posibilidad más optimista, sería la búsqueda de acuerdos, motivados por el miedo y el sufrimiento ante las pérdidas.

El rival da paso al semejante, no es yo-otro, sino yo y el otro. Se da un paso hacia la humanización, la inclusión de lo diferente, unificándose para construir algo nuevo, una nueva trama social.

Lamentablemente ya estamos asistiendo a un enfrentamiento entre estas sectas, con una violencia descarnada, donde todos los integrantes cooperan en forma activa y cooperativa.

Para ejemplificar, tomemos el caso de una adolescente de 16 años, asesinada por un grupo rival. Muerte violenta, filmada con un celular y subida a Internet como la “Muerte de una Flogger”, para su difusión al mundo. La imagen al servicio de la muerte, reforzando el poder desplegado por la tribu-secta.

19 Bleichmar, S. (2005) “La subjetividad en riesgo” Bs.As. Ed. Topia (pp.71-76).

Otro caso, ocurrido este año en un barrio de Montevideo, en el cual dos jóvenes estudiantes y deportistas, fueron asesinados por el fanatismo de otros jóvenes que no toleran la diferencia. Pertenecer a distintas hinchadas supone un riesgo de vida. Lo que antes se expresaba con la alegría o tristeza del triunfo de su cuadro, con gritos, banderas, cánticos, en una convivencia casi familiar, actualmente se vivencia como un grave peligro. Es el desenfreno, la violencia pura, que surge como respuesta colectiva de los distintos grupos.

Violencia anunciada que se transforma en acto, amenazas de muerte que se cumplen.

Dufour (2001) ha estudiado esta nueva condición humana, planteando que:

“Las formas de la destitución subjetiva que invaden nuestras sociedades se revelan a través de múltiples síntomas: la aparición de fallas psíquicas, la eclosión de un malestar en la cultura, la multiplicación de actos de violencia y la emergencia de formas de explotación a gran escala. Todos esos elementos son vectores de nuevas formas de alienación y de desigualdad.”²⁰

Hay una pérdida de referentes entre los jóvenes, están experimentando una nueva condición subjetiva cuyo sentido es un desafío a resolver.

No será a través de los códigos morales de la modernidad, pues ya no existen soportes colectivos veraces, el sujeto queda solo, abandonado a sí mismo, sin un otro de referencia, sin ley simbólica que lo limite y lo ordene, quedan expuestos al consumismo, a la inmediatez de la necesidad, adoptando falsas y múltiples identidades que lo llevan de la sensación de omnipotencia a la impotencia y el vacío.

En este universo se problematiza el vínculo con el otro, no hay semejante, el otro se transforma en objeto de necesidad.

Plantea Dufour (2001) que esta carencia del otro como sujeto-semejante, se resuelve a través de:

- La pandilla, que delimita su existencia a través de logos, marcación del territorio. Su debilidad es el efecto dominó (si uno cae, afecta a todos)
- La patota, es la pandilla fortalecida y triunfante utilizando la violencia.
- La secta, da existencia a un otro inmortal e invulnerable, el sujeto se convierte en su esclavo, asegurándolo frente al vacío.
- El sujeto se atribuye poderes sobrenaturales, decidiendo vida y muerte de los otros, a través de actos violentos

Los acontecimientos referidos en nuestro medio nos llevan a reflexionar sobre los cambios que van aconteciendo en estos grupos de jóvenes.

Hemos señalado las características de la secta, que a nuestro entender, englobaría a todas las tendencias que señala Dufour (pandilla, patota, secta).

20 Dufour,D. “*Esta nueva condición humana .Los desconciertos del individuo-sujeto*” en Le Monde Diplomatique ,Ed. Cono Sur. Servicio Info-Diplo/Los Semanales 11-05-2001

Entendemos que también el sujeto omnipotente con poderes mágicos estaría incluido, ya que en lugar del individuo, es la secta la que adquiere dichas características.

Pensar en el futuro a partir de esta concepción de secta, nos lleva a imaginar una visión apocalíptica, muy bien plasmada en las películas de ciencia ficción como *Mad Max*.²¹

Plantea una dominación de pandillas de motociclistas en un futuro cercano, en una sociedad apocalíptica, una distopía, una utopía negativa, perversa, contraria a una sociedad ideal.

¿Cómo evitar caer en una distopía?

Tomemos las palabras de Bleichmar (2005):

“La realidad que debemos recuperar es la de poder reconstruir sistemas de representaciones que restituyan el derecho a pensar y a estructurar proyectos que no reduzcan a los seres humanos que constantemente el sistema expulsa hacia la marginalidad, a sus puros cuerpos biológicos, ...un cuerpo sin subjetividad en el espacio de la vida humana.”²²

Para originar esta trama se hace necesario la creación de redes sociales, un “entre todos” que redimensione al semejante, ser con el otro, para poder ser uno mismo. Revalorizar el barrio, el club, la cultura popular, etc., generando movimientos instituyentes, que llenen el vacío de una moral perimida, de un descreimiento de la ley, del discurso político, transformando el espacio de la distopía en un espacio donde valga la pena vivir.

En este espacio, el hospital como institución no debe, no puede estar aislado.

Trabajar desde lo comunitario, con las nuevas generaciones, parecería ser una opción de cambios y posibles salidas al tema de la desesperanza, y la violencia de la exclusión.

En tal sentido, una niña expresa ante el tema de la muerte de los adolescentes “Por favor, respeten la decisión de cada uno. Cada persona tiene derecho a ser del cuadro que quiera” Mensaje de una niña de Aguada en uno de los talleres de apoyo psicológico Editado en La diaria 19 de mayo de 2009.

Súplica y reflexión que confiemos, sea un disparador para estas nuevas voces generacionales y buscador de soluciones consensuadas de toda una comunidad.

21 Película australiana protagonizada por Mel Gibson y dirigida por George Miller estrenada en los 80-

22 Bleichmar,S.(2005) “*La subjetividad en riesgo*” Bs.As. Ed. Topia (p.60)

EFEECTO DEL MARCO HOSPITALARIO EN EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA

“La dimensión institucional – ese impensable de los grupos...”
George Lapassade

Intentaremos transmitir la dinámica del trabajo de un equipo que ha tenido una permanencia de 20 años en la institución, enfrentando cambios, por un lado desestabilizadores y por otro de afianzamiento y producción.

Tomando conceptos de Utrilla (1998) pensamos que cualquier experiencia institucional debe permitir la búsqueda y conexión de diferentes factores que engloben lo histórico-social, permitiéndonos una visión que nos ubique como profesionales pertenecientes a un espacio y tiempo determinados.

Se hace necesario alejarse de un modelo teórico cerrado y único que trate de abarcar la diversidad, obturando preguntas, encerrado en una repetición estéril. Discriminarse implica proseguir la investigación.

Sin embargo, las investigaciones en una institución son posibles solamente cuando sus técnicos pueden elaborar lo regresivo de los procesos grupales y lo paralizante de los procesos institucionales, atravesados por el discurso del poder.

Por tanto, no todo se resume en aplicación o creación de teorías, sino que importa trabajar compartiendo el conocimiento, en función del progreso y la desalienación, producto del ejercicio del poder.

A esto se le agrega el atravesamiento de los discursos del imaginario social.

El hospital universitario representa un saber médico, que implica el concepto de curación. Desde esta ideología, debe enmarcarse todo equipo que abarque lo "psi", para poder trascender lo asistencial y proyectarse a atender las necesidades comunitarias, participando en la elaboración de políticas y planes de salud.

El punto de partida es el sufrimiento, pero el objetivo difiere, la tarea sería, cómo transitar este camino para poder reelaborar un fin común. Es difícil desde las territorialidades teóricas generadas en los diferentes técnicos implicados en la institución. Es preciso derribar muros para encontrar un discurso común, y esto implica un proceso en grupo.

Es desde una perspectiva grupal que se puede imbricar el tema del poder; enfrentar como grupo, fantasías de muerte. No olvidemos que todas estas fantasías se incrementan en momentos de crisis social, lo cual adjudica un plus a estas problemáticas.

Por eso más allá del grupo se impone un trabajo en redes, que oficie como una malla sostenedora, que inaugure un nuevo discurso, nuevas teorizaciones, soluciones innovadoras para una comunidad sufriente.

Se plantea la dificultad de lo antedicho porque el hospital ha estado en medio de dos discursos, uno que tiene que ver con la institución como representante

universitario, otro que desenmascara lo oculto, que tiene que ver con una institución carenciada, en crisis. Se mueve entre el poder y la debilidad, entre la valorización y la desvalorización, entre la completud y la falta., respectivamente.

En este desvalimiento se anudan otros “subdiscursos”, de todos los otros profesionales, técnicos y personal, es decir todos los recursos humanos.

Estamos frente a un nuevo contrato social, que determina reajustes en las imágenes del profesional médico. Se juega entre la idealización de tiempos pasados: el médico omnipotente como un Dios salvador, que alcanza la perfección, a un cuestionamiento del saber médico, donde se siente inerme y expuesto al juicio y la condena.

Pensamos que el surgimiento de estas nuevas subjetividades profesionales, traerán aparejados cambios, reacomodamientos en los distintos roles de poder institucionales.

Pero hay una metaideología que sigue dando permanencia al poder médico y que está en relación con los conceptos de salud y enfermedad.

El hospital fue creado para abordar la enfermedad controlando el sufrimiento y en definitiva enfrentando y soportando a la muerte.

Es aquí donde se sitúa el poder casi sagrado que otorga vida (luchando contra la muerte) del saber médico.

Desde esta trama, se deben reorganizar los distintos discursos, instaurando redes intra, inter y transinstitucionales.

Las nociones intra, inter y trans (nociones derivadas de Piaget-García (1982), en referencia a procesos de pensamiento) podría homologarse en otro contexto, a los procesos institucionales.

El momento intra está en relación con las estructuras y los mecanismos subjetivos, el inter con las relaciones cercanas de los sujetos mediadas por objetos y el trans tiene que ver con el análisis de las estructuras normativas social e históricamente producidas, que da sentido y existencia a las precedentes.

En el ámbito de lo institucional entonces, lo intrainstitucional, se referiría a la creación de espacios de coordinación en el seno del hospital, donde converjan los diferentes grupos de técnicos.

En tal sentido, el Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica aborda algunos de estos aspectos desde los ateneos clínicos, las jornadas científicas, las pautas de ingreso de los profesionales al Programa, son diferentes aspectos que tienden a la unicidad .Se entrecruzan los objetivos de atención y comprensión del paciente, así como los aspectos formativos en servicios de salud (Diplomatura en Servicios de Salud).

Otra variable la constituye el equipo en sí mismo, centrado en develar su dinámica como grupo, sus producciones y estancamientos, cerramientos, aperturas y atravesamientos

“Es decir que el conjunto de profesionales involucrados se instituya como equipo, esto es que diseñe colectivamente los dispositivos a implementar, evalúe

su desarrollo, trabaje como conjunto en sus actividades de formación, analice las demandas que recibe...” (Fernández 2002)²³

Desde lo interinstitucional es importante la inclusión del hospital en la comunidad, con otros servicios y dentro del Plan Nacional de Salud.

El establecimiento de redes con la comunidad, a través de los centros comunales, liceos, otras instituciones efectivizan propuestas y potencializan resultados.

La dimensión transinstitucional se refiere al vínculo con el imaginario social como instituyente, a través de mitos, emblemas, rituales que reproducen lo instituido.

Para poder realizar este entramado intra, inter y transinstitucional, se hace necesario la figura de un coordinador institucional, que permita focalizar y elaborar las distintas conflictivas de los equipos.

La tríada dialéctica intra-inter-trans no se detiene en la fase trans, sino que retorna y da sentido a lo intra, y continúa en una espiral en constante devenir.

En este proceso estuvimos enfrentados a vacíos teóricos que respaldaran nuestro proyecto.

Era necesario entonces, recurrir a la creación de nuevos abordajes, adaptados a nuevos requerimientos.

Así surge por ejemplo, la idea de trabajar en grupos con encuadre abierto, sin contar con experiencias similares en el medio, que oficiaran como referentes clínicos.

Desde los comienzos se plantearon múltiples hipótesis en una fuerte red que exigía permanentes desafíos

Las preguntas surgían con fuerza: ¿cómo era trabajar en un encuadre abierto?

¿Qué cambios en la dinámica grupal traía aparejado la entrada, salida y retorno de los integrantes?

¿qué vivencias ocurrirían en cada uno y en el grupo total?

¿con qué grupo nos enfrentaríamos en cada sesión?

¿qué concepto de grupo teorizaríamos?

¿Cómo limitaríamos la omnipotencia de nuestra “eterna” presencia?

¿Cómo trabajar la finalización en un encuadre abierto?

¿Cómo se daba el juego transferencial?

¿Cómo circula el afecto?

¿Cuáles son los efectos de un tiempo sin certezas?

¿Qué cambios efectuar frente a la crisis?

Las preguntas han sido innumerables y han oficiado de hipótesis de trabajo en la investigación a la que nos hemos abocado a lo largo de este período.

En fin, las preguntas no cesan de resonar, continuamos cuestionando, buscando comprender y ayudar

El Prof. Dr. A. Ginés.(1997) plantea que: “construir modelos grupales que se ajusten con propiedad a la demanda juvenil de flías. con notoria precariedad socio-económica y, a veces, al filo de la disgregación, que salven y aporten a superar las complicadas dificultades de la trama institucional pública y que

23 Fernández,A.(2002)”*El Campo Grupal Notas para una genealogía*” Bs.As. Nueva Visión (p.175)

por formación previa deban moverse con instrumentos teórico y técnicos provenientes de otras realidades sociales y culturales, supone despojarse de prejuicios y dogmas, poseer disposiciones afectivas solidarias y suficiente ingenio para concebir propuestas innovadoras; este es el nivel propiamente clínico y de construcción del proyecto psicoterapéutico.”²⁴ En este tiempo en que la postmodernidad, nos ofrece vínculos efímeros, donde las tribus urbanas son los continentes que dan sentido al acontecer humano, (sustentados desde lo societal por la masa, símbolo de un encuentro fortuito, puramente afectivo, sin un proyecto que lo atraviese), el poseer disposiciones afectivas solidarias y un compromiso que se asienta en el transcurrir de un tiempo abierto, por parte de los terapeutas, parecería ser condición sine-qua-non para abordar un trabajo institucional en un tiempo de cambios.

Es desde esta postura que podremos ir acompañando estos cambios, sin tratar de desentrañar significaciones que apunten a develar certezas, acompañar desde un espacio donde circulen los afectos, y la empatía se juegue en los encuentros.

Si bien en todo trabajo psicoterapéutico se hace necesario una disponibilidad afectiva, trabajar en grupo, en una institución hospitalaria y con adolescentes, parecería que requiere un plus de dicha disponibilidad como vía regia de sostén de la existencia.

Quizás el “despojarse de prejuicios y dogmas”, constituya un problema difícil de resolver ya que apunta a movilizar un marco teórico, cuestionándolo, desde una postura ecléctica donde las verdades se ponen en tela de juicio para dar paso a la pregunta cuestionadora y una búsqueda inagotable. Este corrimiento de la teoría pone en tela de juicio nuestra identidad y rol psicoterapéutico, lo conocido ya no es punto de referencia, nace un nuevo desafío que tiene que ver con la creación de nuevas construcciones teóricas. Es en esta tarea que han transcurrido 20 años tratando de elaborar conceptualizaciones que dieran cuenta del funcionamiento de un grupo con encuadre abierto y, simultánea y necesariamente se enmarcara en un espacio geográfico e histórico particulares que a su vez está imbricado en las tendencias macrocósmicas de la post-modernidad. Esto nos condujo a efectuar cambios en concepciones tan básicas como la adolescencia para dar paso a los adolescentes y a cada uno de ellos en sus particularidades, así como también cambios en la noción de los tiempos terapéuticos: de la secuencia significativa de las sesiones a la impronta de sentido de un tiempo en S.O.S en una sola sesión; de un encuadre totalmente abierto a momentos de cierre acompañando a la dinámica grupal e institucional.

El cuestionamiento continuo ha atravesado nuestro accionar al punto de rever aspectos técnicos. Para ejemplificar diremos que durante la crisis del 2002 se hacían necesario un apoyo desde la realidad, una realidad que implicaba aislamiento, crisis, problemas económicos, desamparo, desvalimiento, hambre, etc. y que dejaban sin

24 Klein A., Palermo S. (1997) “*Hacia una metapsicología de lo comunitario.*” Montevideo. Ed. Roca Viva

sentido una interpretación o señalamiento dirigido al conflicto intrapsíquico. Era imprescindible apuntalarlos y guiarlos desde el principio de realidad, desde lo fraterno ya que se comparte la experiencia emocional al mismo tiempo que se buscan soluciones compartidas poniendo en juego los aspectos resilientes que surgen en el grupo.

Por otra parte, se efectuaron cambios en la distribución de los adolescentes en los distintos grupos, de una distribución etárea a una distribución que tomaba en cuenta la capacidad para “soportar” un grupo, priorizando así el encuentro entre pares.

En este cambio se inserta el grupo de diagnóstico grupal para un diagnóstico en acción. Ya no existe un equipo de recepción o la figura del psiquiatra que decide el ingreso al grupo, son los propios adolescentes junto a los terapeutas, que participan en esta toma de decisiones que los involucra y los convoca,

En el primer encuentro del adolescente con la institución, se realizaban entrevistas a nivel individual, con un equipo de recepción interdisciplinario, durante casi dos meses. Las fantasías recurrentes que traían, hacían pensar en un vínculo transferencial no elaborado con los técnicos que lo trataron al inicio, generándose dificultades para adaptarse a la modalidad grupal.

A partir de una investigación de la clínica se comprobó que el modelo de atención individual, se priorizaba y esto determinaba una larga espera del adolescente, ya que el Servicio de Psicoterapia a nivel hospitalario, no contaba con los recursos técnicos humanos necesarios.

Asimismo del total de adolescentes derivados se concretaban un bajo porcentaje a terapia de grupo, denotando una sub-utilización del modelo.

Se realizaron tres encuentros grupales coordinados por una psiquiatra y una psicóloga con vasta experiencia en terapias grupales con adolescentes y trabajando juntas en coterapia.

En el primero, se explicitaron las condiciones del encuadre: día, hora, duración, lugar, y los objetivos buscados.

Estos serían, la posibilidad de pensar en grupo acerca de lo que los trajo a consultar, conocer sus demandas, y de esa manera poder ofrecerles las mejores opciones para sus dificultades, de acuerdo a los recursos con los que cuenta el hospital, (grupal, familiar, y/o, individual), y plantear las interconsultas que se consideraran necesarias.

El proceso se desarrolla en las dos primeras sesiones, es en la tercera que se realiza la devolución donde intervienen los propios adolescentes además de los terapeutas.

Esta metodología permite realizar un diagnóstico en acción, allí podemos observar como se relaciona el adolescente en el grupo, y sus posibilidades de grupabilidad.

Asimismo, el grupo cumple de una manera natural con la gestión diagnóstica, y a la vez como grupo de contención.

“Las funciones grupales se han multiplicado, y esto ha sido un factor fundamental para que el adolescente, se sintiera cómodo, y apoyado en el grupo. Permitimos que el grupo tenga un triple status, de recepción, permanencia, y despedida.²⁵

Sería importante destacar la función contenedora que ofrece la institución, al crear este espacio para ser compartido desde el inicio, brindando así la posibilidad de ser comprendidos y ayudado. El adolescente que no entra al grupo, no queda excluido de la institución. Por el contrario, se lo deriva a otras líneas de trabajo individual psicológico o psiquiátrico, de acuerdo a las diferentes patologías.

Para Neri (1997) la presencia del grupo es un punto de referencia para activar cierta calidad de emociones, creando en ellos el comportamiento para pensar en grupo, transformando los esquemas de pensamiento individuales.

La palabra transcurre en un espacio común, facilitándoles un nuevo modelo donde desde el primer encuentro, se comparte una comunicación que conlleva a otro tipo de transferencia; menos regresiva, y un rol más activo por parte de los adolescentes.

Se necesitó un tiempo de trabajo interno del equipo para despojarse de certezas teóricas individualistas, soportar frustraciones al servicio de un pensamiento común facilitador de acciones conjuntas.

La tarea se fue sustentando a través de una red que habilitaba la circulación de los afectos, y que posibilitó franquear las dificultades, los cambios sociales e institucionales, que fueron ocurriendo en el transcurso del tiempo.

La institución ofició como marco sostenedor y punto de referencia para el equipo y como avalador de innovaciones.

La supervisión, como marco de horizontalidad para permitir aperturas y nuevas construcciones.

En este sentido el Prof. Dr. Enrique Probst, Prof. Dr. Angel Ginés, Psicoanalista Mercedes Garbarino, Psicoanalista Irene Maggi, Dr. Juan P. Severino, Psicoanalista Marcos Bernard, nos resuenan como las figuras habilitantes de un proceso creativo, que oficiaron de co-pensores y permitieron la reflexión crítica.

Otros cambios se impusieron a través del tiempo, acompañando el transcurrir institucional y el devenir social.

Los trabajos que integran esta obra, oficiarían como puntos de partida hacia una reflexión profunda del acontecer institucional.

25 Neri C.(1997) “GRUPO. Manual de psicoanálisis de grupo” Bs. As. Ed. Nueva Visión

BIBLIOGRAFIA

1. Arendt, H., (1999) "Eichmann en Jerusalem: Un estudio sobre la banalidad del mal" Barcelona. Ed. Lume.
2. Anzieu, D., (1986) "El grupo y el inconsciente" España Ed. Biblioteca Nueva.
3. Aulagnier, P. (1994) "Cuerpo, historia, interpretación, de lo originario al proyecto identificatorios". Bs As. Ed. Paidós.
4. Berenstein, I.(2004).-"Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia" Bs As. Ed. Paidós.
5. Bernard, M. (1995) "Inconsciente y vínculo" Revista AAPPG Vol. XVIII.
6. Bleger, J. (1980) "El grupo como institución y el grupo en las instituciones" Temas de psicología Bs.As. Ed. Nueva Visión.
7. Bleichmar, S.(2005) "La Subjetividad en Riesgo" Bs. As. Ed. Topia.
8. Cassián, N.; Escobar, G.; Espinoza R, García R.; Holzknrecht M.; Jimenéz C.: "Imaginario Social: Una aproximación desde la obra de Michel Maffesoli." Universidad Autónoma de Barcelona Athenea Digital- N°9 (primavera 2006) ISSN 1578-8946.
9. Chodorow, N.:(2003)-"El poder de los sentimientos" Bs.As. Ed.Paidós.
10. Deleuze, G. y otros(1992) "El pensamiento libertino II" Montevideo Ed. Nordan.
11. Deleuze G. y otros(1976) "Postdata sobre las sociedades de control" Revista Ajo Blanco N° 51 Abril 1992.
12. Dufour, D.R. (2001) "Esta nueva condición humana. Los desconciertos del individuo-sujeto" Le Monde Diplomatique, Ed. Cono Sur.
13. Eliade, M. (1985) "Lo sagrado y lo profano" España. Ed. Labor Colección "Punto Omega".
14. Fernández A. M. (2002) "El campo grupal. Notas para una genealogía" Bs As. Ed. Nueva Visión.
15. Foucault M. (1976) "Vigilar y castigar. El nacimiento de la pasión" Madrid Ed. Siglo XXI.
16. Freud S. (1937) Obras Completas "Análisis terminable e interminable" Vol.23 Ed. Amorrortu. 1992.
17. Graves, R- (1985).- "Los mitos griegos" Madrid. Ed.Alianza.
18. Kaes, R., Bleger, J. y otros(1993).-"La institución y las instituciones" Bs.As. Ed. Paidós.
19. Kaes, R. (1977) "El aparato psíquico grupal" Barcelona Ed. Granica.
20. Klein A., Palermo S., Palermo A., Perelman J. (1997) "De la paradoja al grupo: el adolescente a nivel hospitalario y comunitario". Montevideo Ed. Roca Viva.
21. Klein, A., Palermo,S.(1997) "Hacia una metapsicología de lo comunitario. Estrategias con grupos de adolescentes." Montevideo Ed. Roca Viva.
22. Laplanche, J., Pontalis,J. B.(1977) "Diccionario de psicoanálisis" Barcelona Ed. Labor S.A.
23. Le Breton, D. y otros (2003) "Adolescencia bajo riesgo Cuerpo a cuerpo con el mundo" Montevideo Ed. Trilce.
24. Lewkowicz, I. "La subjetividad en la crisis" Conferencia 31.8.02 Montevideo.
25. Maffesoli M. (1996) "De la orgía. Una aproximación sociológica." Barcelona Ed. Ariel.
26. Morin, E. (2002) "Educar en la era planetaria. El pensamiento complejo como método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana" IIPC UNESCO y Univ. de Valladolid.-España.
27. Najmanovich, D. "Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculo y emergencia" Set 2001 Notas y debates de actualidad Utopía y praxis latinoamericana.

28. Neri, C. (1997) "GRUPO. Manual de psicoanálisis de grupo" Bs.As. Ed. Nueva Visión
29. Ogden, T. "Le tiens analytique: les implications pour la théorie et la technique psychanalytique. Revista Francesa de Psicoanálisis Tomo LXIX
n° 3 (Junio/2005)
30. Piaget, J.; García R., (1982) "Psicogénesis e historia de la ciencia" México Ed. Siglo XXI
31. Puget, J. y otros (1991) "El grupo y sus configuraciones. Terapia psicoanalítica" Bs.As. Ed. Lugar
32. Schkolnik, F. "Efectos de lo traumático en la subjetivación" Revista Uruguaya de Psicoanálisis N°100 Mayo 2005
33. Stein, G. (1991) "Psicoanálisis compartido" Bs.As. Colección Interinc
34. Utrilla, M. (1998) "¿Son posibles las terapias en las instituciones?" Madrid Ed. Biblioteca Nueva
35. Winnicott, D.W. (1979) "Realidad y juego" Barcelona. Ed. Gedisa

15 AÑOS DE EXPERIENCIA DE TRABAJO EN PSICOTERAPIA VINCULAR PSICOANALÍTICA EN EL MARCO HOSPITALARIO

GABRIELA MONTADO, ALICIA MUNIZ, ANA PAULA EVIA,
LAURA SARUBBO, SOLEDAD PRÓSPERO

*"...EXIGIR A OTRO QUE SEA OTRO,
EN VERDAD ES NEGARLE LA OTREDAD MÁS GENUINA,
COMO ES LA ILUSIÓN DE SENTIRSE UNO MISMO..."*

MARIO BENEDETTI

ALGO DE HISTORIA...

El Equipo de Psicoterapia Vincular Psicoanalítica comienza a trabajar en la Clínica Psiquiátrica-Facultad de Medicina-Hospital de Clínicas-Universidad de la República en 1994. Intentaremos dar cuenta de un recorrido de estos quince años a través de cómo ha sido nuestra inserción hospitalaria.

Desde nuestras prácticas a nivel privado, la experiencia hospitalaria nos empieza a interpelar y a cuestionarnos cómo llevar a cabo los abordajes terapéuticos, qué dispositivos serían los más eficaces, qué encuadre el más adecuado, pensando desde la práctica misma para alimentar y retroalimentar la teoría.

Como antecedentes, en 1993, las Psics. Alicia Muniz y Silvia Brande, atendieron dos casos en psicoterapia vincular.

Desde el año 1994, se integran otros psicoterapeutas al Equipo que se proponía el abordaje vincular de pacientes desde la teoría del Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. El equipo conformado entonces por las Psics. Alicia Costanzo, Silvana Hernández, Gabriela Montado, Alicia Muniz y la Dra. Laura Sarubbo, es presentado al Prof. Dr. Enrique Probst en mayo de 1995.

A partir de esa fecha, el equipo se amplió con los siguientes psicoterapeutas, que formaron parte del Equipo en diferentes períodos: Lics. Marina Goffer, Laura Fascioli, Alicia Costanzo, Miguel Hernández, Alberto Suárez, Fernando Correa, Ana Paula Evia, Eliana Cortinas, María Cecilia Olivieri, Soledad Próspero, Martha LLavata y Adriana Wieliwis. En el 2008 se incorporan los Lics. Mariana San Emeterio, Marcello Volonterio, Virginia Gómez y Claudia Escudero, quienes junto con A.P. Evia, G. Montado, S. Próspero y A. Wieliwis conforman el equipo en la actualidad.

A partir de las reuniones semanales (ateneos) de presentación, discusión y evaluación de los pacientes que están en psicoterapia psicoanalítica en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas, hemos constatado que muchas veces la problemática del paciente va más allá del abordaje individual. El grado de sufrimiento en los vínculos requiere, de un trabajo a ese nivel para poner en palabras formas de vincularse silenciadas que llevan a mecanismos de repetición en los diferentes integrantes de ese grupo familiar, o de la pareja. En muchos casos, esas peculiares formas de vincularse producen lo que llamamos el “paciente designado”, aquel que es traído como el loco o el enfermo. (Correa, F., Fascioli, L., Goffèr, M., Hernández, M., Montado, G., Muniz, A., Sarubbo, L., Suárez, A., 1998, 1999)

La inclusión de esta línea de trabajo implicó un desafío para los integrantes de la Clínica, ya que apeló a un modo diverso de pensar la consulta a la hora de derivar al equipo de abordaje vincular.

DESDE LA TEORÍA

Nuestro telón de fondo teórico ha sido el Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, teoría que se ha desarrollado principalmente en el Río de la Plata, de la mano de Isidoro Berenstein (1990, 1997), Janine Puget (1992), Marcos Bernard, Ricardo Gaspari y René Kaës (2002), entre otros.

Esta línea que, en sus orígenes, se nutre de los aportes de la Antropología Estructural de Lévi-Strauss y comienza con una concepción estructuralista, de la cual deriva la noción de Estructura Familiar Inconciente (EFI) dentro de las que se describen las funciones paterna, materna y avuncular. Dicha Estructura está atravesada por tres espacios psíquicos: intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo.

Consideramos importante precisar algunos términos con los que se fue construyendo esta teoría. Siguiendo a I. Berenstein (1990), entendemos que el vínculo posee características de “ligadura inconsciente”. Vínculo es una estructura que envuelve a los involucrados y “los inviste más allá o más acá de los yoes incluidos en la misma”. En la Estructura Familiar Inconciente (EFI) se describían una serie de vínculos, que “ligan lugares ocupados, por lo general, aunque hay excepciones, por un yo teniendo la misma denominación del lugar”¹. Esto es que, por ejemplo, el vínculo de alianza liga los lugares de esposo y esposa, los que serán ocupados por los respectivos yo del esposo y yo de la esposa.

Definimos cuatro tipos de vínculos: alianza (entre los cónyuges); filiación (liga a los padres y sus hijos); consanguineidad o fraterno (entre hermanos, hijos de los mismos padres) y avuncular (liga el lugar del representante de la familia materna con el de la madre o esposa).

La concepción psicoanalítica de la EFI nos permitía una lectura, una escucha de ese paciente-familia diferente del paciente individual. Aquí todas las personas y personajes están presentes a la vez; ya no escuchamos solamente el decir del paciente acerca de sus objetos internos sino que estos personajes denominados madre, padre,

1 Berenstein, I. (1990) *Psicoanalizar una familia* Buenos Aires, Argentina: Paidós (pág. 119)

hermano, hijo, están presentes también como personas. Este hecho despliega un entrecruzamiento de fenómenos que formarán una trama vincular compleja, capaz de desplegar transferencias intensas en múltiples sentidos.

Vínculo refiere a una situación inconsciente que, ligando a dos o más sujetos, los determina en base a una relación de presencia lo que implica la puesta en marcha de otros mecanismos como la llamada imposición, constitutiva del propio vínculo. De aquí deriva “lo vincular”; ello supone entender al sujeto, al lugar del otro y su diferencia con el objeto interno y con la noción del objeto externo, así como tener en cuenta la realidad interna y su relación con la realidad externa, la semejanza, la diferencia y lo que es ajeno. Se entiende por ajenidad aquella parte del otro que no podemos representarla, es inherente a la presencia del otro.

“Hay tres elementos ajenos en relación al sujeto: el inconsciente reprimido, la alteridad del otro, y la dimensión social del conjunto del que forma parte. Lo que tienen en común entre sí estos tres elementos es el de ser ajenos al propio yo. Son distintas las operaciones que ha de hacer para relacionarse con lo ajeno propio, de las que deberá hacer para con lo ajeno del otro y con lo ajeno del conjunto social. Nunca seremos concientes de las marcas de la cultura de la época ni del tipo de subjetividad que esta genera”².

En el correr de los años, y con el advenimiento de nuevas líneas de pensamiento, dentro del Paradigma de la Complejidad, así como concepciones filosóficas que teorizan sobre el azar y el acontecimiento, llegamos a una conceptualización del sujeto deviniendo otro con otro(s) (I. Berenstein, 2001, 2004, 2007). Hoy pensamos en un sujeto en vínculo, entramado en la cultura, co-construyendo subjetividad con otro/s.

Pensamos al sujeto constituyéndose simultáneamente en tres espacios psíquicos que conformarán su mundo interno, el mundo con los otros y el mundo social. Cada uno de ellos con una lógica propia, mundos superpuestos, pero no interceptados, mundos que se articulan o disocian en el sujeto; y que a su vez el sujeto es producido por ellos. El origen del sujeto estaría determinado tanto por el mundo infantil, como por la relación con los otros significativos así como por el contexto social al que pertenece.

Un sujeto se constituye en base al criterio de identidad y de pertenencia. “Cada pertenencia se construye en una situación y podemos llamar “situación” a cada espacio-tiempo donde se realizan prácticas que subjetivan a cada yo que se instituye en ella”³.

La pertenencia a un vínculo impone un hacer, un trabajo psíquico para darle un lugar al otro en tanto otro. Es así que la imposición es uno de los mecanismos constitutivos del vínculo. “Imposición es la acción de un otro sobre el yo o del yo sobre otro al establecer una marca no dependiente del deseo de quien lo recibe, y que requiere de una relación entre quien la impone y a quien le es impuesta. Imponer es una acción constitutiva y como tal refiere a la obligatoriedad de incluir y hacer un lugar a una marca proveniente de un nuevo significado en el vínculo entre dos sujetos. Nuevo refiere a que el sujeto no la tenía previamente a su inclusión en ese vínculo”⁴.

2 Berenstein, I. (2000) *Una visión personal del psicoanálisis de las configuraciones personales en: III Jornadas Nacionales de FAPCV*, Buenos Aires, Argentina.

3 Berenstein, I. (2002) *El sujeto, el (los) otro(s) y el mundo social*. APDEBA (inédito)

4 Berenstein, I. (2000) *Ibidem*

Es importante plantear lo que entendemos por subjetividad, concepto sobre el cual sustentamos nuestra práctica y nuestra técnica. No se trata de subjetividad en el sentido de opuesto a objetividad; tiene que ver con lo atinente al sujeto. La idea de subjetividad a la que nos referimos se relaciona con la constitución del sujeto que se sostiene tanto en los aspectos identitarios o identificatorios como en su pertenencia al mundo que lo rodea y que hace marca en él y lo constituye como sujeto.

DESDE NUESTRA PRÁCTICA

Poner en marcha esta teoría en este encuadre institucional es el desafío que nos propusimos.

Los objetivos generales fueron:

- » Atender la demanda de familias, parejas, vínculos familiares (en sus diferentes configuraciones)
- » Realizar interconsultas (discusión de casos clínicos con médicos psiquiatras, terapeutas o equipos de asistencia)
- » Intercambiar y asesorar a los integrantes de la Clínica Psiquiátrica sobre esta perspectiva clínica.
- » Realizar docencia a posgrados a través del curso “Introducción a la psicoterapia de familia” junto con el Equipo de Terapia Familiar Sistémica
- » Investigar sistemáticamente; objetivo que está aún por desarrollarse.

El equipo se reúne semanalmente con la finalidad de discutir derivaciones, estrategias y funcionar como supervisión horizontal.

Desde nuestra mirada vincular, nos hemos planteado diversos puntos de discusión; el descentramiento del paciente designado como enfermo, la relación entre patología individual y contexto de producción de subjetividad, la noción de complejidad llevada a la clínica, la idea de encuadre y estrategia, los aspectos que hacen al trabajo en interdisciplina así como el multiabordaje y la red interprofesional. (Correa, F., Evia, A.P., Fascioli, A., Goffer, A., Hernández, M., Montado, G., Sarubbo, L., 2000)

Todos estos conceptos han ido cobrando especificidad en lo que hace al quehacer vincular.

SOBRE LA INDICACIÓN Y DERIVACIÓN A PSICOTERAPIA VINCULAR

Nos encontramos con procesos que comienzan, a veces, en la consulta por la emergencia de un padecimiento psíquico individual. Este padecimiento individual oficia de “puente” o “disparador” que nos conduce al despliegue de una conflictiva vincular que la incluye y a la vez, la trasciende (Costanzo, A., Goffer, M., Montado, G., Muniz, A., 1996). Otras veces, la inquietud surge en el ateneo de psicoterapia a través de la discusión de algún caso clínico que mueve a la inter-consulta con

el equipo. Otras, desde el grupo terapéutico de adolescentes, desde derivaciones judiciales, derivaciones de otros colegas externos al hospital.

Llegan a consulta familias o parejas con determinados sufrimientos que se manifiestan a través de climas emocionales intensos, de desborde, forcejeo y lucha, palabras, gestos, y movimientos corporales. Argumentos inconcientes transmitidos transgeneracionalmente, contextos indiscriminados, espacios entremezclados, indiscriminación de los espacios íntimo, privado y público, emergencia de psicosis. Conflictos que dan cuenta de diversos funcionamientos vinculares: tensión entre transparencia-opacidad, separación-indiscriminación, violencia-sometimiento, funciones alteradas-jaqueadas, “locura familiar”, pactos silenciados, lo “no-dicho” circulando en contextos vinculares, duelos sin elaborar.

La terapia vincular psicoanalítica es una concepción nueva (Laura Sarubbo, 2004), un modelo diferente al de la terapia individual. Constituye un cambio epistemológico que implica distintos observables y, por lo tanto, una manera diferente de enfocar las relaciones vinculares.

Teniendo en cuenta que la familia, la pareja u otros vínculos son un tipo de paciente diferente al paciente individual, podríamos decir que la complejización del campo teórico clínico hacia una escucha de lo vincular implica un agregado de nuevas opciones en la estrategia al abordaje del sufrimiento.

Una pareja, una familia, un vínculo, son algo bastante diferente a la suma aritmética de los conflictos infantiles de unos y de otros. El encuadre vincular y el encuadre individual serán encuadres diferentes que permitirán producciones inconscientes diversas.

Cuando un paciente consulta, ¿qué está diciendo? Consultar, etimológicamente, es pedir consejo, pensar con otro. La consulta a un terapeuta sucede cuando aparece un sufrimiento, el que es registrado como una ruptura de cierta continuidad psíquica que se traduce en una sensación de desequilibrio, sea en el vínculo, en el cuerpo, en el psiquismo o en lo social.

A su vez, lo que le ocurre lo vivencia en tres ámbitos: en sí mismo, en su familia (pero en forma diferente), y en su contexto social.

Es condición para la indicación que tanto entrevistador como paciente tengan una actitud de investigación en las probables causas de su sufrimiento, para poder, de esta manera, transformar el malestar y sufrimiento, en bienestar y crecimiento.

Resolver una consulta no es resolver la situación conflictiva con que se presenta un paciente, sino establecer hipótesis que abran caminos para pensar, desde otro lugar, esa situación.

No es lo mismo una indicación que una derivación; entre ellas hay un proceso, hay un tiempo de elaboración. Indicación como una función en que el entrevistador va configurando, junto con el consultante, una trama. Entonces, se transforma en un acto.

No existen reglas fijas para delimitar la indicación a un tratamiento vincular. Sí, se habrá de evaluar las posibilidades del paciente vincular, para acceder a un determinado tipo de tratamiento, lo cual supone por un lado un verdadero deseo de cambio, y por otro, una evaluación entre lo óptimo y lo posible.

Cuando finalmente se produce la comunicación de la indicación, ésta se transforma en un acto ejercido a través de la palabra como instrumento terapéutico. La convergencia entre el saber del entrevistador y el del paciente, deberá llevar a una ampliación que permita comprender, de otra manera, los motivos por los cuales se consulta.

En cuanto a la demanda de tratamiento será un proceso signado muchas veces por la angustia de reconocer que solo ya no se puede, y que es necesaria una ayuda. La demanda se construye junto con el paciente, intentando mostrar que muchas veces las razones explicativas del dolor son sólo síntomas manifiestos, estando la causa de la producción de ese dolor, quizás, en otro lugar.

Ahora bien, la derivación tiene que ver con el significado mismo de la palabra. Derivar es encaminar o conducir algo de una parte a otra. No toda derivación, aunque parezca la más indicada, resulta exitosa. Aún en aquellos vínculos con intenso sufrimiento, la posibilidad de un tratamiento vincular puede ser sentida como una amenaza a ese inestable equilibrio que los mantiene unidos. En tal situación, se vuelve imprescindible el trabajo de construcción de una demanda propia de ese grupo que no revele sólo el deseo individual de algún integrante ni del entrevistador o terapeuta, sino que los integrantes de ese vínculo puedan apropiarse de ese pedido dándole un sentido propio. El armado de una demanda es, muchas veces, el trabajo terapéutico en sí mismo dado que implicaría un trabajo vincular en un espacio llamado “entre” que no pertenece a ninguno de sus integrantes sino a lo que ese vínculo produce.

Del mismo modo, se podría estar frente a un número demasiado amplio de posibilidades de indicación. La propuesta se centraría en una dirección marcada por lo que, en este momento y en este peculiar vínculo transferencial, se decide trabajar. Es una producción inédita, nueva, que surge con ese terapeuta y no con otro.

LUGAR DE LO INSTITUCIONAL EN RELACIÓN AL ENCUADRE

Desde nuestra concepción, es importante incluir el análisis de lo llamado institucional. El trabajo dentro del Hospital de Clínicas, donde los pacientes frecuentemente recorren diversos espacios para ser atendidos de variadas dolencias, que, además puede ser el lugar donde se trabaja y se estudia, le imprime un nivel de complejidad mayúsculo a este análisis, que si no se tiene en cuenta, deviene en obstáculo.

La experiencia con pacientes que además eran atendidos en otras líneas psicoterapéuticas (psiquiatría, grupal, individual, psicomática, etc.) dentro de la propia Clínica Psiquiátrica llevó también a teorizar acerca de los fenómenos transferenciales múltiples que no sólo se daban dentro del encuadre vincular, sino que circulaban por fuera del consultorio.

Es altamente intensa la transferencia que los usuarios del Hospital Universitario despliegan ante un espacio que imaginariamente está constituido por fantasías ambivalentes pero sobre todo por una gran demanda. En este hospital -muy valorado socialmente- donde existe una amplia gama de servicios asistenciales y se

da respuesta a muchas solicitudes, también existe un nivel de frustración mayor o menor de acuerdo a las expectativas.

La llamada transferencia institucional debe ser incorporada al trabajo vincular dado que responde al espacio público por donde circula la familia y la pareja pero que también nos incluye a nosotros. Con un grado de variada implicación dada las características de honorarios de todos los terapeutas del servicio, el cruce de fenómenos transfero-contratransferenciales es intenso y debe ser objeto de análisis en dos niveles: con el paciente y dentro del equipo de trabajo.

Éste además es un tema que se complejiza por la alta rotación de los médicos integrantes de la clínica y la permanencia de los terapeutas, en su mayoría psicólogos.

Cuando se trabaja con transferencias múltiples se impone un nivel de discusión acerca de favorecer o no el despliegue de las mismas o de buscar dispositivos de intervención que apunten a una economía transferencial ya que muchos consultantes (individuales o vinculares) pueden no estar en condiciones de sostener debido a intensas patologías o crisis vitales (por ejemplo, en las familias de pacientes psicóticos o frente a la pérdida de un integrante del grupo familiar).

La pertenencia a una institución se transita con un nivel de sufrimiento inevitable, generalmente vinculada a la tensión que existe entre lo instituido y lo instituyente.

Al hablar del desafío que implicó para este equipo de terapeutas vinculares el trabajo de instituir no sólo una línea terapéutica sino una forma de pensar la clínica, decimos además que tuvimos que pivotear en forma constante sobre este conflicto inherente a la institución. Institución que no sólo es el hospital sino la Universidad y las Políticas de Salud del Estado.

Podríamos pensar en los usuarios como tales y como ciudadanos, también como pacientes que se impacientan frente a las normas instituidas del Hospital de Clínicas o como consultantes que se vienen a apropiarse de un pedido-demanda frente a una oferta hecha por profesionales que, a su vez, demandan poder ejercer su saber en una institución que los reconozca dándoles cabida.

Otro nivel de complejidad es el que proviene del trabajo multidisciplinar o simplemente interdisciplinario. La inclusión en la Clínica Psiquiátrica implica una participación activa en las diversas instancias que se ofrecen: ateneos clínicos, supervisiones compartidas, interconsultas y hasta comentarios de corredor debido a la escasez de tiempos y espacios.

Esta modalidad de trabajo permite una mayor riqueza en el intercambio debido a la suplementación de teorías así como de dispositivos. Las experiencias diversas con pacientes vistos simultáneamente desde diferentes abordajes muestran la eficacia y la potencialidad de este tipo de estas estrategias conjuntas.

SE HACE CAMINO AL ANDAR... ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Las estrategias terapéuticas que, entendemos, se van construyendo en el colectivo, nos hace cuestionar otros paradigmas donde el conocimiento se considera más como un producto dado, prefijado que como algo a construir. (Evia, A.P.; Cortinas, E.; Goffer, M.; Montado, G.; Muniz, A., 2001)

Esto de “hacer camino al andar” quizás haya sido nuestro telón de fondo, como actitud cuestionadora con y desde nuestras prácticas, hacia la teoría psicoanalítica, y quizás, también, hacia ciertos aspectos de la teoría psicopatológica vigente tanto como a las prácticas hegemónicas donde se priorizaba el abordaje individual por sobre una escucha compleja.

Esta idea de subjetividad en permanente conformación nos permite navegar entonces en nuestro quehacer, en aguas de inconscientes abiertos, en construcción mutua, y nos concebimos como parte activa de ese escenario.

Los terapeutas implicados y detonantes activos de este trabajo con los pacientes vamos conformando sucesivas estrategias a lo largo del proceso tomando en cuenta los diversos dispositivos del trabajo multipersonal que el trabajo vincular permite.

El Paradigma de la Complejidad (Edgar Morin, 1990,1994) nos condena a la incertidumbre; es un pensamiento “acribillado de agujeros o de contradicciones”.

Esto constituye un desafío permanente a la responsabilidad y la actitud ética, pilares fundamentales a la hora de pensar nuestro trabajo.

La noción de complejidad nos ayuda en la construcción de las diferentes estrategias.

El encuentro en el dispositivo vincular surge en el marco de un todo institucional como consecuencia y causa del accionar de otros profesionales y pacientes. A su vez, sus efectos se reincluyen en la trama que lo produjo para seguir siendo pensados, conformando la estrategia desde la complejidad.

La construcción de las estrategias a lo largo de cada proceso terapéutico ha constituido uno de los aspectos del trabajo que nos ha demandado mucho esfuerzo no sólo para configurarlas en la práctica, sino para pensar cómo se produce el proceso de su armado desde el punto de vista teórico (Cortinas, E., Evia, A.P., Goffer, M., Montado, G., Muniz, A., Olivieri, C., 2002).

Pensamos que las diversas visiones que van surgiendo con los pacientes y con la red interprofesional conforman un proceso de elaboración conjunto y no sólo en un sentido de planteamiento conciente y concreto, sino también una trama inconsciente, o más bien pre-conciente de trabajo psíquico que se va desplegando simultáneamente. Este proceso continuará su evolución en la mente de los técnicos que tratan directamente cada caso (en ausencia de los colegas y las sucesivas instancias de supervisiones, ateneos, etc.)

Este trabajo psíquico que es, a su vez, colectivo e individual, continúa su desarrollo hasta alcanzar su fruto una vez que la estrategia sea pensada y explicitada por el técnico al paciente.

Estamos, entonces, desde esta mirada técnica, frente al encuentro de una respuesta transitoria pertinente para esa situación clínica. Cada situación clínica que se nos va

configurando, va exigiendo un armado de estrategias sucesivas que den lugar a lo novedoso y a la tolerancia de incertidumbres, para permitir la posibilidad de ir procesando los cambios psíquicos no sólo del paciente sino de los técnicos intervinientes.

Insistimos en la idea que cuando cada técnico decide una determinada estrategia terapéutica, integrando los diferentes encuentros con los pacientes, lo interprofesional e institucional, sea ésta opuesta o aún una nueva, se produce necesariamente un trabajo psíquico vincular (conjunto). Se internaliza, metaboliza (en el mejor de los casos) e interviene, como ya hemos dicho, activamente en esa situación clínica específica en ese momento dado.

Esta red que se configura con los múltiples encuentros y que va a presentar transformaciones permanentes, constituye nuestra herramienta fundamental para el desarrollo de formas de abordajes de las patologías a las que nos enfrentamos en la clínica. No es solamente un desafío para trabajar en el hospital sino es una forma de pensar la clínica en los contextos de vulnerabilidad e inestabilidad que se nos presentan día a día en la consulta general.

Nos enfrentamos a una realidad en la que debemos tolerar la imposibilidad de abarcarlo todo. Entendemos que la ética de la autonomía que plantea José Luis Rebellato (1997) implica pensar con otros. Es nuestro desafío permanente, tolerar las contradicciones y diferencias entre los integrantes del equipo técnico, no sólo en nuestra especificidad, sino también en relación a otras disciplinas y equipo tratante. Pero la riqueza de esta red en permanente interacción produce efectos de intervención que repercuten en otros niveles de acción terapéutica.

En medio de toda esta trama de incertidumbre de fondo debemos, sin embargo, elaborar estrategias y recortar hipótesis a ser confirmadas, rechazadas y/o modificadas en los sucesivos encuentros con los pacientes, tolerando la dura y sorprendente tarea de hacer lugar a lo nuevo que surge del “entre”.

Nos interesa puntualizar una diferenciación que establece Morin entre Programa y Estrategia.: “Un programa es una cierta secuencia de actos que han sido decididos a priori. En cambio la estrategia es un escenario de acción que puede modificarse en función de informaciones, acontecimientos y azares. La estrategia es el arte de trabajar con las incertidumbres”⁵

Las estrategias involucran la posibilidad de trabajar con el área individual, familiar, o grupos que rodean a los pacientes. Tomamos la idea del Multiabordaje de R.C. Marcel: “multiabordaje significa acceder simultáneamente al área individual, al círculo familiar y al medio social que rodea al paciente. Significa también un conjunto de presencias que se relacionan entre si en forma constante y cotidiana ya sea de manera real o virtual configurando un vínculo real que es una constante en el tiempo en que se opera conjuntamente”⁶

5 Marcer, R.C. (2001) *Multiabordaje: el dispositivo como configuración vincular* en: Actas del II Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja, tomo I. Buenos Aires, Argentina.

6 Matus, S. (2003) *Función del analista en la clínica de las redes* en Actas Jornadas AAPPG, Buenos Aires, Argentina.

FUNCIÓN DEL TERAPEUTA VINCULAR

Nuestras reflexiones a partir de nuestras prácticas también nos llevaron a preguntarnos por la función del psicoterapeuta vincular, haciendo foco en la “función de testimonio del terapeuta vincular” a lo largo del proceso terapéutico. (Evia, A.P., Montado, G., Olivieri, C., Próspero, S., Wieliwis, A., 2005).

Así como la función, continente, revèrie, metabolizante, son funciones que en lo que nos compete hacen a la función terapéutica, la función de dar testimonio de lo que acontece en un vínculo o una familia adquiere por momentos una relevancia necesaria y soporte de cualquier otra construcción posterior o simultánea en este tipo de trabajo vincular.

En este proceso de hilvanar y tejer historias que nos va ubicando en testigos; este “ser testigo” produce efectos en la subjetividad de los protagonistas del encuentro clínico (pacientes y técnicos).

Este trabajo en situación, con otros, en presencia de otros, en intersubjetividad, nos interpela en tanto terapeutas en el ejercicio de una función. Estamos allí, en un nivel de complejidad tal que nos permite ser hilo y aguja, entrar y salir, ser testigo y dar testimonio. Damos testimonio de que eso está allí; el hacer se impone, algo hay que hacer con eso que testimoniamos en transferencia, a partir de la puesta en juego de la propia subjetividad al servicio de la construcción de nuevos tendidos en esa red.

El terapeuta, así concebido, no resulta ser un mero espectador sino un protagonista de la escena terapéutica.

No hay un solo libreto escrito previamente, sino aquel que se va armando entre los actores protagonistas del trabajo terapéutico.

Las intervenciones del terapeuta, en esta línea de trabajo vincular, operan y habilitan a un re-escribir la historia, apuntalada en un vínculo transferencial, sosteniendo el proceso asociativo y ligando sucesos con significados.

Esta función del terapeuta vincular se recorta así del lugar del analista neutral, aunque abstinentes. Esta función, testimonio de una historia singular da lugar a la posibilidad de una nueva inscripción psíquica. ¿A qué llamamos lo nuevo? A generar una marca otra que estará significada por ese encuentro, y las diferentes dimensiones del atravesamiento intra, inter y trans subjetivo (el hospital, contexto socio-político-económico y cultural)

Siguiendo los planteos de Ignacio Lewcowicz (2000), podríamos hablar de tres conceptos distintos de temporalidad para relacionar una marca 1, cronológicamente previa a una marca 2, y por lo tanto diferentes formas de pensar el proceso de historización:

El concepto de temporalidad al que nos referimos es aquel en el que:” la marca 2 sólo historiza si se inscribe después de una primera pero alterándola. No viene a repetir (desplegar) ni eliminar (sustituir) como las dos anteriores. Sería como decir que la marca 2 suplementa a 1, no que la complementa. En esa mutación que se

produce en la marca 1 no se crea “algo absolutamente nuevo, si no radicalmente nuevo, es decir introduce en lo viejo una radicalidad nueva, una nueva raíz” “La experiencia humana se podría definir como historizable, a condición de que la historización no sea la inscripción en una secuencia larga, sino la capacidad de alterar lo previo sin perderlo, alterar sin perder”⁷

Habría una diferencia cualitativa entre el ejercicio de esta función testimonial y el involucramiento obturador del crecimiento psíquico. Se pone en juego la propia subjetividad, por lo tanto es no neutral, habilitando activamente la función historizante.

Este trabajo apunta a des-obturar la intersubjetividad patógena, intentando construir subjetividades al servicio de la salud. Desarma procesos de repetición para construir una nueva marca psíquica.

La historia puede ser, entonces, pensada a partir de estas nuevas líneas de visibilidad que se van construyendo con el material de las subjetividades en juego, desarmando los fenómenos de repetición para dar lugar a procesos de cambio.

Relacionado con el concepto de implicación, S. Matus, M. C. Rojas, G. Ventrici y A. Zadunaisky (2002) piensan que es paradójicamente obstáculo y motor, y esto de ser motor se daría cuando se pone en juego una "función testimonial."

En otro artículo, S. Matus y M.C. Rojas plantean que “...la implicación pone en juego una función testimonial, que supone necesariamente la presencia y el reconocimiento de otros, con los cuales armamos redes que permiten sostenernos en la subjetivación”

El ser humano debe apropiarse de su historia desde un hoy ineludible y en forma activa. Para esto, es necesario un trabajo psíquico y el ámbito terapéutico resulta ser un espacio privilegiado para esta actividad que se realiza, como ya dijimos, inevitablemente, en red, con otros. El trabajo psíquico en presencia de otros puede producir nuevas marcas que suplementan las anteriores, alterando las estructuras previas, dando lugar a un ordenamiento diferente en un proceso continuo.

Dar testimonio tendría que ver con develar y poner en palabras “lo oculto” que no es sólo lo inconsciente reprimido, denegado, forcluido para todos y/o para algunos. Es también un secreto, una mentira, lo “no dicho”.

Dar testimonio tiene que ver con decir, ligar, dar cuenta, para aportar nuevas marcas en la subjetividad en presencia.

La posibilidad de armar otra historia a partir de nombrar, de dar testimonio con otros, de resignificar lo que cada uno ha vivido y producir significaciones inéditas para el conjunto familiar.

Seguir constituyéndose, haciendo historia, historia viva, activa, es tener la posibilidad de seguir construyendo nuestra identidad, “hacer hace ser”, según el decir de Isidoro Berenstein(2007).

A partir de dar testimonio de lo oculto no hay más remedio que hacer otra cosa con ello, dando lugar a la posibilidad de cambios. Esto exige emprender un

7 Esto nos acerca al concepto de estructuras disipativas, estructuras abiertas, sujetas a un cambio constante.

trabajo psíquico, para dar lugar a otro armado posible. ¿Cuál? Sólo se va a saber después, pero si se le da lugar podría configurarse de una manera nueva; armar otra subjetividad a partir de lo dicho y hecho hasta ahora.

SUPERVISIÓN-INTERVISIÓN

El trabajo terapéutico vincular se ha enmarcado en un modo de supervisar que denominamos supervisión horizontal o intervisión, visión entre los profesionales que tienen a su cargo los diferentes tratamientos y que, creemos, constituye un rasgo distintivo de este equipo.

Esta modalidad funciona como soporte y contención del equipo dada la complejidad de las transferencias que se despliegan y la gravedad de algunas situaciones que se han trabajado.

Pensamos una concepción de la supervisión-intervisión psicoanalítica vincular, como uno de los pilares imprescindibles de la formación del psicoterapeuta. Cuando se habla del trípode de la formación del psicoterapeuta, se habla del análisis personal, del análisis del material clínico y de los grupos de estudio.

En cuanto al análisis de material clínico, implica un “pensar con otro”, los “vasallajes” del terapeuta en sus prácticas. Cuando decimos “pensar con otro”, estamos dando cuenta de la posición del psicoterapeuta de la cual partimos, tal como hemos dado cuenta a lo largo de este trabajo.

Concebíamos un mundo pensado como ya determinado, en el que el progreso llevaría al conocimiento de la verdad única, en donde el “supervisor” era poseedor de una acumulación de conocimientos a ser transmitida al novel terapeuta.

Nos fuimos posicionando en un punto de partida diferente frente a nuestra clínica. Desde una determinación monocausal pasamos a la sobredeterminación en donde la producción es pensada como construcción a partir del trabajo psíquico vincular.

La práctica que interpela, nos convida a pensar con otro, para producir cambios, cambios psíquicos, procesos de producción permanente de subjetividad.

El dispositivo analítico es pensado como una herramienta al servicio de la generación de nuevas condiciones de producción de subjetividad, vincularidad y discurso, implicando en ello a todos los habitantes de la situación, incluido el terapeuta. Se parte de la idea que no hay “objetos sociales” independientes del observador. La implicación del terapeuta dispara un apremio del trabajo en situación, operando desde sus intervenciones en una dirección elaborativa.

El espacio de intervisión instituye y favorece la posibilidad de metabolizar estos aspectos en conjunto y en ese singular vínculo con sus colegas, más allá de sus teorías, sus pertenencias y saberes instituidos.

Es una forma de legitimar nuestras prácticas en el encuentro con una terceridad; tiene un atravesamiento de legalización y un atravesamiento ético.

Este espacio de “intervisión”, es un espacio privilegiado para analizar, visualizar, la alta complejidad del campo contratransfero- transferencial-interferencial. (I. Berenstein, 2004)

En el marco hospitalario, estas intervenciones son de carácter grupal y horizontal, lo que, además de tener su especificidad, da una profunda riqueza por lo que se produce allí.

Es desde estos espacios que hemos producido trabajos teóricos-clínicos, que dan cuenta de un cuestionamiento permanente de conceptos con los que nos manejamos diariamente en nuestra clínica.

Finalmente, queremos destacar que la pertenencia institucional en nuestro encuadre de trabajo, y desde nuestra conceptualización, es creadora de una subjetividad diferente tanto para los pacientes como para nosotros mismos.

Hemos sido hacedores y testigos de las transformaciones que se fueron dando en la Clínica Psiquiátrica a partir de la inclusión de los múltiples abordajes y el diálogo generado. Transformaciones que se gestan no sólo de lo que cada uno aporta sino del efecto de este encuentro múltiple que da lugar a nuevas pertenencias y cambios en el proceso de subjetivación de todos los actores implicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berenstein, I. (1990) *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
2. Berenstein, I. (2000) *Una visión personal del psicoanálisis de las configuraciones personales en: Una pareja, un encuadre, una inclinación: "III Jornadas Nacionales de FAPCV"*, Buenos Aires, Argentina.
3. Berenstein, I. (2001) *El sujeto y el otro. De la ausencia a la Presencia* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
4. Berenstein, I. (2002) *El sujeto, el (los) otro(s) y el mundo social*. APDEBA (inédito).
5. Berenstein, I. (2004) *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, Interferencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
6. Berenstein, I. (2007) *Del Ser al Hacer* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
7. Berenstein, I. y Puget, J. (1997) *Lo Vincular* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
8. Correa, F., Fascioli, L., Goffer, M., Hernández, M., Montado, G., Muniz, A., Sarubbo, L., Suárez, A., (1998) *Descentramiento individual, ¿reordenamiento familiar?* presentado en 8° Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, 12-14 de Noviembre de 1998. (inédito).
9. Correa, F., Fascioli, L., Goffer, M., Hernández, M., Montado, G., Muniz, A., Sarubbo, L., Suárez, A., (1999) *Descentramiento individual, ¿reordenamiento familiar?* (Segunda comunicación) presentado en 9° Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, 20-23 de octubre de 1999 (inédito).
10. Correa, F., Evia, A.P., Fascioli, A., Goffer, A., Hernández, M., Montado, G., Sarubbo, L. (2000) - *Interdisciplina como una posible estrategia de abordaje en salud mental* presentado en 10° Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, 23 al 25 de noviembre de 2000. (inédito).
11. Cortinas, E., Evia, A.P., Goffer, M., Montado, G., Muniz, A., Olivieri, C. (2002) *Estrategia terapéutica como trabajo psíquico vincular – Presentado en 12° Jornadas Científicas en Psiquiatría: Montevideo, nov. 2002* (inédito).
12. Costanzo, A., Goffer, M., Montado, G., Muniz, A. (1996) *Acerca de la indicación a la psicoterapia vincular; presentado en 5° Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, Octubre 1996*. (inédito).
13. Evia, A.P., Montado, G., Olivieri, C., Próspero, S., Wieliwis, A. (2005) - *Sobre la función del psicoterapeuta vincular – Presentado en 15° Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, Octubre 2005* (inédito).

14. Evia, A.P., Goffer, M., Montado, G., Olivieri, C. (2003) - Acerca del duelo en un vínculo - Presentado en 13º Jornadas de Psiquiatría, Montevideo, Nov. 2003 (inédito)
15. Evia, A.P., Llavata, M., Montado, G., Olivieri, C., Próspero, S., Wieliwis, A. (2006) Entre abogados y jueces... la música. Efectos y resonancias en la clínica vincular - presentado en las 16º. Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, 19 al 21 de octubre de 2006 (inédito)
16. Evia, A.P., Llavata, M., Montado, G., Próspero, S., Wieliwis, A. (2007) Psicoterapia, un derecho de familia - presentado en VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia, I Congreso Uruguayo de Psicoterapia "La psicoterapia: un derecho universal", Montevideo, 20-22 de setiembre de 2007 y en las 17º. Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, 8-10 de noviembre de 2007 (inédito)
17. Evia, A.P., Montado, G., Olivieri, C., Próspero, S.(2004) - Notas para pensar nuestra práctica vincular en el contexto social actual – Presentado en 14º Jornadas Científicas en Psiquiatría, setiembre 2004 (inédito)
18. Evia, A.P.; Cortinas, E.; Goffer, M.; Montado, G.; Muniz, A. (2001) Se hace camino al andar... pensando y construyendo estrategias- Presentado en 11º Jornadas de Psiquiatría. Montevideo - Uruguay 25 al 27 de octubre de 2001. (inédito)
19. Fascioli, L., Goffer, M., Hernández, M., Montado, G., Muniz, A., Sarubbo, L., Suárez, A. (1998) -Transmisión transgeneracional a través de una narración fantástica Publicado en Anales del XIII Congreso de FLAPAG, Montevideo, 19-22 de noviembre de 1998
20. Hernández, S.; Montado, G.; Muniz, A.(1994) Abordaje vincular en el marco hospitalario presentado en III Jornadas Científicas en Psiquiatría, Montevideo, Octubre 1994 (inédito)
21. Käes, R. (2002) Vínculo e intersubjetividad. Conferencia dictada en AUPCV, Montevideo, Uruguay (inédito)
22. Lewkowicz, I. (2000) Pubertad. Historización en la Adolescencia, Cuadernos de ApdeBA N° 1. Buenos Aires, Argentina
23. Marcer, R.C. (2001) Multiabordaje: el dispositivo como configuración vincular en: Actas del II Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja, tomo I. Buenos Aires, Argentina
24. Matus, S., Rojas, M. C., Ventrici, G., Zadunaizky, A.(2002) Trincheras de cristal. Testimonio y reflexiones. En: Jornadas del Centro Oro, Buenos Aires.
25. Matus, S. (2003) Función del analista en la clínica de las redes en Actas Jornadas AAPPG, Buenos Aires, Argentina.
26. Morin, E. (1994) Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, España: Gedisa.
27. Morin, E. (1994) Epistemología de la complejidad en: Fired Schnitman, D.(comp.) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
28. Pachuk, C., Friedler, R. (comp) (1998) Diccionario de Psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Buenos Aires, Argentina: Del Candil.
29. Puget, J. y Berenstein, I. (1992) Psicoanálisis de la pareja matrimonial. Buenos Aires, Argentina: Paidós
30. Rebellato, J. L. (1997) Ética de la Autonomía. Desde la práctica de la Psicología con las Comunidades. Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
31. Sarubbo, L. (2004) Sobre la indicación y derivación a psicoterapia vincular. Trabajo presentado en XXIII Congreso de APAL - VIII Congreso Uruguayo de Psiquiatría "Sueños y realidad. Construyendo nuestra identidad." 17 al 20 de noviembre de 2004 (inédito)

LA PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE LA CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA, HOSPITAL DE CLÍNICAS (*)

MARÍA ESTHER LAGOS¹

Antecedentes históricos del desarrollo del modelo en el Uruguay

La Psicoterapia Cognitivo Conductual comenzó a desarrollarse en nuestro país sobre fines de la década del 60, entonces los dos grandes pioneros en el Uruguay fueron el Dr. Hugo Trenchi y el Dr. Hugo Silvera, tempranamente desaparecidos. Ellos desde el Hospital Maciel comenzaron a tomar contacto con el modelo y a aplicar los principios de la terapia de la conducta, fundamentalmente en el tratamiento de fobias. Las primeras comunicaciones realizadas en las que se utilizó el método científico datan del año 1969. En el año 1979 emplearon la terapia conductual, a nivel hospitalario en entidades clínicas abajo mencionadas, que se tomaron como objetivo en esta primera sistematización de resultados:

- » fobias 65%
- » fobias obsesivas 6,5%
- » disfunciones sexuales 18%
- » depresión 9%
- » déficit de aserción 14%
- » otros 4%

Los resultados terapéuticos obtenidos fueron:

- » fobias 70%
- » fobias obsesivas 60%
- » disfunciones sexuales 57%

1 Licenciada en Psicología, Psicoterapeuta Cognitivo Conductual, Coordinadora General Docente del Equipo Cognitivo Conductual de Suamoc en el Programa de Psicoterapia de la Clínica de Psiquiatría, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Integrante del Comité Científico y Coordinadora Docente de l Programa de la Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud, Cátedras de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Presidenta de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia (FLAPSI).

- » depresión 100%
- » déficit de aserción 45%

Los resultados globales fueron: discretos en un 27%, buenos en el 28% y muy buenos en el 72,72%.

Ellos fueron los primeros en introducir el modelo conductista, basado en el método científico experimental. A partir de la definición de objetivos utilizaron técnicas tales como: desensibilización sistemática, modelado encubierto, extinción, aversión, inducción de síntomas, prevención de la respuesta, entrenamiento asertivo, método de inducción de ira, imaginación positiva, cambios en las autoinstrucciones y técnicas de terapia racional emotiva.

El Dr. Silvera escribió en el primer boletín de Suamoc (1985), hace ya 25 años: “en nuestros países iberoamericanos tan ricos en tradición literaria como pobres en tradición científica, practicamos ciertas conductas que deberíamos modificar para salir de este aspecto del subdesarrollo. Tenemos excesivo amor propio por las teorías en detrimento de los hechos y guardamos una actitud poco humilde frente a los mismos”. Durante la década del 80, se nuclearon en torno a ellos algunos colegas, psiquiatras y psicólogos y conformaron los primeros grupos de estudio con la guía de estos pioneros, integrando desde los inicios lo conductual con lo cognitivo, lo biológico con lo ambiental; integración que actualmente se sigue fomentando y perfeccionando con el avance del conocimiento resultante de los resultados de las investigaciones. Más adelante, en el año 1985, se funda la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (Suamoc), incrementándose entonces el intercambio de conocimientos a través de jornadas, actividades científicas y cursos. En 1990 se consolida el primer Plan de Formación en Terapia Cognitivo Conductual, que a partir de 1997 comienza a expedir certificados de Psicoterapeuta Cognitivo-Conductual. Actualmente Suamoc otorga dos tipos de certificados, uno de Técnico en Análisis y Modificación de Conducta y otro de Terapeuta Cognitivo Conductual. Esta Sociedad ha trabajado arduamente para desarrollar el modelo a través de múltiples actividades de difusión y promoción con el objetivo de introducirlo en los ámbitos universitarios

Inicios de la inserción del modelo en el Programa de Psicoterapia

En ese momento todavía estábamos en un medio predominantemente psicoanalítico, por lo cual este modelo tuvo fuertes resistencias, particularmente en los ámbitos universitarios. Es importante destacar este aspecto ya que, a pesar de estas condiciones, en el año 1986, siendo Director de Cátedra el Prof. Dr. Enrique Probst y el Dr. J. Alberto Chertok grado 2, de la Clínica de Psiquiatría del Hospital Universitario, el Prof. Probst, en una actitud plural, inclusiva y de “mente abierta” abrió ese espacio universitario para que esta visión de la salud y la enfermedad y del acontecer humano, empezara a tener cabida, en principio en los Ateneos, que ya desde ese entonces se realizaban y que, al igual que hoy, constituían espacios sumamente enriquecedores.

Fue en ese ámbito donde el Modelo Cognitivo Conductual comenzó a ser escuchado respetuosamente y a interactuar con otras líneas de trabajo. Se comenzaron a derivar algunos pacientes a los cuales, con la supervisión del Dr. Chertok, se les fue brindando asistencia.

Al inicio éramos unos pocos los que allí estábamos, pero con el transcurso del tiempo, varios de nosotros, constituídos en un equipo con un objetivo docente asistencial, trabajamos más regularmente con los pacientes que nos eran derivados, empezando a sentirnos, ya en alguna medida, integrados a la Clínica.

A partir del año 92 los cursos de formación de Suamoc empezaron a incluir en sus programas, además de las exigencias de formación teórico técnica, la práctica clínica supervisada. A medida que las exigencias de formación dentro del modelo aumentaban se iba afianzando la presencia del modelo Cognitivo Conductual dentro de la Clínica de Psiquiatría.

SIGLO XXI

En el año 2002, el entonces Catedrático Prof. Dr. Angel Ginés, suscribió un convenio docente asistencial entre la Clínica y Suamoc. En el mismo Suamoc se integraba al Programa de Psicoterapia, que tomaba cada vez más impulso, y se comprometía a mantener y/o generar espacios para que los psicoterapeutas en formación -ya psiquiatras o psicólogos- brindaran atención psicoterapéutica a los pacientes de la Clínica y realizaran allí su práctica clínica supervisada.

Los Objetivos del Equipo de Psicoterapia Cognitivo Conductual dentro del Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica han sido y son fundamentalmente:

- » Brindar asistencia gratuita en psicoterapia cognitivo – conductual a nivel individual y/o grupal, a pacientes con diferentes patologías de alta prevalencia en la población general. En principio los diagnósticos incluidos fueron: Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Ánimo y Disfunciones Sexuales; por ser diagnósticos que generalmente posibilitan el establecimiento de objetivos concretos que pudieran trabajarse dentro del año lectivo.
- » Ofrecer una instancia formativa práctica para los psicoterapeutas y estudiantes avanzados integrantes del equipo.
- » Promover, mediante un trabajo responsable y organizado, la implementación rigurosa de mediciones y seguimientos, y el afianzamiento del modelo cognitivo – conductual.

INTEGRANTES EL EQUIPO

SEGÚN EL PROYECTO DE REGLAMENTACIÓN PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE – ASISTENCIAL, EL EQUIPO ESTÁ INTEGRADO POR:

- » Docentes Supervisores
- » Psicoterapeutas, psicólogos y/o psiquiatras egresados de los cursos de formación de Suamoc.
- » Estudiantes, alumnos avanzados de dichos cursos: Psicólogos y/o Psiquiatras, que cumplan funciones asistenciales en el Hospital de Clínicas, los cuales no necesariamente deberán ser miembros de Suamoc, y quienes estén cursando la Diplomatura de Psicoterapia en Servicios de Salud.
- » Psicoterapeutas o Estudiantes de cursos de formación provenientes de otros ámbitos, dentro de la línea de trabajo, quienes deberán documentar su formación mediante la presentación de su currículum.

FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

Suamoc ha realizado una importante inversión en el equipamiento para el uso adecuado de la cámara Gessell, la cual ha permitido optimizar el proceso de enseñanza, tanto a nivel de intervención individual como grupal. Desde el punto de vista del aprendizaje vicario para los psicoterapeutas no experimentados y para los estudiantes resulta muy beneficioso. También los pacientes se ven más beneficiados dado que las supervisiones, a través de la Cámara Gessell, permiten retroalimentar tanto los errores como los aciertos en el momento en que estos ocurren, “no es lo mismo verlo, que escucharlo”. De esta manera también se puede constatar la evolución real del paciente.

Posteriormente lo trabajado en el equipo se comparte con los demás integrantes de la Clínica a través de la participación con presentaciones en las Jornadas Científicas anuales.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología tiene dos vertientes: la individual y la grupal.

Supervisiones Individuales

Las instancias de supervisiones Individuales se realizan semanalmente, tienen una hora y media de duración, empleando la Cámara Gessell para la recepción y posterior seguimiento del paciente. En la primera entrevista se cita al paciente media hora antes con la finalidad de que complete la “Ficha de Ingreso de Pacientes al Programa de Psicoterapia”, la cual recaba información del paciente en lo que respecta a tratamientos anteriores y su motivo de consulta actual, por lo que previo a la entrevista inicial ya se posee un acercamiento a la problemática y se trata de planificar la entrevista a partir de los criterios establecidos con el supervisor.

El paciente es entrevistado por una pareja de terapeutas, mientras el resto del equipo observa a través de la Cámara Gessel. Este aspecto es conocido y aceptado previamente por el paciente, respetando las normas éticas -tal como se hace en el ámbito privado de la consulta- y tal como deben hacerlo los demás equipos de trabajo.

Se trabaja en la modalidad de Terapeuta y Co-Terapeuta, buscando que las parejas queden conformadas, dentro de lo posible, por un psicólogo o psiquiatra de mayor experiencia y otro sin experiencia o estudiantes avanzados, con la finalidad de poder intercambiar puntos de vista y transmitir, mediante el modelado, su propia experiencia.

Finalizada la entrevista se le pide al paciente que se retire unos minutos mientras se discute el caso y la entrevista. Luego el paciente vuelve a entrar, se realizan las preguntas que puedan corresponder y se realiza una pequeña devolución, en la que se trasmite la hipótesis formulada sobre su problema y el tipo de intervención a realizar, así como una pequeña explicación del modelo de trabajo, haciendo un claro hincapié en la necesidad de buscar -dentro de lo posible- objetivos concretos, a fin de poder trabajarlos dentro del año lectivo. Si el paciente está de acuerdo coordina directamente con los terapeutas que le fueron asignados, el día y hora de sus entrevistas futuras.

En lo que respecta a la supervisión de cada caso, dentro del equipo, la frecuencia es mensual, pero cuando es necesario, el supervisor puede acordar instancias semanales o quincenales. A lo largo del año lectivo la primera entrevista y una o dos de las supervisiones se realizan “en directo”, citando al paciente, y utilizando la Cámara Gessel, Se puede así observar tanto la evolución de la problemática del paciente como las intervenciones de los psicoterapeutas.

Las reuniones de supervisión individual se realizan una vez por semana, los días jueves de 11 a 12:30 hs.

SUPERVISIONES GRUPALES

Al acceder al uso de los consultorios 7,8 y 9, se pudo empezar a utilizar –arreglos mediante- la Cámara Gessel que allí se encuentra. Esto posibilitó la observación directa de las entrevistas. Las supervisiones se tornaron así mucho más ricas ya que se podía observar a el/los terapeutas y “en acción” así como las reacciones de los pacientes frente a sus intervenciones. Además, del otro lado de la cámara, el resto de los integrantes del equipo, junto con el supervisor a cargo, no solo pueden observar, sino también entender y aprender con los comentarios, señalamientos y/o preguntas que sobre lo que se estaba observando, realiza el supervisor.

Dentro de la dinámica del equipo, en el Programa de Psicoterapia, y con el objetivo de potenciar el aprendizaje, luego de finalizada la entrevista -una vez que el paciente se ha retirado- el terapeuta (o pareja de terapeutas) actuante se integran al grupo. En esa instancia pueden realizar su autocrítica y a su vez recibir

comentarios, retroalimentación y/o instrucciones para mejorar su desempeño. También es allí donde se perfila el curso de las siguientes sesiones. Esta modalidad de funcionamiento facilitó promover otra actividad docente asistencial: el abordaje Grupal de Trastornos de Ansiedad.

Si bien este programa de Tratamiento Grupal se llevó a cabo por primera vez en el año 1997, en esa ocasión, se hizo sin contar con la Cámara Gessel. Los observadores entonces podían ser pocos ya que debían estar en el mismo ámbito que los pacientes y los coordinadores del grupo. En 1998 cuando pudimos acceder a la cámara, se pudo implementar la misma dinámica que para las intervenciones individuales.

Desde 1997 al 2002 estos grupos estuvieron dirigidos a tratar pacientes que presentaran Crisis de Ansiedad (ataque de pánico) con o sin Agorafobia. Desde el año 2003 hasta el 2007 inclusive, fueron tratados en el grupo, con muy buen resultado, pacientes diagnosticados con diferentes trastornos de ansiedad.

El Programa utilizado para la intervención grupal tiene una duración de 16 sesiones, funciona con grupos cerrados, homogéneos en lo que refiere a las problemáticas pero heterogéneos en lo que refiere a la procedencia, edades, niveles educativos, etc. Los pacientes que acceden al grupo son exhaustivamente evaluados con la finalidad de descartar ingresos de personas con trastornos graves de personalidad, que no solo no se verían beneficiados de esta intervención, sino que interferirían con el desarrollo de los objetivos planteados.

Dado que según indica la experiencia el índice de deserciones es temprano y puede ser alto, no es conveniente iniciar un grupo con menos de 9 personas, ya que operativamente no debería tener menos de 6 y óptimamente 8. No obstante, con la finalidad de que no se pierda esta valiosa instancia asistencial, en años anteriores se ha iniciado algún grupo con un número inferior de participantes.

El grupo de Trastornos de Ansiedad se realizó ininterrumpidamente durante 11 años (1997 - 2007), los días jueves en el horario de 09 a 11 hs.. Brindó asistencia a 90 pacientes y en él se supervisó en directo a 20 coordinadores grupales -psicoterapeutas – Consideramos que nuestro esfuerzo es una contribución al bienestar emocional, de un creciente número de personas, que de otra manera no podrían verse beneficiadas de un tratamiento de asistencia psicoterapéutica. efectivo y relativamente corto.

DERIVACIONES DE PACIENTES AL EQUIPO

Los pacientes pueden llegar al Equipo por dos vías: externa o interna. La vía externa a través de colegas o instituciones que conocen nuestro trabajo dentro del Hospital y derivan el paciente al equipo, previa consulta e ingreso ante la Clínica.. El coordinador administrativo del Equipo Cognitivo Conductual recibe las derivaciones y las registra en una lista de espera. Al paciente que ingresa se le exige carnet de asistencia, en caso de no tenerlo se le pide que abone el arancel diferencial que existe en Salud Pública para quien puede hacerse cargo de un mínimo costo.

La vía interna es a través de las derivaciones que vienen directo de la Clínica de Psiquiatría. Los psiquiatras que consideran conveniente derivar a un paciente al equipo dejan en una carpeta -que es revisada cada semana- las fichas de derivación. Luego el coordinador administrativo del equipo ingresa al paciente a la lista de espera y posteriormente lo cita. Dicho paciente continúa atendándose paralelamente por el psiquiatra derivante.

El equipo Cognitivo Conductual está actualmente bien afianzado, ha crecido mucho en cuanto al número de psicoterapeutas, co-terapeutas y observadores. No solo por la afluencia de los estudiantes de Suamoc, para los cuales dicha asistencia es obligatoria como parte de su formación, sino también porque allí convergen cursantes de la Diplomatura de Psicoterapia en Servicios de Salud, organizada por las Cátedras de Psiquiatría. Esta Diplomatura, cuyo Ciclo Básico es de dos años, forma parte de la curricula de los postgrados de psiquiatría.

Dado que la práctica clínica supervisada ha contribuido y enriquecido mucho la formación de los psicoterapeutas, ha sido fructífera y facilitadora del aprendizaje, es actualmente una actividad muy deseable y necesaria.

A lo largo de este camino. también los integrantes del equipo Cognitivo Conductual hemos participado en las Jornadas Científicas de Psiquiatría que anualmente organiza la Clínica. Esas Jornadas constituyen un valiosísimo aporte de conocimientos y un invaluable ejemplo de integración entre visiones muy diferentes.

Quisiera realizar algún comentario sobre los Ateneos, esos encuentros de intervisión que han constituido una actividad permanente y sobre el Programa de Psicoterapia de la Clínica. Quizás porque desde que nos acercamos a la Clínica los Ateneos ya operaban de esa manera o porque no conocíamos otras realidades desde adentro y, si bien siempre nos nutrieron e integraron, no nos resultaban algo innovador. Similar neutralidad nos generó el Programa de Psicoterapia que estaba ya funcionando, y que hoy por hoy tiene tanto peso. Sin embargo cuando personalidades del extranjero y las hemos acercado al Hospital y a las actividades que se desarrollan en el Programa de Psicoterapia, quedan realmente impresionados por ellos.

En octubre del año 2007 se realizó en Montevideo el VII Congreso de Psicoterapias de la Federación Latinoamericana y I Congreso Uruguayo de Psicoterapia, a él asistieron dos figuras relevantes a nivel mundial en relación a la Psicoterapia y a la Investigación en Psicoterapia, el Prof. Dr. Alfred Pritz, Presidente del Consejo Mundial de Psicoterapia, y el Prof. Dr. David Orlinsky, personalidad destacada de la SPR (Sociedad de Investigación en Psicoterapia). Ellos participaron en actividades de la Clínica y se mostraron muy sorprendidos, gratamente por cierto, por la manera en la que se realizan los intercambios de los Ateneos, y con el Programa de Psicoterapia en general. Es hora entonces de que dejemos de verlo como algo tan “corriente” y empecemos a valorarlo en su real dimensión.

La Psicoterapia es hoy por hoy, de hecho aunque no de derecho, una profesión de post grado. Claramente el ser psicoterapeuta requiere de una formación específica en algún Modelo Teórico Clínico, y esto es válido tanto para la práctica privada en el

ejercicio libre de la profesión como para trabajar en servicios hospitalarios de salud. Sin embargo estas son dos realidades bien diferentes. Los entramados familiares, el nivel socioeconómico y cultural de los pacientes suelen ser diversos y no pueden abordarse igual. Para un terapeuta que viene del ámbito privado de formación y de atención, participar del trabajo del Programa de Psicoterapia le descubre un mundo de cuya existencia era, muy frecuentemente, ignorante.

Las carencias de los que allí se atienden suelen sensibilizar fuertemente a los noveles terapeutas y, de alguna manera, les brinda un “baño de realidad”, una realidad que le era desconocida y ajena, pero que se torna muy beneficiosa. Este es un aspecto bien interesante y de mucho peso en la formación, ya que ayuda a desarrollar otras fortalezas, a desplegar otros recursos, recursos que a los que por lo general no suelen acceder en el ambiente cerrado de la consulta privada.

Sin bien este espacio ha adquirido gran importancia en cuanto a la capacitación de los terapeutas que, ayudando reciben, sobre todo, es particularmente valioso en lo que contribuye al crecimiento de los psicoterapeutas como Personas.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS: PERÍODO 1992- 1996

Durante este período fueron atendidos:

- » 60 pacientes: Hombres 45%, Mujeres 55%
- » Edades promedio: 16 a 30 años: 28.3%; 31 a 40: 28.3%; 41 a 50: 18.3%; 51 en adelante: 2.5%
- » DERIVADOS POR: Clínica Psiquiatría: 33.3%; Colegas 36.6%; Otros Profesionales de la Salud Mental: 18.3%; Otros Servicios del Hospital: 5% Comunidad Israelita: 3.3%; Policlínicas Barriales: 3.3%

DIAGNÓSTICOS:

- » Depresión: 46.6%
- » Pánico con Agorafobia: 11.6%
- » Disfunciones Sexuales: 11.6%
- » Déficit en Hab. Sociales: 8.3%
- » Fobias Simples: 6.6%
- » Esquizofrenia: 3.3%
- » Crisis Heteroagresividad: 3.3%
- » Apragmatismo: 1.6%
- » Trastorno Personalidad: 1.6%
- » Trastorno Obsesivo Compulsivo: 1.6%
- » Problemas de Pareja: 1.6%
- » Alcoholismo: 1.6%
- » Obesidad: 1.6%

(*) La duración promedio de los tratamientos con Evolución Satisfactoria:
Menos de 6 meses: 13

Entre 6 meses y un año: 7

Entre un año y 1 ½: 4

DATOS EPIDEMIOLOGICOS: PERÍODO 2000 - 2008

Durante este período fueron atendidos en PSICOTERPIA INDIVIDUAL:

- » 112 pacientes: 36 Hombres %, 76 Mujeres %
- » Edades: entre 19 y 66 años

DERIVADOS POR: Clínica Psiquiatría; Otros Profesionales de la Salud Mental; Otros Servicios del Hospital; Policlínicas Barriales:

DIAGNÓSTICOS:

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO:

- » Distimia: 4
- » Depresión Mayor: 6
- » Tr. Bipolar: 7

TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

- » Crisis de Pánico con /sin Agorafobia: 8
- » Agorafobia: 6
- » Ansiedad Generalizada: 9
- » Fobia Específica: 5
- » Fobia Social (con o sin déficits en Hab.Sociales): 19
- » Trastorno Obsesivo Compulsivo: 10

TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL TOC:

- » Tricotilomanía: 1
- » Ludopatía: 1

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

- » No especificado: 2
- » Histriónico: 4
- » Obsesivo: 5
- » Border: 4
- » Dependiente: 3
- » Paranoide: 2
- » Evitativo: 5
- » Narcisista: 1

OTROS:

- » Disfunciones Sexuales: 5
- » Tr. Adaptativo: 2

- » Abuso Sustancias: 1
- » Dificultad de concentración: 1
- » Duelo patológico:1

TRATAMIENTO GRUPAL DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD (*)

PERÍODO 1997 – 2007

- » Trastorno por Pánico con o sin Agorafobia: 1997 – 2001:
Pacientes tratados: 42. 30 Mujeres, 12 Hombres
- » Trastornos de Ansiedad (en general): 2001 – 2007:
Pacientes tratados: 48. 36 Mujeres, 12 Hombres (*)

Se Incluyeron: Trastorno por Pánico , Agorafobia, Fobias Específicas, Trastorno por Estrés Post traumático, Fobia Social, Ansiedad Generalizada, TOC.)

BIBLIOGRAFÍA:

- » de los archivos de SUAMOC
- » Datos del trabajo”La Psicoterapia Cognitivo Comportamental en la Clínica Psiquiátrica:1992-96”, Dr. S.Cusmanich, Jornadas de Psiquiatría, 1997.
- » “Historia de SUAMOC”, Ileana Caputto. Revista de SUAMOC –nº1, 2008,
- » “Abriendo Fronteras en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad” Revista de la Sociedad de Psiquiatría Biológica Lic. M.E. Lagos, Vol. Año 2007
- » Comunicaciones personales de los Drs. Hugo Silvera y Hugo Trenchi, 1969, 1972, 1977)

CAPITULO III

**EL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DESDE
LA PERSPECTIVA DE LOS SUPERVISORES
PSICOANALÍTICOS.**

UNA CLÍNICA PSICOANALÍTICA UNIVERSITARIA Y HOSPITALARIA

ANA ALLEGUE - AURORA CRESPO - IRIS PEÑA

La convocatoria a participar en la construcción de un libro que de cuenta de la actividad docente-asistencial y de investigación desarrollada en forma ininterrumpida desde hace 22 años en el Programa de Psicoterapias del Hospital de Clínicas despertó nuestro interés por intentar transmitir las experiencias acumuladas durante más de una década de trabajo como psicoterapeutas en el Hospital y reavivó un sentimiento de pertenencia que creíamos olvidado. Inevitablemente acudió a nuestra memoria el recuerdo de los inicios del Proyecto, nuestras primeras prácticas cuando, apenas egresadas de la Facultad de Psicología nos integramos, en el seno de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, al recién inaugurado Equipo de Psicoterapias Psicoanalíticas Breves, en aquel entonces conocido en el Hospital Universitario como el “Grupo de Ginés”. Eran los primeros pasos de un proyecto inédito en nuestro país; para nosotras implicaba iniciar nuestra formación como psicoterapeutas psicoanalíticas y para ello, era preciso acompasar nuestro andar al desarrollo del Programa que, en tanto universitario, se sostenía en actividades de docencia, asistencia e investigación.

Nuestra práctica clínica era supervisada sesión a sesión con clínicos experimentados del Programa, los que estaban siempre dispuestos para atender cualquier consulta imprevista que nos surgiera. Los pacientes nunca nos resultaron “fáciles” y mucho menos, “de libro” y no pocas veces los expusimos y nos expusimos en los Ateneos de Psicoterapia planteando los interrogantes y las dudas que los diversos conflictos y padecimientos que planteaban los consultantes generaban en nosotras.

Los Ateneos constituyen espacios privilegiados en los que se posibilita que la insondable soledad de la clínica al colectivizarse en el grupo, propicie espacios significativos de intercambio no sólo de estrategias y técnicas sino también de angustias, impotencias, deseos, logros, que lo imposible de nuestro oficio hace posible. Todos los miércoles participábamos en dichos Ateneos escuchando las situaciones clínicas que planteaban las compañeras y compañeros del Equipo, tratando de aportar nuestras perspectivas respecto de las mismas. Concurríamos también cada quince días a los Ateneos Clínicos de los jueves, que coordinaban el Dr. E. Probst o el Dr. E. Gaspar. Es de resaltar que en este Programa de Psicoterapias

de la Cátedra de Psiquiatría, como no podía ser de otra forma en el seno de la Universidad de la República, participaban las diversas corrientes teórico-técnicas de nuestro medio que tenían una inserción en el Hospital Universitario y que realizaban diferentes tipos de abordajes psicoterapéuticos, ya fuera a nivel individual, familiar o grupal.

Es imposible dejar de reconocer el apoyo institucional que sostuvo nuestro accionar clínico y si lo pensamos desde las concepciones psicoanalíticas no podemos eludir el hecho constatado de que la relación transferencial de los consultantes estaba dirigida, en primera instancia, hacia el Hospital Universitario, y todavía hoy subsiste en el imaginario social, la convicción de que los “mejores profesionales de la salud” se encuentran en el Hospital de Clínicas. Esta particularidad propiciaba, desde un “a priori” inducido por ese imaginario social, que el consultante posicionara al psicoterapeuta en el lugar de un interlocutor válido con la consiguiente producción de su demanda y el despliegue discursivo de su conflictiva psíquica.

Con el transcurrir de algunos años, experiencia clínica mediante, comenzamos nosotras a supervisar a egresados recientes que se acercaban al grupo para iniciar sus primeras prácticas psicoterapéuticas. Se evidencia de esta forma la consistencia universitaria de la propuesta que constituyó un espacio habilitante en nuestra formación; un espacio cuyas características generaron que, independientemente del flujo y recambio de profesionales que han pasado por él, haya perdurado a través del tiempo.

Los procesos socio-políticos vividos en el país desde el 27 de junio de 1973 hasta los comienzos de la década de los 80, tuvieron como resultado la intervención de la Universidad y el cierre de las Facultades arbitrariamente tildadas de “subversivas”, tales como la Facultad de Humanidades y Ciencias donde se impartía la Licenciatura en Psicología. Por otra parte, desde el gobierno de facto se impuso la “imposibilidad de reunión”, lo cual conllevó a una disgregación entre docentes, estudiantes y egresados, que fue obligando a la realización de encuentros “clandestinos” produciéndose en consecuencia una fragmentación en grupos nucleados en torno a la ideología, a la adhesión a diversos marcos conceptuales y a intereses profesionales. Esta situación no se modificó con la apertura democrática, más bien deberíamos decir que se naturalizó la fragmentación generándose tensiones y enfrentamientos entre los diversos grupos adherentes a diferentes teorías, aún cuando desde el Programa Nacional de Salud Mental aprobado en 1986 se intentó, en vano, subsanar esa situación.

Pertenece a una generación de psicólogos y psicólogas que se formó en la transición entre la salida de la Dictadura y la recuperación de la Democracia y por ende, de la Autonomía Universitaria; nuestra formación debió atravesar las dificultades de la reconstrucción de la Psicología Universitaria devastada durante el proceso dictatorial. Esto supuso la transformación de los Planes de Estudio, la restitución de docentes destituidos, los llamados a concurso para la provisión de todos

los cargos docentes mas afines a una modificación de los contenidos programáticos en las distintas asignaturas. Asimismo se suma que integramos la primer generación de ingreso masivo a la carrera; las posibilidades de implementación de prácticas pre-profesionales tal como existen hoy en día en el Plan de Estudios era absolutamente impensable. En nuestro transitar universitario el acercamiento a la clínica había sido a través de alguna práctica de Psicodiagnóstico o desde una perspectiva psicopatológica y psiquiátrica con pacientes crónicos internados en el Hospital Vilardebó o en el Musto. En el Hospital de Clínicas, en cambio, se trataba de escuchar el sufrimiento psíquico de personas que estaban integradas a la sociedad, que trabajaban, que vivían en el seno de una familia, en una comunidad, eran personas no muy diferentes a nosotros mismos. De alguna manera, la ‘escucha psicoanalítica’ implicaba una forma de intervención diferente incluso, para lo habitual en la inserción de psicólogos y psicólogas en los hospitales.

Durante muchos años se ha discutido y sigue al parecer vigente la discusión acerca de la posibilidad del Psicoanálisis como método de tratamiento, como método de investigación incluso, dentro de espacios institucionales, como si el propio consultorio privado no fuera en sí mismo un espacio ‘institucional’; indudablemente desde la existencia de esta ‘clínica hospitalaria’ la discusión ha variado sustancialmente, llamando a reflexionar y a debatir no desde la supuesta inviabilidad de la propuesta sino desde su efectiva realidad y características peculiares.

En relación a las conceptualizaciones psicoanalíticas creemos importante señalar que a poco de finalizada la dictadura, casi recién estrenada nuevamente la democracia, las prácticas psicoanalíticas que tenían lugar en nuestro país se caracterizaban por una dogmatización de la teoría freudiana y una rigidización de la técnica psicoanalítica. Existía además, en el imaginario “psi” de aquellos tiempos, la creencia en la imposibilidad, no sólo de la transmisión del Psicoanálisis en un ámbito universitario sino también de trabajar psicoanalíticamente a nivel hospitalario. Los intereses económicos no se explicitaban aunque era obvio que no quedaban por fuera de tales afirmaciones. La apuesta que realizaba el Prof. Dr. A. Ginés desde la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina intentaba desmistificar tales creencias y fuimos varios los que nos sumamos al grupo que instituyó, inicialmente con el nombre de “Equipo de Psicoterapias Psicoanalíticas Breves”. En él se instauró una flexibilización de la técnica psicoterapéutica psicoanalítica sin la cual, creemos que hubiera sido imposible trabajar en el ámbito hospitalario; los cambios de “consultorio” que hacían que nunca tuviéramos claro en donde íbamos a atender al paciente; las puertas que no se cerraban desde dentro y por ende, las frecuentes e inevitables irrupciones de técnicos o de consultantes que entraban sin golpear y al vernos se disculpaban y se iban; los diálogos a voz en cuello por los corredores, que en ocasiones se detenían ante la puerta de nuestro consultorio sin miramiento alguno por la consulta que se estaba llevando a cabo allí adentro; los gritos destemplados de un paciente en plena crisis aguda o de los funcionarios llamando desesperadamente a alguno de los técnicos; el estruendo de cosas que caían y se rompían afuera

pero interferían en la consulta; los caños de agua que pasaban por el techo de los consultorios y en ocasiones se rompían con el consiguiente goteo que obligaba, a veces, que terapeuta y paciente debieran ir corriendo las sillas y la mesita para evitar el agua que se iba desbordando por el piso y les llegaba hasta los pies; y muchas otras situaciones que hacían que nunca supiéramos en qué consultorio íbamos a atender y que el encuadre en muy pocas ocasiones fuera dos veces seguidas el mismo.

¿Cómo podíamos conciliar nuestro trabajo clínico sin adecuarnos a las cambiantes situaciones que se nos presentaban? ¿Cómo pensar nuestro posicionamiento si no era desde una heterodoxia y una revisión permanente de la teoría, tal como postula el propio Psicoanálisis? ¿Cómo desligar las variables imprevistas e impredecibles que introducía el contexto hospitalario en el que desarrollábamos nuestra tarea, que se inmiscuían sorpresivamente en los discursos de los pacientes? Podríamos ejemplificarlo relatando una situación que se suscitó con una paciente depresiva; en un momento que venía planteando que no veía una salida para su vida, que estaba sumida en una profunda oscuridad, como si tuviera lentes que hacían que viera todo negro, en ese preciso instante se escuchó un fuerte ruido de vidrios que se rompían contra la puerta del consultorio. Paciente y terapeuta se sobresaltaron en sus sillas y no pudieron evitar mirar hacia la puerta que, empero, permaneció cerrada. Pasado el impacto, la intervención clínica tomó la situación articulándola al contenido del discurso que venía trayendo la paciente: “Dicen que la realidad es según el color del cristal con que se mira. Podríamos pensar que esos vidrios que se rompieron son los de esos lentes suyos que le hacen ver todo negro. Tal vez sea la ocasión oportuna para cambiarle el color a sus lentes y empezar a percibir de forma diferente la realidad?”.

Los Ateneos, las supervisiones, la relectura de la teoría freudiana, los propios pacientes y sus discursos acerca de la superación de algunos de sus síntomas y por ende, la disminución de sus sufrimientos, fueron incidiendo y nos fueron aportando una cierta libertad para operar con la técnica, libertad que empezamos a rescatar y a valorar en los textos psicoanalíticos. ¿Acaso no le dio Freud de comer arenques asados al Hombre de las Ratas en una sesión?; ¿no fue a visitar al Sr. P. a su casa?; ¿no analizó a Katherina en la cima de una montaña?; ¿no apuró a Gustav Mahler a aceptar una cita que el músico dilataba reiteradamente y lo conminó a encontrarse con él manteniendo ambos “una charla” de 4 horas mientras caminaban por el pueblo a partir de la cual, según E. Jones, G. Mahler se habría curado de sus dolencias, constituyendo esta situación el primer registro existente de una psicoterapia psicoanalítica breve?

A pesar de estos planteos, se entiende que no alcanza con leer a Freud, las patologías de hoy en día difieren considerablemente de las del 1900, es necesario ‘aggiornarse’ con las producciones de autores contemporáneos y sus conceptualizaciones que surgen de los interrogantes que promueve la clínica actual. A muchos de nosotros, el hospital nos condujo a una flexibilización de la técnica que a la vez nos llevó a buscar en las teorías con las que sustentábamos nuestra práctica, aquellas que contenían modificaciones que dieran respuesta a nuestros interrogantes.

El trabajo en clínica psicoanalítica habilita y constituye, en sí mismo, un proceso investigativo. El método psicoanalítico es de acuerdo a lo expresado por Freud, al mismo tiempo una teoría del psiquismo humano, un método terapéutico y un método de investigación. En tanto tal, opera como herramienta en la producción de conocimiento, permite la revisión, deconstrucción y reformulación de la teoría y de la técnica.

Entendemos la investigación como la posibilidad de formulación de interrogantes a punto de partida de una praxis; interrogantes halladas en el propio medio donde esta praxis se produce. El consiguiente proceso investigativo consiste, desde nuestra perspectiva, en la búsqueda de elementos que den cuenta total o parcialmente de las interrogantes e incluso, la producción de nuevas preguntas.

Así la propia clínica nos llevó a la formulación de una investigación.

La ciencia médica, desde su avance tecnológico y práctico, pone en cuestión las aproximaciones teóricas - partimos de la base de que toda teoría es una aproximación - que tratan de dar cuenta del conjunto de síndromes y síntomas agrupados bajo el nombre de 'transexualismo'. Ubicado psicopatológicamente como una de las formas de expresión de procesos psicóticos - no decimos estructuras psicóticas - desde Stoller, uno de los precursores en la materia, a nuestro tiempo, pasando por autores como Saffouan, se justificaba esta posición subjetiva en la inviabilidad del pedido de lo que solía llamarse 'emasculación' o 'ablación de los órganos genitales'. Es un pedido delirante, se decía, no hay posibilidad en la realidad de realizar esta transformación solicitada. La realidad, era entonces la realidad científico- tecnológica de esos tiempos.

La explicación teórica, ubicaba la 'alienación' de la identidad sexual a manos de los primeros vínculos, donde, dicho '¿a grosso modo', el deseo del o de los progenitores (fundamentalmente la madre) invadía al sujeto al punto de negar o renegar de lo que biológicamente podía constatarse en relación a la sexualidad. Así decían los teóricos, el sujeto alienado en el deseo parental quería ser a cualquier costo, aquello que creía inconscientemente que deseaban que fuera.

Un grupo de compañeras habíamos comenzado a trabajar temas de sexualidad femenina.

Rápidamente pudimos, ya en ese tiempo, deslindar a la identidad sexual de la elección objetal en primer término y también de 'la anatomía como destino'.

Es en el Hospital Universitario donde se genera la posibilidad de aplicación técnica de esta nueva producción de conocimiento médico: es allí donde desde las Cátedras de Urología y de Cirugía Plástica, el Prof. Dr. García Guido tiene las posibilidades tecnológicas y técnicas de realizar la primera intervención quirúrgica de cambio de sexo

Son la práctica interdisciplinaria, la ética universitaria (médica y psicológica), la búsqueda de la investigación desde la extensión (¿o asistencia?) universitaria,

quienes realizan la derivación simultánea a diagnóstico y tratamiento psicológico y médico de la primer persona que acude a solicitar que se le efectúe la mencionada intervención y para ello se consulta a la Clínica de Psiquiatría de la que fuimos integrantes.

La viabilidad de la intervención no sólo debía responder a parámetros operativos o tecnológicos, estaba en juego el deseo y la calidad de vida de personas y sobre estas temáticas fuimos convocadas a participar en la experiencia.

El pedido de esta persona reiterado a lo largo de muchos años, dejó en suspenso, en principio, la aproximación diagnóstica de ‘psicosis’, merced a lo que explicábamos como fundamento teórico unas líneas más arriba, para dar paso a un espacio de escucha de los deseos y fantasías en juego y de las posibilidades reales de contribuir a una mejora en la calidad de existencia de ese ser humano.

Una de nosotras trabajó durante un largo tiempo con quien hoy podemos llamar ‘esta paciente’ y no sólo gracias al acto quirúrgico efectuado con posterioridad, sino por la eventualidad de un abordaje integral y del respeto por su subjetividad en juego.

De allí surge la interrogante que inicia nuestra investigación.

La paciente decía ser una “mujer atrapada en un cuerpo de hombre”, una ‘contradicción entre su anatomía y el sentimiento de sí’. El ‘hallazgo’ de estas afirmaciones nos llevó a la interrogante inicial ¿qué hace que un sujeto nacido biológicamente como integrante del sexo masculino, sienta que tal contradicción existe? Y consecuentemente, en una cultura falocéntrica y patriarcal ¿qué conduce a un sujeto biológicamente masculino a renunciar a un género altamente valorado socialmente? Y en tercer lugar ¿qué lleva a alguien a solicitar la transformación de su cuerpo caracterizada por ‘desprenderse’ del órgano sexual masculino, sin lugar a dudas valorado tanto cultural como teóricamente por el propio psicoanálisis al punto de sostener que el único órgano sexual conocido a nivel inconsciente por ambos sexos es el pene?.

Inmediatamente luego de efectuada y difundida la intervención quirúrgica, llegan al Hospital varias personas solicitando la realización de la misma intervención. Poco a poco varias de nosotras comenzamos a trabajar con estos/as pacientes.

El intercambio de experiencias, los grupos de supervisión, produjeron a iniciativas del Prof. Dr. Ángel Ginés la realización de un proceso de investigación más amplio. Se crea así un grupo de escucha, co-coordinado por nosotras – y tres colegas externas al Grupo de Psicoterapias Psicoanalíticas Breves que también participaron de la investigación¹- como un nuevo dispositivo de encuentro, intercambio de experiencias, información y fundamentalmente escucha entre ellas y ellos y nosotras. Este grupo funcionó semanalmente desde mediados de 1993 hasta fines de marzo de 1994.

1 Lics. Helena Hisberg, Susana Pezzarini y Rosario Tuzzo.

Las edades de los/as pacientes oscilaban entre los 20 y los 50 años. En común tenían la misma expresión, decían ‘sentirse mujeres’ y ‘aspiraban a que la ciencia corrigiera el error de la naturaleza en la asignación del órgano sexual’.

Lo demás, era pura diferencia que se expresaba a través del lenguaje en la imposibilidad de lograr un ‘nosotros’ o ‘nosotras’. Fuimos llevadas por la escucha a tomar como un dato importante de la investigación esta imposibilidad.

Si quienes paradójicamente llamábamos ‘transexuales’ resaltando la pluralidad o una cierta ‘identidad’ de entidad posible, no podían reconocerse y no podíamos reconocer como integrantes de una entidad, tal vez la misma no existiera. Tal vez no fueran gnosológicamente agrupables y esa sería nuestra primera conclusión.

En uno de los primeros avances de la investigación presentados en las Jornadas de la Clínica de Psiquiatría poníamos como título una nueva interrogante que re-centraba las primeras preguntas “Transexuales ¿conjunto vacío?”. Sobre el final de este avance la pregunta se volvió afirmación; no encontramos elementos comunes para realizar una agrupación desde el punto de vista semiológico o estructural de los y las consultantes.

Las diferencias no sólo se percibían a nivel discursivo o semiológico; la forma de expresión a través de posturas corporales, el uso de la vestimenta, los vínculos familiares, los tiempos de plantear la problemática y solicitar la intervención, fueron dando solidez de tesis a esta hipótesis. No podíamos hablar de ‘los transexuales’.

Transexualismo era una palabra significante que implicaba, en principio, tantos significados como personas e incluso, tendría varios significados diversos con el paso del tiempo para una misma persona.

Así hubo quien desistió de la intervención quirúrgica y quien siguió adelante. Quien contaba con el apoyo familiar y quien a pesar de todo y en soledad siguió adelante.

De diversos estratos sociales, con diferentes niveles educativos y profesiones o trabajos diferentes, la investigación nos llevó a trabajar con el término ‘transexual’ como un síntoma con sentidos diversos para cada uno, era el nombre de algo que implicaba un deseo y en tanto inconsciente, desconocido para las y los pacientes y para nosotras.

La suposición de una identidad de género cualquiera fuera ella, también quedó en suspenso. Nada de lo que podía ‘verse a simple vista’ era simple. Las posibilidades de ‘construir’ una identidad, subjetiva, sexual o de género, son procesos que este tipo de demanda pone de manifiesto más intensamente, no obstante nos recuerda que así sucede quizás en todos los casos. Nada viene ‘ya dado’ ni por la anatomía, ni naturalmente; las diversas formas de ser ‘hombre’ o ‘mujer’ dependen de muchísimos factores en su mayoría socio-históricos, culturales, contextuales y obviamente inconscientes.

Debimos desde la praxis recordar, reafirmando la idea freudiana que sexualidad es un concepto mucho más amplio que genitalidad, que la producción de subjetividad implica a la sexualidad más allá de la genitalidad y que el acceso a la posibilidad de

amar es posterior a ser amado y ser aceptado y aceptarse y no a la inversa y que el 'objeto de amor' no está predeterminado por 'naturaleza' alguna, sino que es parte de la construcción del sujeto y del mundo subjetivo.

Algo que llamó nuestra atención, en relación a lo que llamamos 'imaginarios de género' era que en relación a estos y estas pacientes, su visión de 'ser mujer' estaba asociada a roles 'tradicionales' de mujeres. Si bien el trabajo como fuente de ingresos estaba presente en todos los casos, en su mayoría eran trabajos que se realizaban en los hogares o en casas de otras personas. Empleadas domésticas, modistas, peluqueras, como aquellas 'tareas' clásicamente asignadas a las mujeres. Docencia en algún caso, incluso una carrera inconclusa de medicina.

Tal vez en un momento pensamos cuánto se evidenciaba aquí de imaginarios extemporáneos de mujer, tal vez hoy nos cuestionamos cuáles eran las posibilidades reales de otro tipo de tareas dada las dificultades que la situación presentaba, además de pensar en cuántas de nosotras aún persiste a pesar de nuestros trabajos 'fuera del ámbito hogareño', de nuestra formación universitaria, independencia económica, etc, ese imaginario que ubica 'idealmente' a la mujer protegida por un hombre dentro de la esfera familiar, que idealiza a la maternidad como forma suprema de 'realización' personal y continúa siendo generadora de conflictos psíquicos y sociales al contraponerse a una 'realidad' que a través de expresiones contrapuestas de estos 'ideales', dificulta la posibilidad de opciones y desarrollo pleno a hombre y mujeres.

Otro de los aspectos a consignar aquí como relevantes, tiene que ver con algo que ya esbozamos. Los criterios de salud y enfermedad, de normalidad y patología, son isomórficos a los contextos socioculturales. La asignación de una categorización psicopatológica obtura muchas veces una escucha. Esta misma categorización se sostiene en parámetros que varían según el tiempo y las culturas. Una idea delirante puede no serlo como en este caso, cuando la ciencia hace de ella una realidad posible.

Valdría incluso la interrogante acerca de si cada avance científico, sobre todos aquellos que transformaron más radicalmente nuestra concepción del mundo y de nosotros mismos, no es en su inicio algo de características muy similares a una idea delirante, para el pensar de la época donde se produjeron.

Un último aspecto a destacar, es que lo interdisciplinario también debió producirse más allá de los muros universitarios. La ciencia implicó transformaciones sociales y legales.

Luego de efectuados tratamientos e intervenciones, era el Derecho el llamado a intervenir. La Rectificación de Identidad es un acto social; como tal, fue necesario, entre otras razones para garantizar los Derechos Humanos de las pacientes, que la Justicia rectificara las partidas de nacimiento y dotara de una identidad civil a estas personas. Allí nuestro lugar estuvo en los tribunales, dando cuenta de los procesos realizados y de la visión de los técnicos intervinientes sobre la temática.

En síntesis, fue desde este Servicio Universitario, que en tanto mujeres, profesionales de la Psicología Universitaria, tuvimos la posibilidad de trabajar en nuestra profesión, investigar, realizar Extensión Universitaria, contar con equipos de supervisión, con colegas con quienes intercambiar experiencias para seguir formándonos tanto profesional como humanamente.

En tiempos que el trabajo honorario aparece justificadamente cuestionado, porque todo profesional tiene el derecho a poder recibir una retribución por el trabajo que realiza, no obstante, debemos realizar la precisión que supone que ‘retribución’ no sólo puede ni debe ser equivalente a salario o ingresos económicos. Por una parte, porque ningún ingreso económico o salario es o - mejor dicho - no debería ser medida absoluta de satisfacción humana, sino uno de los medios para obtenerla y por otro lado, porque también existen ‘intangibles’ como la generación de conocimiento, el acceso a la experiencia compartida, la praxis en sí misma como ‘capital’ que genera experiencia, el sostén institucional necesario para profesionales que se inician, el intercambio intergeneracional e interdisciplinario, la formación permanente, aspectos éstos que en nuestra profesión son muy valorados e imprescindibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becerra Fernández, Antonio - “Transexualidad. La búsqueda de una identidad” - Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 2003.
2. Dio Bleichmar, Emilce - “La sexualidad femenina. De la niña a la mujer” - Barcelona, Editorial Paidós, 1997.
3. Espín, Alba Isabel - “Transexualidad y la tutela civil de la persona” - España, Editorial Reus, 2008.
4. Ferenczi, Sándor - “Sin simpatía no hay curación - Diario clínico de 1932” - Bs. As., Amorrortu Editores, 1997.
5. Freud, Sigmund - “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” - Tomo XIX, Obras Completas, Bs. As., Amorrortu Editores, 1986.
6. Meller, Irene - “Acerca del transexualismo: el deseo del otro en la construcción del sujeto” - Página 12 del 3-06-2004 - <http://www.rimaweb.com.ar>.
7. Millot, Catherine - “Exsexos. Ensayos sobre el transexualismo” - Bs. As., Editorial Catálogos, 1984.
8. Safouan, Mustafá - “Contribución al psicoanálisis del transexualismo en estudios sobre el Edipo” - México, Ediciones Siglo XXI, 1981.
9. Stoller, Robert - “Sex & Gender” - Nueva York, Jason Aronson, 1968.

BIBLIOGRAFÍA PRODUCIDA

Trabajos realizados por: Allegue, Ana; Crespo, Aurora; Peña, Iris y colaboradoras integrantes del Grupo de Investigación sobre Transexualismo:

“En los límites de lo posible: operación de cambio de sexo”

Publicado “Revista Universitaria de Psicología” - Universidad de la República - año 1995, nº 4, pág. 81. Publicación del Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UdelaR en setiembre de 1995.

“Los transexuales. ¿Conjunto vacío?”

Publicado “Segundas Jornadas de Psicología Universitaria” - 18 - 19 de agosto de 1995, pág. 283. Editorial Multiplicidades.

Allegue, Ana; Crespo, Aurora - “¿Psicoanálisis en la Universidad?”

Publicado “Terceras Jornadas de Psicología Universitaria: HISTORIA, VIOLENCIA Y SUBJETIVIDAD” en noviembre de 1996, pág. 32. Ed. Multiplicidades.

Publicado en la “Revista Universitaria de Psicología” - Nº 5 – mayo de 1997, pág. 49.

Imprenta Tradinco S.A.

LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA COMO ACTIVIDAD HOSPITALARIA.

ADOLFO PASCALE

1. FUNCIÓN DE ALGUNOS DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS EN EL EJERCICIO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

En el ejercicio de la psicoterapia psicoanalítica hospitalaria, tanto los terapeutas como los supervisores actuamos inscriptos en un conjunto de dispositivos, que constituye, de hecho, una red institucional a la que también quedan referidos los pacientes que se vinculan al aparato de asistencia. De esta circunstancia se ha hablado algunas veces, pero sobre todo desde el punto de vista del obstáculo que significa para lo analítico esa presencia. Aquí intentaremos abordar el tema desde el punto de vista de los recursos y capacidades que pone a disposición de los operadores en el área en la que trabajamos.

En primer término nos referiremos a los terapeutas y al modo de su experiencia en el hospital, dentro de nuestro programa.

Sabemos que el escenario de la cura, con el desarrollo de la transferencia y el mantenimiento de una escucha psicoanalítica, son premisas esenciales a toda terapia psicoanalítica; esta es una actividad que moviliza el psiquismo del terapeuta y provoca en él un funcionamiento que es propio de cada terapeuta con cada paciente, pero del que, sin embargo, se puede decir que está conectado y eventualmente modificado por múltiples referencias a los otros espacios del hospital en los que se desarrolla el resto de las experiencias del terapeuta. Así por ejemplo todo terapeuta del programa pertenece a un Grupo de Referencia y Supervisión, que no constituye una instancia curricular, ya que no se trata de un curso de capacitación, con una meta que corone la misma y que certifique su suficiencia técnica, sino que esta pertenencia es una condición permanente para el ejercicio de la función de psicoterapeuta hospitalario; no es, tampoco una supervisión individual radiada y equitativa para cada uno de los integrantes del grupo, si bien la actividad que se desarrolla allí ha tenido que llamarse “supervisión”, porque no fue evitable el uso de una terminología prestada de otras actividades de las que proveníamos y que nos resultaban más conocidas. Desde el grupo al que el terapeuta pertenece se orienta la vía para su participación activa y lógica en el Ateneo de Psicoterapia, que no debe equipararse a la concurrencia a

la que son autorizados los terapeutas que aun no pertenecen al programa y aspiran a ingresar en él. La instancia del Ateneo es también inherente a la función, que se desarrolla siempre en el intercambio y en espacios colectivos, de los que más adelante nos ocuparemos.

Decíamos, de algún modo, que no hay psicoterapia psicoanalítica sin transferencia y que esta última adviene siempre que se haya conseguido instaurar una situación psicoanalítica. El tratamiento comienza con una instauración, la cual, una vez conseguida es en sí misma el tratamiento instaurado y en marcha. El terapeuta no solamente debe inaugurarlos sino atender todo el tiempo a su mantenimiento. No se trata solamente de un contrato, sino de un conjunto de gestos (en el decir de Laplanche (5), por ejemplo) que son instauradores y que se alejan de lo arbitrario en un movimiento permanente de ceñirse a lo que tiene una razón de ser, de la que se pueda dar cuenta. Estos esfuerzos instauradores son entonces permanentes, porque son reinstauradores de la situación psicoanalítica que tendería siempre a colapsarse, a contracorriente tanto de la frustración como de ciertos antagonismos inevitables con otros dispositivos institucionales. El propio terapeuta sucumbe habitualmente y debe reinstalarse en su lugar lógico por un acto de rescate que lo devuelva a su posición, perdida a veces a causa de un gesto terapéutico imprescindible, para sortear una dificultad en el tratamiento (la lógica de los lugares del terapeuta y el paciente puede verse comprometida transitoriamente en beneficio de la conservación y la preservación del tratamiento como espacio de soporte o continentación, por ejemplo cuando se produce una transferencia sobre el encuadre en el sentido de Roussillon (6).

En el ámbito del hospital, una labor así, que bien podría hacer pensar en la traslación simple y llana de la experiencia adquirida en la práctica privada de la psicoterapia, o no tendría peso específico, significativo, o estaría condenada a la extinción por agotamiento y pérdida de referencias válidas. Por eso, tanto la instauración de la situación analítica, como su mantenimiento, se consiguen dentro de la institución hospitalaria, siempre que se entienda que estamos ante una complejización de las condiciones en que una terapia analítica se debe desarrollar. Esto último nos lleva a destacar el valor de la experiencia de trabajo en la sesión de terapia, entendida como un todo y al mismo tiempo, como una parte de la experiencia global del terapeuta, que opera tomando como centro el o los tratamientos que tiene a su cargo, pero que sabe que no se agotan ahí los límites de la experiencia necesaria para el abordaje hospitalario de la psicoterapia psicoanalítica. Dicho en otros términos, el tratamiento está respaldado por la presencia institucional, que muchas veces se ha mencionado como el problema del “tercero incluido”, que la terapia analítica debe tener en cuenta, y que, por otra parte, no puede imaginarse como una entelequia, sino como la presencia de espacios, lugares, funciones e intercambios de corte básicamente colectivo a cuyo conjunto estructurado llamaremos Marco Hospitalario. En esa línea hemos jerarquizado entonces algunos de los dispositivos básicos en los que el terapeuta ejerce su función y que son inherentes a ella. En primer término los Grupos De Referencia y Supervisión, formados por el terapeuta y sus

pares y coordinados por un SUPERVISOR, definible sobre todo por su función, y en quien debe residir (por lo menos en él), la formación psicoanalítica y una visión del área que trascienda la parcela del grupo, basada en la experiencia y en las revisiones permanentes de su actividad, en discusiones con sus pares, llevadas a cabo tanto en el Grupo De Supervisores como en el Ateneo De Psicoterapia. En el ámbito del Grupo de Referencia se acuñan criterios técnicos y metodológicos generales, y se producen intercambios sobre casos en tratamiento por parte de distintos terapeutas. La supervisión en sí, que nunca abandona el enclave de lo colectivo y el rasgo de lo grupal, tiene así, para el terapeuta, un interlocutor multipersonal que no debe confundirse con las experiencias de las llamadas “supervisiones horizontales”, ya que la disimetría entre el supervisor y el grupo nunca debe desdibujarse, y no lo hace, salvo en los momentos de mal funcionamiento grupal, que conduce, a veces, a una confusión de funciones.

Es, como ya hemos señalado, desde su pertenencia al Grupo de Referencia y Supervisión que el terapeuta accede a un lugar lógico en el Ateneo de Psicoterapia. El Ateneo es el encuentro de todos los psicoterapeutas del programa, los supervisores, los psiquiatras que comparten el abordaje múltiple de casos en tratamiento, o que han hecho la indicación y la derivación correspondientes; y de los responsables de otros dispositivos, como el administrativo, y el de investigación cuantitativa, etc., en torno a la presentación de material clínico procedente del trabajo del terapeuta con su paciente, en el enclave ya mencionado de su experiencia en el Grupo de Referencia respectivo, y que no implica necesariamente que el material presentado sea un “material-problema”. No hay, de este modo, alguien en el programa que no “supervise” sus propios puntos de vista y que no tenga la oportunidad de confrontarlos con los demás actores de la actividad. Un estándar de la técnica y de la metodología de abordaje, así como un ajuste en la reciprocidad y la complementariedad de los diversos dispositivos, se van amasando en esta experiencia grupal integradora, que conduce a enriquecer las imaginarizaciones conceptuales singulares con las que el terapeuta se representa en la escucha los fenómenos y procesos, y que lo conducen a armar sus líneas interpretativas o a hacerse cargo de gestos terapéuticos de los que pueda dar cuenta teóricamente. El Ateneo de Psicoterapia puede pensarse como una instancia distinta a aquellas que nos agrupan habitualmente para el trabajo; de ahí que sus rendimientos le pertenezcan en exclusividad y que apunten a una ganancia de conocimiento, tanto para el terapeuta que presenta el caso como para cada uno de los que asisten al intercambio. Si en la jerga de corredor, alguna vez se lo ha llamado “supervisión grande”, esto pudo deberse a que se trata de un nivel de intercambio que aun no hemos podido conceptualizar en forma adecuada, aunque podemos afirmar que no se trata de una “re-supervisión”, ya que el Ateneo es una instancia en la que no está legítimamente presente la función del supervisor. De cualquier modo, podría conjeturarse que el efecto de ganancia de conocimiento, no sea ajeno a lo que desde Prigogine se ha llamado, “la creación de nuevas coherencias”, a partir de la situación clínica planteada. Así es, en términos generales y en un nivel descriptivo, la

trama de la que está hecho el Marco Hospitalario. Obviamente que sus funciones no tendrían sentido o permanecerían en estado latente, mientras no podamos referirlos al paciente que se abordará desde él.

2. EL PACIENTE Y SU ENCUADRE.

Con la advertencia de que en idioma francés la palabra “cadre” se usa tanto para designar el marco de un cuadro como su encuadre, consideremos la siguiente afirmación de René Kaës (3): “La noción de encuadre – dice Kaës – surge de la pintura: describe la relación que existe entre el cuadro y aquello que lo limita en su materialidad, en su extensión: el marco define al mismo tiempo el soporte de la identidad del cuadro y la discontinuidad de los objetos que lo rodean.” (subrayado y negrita A.P.)

En un primer acercamiento al tema, utilizaremos, la palabra encuadre para referirnos predominantemente a determinados aspectos de la estructura y el funcionamiento del aparato psíquico de un sujeto. En ese sentido, lo que A. Green (1) llama función encuadrante, daría cuenta del funcionamiento del psiquismo en la medida en que el sujeto es capaz de sentirse contenido por su propio marco, sin necesidad de reclamar la presencia efectiva de otro que cumpla por él o lo ayude a cumplir esa función. Por otra parte, la función encuadrante no está referida –para Green – a una materialidad figurable, pero está presente por efecto de hacer posible que todo lo que sucede en la escena psíquica se “sostenga” junto: ligado y susceptible de crear lo ligado.

Al menos por razones de claridad, parece preferible no confundir esta noción, que supone una eficacia de la función encuadrante del sujeto sin la necesidad de otro como objeto externo auxiliador, con la que se corresponde con los dispositivos que contribuyen a componer el Marco Hospitalario. (de alguna manera ese otro potencial para el paciente), aunque en última instancia lo importante es estudiar de qué modo se articulan entre sí, cuando se cumplen funciones psíquicas de encuadre (Bleger) por parte del tratamiento.

Con la instauración de la situación terapéutica psicoanalítica, aparecen en general (y se ve con más claridad en los pacientes de apariencia más frágil) indicios de cambios favorables en las vivencias de la propia subjetividad, que se suman a las que eventualmente se hayan obtenido antes del comienzo del tratamiento, no solamente por efecto de la medicación, sino por el que produce la vinculación del paciente al sistema de asistencia hospitalaria.

Green, se siente obligado a poner en la misma serie de las acciones relativas al papel parental del objeto externo, a aquellos dispositivos que poseen una función encuadrante, como sería el caso, para nosotros, del marco hospitalario en general, y el de la situación terapéutica instaurada, en particular. Green se apoya en Raymond Cahn, quien pone el acento en “...aquellos casos en que una ruptura mínima de aquel [encuadre] desencadenaba una intensa actividad psíquica proyectiva, acompañada

de angustias de persecución y de desesperación suicida. Se plantea el problema de saber – dice Green – por qué un ligero desfallecimiento (...) del objeto externo es capaz de dejar el campo libre a las proyecciones delirantes y desesperadas, a las angustias de aniquilación hasta impensables” (...) “...la desproporción entre el desfallecimiento del objeto externo y el carácter destructivo de los objetos internos tiene que sorprender.”

Entendido en este contexto, como objeto externo con función encuadrante, el Marco Hospitalario, y dentro de él, el marco de la Situación Analítica (es decir, lo analítico entramado con lo hospitalario), cumplen una función de objeto garante, que se “en-carga” de parte de la relación del paciente con la realidad. Solo en estas condiciones, cuando el paciente hace una transferencia de este tipo, y los dispositivos no la entorpecen, sino que la auspician, se hace posible una trayectoria a la que Alfredo Vares llama “evolución terapéutica”, entendida por este autor no como un momento de curación sino como “un devenir saludable”. Vares opone a la “evolución terapéutica” el concepto de “evolución iatrogénica”, expresión fuerte con la que alude a las “formas evolutivas no terapéuticas producidas o aceptadas pasivamente por los profesionales consultados” y que, desde nuestro punto de vista podría presuponer la aceptación de una tesis algo estrecha en relación con las causas de una mala evolución del tratamiento. Por otro lado, nosotros, cuando hablamos de trayectoria, lo hacemos buscando también expresar esa idea de trayecto intrahospitalario que el paciente recorre y que podemos imaginar en forma más o menos rectilínea o por lo menos monolineal en el sentido del pasaje sucesivo por los diversos dispositivos que lo conducen a la iniciación de la terapia. Pero quizás se enriquezca la visión, si pensamos la trayectoria, además, en términos caleidoscopicos, como un avance en el sentido del enriquecimiento de los referentes que, desde toda la red asistencial, a veces, se pueden poner en conexión con la circunstancia del paciente, y obrar como contexto favorecedor cuya presencia tiende a robustecerse. Así, es frecuente que observemos, de hecho, la simultaneidad de una terapia psicoanalítica individual de un paciente que participa, además de una terapia de familia dentro del mismo hospital, o los reaseguramientos que se consiguen cuando se logra efectivizar la indicación de terapia para un personaje importante para el paciente (la consulta de un niño, hijo del paciente, por ejemplo).

Diríamos, entonces, de la red asistencial, entendida genéricamente, lo que se ha podido decir de la situación analítica: que no es un objeto arrancado de la vida cotidiana, ni está marcado por el signo de lo familiar o de la cotidianidad, sino que ella es una creación artificial, sin réplica idéntica en la vida, y que en el decir de Green – a quién glosamos – ocupa el lugar que en la vida ocupa el contexto. Todo su poder se basa en esta naturaleza de construcción metódica y exclusiva. Desplegado en ella, una de las opciones es que el paciente haga una trayectoria – como habíamos dicho – en el sentido, incluso, de un cambio psíquico importante. Pero no es la única opción. Puede haber lo que nosotros llamamos (evocando a Gilberto Koolhaas(4)

una evolución laberíntica¹, que ponga al paciente en la ruta de la repetición y del naufragio. Así, en algún caso, parecería que la diversidad de abordajes terapéuticos o con propósitos diagnósticos (médicos, quirúrgicos, psicológicos) que ofrece el hospital, facilitara el juego de evitación por parte del paciente, que –según su ecuación psicopatológica– puede alcanzar una maestría tal, que consiga despistar por mucho tiempo al grupo de técnicos que lo tratan. Otras veces estos fenómenos se enganchan en funcionamientos defectuosos de los dispositivos, en parte atribuible a la circunstancia de que nuestra actividad está en construcción, y por lo tanto puede haber recursos deficitarios, cuya importancia no habíamos jerarquizado; o, en estallidos posibles, a nivel intersubjetivo, como por ejemplo las rivalidades entre los técnicos. Si estas rivalidades en las instituciones tienen el cuño de lo edípico, hay que saber que algunos pacientes son capaces de captar lo que sucede y de instrumentar sus manejos en ese plano; otros, por su estructura más deficitaria, no alcanzaran a recibir el efecto de los desajustes, sino como una perturbación en las funciones de continentación y soporte del encuadre hospitalario, y quizás se acerquen a vivencias de caos, o a su acentuación, sin que el marco haya conseguido “cercar la escena”. La idea de enmarcar la escena psíquica para hacer posible la organización de un libreto dramático, puede relacionarse con lo que sería la meta inicial de nuestro abordaje de todo paciente, sin que ello presuponga el grado de ambición con que estén animados los proyectos tanto del terapeuta como del paciente. Pero si hay necesidad de “cercar la escena psíquica”, estamos hablando ya, en cierto modo de las fallas de la función encuadrante en el paciente. Si los dispositivos y el Marco Hospitalario, llegarán a cumplir algunas de las funciones del encuadre, será ante todo porque el terapeuta consiga confrontarse con el desencuadre inicial del paciente, que no debería confundirse con las llamados “ataques al encuadre”, de propósitos defensivos. En cualquier caso, lo que importa es que el marco resista y que la relación entre él y el contenido de proceso psíquico “cercado” por él, no deje de cumplir sus funciones. Cuando tal cosa sucede, ya sea por los factores que someramente hemos enumerado, ya sea por desencuentro o rivalidades dentro del equipo de técnicos, o por claudicaciones del terapeuta, pueden producirse, al decir de Kaës, “efectos amenazadores para la seguridad y la identidad del paciente”. Al fallar el marco, que como ya hemos dicho Kaës definía como soporte de la identidad y de la discontinuidad de los objetos que rodean esa escena psíquica que aspirábamos a cercar, para hacer posible el proceso terapéutico, es la propia función encuadrante del yo, la que debe tomar la carga de la situación, y esto puede desencadenar una crisis de descompensación no equivalente a aquel desencuadre con el que el paciente llegó al servicio; ahora la falla se ha producido dentro del dispositivo y no en la

1 **Lo laberíntico** (Koolhas) tiene en **lo siniestro** una versión neurótica en la que el propio sujeto siente la angustia de estar debatiéndose contra lo que se le repite, sin encontrar la **trayectoria** hacia algo diferente; tiene en **el aburrimiento** de alguien que funciona como perverso, todo el peso abrumador de un mundo al que se le ha borrado, previamente, la estructura de las diferencias; y finalmente en la psicosis será **la náusea**, el testimonio de una **confusión adentro – afuera** .que, a su vez admitiría múltiples formas de presentación.

vida cotidiana. Esto impacta en las idealizaciones, y hace oscilar al paciente entre atribuciones de omnipotencia e impotencia al terapeuta y a sí mismo, distorsionando la corriente transferencial y poniendo en evidencia, que ahora, la tarea no equivaldrá, como podríamos pensar en forma simplista, a un comenzar de nuevo. Sin embargo podría ser bueno no perder de vista que, en la misma dirección en que esta ruptura es la ocasión para que el paciente intente manejar él mismo su trayectoria, puede ser también la ocasión de un avance, por la vía de la labor interpretativa sobre elementos que hubieran permanecido probablemente mudos, de no haber ocurrido una falla. Es el propio Bleger el que nos recuerda que con el encuadre sucede como con el amor y el niño: que solamente cuando lloran nos percatamos de su existencia.

Hemos enumerado los recursos básicos hospitalarios con los que buscamos respaldar y mantener preparado al terapeuta para estas confrontaciones múltiples, y de naturaleza variada, y hemos puesto el acento en el carácter colectivo, multipersonal de los espacios en que se despliega toda su experiencia en el ejercicio de la función en el hospital, pero no hemos afirmado que el buen funcionamiento de las instancias enumeradas, garantiza un resultado favorable (entre otras razones, porque hay que contar, además, con los recursos propios de cada terapeuta, su formación previa, sus condiciones para la función, etc.). Aquí cobran validez algunas advertencias del Dr. Vares: en el sentido de que un equipo multidisciplinario, por el hecho de serlo, corre el riesgo de atribuirse posibilidades que bordean la omnipotencia. Un equipo asistencial perfecto, solo puede existir en la idea y no en la realidad, y aunque consiguiéramos trasvasarlo de lo ideal a lo real, aun nos queda por saber mejor, lo que ya sabemos: que cuando intervenimos, guiados por una consigna consciente o por la captación de algún elemento en el campo transferencial, seguros del procedimiento correcto, siempre ignoramos el modo en que el paciente tomará o interpretará esa intervención. Es por esto que debemos descalificar las aspiraciones instrumentalistas, y los "decálogos" técnicos que intenten "legislar" los gestos terapéuticos y generalizar su fundamentación. Le damos validez a los esfuerzos de resignificación ejercidos sobre una cadena de hechos y circunstancias que, a veces han culminado con la ruptura de un tratamiento, por ejemplo, y otras con un éxito terapéutico al que no hubiéramos apostado en los comienzos; porque esa resignificación de lo ya acontecido, puede eventualmente iluminar con una lógica de conceptos la única historia acerca de la cual nos podemos interrogar con validez: la historia que fue, y tal como fue; y no la que no aconteció y, por lo tanto no sabremos nunca cómo hubiera podido ser, salvo en este aspecto de no haber sido.

De hecho, la inteligibilidad de los procesos terapéuticos que se desarrollan en el hospital, no podría alcanzarse sin tener en cuenta la realidad de todos los dispositivos en juego, vinculados al intercambio psicoanalítico e interdisciplinario durante el desarrollo de una psicoterapia psicoanalítica, en un servicio de psiquiatría. Se trata de un ejercicio de fronteras y no de una manera de conseguir la dilusión recíproca entre las vertientes que articulamos.

Glosando con libertad a André Missenard, podríamos decir, entonces, que LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA COMO ACTIVIDAD HOSPITALARIA, se desarrolla no sólo a partir de la experiencia del trabajo en las sesiones, sino también a través de las experiencias hechas con otros dispositivos,- muchos de ellos creados en la marcha -, y que movilizan de un modo diferente nuestro aparato psíquico; los procesos psíquicos operantes no son en ellos los mismos que estamos acostumbrados a encarar en la práctica extrahospitalaria, y por lo tanto parece que su consideración puede enriquecer los debates y las prácticas tanto teórica como clínica, a que nos convocan, necesariamente, para proseguir nuestra investigación.

3. ALGO SOBRE EL PROBLEMA DE LA MOTIVACIÓN, LA INDICACIÓN Y LA DERIVACIÓN.

Las tareas a plantearse en un espacio que tratamos de generar, comenzaron por ser inquietudes de residentes y de psiquiatras nuevos que se rehusan, de acuerdo con sus propias expresiones, a ser meros “suministradores de medicamentos”. Por otra parte, cierto tipo de pacientes que aceptan y cumplen con la medicación, y que han tenido una respuesta favorable al tratamiento, prosiguen en los controles posteriores, valorando la entrevista con el psiquiatra, o intentan continuar el vínculo con este, más allá de las –a veces- inevitables “rotaciones” o cambios de asignación del médico que los venía atendiendo. ¿Qué hacer con estos pacientes? En diversas instancias en que hemos discutido este problema, notamos que no hay para esta pregunta una única respuesta. En algunos casos, sobre todo con pacientes muy frágiles, se ha optado por mantener el seguimiento a cargo del psiquiatra, y en tratar de conservar un nivel de abreacción y de apoyo, mediante entrevistas enriquecidas con directivas o señalamientos. No se desconoció el valor que mediante este procedimiento, debe asignarse al hecho que el paciente siga perteneciendo a la red asistencial, como modo de no perder referencias que le resultan válidas y lo hacen sentir seguro.

Otro tipo de paciente pide más, de los recursos del psiquiatra, o ha movido en este una voluntad de ayuda más ambiciosa.

El dispositivo psiquiátrico, tan rico en recursos que no comprometen ni desvirtúan el campo de trabajo específico del psiquiatra, sin embargo, tiene sus límites. Una vez cumplidos los objetivos del control y del apoyo, se hace necesario reflexionar en busca de qué otras metas proseguir, o qué conducta seguir con el paciente en el sentido de una eventual indicación de otro tipo de tratamiento y la correspondiente derivación.

Aunque sabemos que muchos psiquiatras tienen una excelente formación como psicoterapeutas y otros no, debe quedar claro que lo que nos proponemos reflexionar se refiere al concepto de motivación, indicación y derivación a una psicoterapia, por parte de un psiquiatra que cumple la función de tal. Entre las razones por las cuales el psiquiatra, en tanto tal, hace la derivación no se encuentra la presunta insolvencia del mismo para hacerse cargo de la terapia de su paciente. En realidad partimos de

la idea una integración en equipo que suponga el mantenimiento, por parte de cada uno de los integrantes, de su función y su marco de trabajo, teniendo en cuenta que la labor en la línea de frontera entre marcos referenciales, será un enriquecimiento de cada uno de los puntos de vista, sin diluciones recíprocas ni pérdida del papel que se juega en ese intercambio.

En términos prácticos la motivación consistiría en conseguir que un determinado tipo de paciente descubra que parte de sus sufrimientos no provienen sólo del transcurrir anecdótico de la vida cotidiana, sino también de algo que irrumpe desde su psiquismo en el que están grabados los hechos de su existencia, en una correspondencia no puntual con los acontecimientos históricos, que él reconoce como pertenencias propias desde la evocación conciente. No es una tarea que pueda centrarse en la persuasión ni en el esclarecimiento pedagógico, sino más bien en la posibilidad de poner en movimiento la actividad del propio psiquismo del paciente, que la mayor parte de las veces se ha conformado con acomodar cierta versión de sí mismo y que prefiere ignorar o desmentir los momentos en que lo psíquico irrumpe en él y lo perturba; tampoco, se trata, solamente, de que capte ese modo de funcionamiento, sino de activar el interés en investigar sus verdades, lo cual supone enfrentarse a determinado monto de sufrimiento. En algunas oportunidades hemos conseguido avances señalando cómo el hecho corriente de haber tenido un sueño, por ejemplo, le produjo tanta inquietud sin que sepamos la razón por la que ocurre ese sueño y esa reacción. También el interés del psiquiatra por los primeros recuerdos del paciente o la propuesta de localizar el primero de todos ellos en su vida, siembran en ciertos casos la vocación por investigarse a sí mismo. La tarea puede concluir con la retirada definitiva del paciente o puede exigir al psiquiatra la tolerancia de aguardar, tras largos intervalos de ausencia, al paciente que reaparece como habiéndose aplicado al intento de autoinvestigarse y proponiendo una continuidad de la labor que había comenzado con su psiquiatra.

Comprometerse con esta función de motivar, trae aparejada una dificultad que no puede disimularse. Haberse propuesto desde el comienzo, como ya señalamos, no perder su rol de psiquiatra, implica para el técnico un “plus” de trabajo: si tiene éxito en sus propósitos, es probable que el paciente se “pegue” más a él, en el momento en que el gesto tendrá que ser el de la indicación de terapia y la correspondiente derivación. Así, Juan José Gómez Delfino y Silvana Hernández Romillo (1995), recurren a conceptos teóricos del Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares para obtener “...una mayor comprensión de este acontecimiento vincular: el encuentro entre personas, la intersubjetividad que se despliega y la indicación como proceso”. Apoyados en Puget y Berenstein, destacan que “La vivencia de desamparo y de falta primordial remite a los primeros momentos de la vida del ser humano cuya condición de prematuridad lo ubica en “un vínculo con otro estable dotado del carácter de exclusividad y necesidad a quién nadie podría reemplazar, buscando por el yo sin el cual se ve amenazado por la vivencia de aniquilación” ... así... “da lugar a este peculiar vínculo que hemos llamado de Objeto Único”. Los autores advierten

que la vivencia de desamparo y el temor a la aniquilación, nunca terminan de significarse y operan en el psiquismo humano como motor para la búsqueda y el encuentro con el otro, al modo de fundamento de acuerdos y pactos inconscientes en la construcción y peculiaridad del vínculo” Gómez y Hernández destacan que el vínculo que se establece está determinado institucionalmente y supone lugares y funciones establecidos a priori. Pero de cualquier modo, desde el lado psicoanalítico parece prioritario que al psiquiatra se lo provea de advertencias en relación con los peligros antes mencionados para que se exija el resistir los reclamos del paciente por hacerlo cambiar de rol, y a que se aplique a una postura de neutralidad; en el sentido de que podría tener ideales propios a los que debe renunciar total o parcialmente en función de los recursos psíquicos del paciente para acatarlos. Además, como bien advierten Gómez y Hernández, existen riesgos de un nivel más complejo, que podrían distorsionar la tarea: “Una distorsión consistiría en ocupar el lugar ofrecido trasferencialmente como aceptación de un reconocimiento narcisístico esperado por el técnico. De este modo señalan que “... el intercambio queda sometido a la confusión producto de la intervención de aspectos primarios no conscientes”. El hecho de que un paciente en su sufrimiento diga: “Ud. es la única persona que puede ayudarme” no implica, bien lo sabemos, un juicio de valor y menos, supone un lugar que deba ser ocupado incondicionalmente.” Es en estos puntos donde parece más favorable pensar en términos ya no de motivación – solamente - sino también considerando la indicación y la derivación.

La indicación de un tipo de terapia y no de otro, y aun la decisión de no indicar terapia alguna, pasan por la valoración de una serie de ítems a los que no vamos a referirnos. De cualquier forma podemos llamarle “indicación” aun a un acto intelectual del psiquiatra, que no tiene por qué coincidir con la comunicación al paciente de esa opinión. Es un problema de “timing” que nos devuelve al asunto de la motivación y al grado en que esta se haya conseguido en el momento de expresar la consigna.

Planteado el asunto en estos términos, podría suceder que aparezcan elementos intrusivos, de imposición del entrevistador al entrevistado, lo cual se opondría a la idea que los autores ya mencionados formulan como “La posibilidad de que el encuentro devenga en proceso de construcción de la indicación.” Así, la indicación del tratamiento podría entenderse como “...un proceso de construcción que se desarrolla en base a dos ejes fundamentales: asimetría de funciones y simetría en la actitud de investigación de las numerosas variables presentes en las entrevistas”. De esto depende la posibilidad de que se produzca la indicación, armonizada con la motivación correspondiente del paciente, y que la derivación se haga un acto oportuno.

Nosotros hemos partido alguna vez de una figura negativa: la de sacarse al paciente de encima, usando el método de indicarle otro tipo de tratamiento y de derivarlo hacia él. Este es un riesgo poco frecuente si se consigue trabajar en un ambiente hospitalario con un buen funcionamiento de la reciprocidad y

complementariedad de los distintos dispositivos, pero de cualquier modo, como figura negativa tenía la ventaja de mostrar con mayor contraste la situación en la que el psiquiatra se ocupa especialmente de los pasos de la indicación, llegando a que él y su paciente entiendan los fundamentos para hacerla.

La captación por parte del paciente de que hay un proyecto del médico en relación con él, y que ese proyecto no es el de abandonarlo ni el de hacerse cargo de todos sus problemas y solucionarlos, sino el de que el paciente mismo emprenda una trayectoria, a partir de la ayuda del psiquiatra, pero autónoma en relación con él, puede ser un mensaje que evite la regresión y el enlentecimiento en el proceso de restablecimiento del equilibrio perdido.

En nuestro caso, por varias razones, la derivación se hace hacia el área de psicoterapia, lo que convoca la tarea de reciprocidad y complementariedad con el marco administrativo psicoterapéutico y de investigación cuantitativa. La investigación clínica debe complementarse con alguna forma de seguimiento del paciente y de intercambio de puntos de vista, con el terapeuta. Estadísticamente importaría saber con más precisión de qué modo incide en el comienzo de la terapia, en su desarrollo y en sus logros, el hecho de haber trabajado con él en la “prehistoria” de ese terapia, con las mentas mencionadas y en el área psiquiátrica asistida en una interconsulta con un terapeuta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Green, André (1985): El Objeto y la Función objetalizante. En : La Metapsicología Revisitada. Bs.As. 1985. pp 271-314
2. Gómez, J.J. y Hernández, S. (1995): “La indicación como proceso de construcción”. (Trabajo leído en el XII Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo.Bs.As.)
3. Kaés, René (1997): Violencia del Encuadre y Violencias del encuentro intersubjetivo en los grupos analíticos de formación. En: Rev.de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.Bs.As.No 23 1997 pp. 279-286.
4. Koolhaas, Gilberto (1987): La angustia laberíntica pp. 249-260. En: El cuerpo, el lenguaje, el Inconciente. APU Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis, Montevideo, 1987.
5. Laplanche, Jean (1980): La construcción del espacio analítico. En: La cubeta. Trascendencia de la transferencia. Problemáticas V.Bs.As. 1987.
6. Roussillon, R. (18/11/06): “El “Lenguaje” del encuadre y la transferencia sobre el encuadre”. Coloquio SPP 80 aniversario (Mutualidad Paris).

APORTES PARA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL SUPERVISOR Y SU ENCUADRE EN EL MARCO HOSPITALARIO

ANA LUISA HOUNIE

Las siguientes reflexiones constituyen un conjunto de ideas fruto de la experiencia en el ejercicio de la tarea de supervisión de psicoterapias psicoanalíticas en la Clínica Psiquiátrica hospitalaria. Como tales, resultan tan solo una construcción singular emergente de la fuente de los intercambios colectivos. Y en tanto teorizaciones a propósito de una experiencia clínica, no son más que un recorte de lo que como realidad vivida, se construye en cada encuentro en el que la clínica es objeto de reflexión. Es por ello que las palabras siempre bordean lo que los afectos, sueños, fantasías o mitos, múltiples novelas, pequeños sucesos cotidianos o dramáticos girones de existencia; conmueven.

Ahora bien, las situaciones clínicas sobre las que trabaja un supervisor en el marco hospitalario constituyen asimismo, lugares de abordaje que trascienden la puntualidad de los distintos casos clínicos y las consideraciones teóricas pertinentes a los mismos. En este sentido, la tarea no compete únicamente al análisis de las características psicopatológicas de quien consulta o a las circunstancias específicas del proceso psicoterapéutico en cuestión. Esta referencia no obvia nuestra necesidad de una reflexión analítica a propósito de los mismos, sino que alude al ámbito particular en el que nuestra intervención se organiza; precisamente dentro de lo que podríamos llamar la “trama del dispositivo” en el que la psicoterapia se desarrolla.

Es así que la función de Supervisor implica a quienes la sostienen la referencia a un lugar sustancialmente lógico, lugar de funciones y no de argumentos –tal como en Matemática se define- y por ende en relación necesaria con otros lugares lógicos que en conjunto determinan la trama (tomemos del francés: lieu –lien, lugar y lazo) estructurante. Recordemos si es preciso, que la noción de estructura lejos resulta hoy en día de estar asociada a la idea de fijeza o rigidez. Como citábamos en otra oportunidad (1): “Hay estructuras móviles, abiertas y con la capacidad de recrear sus propiedades según diversas operaciones a las que están disponibles. Las referencias a ello provienen tanto del campo de la Lógica, la Topología, el Arte, como del campo de la modelización científica” (1) (Ilya Prigogine, por ejemplo, científico

contemporáneo, acuña el término de “estructuras disipativas” para nominar los sistemas fuera del equilibrio en los que son dables los procesos concernientes al mundo de la complejidad). En esta dinámica pues, situada entre determinismo y azar, en el entrecruzamiento de lógicas epistemológicas diversas -derivadas de la interdisciplina y de los distintos esquemas referenciales en juego- toman curso las historias clínicas producidas; el caso clínico deja de ser tan solo lo que discurre en el ámbito singular de las sesiones entre terapeuta y paciente, para devenir texto a construir en las distintas instancias y por los distintos actores que de acuerdo a su función y a los dispositivos en los que están inmersos, conforman el marco hospitalario.

La referencia a una legalidad entre el determinismo y el azar, para una zona de ocurrencia de los sucesos, sugiere que el tipo de inteligibilidad pertinente para comprender las historias posibles no responde a una forma de pensamiento puramente determinista (alejándonos de este modo, de cualquier idealismo esperanzado que ofrezca garantías absolutas y por ende procure mecanismos de control en relación a ese ideal), así como tampoco se trata de la pura contingencia, del caos arbitrario del indeterminismo. Por el contrario, nuestra racionalidad, en este punto, acompaña la concepción de este autor, para quien: “Toda historia contiene /.../ la irreversibilidad, el suceso y la posibilidad de que algunos sucesos, en ciertas circunstancias, adquieran una significación y sean punto de partida de nuevas coherencias. Comprender una historia no es reducirla a regularidades subyacentes ni a un caos de sucesos arbitrarios, es comprender a la vez coherencias y sucesos: las coherencias en tanto que pueden resistir a los sucesos y condenarlos a la insignificancia o, por el contrario ser destruidas o transformadas por algunos de ellos; los sucesos, en tanto que pueden hacer surgir o no, nuevas posibilidades de historia.” (2)

Este sentido de resignificación adquiere todo su peso en esta transmisión, donde algunas situaciones (que en adelante nombraremos como “puntos de anudamiento”), pueden constituirse en generadoras de nuevos órdenes, habilitadoras para una construcción posible.

De aquí que, la tarea del supervisor apela –por estar ubicada en un punto peculiar de entrecruzamiento en el que se enlazan lógicas singulares y colectivas- a un permanente y necesario movimiento de los distintos saberes referenciales en juego en pos de la consecución de los objetivos del programa.

Aunque esta descripción pueda aparecer con un cierto grado de abstracción teórica, este carácter responde a una complejidad encarnable en la experiencia clínica misma.

Cada vez que se pone en marcha el dispositivo de los grupos de referencia y supervisión, se manifiestan en el campo de trabajo puntos de “anudamiento” pasibles de devenir tanto facilitadores como obstaculizadores de la tarea, según la posibilidad de movimiento en que los mismos puedan ser puestos a trabajar.

Citémos algunos a modo de ejemplo: Entre ellos, los vinculados con el bagaje teórico-técnico en relación con la teoría psicoanalítica que revela cada terapeuta en el ejercicio de su función. No nos referimos aquí de ningún modo a cuestiones relativas a la formación técnica entendida como una curricularidad, sino a aquellos aspectos que como consecuencia de la pluralidad de aportes, hacen del intercambio de conocimientos una “formación continua” para todos.

En la mayoría de los casos, se trata de la recreación en cada experiencia del marco referencial sobre el que la figura terapéutica se encuadra; producción que -como todo efecto de implicación subjetiva- rebasa los límites de lo “ya conocido” o “ya sabido” para introducir zonas de incertidumbre, gestoras de nuevos aprendizajes. Así, el acto clínico deviene enriquecido al producirse márgenes posibles para la idea de “novedad”. Hemos asistido en múltiples ocasiones a la constatación de lo que en términos prigoginianos nominaríamos como “creación de nuevas coherencias”. Los terapeutas refieren “cambios producidos en sus pacientes, pero mas aún en si mismos, en sus modos de pensar las situaciones clínicas a partir de que exponen su trabajo a la confrontación con los distintos interlocutores. La teoría y la técnica psicoanalíticas devienen así, fuente de constante re-creación.

Ahora bien, como indicábamos anteriormente, la práctica teórico técnica, encuentra en ocasiones lugares de obturamiento que señalan momentos claves del proceso a considerar. En este sentido, puede decirse que si bien la propia teoría habilita a una diversidad de lecturas posibles emanadas tanto de la formación conceptual como de la experiencia del propio análisis de quienes integran el grupo de referencia; la puesta en juego de ello en el dispositivo puede encontrarse con marchas y contramarchas. Aquí, la función del supervisor en el ámbito hospitalario adquiere su valor específico.

A diferencia de lo que ocurre en el marco de la clínica privada, el encuadre que rige las legalidades en las que se producen las intervenciones del supervisor, resulta sustancialmente diferente. Al enlazarse su función con otras, dentro de la estructura macro, el supervisor responde a un modelo que respetando las marcas del estilo y la trayectoria analítica vinculada a su formación, incluye la pluralidad considerada como variable epistemológica a la que permanentemente es confrontado en las distintas instancias de referencia que hemos citado anteriormente y que conforman su encuadre.

Este hecho convierte a su función en promotora de nuevos reordenamientos en torno a los objetivos generales del programa del cual él forma parte y en los cuales los acuerdos básicos necesarios en relación a los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica constituyen el sostén de la tarea a desarrollar.

Otro punto de particulares atravesamientos lo constituye el dispositivo grupal en el que el quehacer tiene lugar. Esta modalidad, en claro isomorfismo con la estructura del marco hospitalario para el sistema de asistencia, no deja de tener consecuencias en torno a los procesos que se allí despliegan. Los aspectos vinculados

a los psicodinamismos propios de la grupalidad, resultan objeto de consideración, al menos en el sentido de que es preciso conocerlos para advertirse sobre su incidencia en el desarrollo de la tarea. La puesta en juego de la intersubjetividad, diseña tramas vinculares que poseen una relación de mutua incidencia sobre los posicionamientos singulares de cada integrante.

Como se ha manifestado en algunas ocasiones, para quien presenta su caso, el hecho de que las intervenciones de sus colegas reflejen en su actitud clínica, una escucha amplia y receptiva –y por ende continentadora- retroalimenta la confianza y el respeto indispensables a la hora de promover desde un lugar de implicación, una exposición abierta ante los distintos interlocutores. Si esto ocurre, el ejercicio de la tarea compartida, deviene ante todo disfrutable y el grupo transita por un espacio sostenedor del trabajo a realizar. Cuando alguno de estos elementos no se viabiliza adecuadamente, resulta de importancia considerar los obstáculos que puedan afectar la eficacia del dispositivo. Esto redundaría en el enriquecimiento de las funciones Terapeuta y Supervisor por los múltiples aprendizajes que conlleva, al tiempo que desobtura las sobredeterminaciones imaginarias que puedan generar efectos de rigidización o anquilosamiento.

Así pues, la consideración de elementos relativos a la dinámica grupal permite el despliegue de los factores multiplicadores cuyo carácter potenciador siempre es dimensionable en términos de formación.

Continuando con nuestro desarrollo, señalemos un nuevo punto de anudamiento singular y particularmente interesante en la medida en que se vincula con las características del modelo asistencial en el que el servicio se inserta. Nos referimos al carácter interdisciplinario que refleja la confluencia de discursos que aún teniendo zonas de aproximación, puntos de contacto, encuentran en sus paradigmas, zonas de inconmensurabilidad (esto es, sin patrón posible para una medida común).

De esta manera, se entran los distintos enfoques (psiquiátrico, psicológico, médico, social y otros) dando lugar a una constante y necesaria movilización de los referentes teóricos particulares de cada profesional así como a un ejercicio permanente de apertura hacia lo diferente.

Esta situación, cuyo carácter epistemológico no se nos escapa, adquiere en la práctica concreta, una configuración que torna precisa la redelimitación de los campos de acción en los que las intervenciones se ejercen.

Como habíamos referido anteriormente, la circunstancia de que el equipo de asistencia maximice sus posibilidades de interrelación y tomando en juego los aspectos recién mencionados, constituye a nuestro entender, un horizonte de tendencia para una acción eficaz. No obstante, consideramos que éste no representa un lugar de ideal, y por ende resulta tan solo un supuesto el hecho de que se convierta en depositario privilegiado de las causas de los buenos logros a nivel terapéutico o de efectos iatrogénicos.

Hemos visto cómo, en alguna ocasión, sucesos tales como la interrupción de un tratamiento por parte de un paciente han llevado a inferir como causa principal las

fallas en los ajustes a nivel de equipo. Si bien es posible que, y particularmente en los pacientes mas graves, las fallas en la “función encuadrante” del propio paciente, repercutan a nivel del encuadre del terapeuta y en otros actores del equipo asistencial, la adjudicación rápida de las responsabilidades en los otros, resulta un error cuyo precio es el de tornar inoperante la posibilidad de un pensar analítico acerca de la situación y la detención en fenómenos imaginarios paralizantes.

Se trata entonces de advertirse de la pluricausalidad de los distintos sucesos y de la intervención de un “azar ontológico” pasible de modificar las condiciones de un sistema y de introducir nuevas legalidades para su inteligibilidad. La posibilidad de estar abierto a los imprevisibles, lejos de colocarnos ante la impotencia o la frustración frente al entendimiento de los fenómenos, permite la producción nueva de conocimientos a partir de la aceptación mas “real” (y valga la redundancia) de la trama con la que se construye la realidad.

Por último, otro punto a considerar de nuestro quehacer en los distintos grupos de referencia, refiere a aquello que legitima nuestra práctica; a saber : los propios tiempos (lógicos y no cronológicos) en relación con los propios procesos analíticos. Mas allá de los requisitos formales, cada acto clínico produce movimientos singulares a ese nivel constituyente de la posibilidad básica para la labor en psicoterapia con quienes efectúan un pedido de asistencia. Poder trabajar con la convergencia y la discontinuidad de las distintas temporalidades internas e intersubjetivas constituye una dimensión mas de la complejidad de la trama en la que la tarea se gesta.

Y en este mismo complejo campo, la función supervisora, al igual que las otras funciones dentro del servicio, se recrea en forma permanente, y lejos de constituirse en totalizante -al modo del panóptico foucaultiano- resulta desde su especificidad, un elemento mas, a la hora de posibilitar una acción operativa con quien demanda alivio para su sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hounie, Ana ; “Diagnóstico de estructura : una clínica interpelada” , en ERRESEI , Clínica al Borde (Publicación de la Escuela Freudiana de Montevideo, pp 74, Editorial LAPSUS, Montevideo, 1999.
2. Prigogine, Ilya y Stengers, Isabelle ; “Entre el Tiempo y la Eternidad”, pp 54, Editorial ALIANZA, Madrid 1990.

EL VÍNCULO TERAPÉUTICO - LO TERAPÉUTICO DEL VÍNCULO

EN BUSCA DE UN LENGUAJE COMPARTIDO ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOTERAPIA

NORA POMERANIEC

UNA MIRADA AL CONTEXTO

Para quienes trabajamos en el área de la salud mental, y esto incluye tanto a psicólogos clínicos de diferentes orientaciones, psiquiatras, psicoanalistas, poder dar respuesta a la pregunta ¿qué cura?, ¿qué alivia?, ¿cómo transformar el sufrimiento psíquico de los pacientes que consultan con sus múltiples presentaciones en lo que Freud sintetizaba como “la capacidad de goce y de trabajo”, constituye un verdadero desafío. Desafío que es compartido, que marca un punto de coincidencia

No así los caminos que emprendemos para lograrlo, ni la formación que sustenta estos caminos, como tampoco los recursos instrumentales a los que recurrimos. Cada quien tiene su “especialidad”.

Esta división en especialidades, en áreas de conocimiento, constituye un intento del hombre por aprehender, por capturar y actuar sobre una realidad que es abierta, compleja, multideterminada y en permanente mutación

El recurso -entonces- es diseccionar esa realidad, de manera parcialmente lógica y parcialmente arbitraria, en disciplinas que organizan discursos respecto a un área de conocimiento. Disciplinas a las que los profesionales adherimos con espíritu corporativo y que ordenan nuestros saberes. Y disciplinas también que nos ordenan, en tanto nos reclaman una cierta “obediencia” respecto a la versión oficial que cada institución admite y trasmite (Denise Najmanovich, 1998)

Esta suerte de etnocentrismo profesional es producto de una pertenencia que actúa como confirmador de la propia identidad (“nosotros los psicoterapeutas”) frente a la alteridad (“ellos los psiquiatras”), llegando en algunos casos incluso a la descalificación del colega y su abordaje.

La endogamia científica que por un lado nos reasegura en la identidad profesional, por otro produce aislamiento, nos empobrece y nos conduce a temas como el del temor a la defusión, la omnipotencia, los límites y la intrusión.

La aspiración sería - como propone Denise Najmanovich- poder establecer un diálogo entre diferentes, enriquecernos a partir de esa diferencia e integrar modos alternativos de interrogación. Sería, en suma, “romper con la propiedad privada disciplinaria, desterritorializar el conocimiento” Dividir la realidad no es tarea sencilla...mucho menos reunificarla.

MI EXPERIENCIA PERSONAL EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Trabajé dieciocho años (1989-2006) en forma honoraria en la Policlínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas: como psicoterapeuta psicoanalítica durante los primeros ocho años y los siguientes diez como supervisora. Asimismo, durante esos dieciocho años fui entusiasta participante semanal en los Ateneos de Psicoterapia Psicoanalítica de los miércoles, en los que psiquiatras y psicólogos presentaban (y aún lo siguen haciendo) material clínico de pacientes en primeras consultas o en tratamiento para dar cuenta de su trabajo, intercambiar sobre dificultades que surgían y en algunos casos plantear derivaciones hacia diferentes abordajes clínicos. Experiencia que resultó de enorme enriquecimiento en mi vida profesional

A lo largo de esos años, pero sobre todo en los comienzos, era frecuente escuchar en las presentaciones expresiones tales como “no es un paciente para análisis”, o bien “es un paciente difícil”. Seguramente difícil, en parte, por estar inserto en un contexto y bajo condiciones muy diferentes a las propuestas por el psicoanálisis “clásico”, tales como la insistencia perturbadora de determinada realidad fáctica en los pacientes (problemas de distancia, economía, necesidades básicas insatisfechas) y en los terapeutas (la gratuidad del servicio, la frecuencia de las sesiones, los consultorios sometidos a cambios e interferencias, la obligatoriedad de supervisar y presentar en ateneo)

Y difícil en tanto que la teoría de la técnica con la que veníamos pertrechados para enfrentar esta experiencia hospitalaria, no parecía en todos los casos, dar respuesta satisfactoria a la demanda.

Y difícil también en relación al colega interdisciplinario.

Las especializaciones parecen reclamar un deslinde claro entre la jurisdicción del psiquiatra y del psicólogo. Pero esto no siempre se da así: el padecer psíquico tiene áreas comunes, zonas de superposición y márgenes ambigüos que hacen a veces difícil el deslinde territorial

¿Cómo enriquecer mutuamente nuestras miradas? Como complementar sin invadir?

Qué sucede cuando la díada terapeuta-paciente se triangula, desde lo real, con la presencia del psiquiatra? O cuando somos nosotros (psicoterapeutas) quienes nos incorporamos al vínculo psiquiatra - paciente? Cómo se articulan- si es que lo hacen- los saberes de dos profesionales de la salud mental? De qué manera interactúan? Cómo hace valer cada uno su propia mirada, cómo incluye la del colega, qué sucede cuando no son coincidentes?

Y ¿cómo vive el paciente esta duplicación terapéutica: dos intervenciones diferentes para un mismo malestar?

Todo ello nos enfrentó a la necesidad de repensar nuestra praxis, nos reclamó flexibilidad y creatividad en relación al paciente y al colega...y lo sigue haciendo

EL VÍNCULO TERAPÉUTICO. LO TERAPÉUTICO DEL VÍNCULO

“Es un error creer que la gente va al psicoanalista para hacer psicoanálisis. No es así. El 90 % de los que vienen a verme lo hacen porque están mal. Les interesa poco si soy psicoanalista, psiquiatra, psicólogo; lo que me piden es que cualquiera sea el arma, el medio que yo utilice, los desembarace del peso que les hace imposible la vida” “...mi trabajo actual consiste en un 99% en establecer un vínculo con el paciente” ¹(Nasio, 2005)

Más allá de la contundencia de esta afirmación, pensamos:

Es probable que en situaciones límite o en casos de crisis el paciente se muestre indiferente a qué tipo de profesional y con qué recursos lo atienda (en ese caso podría incluso agregarse al curandero) Ahora bien: todos conocemos pacientes que expresan un temor fóbico a desarrollar una dependencia farmacológica o a los efectos secundarios de la medicación, o que se sienten más “enfermos”, “más locos” si son enviados al psiquiatra

Otros, por el contrario, resisten totalmente la posibilidad de encarar un trabajo psicoterapéutico planteado a largo o mediano plazo y de resultado incierto y buscan el efecto pretendidamente “mágico, transformador y rápido” del psicofármaco

Pero: ¿qué significará este valor esencial asignado al vínculo?

La calidad del vínculo terapéutico, fue durante años como la Cenicienta del psicoanálisis (antes del baile). Era una suerte de excipiente en el que se disolvía el principio activo del proceso: la transferencia y su interpretación, considerada el recurso terapéutico por excelencia. La vía regia al insight. Había en esa propuesta clínica una marcada asimetría entre la importancia asignada a esa acción interpretativa frente a la consideración del vínculo intersubjetivo como factor de cambio, como recurso terapéutico en sí mismo

Eso, al menos transmitía cierta tradición ortodoxa del Psicoanálisis. Y las voces en contrario- que existían- eran vividas como transgresiones o herejías al método o simplemente no consideradas.

1 Subrayado propio

En la medida en que la clínica fue detectando problemáticas diversas a la del conflicto y elaboró nuevas teorías de comprensión, se hizo perentoria también la revisión técnica, con una reconsideración del vínculo que nos permite pensar en una terapia psicoanalítica, en la que lo terapéutico no sólo reside en el “qué” se trabaja (clínica de contenidos) sino también en el “cómo” (clínica de las formas) Formas bien diferentes a las que nos han transmitido en nuestra formación. Formas en las que el vínculo “no sea sólo un facilitador sino también un proveedor” (B. Winograd).

Así como cuando hablamos del vínculo terapéutico decimos que no puede venir prefabricado “en talle único” prescindiendo de quién y cómo es el paciente (y quién y cómo es el terapeuta), del mismo modo, los patrones relacionales entre colegas de disciplinas afines, la modalidad de su interacción estarán pregnados por la singularidad de sus protagonistas, por su subjetividad, valores, fantasías y temores, convicciones y teorías; y cómo el paciente incorpore a uno y a otro, dependerá de múltiples variables, tanto transferenciales como actuales.

Freud decía que “En la vida anímica del individuo, el otro cuenta con total regularidad como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo”² y seguramente que el entramado vincular que aquí tratamos puede atravesar cualquiera de estas posibilidades

EN EL ATENEO

En una ocasión una psiquiatra trae al ateneo del miércoles el caso de un paciente joven con el cual había tenido una serie de entrevistas y que le preocupaba mucho (y como pudimos ver, también le interesaba en igual medida). Este joven, con un excelente nivel intelectual, cursaba dos carreras terciarias y paralelamente aprendía idiomas en forma autodidacta, todo lo que relataba con cierta soberbia.

Al mismo tiempo era de una pobreza vincular llamativa, con conductas fóbicas y evitativas. Mostraba una visión paranoide de la realidad: la gente lo mira, hablan de él, lo pechan en la calle, no tenía amigos, ni vínculo alguno con compañeros de facultad. Nadie le guarda el asiento, los funcionarios lo quieren perjudicar... un monto enorme de agresividad controlada a través de complejos rituales obsesivos. Solía escribir cuentos, algunos en lengua extranjera, para que no los leyera en su casa. Era alguien sin lugar físico dentro de su hogar, que compartía con su familia de origen (dormía en un lugar de pasaje).

No obstante tanta reserva, al cabo de unas entrevistas le había traído uno de sus cuentos a la psiquiatra: era un cuento con sangre y cuerpos destrozados, bastante impresionante.

Relata una infancia complicada, solitaria, con juegos “de nena” que despertaban burlas, episodios reiterados de haber sido abusado por un familiar (ya fallecido).

2 Freud, “Psicología de las masas y análisis del yo”, 1921

hacia el que abrigaba un gran rencor, situación de la que nadie se percató y que él nunca había confesado.

Trae un confuso episodio reciente de intento de autoeliminación abortado por la madre, no sin cierta violencia.

Esta madre aparece como autoritaria, opresiva e intrusiva, aunque no hubiese sido capaz de detectar ni protegerlo en la infancia de las situaciones de abuso sufridas y su padre tan sólo como una figura desvalorizada: “un bruto”.

La psiquiatra lo había medicado muy levemente (creo que apuntando a los rituales obsesivos) y le había propuesto entrevistas semanales, lo que no es muy frecuente para un seguimiento psiquiátrico hospitalario. En ellas se había dedicado a dialogar “informalmente”, en un mano a mano, interrogándolo, sorprendiéndose y emocionándose “humanamente” con el relato.

La presentación despertó un gran interés y numerosas intervenciones, siendo el paciente calificado de muy grave y con mal pronóstico por casi todos los que intervinieron en la discusión.

Me llamó la atención la postura en contrario de la psiquiatra, que lo veía, detrás de esa presentación tan poco alentadora, como un chico asustado que se defendía, como un ser desvalido y frágil que necesitaba ayuda y no sabía cómo pedirla.

Aclaro que la psiquiatra no tenía experiencia alguna en terapia, desconocía todo sobre técnica psicoterapéutica y transferencia, pero en cambio mostró estar ubicada en una “perspectiva empática” (Lichtenberg, 1991) con el paciente (identificación emocional transitoria no inhibitoria). Era llamativa la calidez que transmitía, su modo de conectarse con él, la manera de formularle preguntas cuidando el tono de voz, eligiendo las palabras que utilizaba y dosificando el humor, recurso que aliviaba tensiones aunque siempre dentro un gran respeto.

Surgen las propuestas: es un paciente para un equipo. Que lo siga psiquiátricamente, y lo derive a un psicólogo para una psicoterapia.

Pregunto:

Pero: ¿está este paciente en condiciones de una psicoterapia?

El ya aclaró que no la desea. Que no está enfermo: el mundo está enfermo. El es una víctima. El paciente no se hace aún preguntas, no quiere cambiar, quiere que lo comprendan... y que cambien los demás...

Entiendo que ese vínculo que ha comenzado con la psiquiatra es una verdadera “experiencia emocional” inédita en su vida: por primera vez han dejado de hablar “de él” para hablar “con él”.

Por qué no aprovechar este vínculo y dedicarle a él, como dice Nasio un “99 %” de esfuerzo?: La psiquiatra, espontáneamente, pudo crear un clima de interés, confianza y respeto recíprocos, supo “escuchar” los ritmos del paciente, no lo “violento” interpretativamente. Todo su esfuerzo estaba orientado a entender y confirmar con el paciente sus apreciaciones y éste le retribuía agradecido: había podido franquearse, bajar sus resistencias y contar cosas que le asombraba a él mismo haberlas dicho.

Propongo entonces que lo siga en ese tipo de entrevistas, trabajando en ese campo inter-disciplinario hasta tanto el paciente pueda mostrar signos de involucramiento con su circunstancia. La psiquiatra tendrá que ayudarlo sin violentarlo -sin volver a violentarlo- a cambiar el ¿por qué a mí!? reivindicativo por un ¿por qué a mí? interrogativo... y sólo entonces derivarlo.

Aceptan la propuesta.

La asignan al grupo de psicoterapeutas que superviso para sostenerla en ese proceso.

EN EL GRUPO DE INTER-VISIÓN

A los grupos que coordiné en el Hospital opté por rebautizarlos como de “inter-visión”, término más ajustado a mi expectativa: lograr que cada integrante pudiera “apropiarse” de los casos clínicos que se traían e intervenir con libertad, en una dinámica de fluído intercambio multidireccional.

La psiquiatra no encara una psicoterapia, sino que va a proseguir con las entrevistas y así se lo hará saber al paciente. Le aclara que ella no es psicóloga, por lo que -llegado a un punto- habrá temas que no sabrá como manejarlos y que, llegado ese momento y si él está de acuerdo, lo derivará a Psicoterapia.

Esta modalidad sonaba bastante inhabitual, ya que los que solemos anticipar una posible derivación somos los psicoterapeutas. El paciente acepta. Creemos que la honestidad de la propuesta tiene, en sí, valor terapéutico.

La psiquiatra continúa con entrevistas semanales y su modalidad dialogal.

Próximo al año el paciente había mejorado sensiblemente: su vínculo era más laxo y confiado, consiguió un trabajo que implicaba trato con el público, comenzó a ponerle límites a esa mamá, a procesar su separación familiar, reivindica la figura del padre y comienza a ligar presente y pasado (por ej se pregunta si una cierta atracción homosexual que experimenta tendrá que ver con los episodios de abuso vividos). Consideramos que es un momento de inflexión. En el grupo sentimos (la colega tratante también) que el proceso hacia la derivación se había ido consolidando, que había oportunidades de elaboración que se perdían. Convenimos que es un buen momento para derivarlo. Ella le recuerda al paciente lo que habían acordado y le propone el pasaje a una psicoterapia y seguirlo espaciadamente, como psiquiatra.

El paciente aceptó la derivación que fue a una psicoterapeuta del grupo, quien tuvo que remar su lugar de “madrstra” frente a la figura tan idealizada de la psiquiatra (lo que a su vez tuvimos que trabajar en el grupo)

Fue gracioso ver cómo se invirtieron los papeles: la psiquiatra dejó de ser la “asesorada” por el grupo y, en oportunidades, se convirtió en asesora, sugiriéndole a la psicoterapeuta cómo tratar al paciente.

Sobre la psicoterapeuta, como en su momento lo ha hecho sobre cada uno de nosotros psicólogos, hacia obstáculo un modelo de ser psicoterapeuta que la tradición institucional presentaba con carácter monopólico. Más allá también (y no

me parece un detalle intrascendente) de una modalidad personal más circunspecta contra la que tuvo que luchar para acercarse emocionalmente al paciente. Logró hacer un muy buen trabajo.

El paciente fue logrando cambios importantes. Y también nosotras. Descubrimos “in situ” el potencial terapéutico del vínculo con un paciente. De un vínculo basado entre otros puntos en:

Un espíritu de indagación que nos lleve a la clínica, no a constatar, sino a descubrir, en que ni el pasado ni la teoría sean un refugio que nos permita dar por conocido lo desconocido (concepto de teorización flotante de Piera Aulagnier citado por Hornstein).

En el respeto por el paciente; entendido en sentido inverso al convencional; de quien tiene más poder al que tiene menos. Esto disminuye la asimetría. Parafraseando a Ramón Riera: Que el analista o el psiquiatra sea amable (cordial) hace sentir al paciente amable (digno de ser amado), querido y valioso.

En poder ubicarse en una perspectiva empática (Joseph Lichtenberg): frente a una posición “clásica” que postula que el análisis debe desarrollarse en un ambiente de frustración, que en pacientes de fragilidad narcisista reedita y reabre heridas, la satisfacción de necesidades empáticas que no fueron satisfechas en la infancia es una instancia resiliente, terapéutica que ayuda a crear una huella mnémica diferente (via de porre en Freud).

En un diálogo terapéutico (Anna y Paul Ornstein) en el que, junto con la perspectiva empática se utilice la comunicación de la comprensión ¿Cómo sabe el paciente que es comprendido si no se le habla?

Al ofrecerle nuestra disponibilidad emocional y hacerle participe de nuestro esfuerzo por comprenderlo, ayudamos al paciente a bajar las defensas y colaborar en la ampliación del espacio psíquico (Riera).

En la aceptación de la propia subjetividad: frente al reclamo de una neutralidad científica casi inviable, que ha hecho que el distanciamiento emocional perdure como ideal técnico (Owen Renik), aceptar que nuestras observaciones, formulaciones e intervenciones están siempre influenciadas por factores personales que se encuentran al margen de nuestra conciencia, es la forma de controlarla y reducirla.

En ser, como postulaba Paula Heimann (1971) humano, natural honesto y creativo.

Y descubrimos también que esa potestad terapéutica del vínculo no es patrimonio territorial ni de unos ni de otros, sino un bien común a preservar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fromm- Reichmann, Frieda: Notas sobre los requisitos personales y profesionales de un psicoterapeuta” en “La psicoterapia y el Psicoanálisis” Hormé , 1961.
2. Heimann, Paula. “Sobre la necesidad de que el analista sea natural con su paciente” en Rev Chilena de Psicoanálisis, vol 10 N° 1, 1993.
3. Jiménez, Juan Pablo: “El método clínico, los psicoanalistas y la institución , en Aperturas, N° 4, abril de 2000.
4. Lichtenberg Joseph: “El modo de percepción empática y perspectivas alternativas para el trabajo psicoanalítico” en Revista de AEAPG,N° 17, 1991.
5. Lichtenberg Joseph, Lachmann F, Fossage J: “ A spirit if inquiry: Communication in Psychoanalysis”, 2002, reseña de Ramón Riera en Aperturas Psicoanalíticas, N° 17, 2004.
6. Najmanovich, Denise: “Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico” en Tramas, tomo IV, N° 4, agosto 1998.
7. Najmanovich Denise; “Complejidad, interdisciplina y psicoanálisis” en Revista de psicoanálisis, APA, N° 8, 2001.
8. Nasio, Juan D: Reportaje en el Suplemento “Ñ” del diario Clarín, 8/1/2005.
9. Noel Marcelo: “Empatía y agresión” en Anuario de la Psicología del self, N° 1, 1996, Univ. Católica Argentina.
10. Ornstein Paul, Ornstein Anna: “Empatía y diálogo terapéutico” en Anuario de la Psicología del self, 1996.
11. Panceira, Alfredo: “Empatía, identificación primaria, identificaciones cruzadas. El aporte de Winnicott al tema del comunicarse humano”, en Anuario de la Psicología del self, N° 1, 1996, Univ. Católica Argentina.
12. Renik, Owen: “Los riesgos de la neutralidad” en Aperturas psicoanalíticas” N° 10, 2002.
13. Riera Alibés, Ramón: “Transformaciones de mi práctica psicoanalítica (un trayecto personal con el soporte de la teoría intersubjetiva y de la psicología del self”, en Aperturas, N° 8, julio 2001.
14. Rothemberg, Albert: “La empatía como un proceso creativo en el tratamiento” en Int. Rev. Psyc-Anal N° 14, 1987).
15. Winograd , Benzion: “Reflexiones actuales del método psicoanalítico”, en Aperturas Psicoanalíticas, 1999.
16. Winograd , Benzion; “El método psicoanalítico y la actualidad clínica” en 4º Congreso de Audepp “Desafíos a la psicoterapia”, mayo de 2001.

OBSERVACIONES ACERCA DEL MARCO ANALÍTICO HOSPITALARIO¹

DAMIÁN SCHROEDER OROZCO²

Durante estos quince años han sido atendidos cerca de mil pacientes en el Programa de Psicoterapia Psicoanalítica de la Policlínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la República Oriental del Uruguay. Los numerosos estudios de seguimiento y de resultados de la población asistida son elocuentes respecto al grado de satisfacción de los usuarios hasta cuatro años después de haber finalizado el tratamiento.

En el Programa de Psicoterapia se ha privilegiado el método epidemiológico de investigación respecto al método clínico tradicional. Sin embargo, a nuestro juicio cada vez adquiere mayor importancia una investigación clínica de nuestra tarea asistencial, apuntando a la conceptualización de nuestra tarea.

Se observan dos líneas de producción de conocimientos con las que es preciso renovar las zonas de interlocución debido a que: 1) La investigación clínica del psicoanálisis denominado clásico ha experimentado cambios profundos durante estos 15 años tanto en la conceptualización, como en los abordajes de la psicopatología. 2) En el seno de la misma psicoterapia psicoanalítica hospitalaria se crea una investigación clínica propia, immanente a la naturaleza de la tarea, que exige conceptualización y profundización. En la investigación clínica hospitalaria se supera la vieja dicotomía que plantea que “la clínica ve el árbol y la epidemiología ve el bosque”.

LOS FUNDAMENTOS

Los conceptos teóricos y técnicos que han fundado el psicoanálisis han sido decisivos en el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica hospitalaria. Hay conceptos fundamentales de la metapsicología freudiana que han guiado y guían nuestra práctica. Ellos son el concepto de inconciente, represión, sexualidad infantil

1 Este trabajo tiene como antecedente la exposición realizada en las Jornadas de Psiquiatría de 2001, Montevideo, Uruguay.

2 Silvestre Blanco 2462. E-mail: damschro@chasque.net

y transferencia. A ellos se agregan la referencia a los desarrollos posteriores a Freud. Nuestra tarea se nutre del pluralismo teórico que caracteriza al psicoanálisis actual.

Así mismo, desde el punto de vista metodológico, la exploración del inconciente y el despliegue de la transferencia son posibles a partir del enunciado de la regla analítica fundamental acerca de la asociación libre y el mantenimiento por parte del terapeuta de una atención parejamente flotante y el cuidado por la abstinencia. Son estos caracteres teóricos y técnicos los que permiten definir nuestra atención psicoterapéutica como analítica.

Freud señaló que el paciente que sufre, sabe acerca de su sufrimiento, pero que no sabe que sabe. Constituye un verdadero desafío renovar cada vez, en cada tratamiento, en cada encuentro, la originalidad del método analítico que haga posible el despliegue de la conflictiva inconciente.

La llamada metodología clásica psicoanalítica ha debido experimentar cambios importantes a efectos de poder servir a los objetivos de nuestro programa. Son múltiples las interrogantes al respecto.

¿Qué del psicoanálisis llamado clásico permanece y qué cambia en la psicoterapia psicoanalítica hospitalaria?

Nuestra tarea implica diversos dispositivos institucionales, por lo que es preciso abrirnos a una mirada más amplia que la perspectiva clásica de la exclusividad de la relación entre un analista y un paciente. Evidentemente hay algo de esa intimidad, caracterizada por esa relación peculiar y única entre el terapeuta y el paciente, que se conserva.

Ahora bien, ese vínculo terapéutico se inscribe en un contexto más amplio constituido por el grupo de referencia e interconsulta (clásicamente llamado de supervisión), por el ateneo semanal y por la reunión mensual de los supervisores. Estos cuatro dispositivos diferentes están en interrelación, a la vez, con el dispositivo médico-psiquiátrico y el dispositivo administrativo que subtiende a nuestro programa.

Ha sido señalado que la psicoterapia hospitalaria supone la introducción de un tercero, genéricamente llamado “El Hospital”, constituyendo un campo vasto y complejo en el que se procesan transferencias múltiples que hacen posible que un proceso terapéutico pueda llevarse adelante.

Es entonces por medio de esta compleja red de dispositivos que la psicoterapia psicoanalítica se despliega albergando en su seno, sufrimientos, angustias, deseos, expectativas, actos, gestos, creatividad, incertidumbres y enigmas. Es a través de estos dispositivos que la institución hace, a la vez que se piensa a sí misma.

Existe un conjunto de normas y procedimientos que nos rigen en nuestra práctica, imprescindibles para el funcionamiento institucional, y que debemos someter a revisión continua.

La demanda que un paciente realiza, en el caso de la psicoterapia hospitalaria, es una demanda a la institución. Las vías de entrada son múltiples (emergencia, policlínicas, etc). Es preciso que la “Institución Hospital” renueve cada vez su ideología y metodología asistencial, independientemente de las personas que

protagonicen el proceso de consulta. Es así que, en un verdadero “juego de equipos”, el consultante encuentra una respuesta a su demanda.

Los dispositivos interdisciplinarios (en especial los médicos-psiquiátricos-psicológicos) se concretan efectivamente en el proceso asistencial. Dichos dispositivos generan múltiples saberes, construyen perspectivas distintas respecto de un mismo paciente. Cada uno de estos saberes se va profundizando al interior de cada uno de estos dispositivos, a la vez que en el interjuego con los demás, en la medida en que cada uno de estos dispositivos singulares entra en contacto con el otro, nutriéndose mutuamente.

El psiquiatra y el psicoterapeuta trabajan y piensan su práctica contando con la perspectiva del otro. La sumatoria de perspectivas habilita una comprensión de “progresión geométrica” inexistente en la metodología clásica. Aunque pueden haber momentos ruidosos de diálogos de sordos, el potencial clínico interdisciplinario es enorme.

En el ámbito del Grupo de referencia y supervisión se observan cambios respecto a la metodología clásica. En ésta, la práctica clínica es investigada en el ámbito de la sesión y eventualmente la contratransferencia es señalada en el ámbito de la supervisión individual. Los espacios de interconsulta e intercambios con otros profesionales que pueden estar asistiendo a la persona que nos consulta, se producen eventualmente.

Es permanente la tarea de deconstruir el modelo de la práctica privada, conservando lo que de él es útil, para así dar lugar y construir un dispositivo immanente a los requerimientos institucionales. Tiene mucha fuerza aún el modelo de supervisión individual, erigido en el lugar del ideal. El Grupo de referencia y supervisión ha demostrado tener indudables ventajas, en la medida que logra articular lo singular con lo colectivo, en un proceso de aprendizaje en espiral a lo interno del grupo, articulado en un trabajo interdisciplinario con las otras instancias de atención.

El ateneo clínico es el dispositivo por excelencia en que cada dispositivo se piensa a sí mismo, en confrontación con los otros. Es, por lo tanto, el ámbito en que “La institución Hospital” se piensa a sí misma.

Pascale, A. ha propuesto el concepto de Marco Hospitalario como objeto externo con función encuadrante distinguiendo en él, el marco de la Situación Analítica (es decir, lo analítico entramado con lo hospitalario). A juicio de este autor, ambos marcos “cumplen una función de objeto garante, que se “en-carga” de parte de la relación del paciente con la realidad” (Pascale, 2000).³

Esta noción de Marco Hospitalario en el que los tratamientos tienen lugar, nos es útil para pensar y comprender los cambios psíquicos que se observan en los pacientes, cambios que los propios pacientes experimentan en su subjetividad.

Hace aproximadamente cuarenta años W. y M. Baranger proponían la noción de Campo Analítico ampliando de este modo nuestra comprensión clínica de la situación analítica. “No se trata simplemente de tomar en cuenta las vivencias

3 Negritas y subrayado del autor.

contratransferenciales del analista, sino de reconocer que tanto las manifestaciones transferenciales del paciente como la contratransferencia del analista se originan en una misma fuente: una fantasía inconsciente básica que, como creación del campo, se enraiza en el inconsciente de cada uno de los participantes” (M. Baranger, 1993, P. 225).

Teniendo como referencia las nociones anteriores de Red (asistencial), Marco, Campo Analítico y Marco Hospitalario nos es posible concebir un Marco Analítico Hospitalario. La propuesta de esta noción pretende tanto articular, como distinguir, tres niveles: 1) personal, 2) grupal, 3) institucional.

En este Marco Analítico Hospitalario se despliega un verdadero tiempo de resignificación que constituye un auténtico prisma transferencial. La sexualidad infantil de los adultos técnicos y no-técnicos se juega en la medida en que se involucran en los procesos (afectivos, emocionales) que se despliegan en los dispositivos singulares, bipersonales, grupales y de grupo de grupos.

El Marco Analítico Hospitalario es un campo de atravesamientos, de perspectivas diversas, entre las que sobresalen la psiquiátrica y la psicoanalítica. Cada disciplina despliega su especificidad, y es deseable que así sea, al mismo tiempo que se producen zonas de comunicación (cuando no de ruido). El ateneo, en su condición de dispositivo de grupo de grupos, de reunión de equipos, de instancia abierta al intercambio, constituye el espacio por excelencia en el que trabajar, hacer trabajar los procesos de comunicación, intentando “sacar” los ruidos.

La confrontación, la controversia interdisciplinaria en el seno del ateneo, constituye un excelente antídoto para los narcisismos profesionales, en la medida en que el saber de cada quien no siempre es el único o mejor.

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA HOSPITALARIA TERMINABLE E INTERMINABLE

En el origen del programa, hace ya más de 15 años, el preestablecimiento de un tiempo de finalización estaba al servicio de instrumentar una psicoterapia hospitalaria que desde el comienzo se diferenciara de la práctica privada. Es decir que, si la psicoterapia hospitalaria se apoyaba (y se apoya), en sus orígenes, en la amplia y reconocida experiencia de la práctica psicoterapéutica privada, introducía una variante técnica sustancial al prefijar un tiempo de finalización.

El precepto técnico rezaba así: A la hora de establecer el contrato de trabajo, luego de las entrevistas iniciales, se enunciaba que la duración del tratamiento iba a ser de un año, con opción a dos. Por supuesto que este enunciado adquirió múltiples variantes y matices al calor de cada vínculo transferencial.

La investigación empírica y sistemática de resultados, de un importante desarrollo en nuestro programa, indica claramente un corrimiento, una progresiva extensión de los tiempos de tratamiento (de un año, a dos años y ahora a tres años). Son múltiples las preguntas que esto suscita. ¿Los pacientes no obedecen a nuestro precepto técnico? ¿Los terapeutas no han cumplido con sus “deberes institucionales”?

¿Los supervisores se han distraído en sus “obligaciones de control”? El ateneo semanal ha “desmentido” una y otra vez este dato recurrente? Finalmente, ¿tal vez nuestro precepto técnico es erróneo?

Las duraciones extremas estuvieron entre los 3 meses y los 4 años; esto indica que diversos grupos de pacientes obtuvieron el alta en tiempos notoriamente diferentes; por un extremo se aproximaron a las “psicoterapias breves” y por el otro a las psicoterapias psicoanalíticas tradicionales (Ginés, A., Montado, G., 1995). En todo caso, los pacientes, en porcentajes iguales indicaron que la duración fue apropiada o insuficiente y sólo un 10% la consideró excesiva.

Ginés, A. y Montado, G., (1995) han postulado la influencia de un conjunto de variables vinculadas a la “red o marco” en que se produce la psicoterapia sobre la duración de esta última. El tipo de pacientes atendidos en el programa presenta importantes dificultades, siendo relativamente pequeño el número de usuarios en los que teóricamente es más probable obtener buenos efectos en plazos cortos.

A juicio de estos autores: “Los motivos de esta selección de “pacientes con importantes dificultades” parece provenir del lugar que ocupa el programa en la red asistencial del Hospital de Clínicas. En efecto, el programa en la red asistencial del Hospital de Clínicas. En efecto, el programa no toma contacto con los usuarios al producirse la demanda sino luego de uno, dos o tres eslabones (Emergencia, Policlínica Médica, Policlínica Psiquiátrica) en los que ya se han realizado intentos terapéuticos. Recién cuando éstos han fracasado o son insuficientes, el usuario es dirigido al programa de psicoterapia” (Ginés, A. y Montado, G., 1995).

Constituye una paradoja de nuestra tarea asistencial el hacer referencia a un tiempo probable de duración de los tratamientos y al mismo tiempo respetar la duración de cada tratamiento. Si los resultados más recientes arrojan que los tratamientos actualmente tienen una duración de más de dos años, ¿debemos extender consecuentemente los plazos que enunciamos en el contrato?

Importa consignar que los propios estudios de resultados, a nivel local e internacional, señalan una relación consistente entre la duración de los tratamientos y la persistencia de los efectos terapéuticos.

Luego de una sinuosa evolución, que por supuesto incluyó contratos en los que concientemente se omitió cualquier referencia a un tiempo de duración del tratamiento, se ha pasado a la modalidad predominante actual, que incluye una referencia estadística. Apoyados en los resultados de los estudios empíricos, se dice que la duración aproximada de los tratamientos en el hospital es de dos años. Esta duración es meramente probabilística. No se hace una referencia explícita a ese tratamiento en particular.

Delprestito, N. nos ha llamado la atención respecto del efecto que podía tener el enunciado de la Referencia Temporal para el terapeuta que lo realizaba. Enunciar algo de lo cual él no está convencido y que en profundidad contradice los postulados que rigen su tarea.⁴ En rigor se incluyen hipótesis que provienen de campos vecinos al psicoanálisis y que por lo tanto no se originan en el psicoanálisis.

4 Ateneo de setiembre de 2000

He propuesto⁵ una investigación que compare tratamientos con y sin enunciación de la Referencia temporal como una nueva manera de aproximarnos a este complejo problema.

En el campo clínico y en los dispositivos institucionales esta cuestión admite otras consideraciones. En esencia, todo ofrecimiento psicoterapéutico tanto debe acoger en su seno al sufrimiento humano, recibirlo, continentarlo, como debe promover y habilitar procesos de crecimiento e independencia. Esto tiene que ver con que en última instancia el cachorro humano, enfrentado al desamparo inicial, necesita que el otro, el semejante auxiliador, lo provea desde una función de investidura y una de corte⁶.

Todo análisis supone de antemano su finalización. La “locura transferencial” como la llama Marcelo Viñar está predestinada a culminar, lo que no tiene nada que ver con que tenga un tiempo preestablecido de finalización. Aunque el análisis tenga como característica el ser interminable; su carácter terapéutico supone, entre otros elementos- que sea terminable. La conceptualización de la experiencia acumulada indica que este aspecto, al menos, es paradójal. La temporalidad de la práctica analítica es radicalmente la del après-coup, la de un tiempo de resignificación. Es un tiempo que en su peculiaridad, se resiste a cualquier acotación. La compulsión a la repetición no es domeñable por el enunciado prescripto. Se produce un verdadero interjuego de temporalidades, cruces de temporalidades, encuentro, a la vez, de lo singular y lo colectivo.

Es verdad que a la atención psicoterapéutica hospitalaria se le agregan algunas condicionantes importantes con respecto a la práctica psicoterapéutica privada. El carácter predominantemente honorario de nuestra actividad es, sin lugar a dudas, la principal condicionante. El no pago de la atención es el segundo. La demanda supera con creces a la oferta. Esta no puede crecer indefinidamente, por lo que se ha definido dejar de crecer en forma transitoria. Es que el programa nació para estudiar la posibilidad de una atención universal de la población y para ello resultaba necesario montar un programa que pudiera ser replicado en otros dispositivos.

En el dispositivo institucional, el tiempo del paciente no es el único que se pone en juego. Existe también un tiempo del terapeuta inserto en el grupo de referencia y supervisión. Aquí hay también una paradoja temporal. El terapeuta debe permanecer todo el tiempo en un dispositivo de esta naturaleza, aunque no necesariamente con el mismo supervisor. Finalmente, cuál es el destino del terapeuta: ¿Devenir supervisor?

¿Existe un tiempo ulterior del supervisor? El explicitar un tiempo estimado de duración es la articulación de la dimensión institucional en el encuadre. No sólo es una manera en las que El Hospital como tercero interviene en el Marco Analítico Hospitalario. Lo que tal vez en un comienzo dio resultado hoy estaría cuestionado. La cuestión de un tiempo preestablecido, esa Referencia Temporal, ha sufrido una

5 Ateneo de setiembre de 2000.

6 El concepto de función de investidura y de corte, propuesto por un grupo de antropólogas argentinas para repensar los conceptos de función paterna y materna en el psicoanálisis, ha sido retomado en nuestro medio por Daniel Gil.

serie de modificaciones con el paso del tiempo. Es verdad que en los comienzos era necesario tomar las mayores precauciones posibles, para que el nuevo intento de una psicoterapia psicoanalítica hospitalaria no deviniera un nuevo fracaso.

El acento de la diferencia, en este caso, se ponía en un elemento importante del encuadre. Este punto nos suscita una serie de reflexiones. Todos los intentos por definir las diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis de acuerdo a elementos del encuadre han, en rigor, fracasado. Ni la tan mentada frecuencia, ni el cara a cara, etc., han permitido establecer diferencias significativas. En todo caso, interesa el encuadre interno (Alizade, M, 2001) que es el aprendido por el analista en su propio análisis y que está potencialmente disponible a ponerse en juego en cualquier tiempo y espacio.

En el Marco Analítico Hospitalario se recrean fenómenos que Winnicott concibió en torno al espacio potencial. Winnicott sostuvo que la psicoterapia se desarrolla en la superposición de las dos zonas de juego: la del paciente y la del psicoterapeuta. En el caso de la psicoterapia psicoanalítica hospitalaria es preciso concebir la zona de superposición más amplia que incluye la zona de juego del paciente y la del Marco Analítico Hospitalario, en el que se despliegan fenómenos transicionales. Es así que el paciente al despedirse, lo hace respecto de su terapeuta, pero también del Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alizade, M. El encuadre interno. Contribución para los foros electrónicos preparatorios del XXIV Congreso de Fepal, inédito, 2001.
2. Baranger, M. La mente del analista: de la escucha a la interpretación. En: Revista APA, 1993.
3. Fernández B, Gerpe C, Montado G, Perelman J, Palermo A y Ginés AM. Investigación de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica hospitalaria, 1999, Inédito.
4. Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A y Ginés AM. Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad. SPR, Mendoza, 1992. Mención Premio Soc de Psiquiatría, 1993. En La Neurosis Hoy, VII Jornadas Científicas de APU, 1993.
5. Ginés AM. Posibilidades de interacción entre el psicoanálisis y los servicios docente-asistenciales de salud mental. Temas de Psicoanálisis. Año VII N° 13 pg 47-58. Montevideo. Uruguay; 1990.
6. Ginés AM y Montado G. El problema de la duración de las psicoterapias. En PSICOTERAPIA FOCAL, Roca Viva Editorial; pg 161-169. Montevideo. Uruguay; 1995.
7. Hounie, A. Aportes para una conceptualización de la función del Supervisor y su encuadre en el marco hospitalario. Trabajo presentado en las Jornadas de Psiquiatría de 2000, Montevideo, Uruguay, inédito.
8. Pascale, A. La psicoterapia psicoanalítica como actividad y hospitalaria. Trabajo presentado en las Jornadas de Psiquiatría de 2000, Montevideo, Uruguay, inédito.
9. Schroeder, Damián. Incidencia de los factores sociales y económicos en las diferentes prácticas psicológicas hoy. Publicación Oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, N° 129, octubre de 2001.

EL MARCO INSTITUCIONAL HOSPITALARIO: ALCANCES Y OBSTÁCULOS PARA LA ASISTENCIA DE PACIENTES EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA.

MARTHA SIERRA MARTÍNEZ

Desde el lugar del programa de asistencia a pacientes en psicoterapia psicoanalítica del Hospital de Clínicas, es que quiero hacer algunas reflexiones sobre la atención de éstos dentro de los marcos institucionales, la ubicación de los psicoterapeutas y de sus supervisores, con los atravesamientos que se ponen en juego.

Es condición que los psicoterapeutas que trabajan con sus pacientes derivados por el servicio de psiquiatría, asistan regularmente a los ateneos clínicos dónde semanalmente se exponen los casos que se están tratando, así como también supervisen dicho material.

Actualmente la duración de los mismos no es acotada en el tiempo de finalización, si lo fue en sus comienzos ya que se tomaba en cuenta el modelo de la psicoterapia breve. En cuanto a la frecuencia de los mismos, es semanal. En este contexto muchas de las veces los terapeutas y los supervisores sienten que pueden ser “cuestionados” cuando sobrepasan los dos años, teniendo en cuenta el modelo anterior, aunque no existan restricciones manifiestas. Este tipo de cuestiones que se dan en este tema como en otros tienen mucho que ver con los “fantasmas” de las instancias fundacionales que plantea el Dr. Rene Kaës. Por otro lado el cuestionamiento de la finalización de un tratamiento pasa más por los planteos teóricos acerca del análisis terminable-interminable, cuestión polémica si las hay.

El programa exige que todos los psicoterapeutas deban tener un espacio de supervisión de su trabajo con el paciente, espacio que es grupal y que está a cargo de un supervisor. Por razones obvias derivadas de la cantidad de los mismos, los terapeutas tienen escasas posibilidades de elección del grupo, cosa que tiene mucho que ver con el trabajo hospitalario dónde nos debemos adecuar a trabajar sin elegir con quien, cosa que en algunos de los casos ese hecho favorece a un enriquecimiento de la tarea.

Se ha podido observar, como el discurso del paciente se encuentra muchas de las veces “atravesado” por las distintas instancias institucionales formales por las que pasa el psicoterapeuta, tanto en el grupo de supervisión, como en otros ámbitos, por ejemplo el del intercambio que se genera en el ateneo clínico. Dichas intervenciones de alguna manera u otra responden muchas de las veces a las pertenencias institucionales y a las defensas de las distintas teorías que cada uno de los miembros tiene.

Cuando como supervisores nos reencontramos con el terapeuta y su material clínico a posteriori del ateneo, aparece en forma mas visible esa situación de “descoloque”, donde el mismo se encuentra lleno de nuevas hipótesis de interpretación y de estrategias para desarrollar con el paciente y que muchas de las veces difieren con los señalamientos hechos por su supervisor e incluso por los integrantes del grupo. Desde ese lugar hay que estar alerta a que las cuestiones que se planteen no afecten al grupo, de tal manera que se pueda llevar a cabo la tarea de forma lo menos contaminada posible. Este espacio es de una gran riqueza en la medida en que el supervisor pueda ubicarse en un lugar que le permita leer las transferencias generadas, teniendo en cuenta los atravesamientos institucionales.

En la medida en que hemos constatado que los pacientes hacen transferencia también con ese imaginario que es la institución, se han podido observar vivencias de desamparo cuando la misma se ha visto amenazada por su subsistencia, situación que se hacía visible por medidas tomadas por el gremio de la misma.

La transferencia dentro del marco asistencial institucional

Al decir de Silvia Bleichmar, “el tema de las transferencias dentro de una institución es algo a seguir investigando, desde el lugar del cuestionamiento de las convicciones, de algo de lo enigmático, de la curiosidad que implican rupturas con las certezas previas”.

En la medida que los pacientes viven a la institución como un sostén, podemos ponernos a pensar que hay algo que se transfiere a la misma, por lo que se generarían diferentes lugares a transferir que tendrían que ver con: a) la institución que recibe al paciente, b) el equipo de recepción, c) el psiquiatra que hace una evaluación y/o medica, y d) el terapeuta que realiza el tratamiento.

Estos distintos lugares permitirían al paciente poder establecer “transferencias múltiples”, que conformarían una suerte de diferentes lugares de identificaciones si se extrapolara este concepto utilizado por el Psicoanalista García Badaracco en los grupos multifamiliares trabajados por él. Por otro lado, el Dr. Psicoanalista Armando Bauleo, decía en su libro “Psicoanálisis y Grupalidad”, en el capítulo “Vericuetos de lo institucional inconsciente”: Un ejemplo extraído de nuestra práctica institucional cotidiana- el surgimiento de lo institucional inconsciente- lo hallamos en la organización de los equipos”. Agregaba también: “En los pasos correspondientes a la constitución de un equipo hemos observado que las adhesiones a corporaciones, asociaciones o sociedades profesionales, se transforman en conductas (en la mayoría de los casos) resistenciales al movimiento de integración

grupal”. Continuaba diciendo: “en éstos últimos años se intensificaron los estudios, las discusiones y las confrontaciones en torno a la problemática de lo “Inconsciente Institucional” (problemática abierta por Freud en Tótem y Tabú, Introducción al narcisismo, Psicología de las masas, Análisis del yo y El malestar en la cultura), como en los trabajos centrales en los cuales la articulación del sujeto psíquico con un “afuera organizado” no era solamente sociológico sino también, y con mayor intensidad, inconsciente”.

Recordando al psicoanalista José Bleger con su teoría de los ámbitos, (el psicosocial, el sociodinámico que tiene que ver con los grupos, el institucional y el comunitario), diría que los mismos, entre las distintas instancias mencionadas, producen efectos muchas de las veces poco percibidos, interferencias imperceptibles, difíciles de poder poner en palabras, ya que muchas veces circulan como un malestar no localizable.

Los conflictos que todo trabajo institucional produce, al no tener un ámbito de análisis, de puesta en palabras, llegan en muchos de los casos a producir malestares, tanto en el equipo (supervisores y psicoterapeutas) como en los pacientes que se asisten.

Es por eso que se debería, cuando queremos llevar a cabo un trabajo en una institución (en este caso de asistencia clínica con pacientes), visualizar cuantas variables se ponen en juego, poder situar antes que nada los objetivos manifiestos del programa que se quiere poner en práctica, y en lo posible encuadrarlo en el ámbito dónde se va a desarrollar. Tratar de observar las latencias de esos objetivos manifiestos, tener en cuenta las expectativas de corto y largo alcance, adecuar el programa a la clínica psicoanalítica y tener en cuenta que equipo se quiere conformar. En los trabajos enmarcados en ámbitos institucionales es común que no podamos elegir con quienes trabajar, y por lo tanto lo que aparece como dificultad es que se hace con las diferencias (teórico-clínicas) para poder llegar a situaciones de consenso.

Luego de algunos años de trabajo, se llegó a visualizar la necesidad de construir un ámbito para los supervisores, ofreciéndonos una instancia de reunión con una frecuencia mensual, y explicitar desde ahí distintas cuestiones propias del equipo. Pero no fue fácil y del todo efectiva. ¿Por qué? ¿Cual fue la razón ¿Qué cosas sobrepasaron a este lugar? Algunas de estas preguntas tendrán su respuesta en cada uno de nosotros, otras son ignoradas, creo que por la falta de un “otro” que pueda ver los atravesamientos y conflictos que surgen por los “mandatos” inconscientes instituidos desde los lugares de pertenencia de cada uno, y de sus marcos teóricos referenciales.

Según R.Kaës “El recorrido de la arquitectura mental de la institución nos conduce a los espacios de ocultación, depósito o enclaustramiento que tiene valor y función simultáneamente en el espacio del sujeto y el del grupo. Parecería que el grupo humano no pueda formarse si no es manteniendo zonas de oscuridad profunda, tierras de nadie, negativas del espacio psíquico compartido cuya fórmula

cultural es la utopía, el lugar de ninguna parte, el no lugar del vínculo. El grupo administra así una parte de la represión de cada sujeto y mediante ello, ciertas formas del inconsciente”.

Agrega que el “pacto de negación a la formación intermediaria genérica que en todo vínculo, trátase de una pareja, un grupo, una familia o una institución condena al destino de la represión, la negación, la renegación que mantiene en lo irrepresentado y en lo imperceptible, hecho que vendría a poner en cuestión la formación y el mantenimiento de ese vínculo y de esas cargas de las que es objeto. Puede considerarse, pues el pacto de negación como uno de los correlatos del contrato de renuncia, tanto de la comunidad de cumplimiento del deseo como del contrato narcisista”. “El pacto, hace callar a los diferentes, a esto se debe que sea un pacto cuyo enunciado, en cuanto tal no se formula tanto”

Vuelvo entonces a insistir en la necesidad de que los equipos de trabajo puedan analizar las ansiedades que se ponen en juego en el trabajo institucional y poder contar con un “otro” que pueda ver éstas situaciones mas de afuera, un sujeto menos “contaminado”. Esto permitiría el poder poner en palabras ese “malestar” del cual poco se sabe. Estas ansiedades corresponderían al sufrimiento, (siguiendo la línea de de Kaës) de las instituciones. El mismo plantea que se pueden distinguir tres fuentes de sufrimientos, que aparecen imbricadas cuando se trata de la queja o de la designación de la causa: una es inherente al hecho institucional mismo; la otra a tal institución en particular, a su estructura social y la restante a su estructura inconsciente propia (R.Kaës pag.54).

Es importante destacar que el tipo de población que viene a la consulta pertenece a una clase media pauperizada, muchos de los cuales habían sido atendidos en régimen mutual. También es necesario que podamos tratar de visualizar cuando estamos frente a un paciente de escasos recursos y cuando repite una situación de dependencia con la institución como la que tiene a nivel familiar.

El tema de trabajar en instituciones hospitalarias asistiendo a pacientes en psicoterapia psicoanalítica, ha sido y seguirá siendo un gran desafío. Adecuar la técnica, crear espacios para poder re-pensar el quehacer genera grandes cuestionamientos teórico-técnicos por la necesidad de adecuar la técnica.

Se hace necesario pues apelar a la creatividad y tener la flexibilidad suficiente para realizar las modificaciones necesarias, al mismo tiempo que tener la “capacidad” de cuestionamiento del quehacer, que nos permita plantearnos que estamos haciendo desde ese lugar del “saber”.

Creo que el trabajo institucional ha enriquecido hasta ahora la labor de aquellos psicoterapeutas que nos hemos implicado en el, por lo que sería muy beneficioso que los que se dedican al campo de la salud mental pudieran tener una experiencia en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badaracco, J.: "Psicoanálisis Multifamiliar." Ed. Paidós 1era Ed.
2. Bauleo, A.: (1999) "Psicoanálisis y neogénesis" . Amorrortu Editores
3. Bleger, J.: (1966) "Psicohigiene y Psicología Institucional". Biblioteca de psicología general 1era ed.
4. Freud, S.: "El malestar en la Cultura" Ed. Biblioteca Nueva.
5. Sierra, M.: (1993) "Lo instituido y su capacidad de cuestionamiento" VIII Jornadas Psicoanalíticas Las Neurosis Hoy.
6. Schroeder, D.: "Observaciones acerca del marco analítico hospitalario" Vegésimo Cuarto Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis
7. Kaës R. y otros: (1989) " La Institución y las instituciones " .Estudios psicoanalíticos. Ed. Paidós 1era ed.

EN TORNO A LA TAREA DE SUPERVISIÓN GRUPAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA.¹

PILAR DE LA HANTY²

Este trabajo retoma reflexiones surgidas desde mi práctica con un grupo de jóvenes terapeutas en el marco del Programa de Psicoterapia, más específicamente el Programa de Psicoterapia Psicoanalítica Individual de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, que funciona en el Hospital de Clínicas.

Han sido pensadas desde una práctica en construcción, y centradas primordialmente desde y en relación a la tarea de supervisión grupal, necesariamente enlazada con los diversos ámbitos que el Programa propicia.

Abordo en estas reflexiones una aproximación a sus peculiaridades y desafíos, desde mi lugar como analista en función de supervisora y centrada en la tarea misma.

Este Programa abarca diversos espacios, constituyendo un dispositivo altamente complejo. Espacios decíamos que se interrelacionan, se entrecruzan e interpenetran unos con otros de acuerdo a determinadas líneas de fuerza, siempre en movimiento, todo lo cual en sucesivas vueltas de espiral, irá tejiendo una experiencia y un singular modo de ir aprehendiendo y construyendo la tarea.

1 Agradezco a los Psic.: Ignacio Rizzo, Joanna Bottrill, Verónica Valiño, Andrea Blanco, Gabriela Simeone, Yoel Steinhass, Pablo Mancebo, y la Dra. Marianela Cabral, quienes con sus diversos aportes, comentarios y cuestionamientos han contribuido a estimularme en la redacción de estas notas y en mi reflexión sobre la tarea.

Así mismo a la Psic. Alejandra Vázquez con quien iniciamos un fecundo diálogo de intercambio como supervisoras del Programa.

2 Psicóloga. Psicoanalista. Integrante de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Psicoterapeuta Habilitante de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica. Ex docente del Curso de Psicología Infantil, ETM, Facultad de Medicina. (Áreas Psicodiagnóstico, Psicopatología y Psicoanálisis). Supervisora en el Programa de Psicoterapia Psicoanalítica en la Policlínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.

BREVE REFERENCIA A CADA ÁMBITO

1. En primer término, mencionaremos el que corresponde a la psicoterapia propiamente dicha. Ésta es llevada adelante por un terapeuta de orientación analítica de acuerdo a determinados reglamentos formales pautados por el Programa. Cumpliendo con ellos, estará habilitado formalmente para tomar a su cargo la asistencia de un paciente que le será derivado por el psiquiatra tratante.

2. El Programa provee a cada terapeuta un ámbito de supervisión grupal, llamado por uno de nosotros, el Dr. Adolfo Pascale, Grupo de Referencia y Supervisión³. Se trata de un grupo pequeño, de aproximadamente cinco integrantes. En él, además de la tarea propiamente dicha se propicia la articulación con los diferentes espacios que se conjugan dentro del Programa. Es decir la concurrencia al Ateneo, colaboración con el Equipo de Investigación⁴, inter consulta psiquiátrica, etc.

3. El Ateneo, es un espacio "colectivo de escucha y elaboración"⁵ de funcionamiento semanal. Ámbito privilegiado para la presentación de los procesos terapéuticos en curso. Asisten a él los Terapeutas, Supervisores, Psiquiatras, Representantes del Equipo de Investigación, etc. Auna visiones diferentes sobre el proceso, generándose un espacio de confrontación de ideas y posturas que en su diversidad⁶ resultan sumamente estimulantes a los efectos de la re-visión grupal. Allí se intercambia sobre aspectos que tienen que ver con la presentación del caso, que interesen ya sea al terapeuta o al grupo, se discuten los avatares propios del desarrollo de los tratamientos y sus dificultades, determinados recortes del material que se consideren de interés ó planteen dudas, así como la indicación, la pertinencia de la derivación, las primeras entrevistas, las finalizaciones, interrupciones, etc. Múltiples miradas, múltiples escuchas convergen allí, lugar de participación del grupo todo, lo que resulta en un plus de conocimiento para todos los actores involucrados.

4. Por último destacamos que la supervisión como uno de los dispositivos del Programa, se desarrolla dentro de un marco más amplio que nos precede y avala que es el Marco Hospitalario. Marco instituido que habilita, legisla y legitima. Lo entendemos como un marco vivo que nos implica activamente. Adviene como lo "instituido", por tanto y acordando con Lourau⁷, objeto permanente de una necesaria reflexión sobre la tarea. Lugar natural para ello –entre otros posibles– es en el grupo

3 Pascale, A. (2000) "La psicoterapia psicoanalítica como actividad hospitalaria" (Inédito)

4 El Equipo de investigación funciona dentro del Programa desde el año 1990. Introduce elementos de investigación para la descripción y evaluación de la experiencia.

5 Ginés A. (2002) "Programa de psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina". Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo VI .junio2002, pg.21.

6 Se construye así un espacio donde el pluralismo del psicoanálisis actual puede ser incluido en sus relaciones de coincidencia, contradicción y complementariedad.

7 Lourau R" El análisis institucional", Ed. Amorrortu,1988,Bs.As.

8 La institución es pensada por el socioanálisis como un proceso dialéctico entre lo instituido y lo instituyente, dialéctica que comprende el proceso de insitucionalización. Lo instituido refiere a lo establecido, lo fundado, las normas. Lo instituyente, a la fuerza creadora, lo que se está por fundar o se está fundando en contra posición a lo ya instituido.

de pares. Lo cual en mayor o menor grado tiene un espacio en la reunión mensual del Grupo de Supervisores.

Estos ámbitos –decíamos- se interpenetran unos con otros conformando una red compleja. Devienen, a nuestro entender, en verdaderos espacios psíquicos donde se conjuga lo propio y lo diverso, lo singular y lo colectivo, haciendo entramado psíquico en cada uno de nosotros, propiciando así lo que llamamos un campo de crecimiento y estímulo para la tarea.

Al modo de las muñecas rusas estos espacios se contienen unos a otros. Así también, en un movimiento inverso, puede iluminarse cada uno de ellos en su singularidad y especificidad. Tarea, claro está, que excede los alcances de esta comunicación.

Nuestro interés hoy día, a más de seis años de inserción en el Programa será el realizar algunas reflexiones surgidas en relación a la tarea de supervisión.

IDEAS EN TRÁNSITO, EN PROCESO.

El momento en que un psicoterapeuta del Programa toma un paciente está precedido por una serie de pasos como lo son: la asistencia regular a los Ateneos, la asignación a un grupo de referencia y supervisión, la participación en dicho grupo, la presentación del material del paciente al Ateneo, instancias todas ellas que el Programa ofrece al terapeuta y a su vez lo solicitan. El pasaje activo por estos espacios le permitirá familiarizarse con el cómo se trabaja en el Hospital, qué características tiene la tarea, qué se espera de él, etc. Recorrido que incide en la adquisición progresiva de lo que en otro trabajo las Psic. Patricia Natalevich y Alejandra Vázquez han llamado la Identidad del terapeuta hospitalario (2007).⁹

Esto me acerca al punto donde desearía detenerme, que concierne a la formación del joven terapeuta.

Me refiero a aquellas instancias que desde lo interno del terapeuta lo habiliten a la apropiación de dicha identidad o podríamos también decir lo acerquen a lo que llamaríamos un posicionamiento analítico¹⁰ con su paciente, o dicho de otro modo a una progresiva internalización de la función analítica o podríamos decir también al desarrollo de la función psicoanalítica de la personalidad¹¹, como aspiraciones ideales en el ejercicio de una práctica por demás compleja.

9 Natalevich Patricia, Vazquez Alejandra 'Especificidad de la psicoterapia psicoanalítica en el marco hospitalario.' (Inédito)

10 Posicionamiento analítico: esto es el del análisis. Refiere a la posición del Terapeuta Psicoanalítico cuando ocupa el lugar simbólico que se le pide que ocupe, por definición "inestable", "expuesto", aleatorio". Permanentemente asediado por la seducción, el enfrentamiento, la oposición, ó el deseo de no cambio por parte del paciente.

11 Sigo en estos conceptos a W. Bion

PERO ENTONCES, ¿CÓMO SE ADQUIERE ESA FUNCIÓN?

Pienso que no se trata de un aprendizaje, sino de sutiles formas de apropiación que tiene que ver con lo que llamamos transmisión en Psicoanálisis¹². Consideraremos tres elementos en juego, y veremos cómo operan de hecho en el programa.

Un elemento princeps por todos conocido, es aquel del análisis ó psicoterapia psicoanalítica personal del terapeuta. Sabemos que éste, (el análisis) esencialmente inacabado, se continúa en gerundio, procesándose. Es decir no se da de una vez para siempre.¹³ Y es privilegiado porque permite que las ansiedades que necesariamente se produzcan en el encuentro con ese otro paciente, -ó aquellas que despierte la implicación institucional- puedan ser contenidas, analizadas y trabajadas en un espacio apropiado que excede el de la supervisión. De no ser así hemos observado efectos iatrogénicos que pueden ser fruto de actuaciones perjudiciales tanto para el Terapeuta como el Paciente o el Grupo.

Un segundo elemento importante en la conformación de la identidad analítica, se juega y despliega en el trabajo de la supervisión grupal y en cómo éste es internalizado por el terapeuta. Si todo va bien se crea un campo de transformaciones¹⁴ que incluyen al paciente, objetivo central de la tarea, al terapeuta, al grupo y al supervisor, campo de transformaciones que redunda en el trabajo de autoanálisis de cada cual y en un plus de experiencia complejo que se revierte a la tarea grupal.

En tercer término consideramos de importancia, los aspectos del orden de la formación teórica en psicoterapia psicoanalítica, que se corresponde con otros espacios que el programa no brinda. Algunos ya iniciados por el terapeuta. Su profundización corresponde a otros lugares que el trabajo mismo activa e impulsa.

En nuestra experiencia el trabajo clínico compartido relanza en el terapeuta y el grupo todo, a nuevos caminos de búsqueda e investigación en la tarea.

LA SUPERVISIÓN. BREVES PUNTUALIZACIONES

Lo que caracteriza a la práctica analítica y la diferencia de otros enfoques terapéutico no analíticos es una concepción del sujeto en la cual los efectos de lo inconciente¹⁵ juegan un rol primordial en el psiquismo y es sobre esos efectos que se despliegan en transferencia donde recae fundamentalmente la tarea del Terapeuta, del Supervisor y del Grupo.

12 Ver Revista Uruguaya de Psicoanálisis, No 72-73 "Transmisión", 1991

13 De la Hanty, Pilar (1996) "A propósito de la supervisión curricular. Escenas superpuestas, cruce de escenas". Notas desde la clínica. En: "Transferencia. La formación del analista". APU . II Encuentro Latinoamericano de Institutos de Formación Psicoanalítica". Mayo 24 y 25. 1996. Montevideo. Uruguay. (Material de circulación interna)

14 En el sentido que le da W.Bion al término transformaciones.

15 Nos referimos al inconciente en sentido amplio incluyendo los aspectos preconcientes en juego.

La supervisión corresponde a un segundo tiempo, una segunda escucha al decir de Marta Nieto¹⁶, diferente a la de la sesión. No una visión super, como tantas veces se ha dicho, sino una nueva mirada.

La supervisión tal como la entiendo oficia a modo de investimento, sostén y reconocimiento del otro en su tarea.

El campo de la sesión individual se terceriza, implica un momento de corte en relación a la díada Terapeuta-Paciente, y se orienta al desarrollo del pensamiento propio y al crecimiento del instrumento analítico.

Una necesaria asimetría debe ser sostenida por el Supervisor desde su función si bien con elasticidad.

Rigurosidad en la tarea y flexibilidad en el ejercicio de la misma pues el trabajo con lo íntimo de ese otro-Paciente, supone transitar grupalmente momento de gran proximidad –en cada caso– modos peculiares de estructuración psíquica que tiene efectos de movilización en la díada pero también en el grupo todo.

Provoca ansiedades que deben ser contenidas por el supervisor, evitando deslizamientos propios de otros dispositivos como el terapéutico por ejemplo.

La regla de abstinencia opera en el supervisor para no confundir el campo de trabajo. Estamos atentos a que no se generen espacios transgresivos, como sería la usurpación del lugar del Terapeuta ó tendencias a una teorización excesiva que nos aparte de la escucha del material en cuestión, favoreciendo intelectualizaciones ó racionalizaciones diversas. También a no hacer abuso de poder desde un lugar frecuentemente idealizado.

Por último pero muy importante debemos decir que en el trabajo, si todo va bien, lo lúdico y el disfrute se hacen lugar, lo que colabora con el mantenimiento de un buen clima de trabajo, y la continuidad de la tarea, distendiéndola.

No debemos olvidar que la supervisión es una relación primordialmente humana entre colegas, sujeta como toda relación a comunicaciones concientes e inconcientes punto que retomaré mas adelante.

CON LOS TERAPEUTAS

Un nivel de trabajo corresponde, como es natural, al encuentro con el paciente y a las vicisitudes propias del mismo.

Otros aspectos se me han ido destacando desde la práctica.

En primer lugar atendemos al deseo del terapeuta y aquello que sienta como sus límites:

¿Puedo ó no con este paciente? O ¿Estoy en condiciones de trabajar con este paciente en este momento?

El paciente no por ser derivado es impuesto al terapeuta.

16 Nieto, M. (1970) "De la técnica analítica y las palabras" RUP T XII, pp 161-204

Otro momento que jerarquizamos es lo que llamaríamos el del trabajo con el encuadre, pues si bien el terapeuta trae una noción sobre la importancia del mismo, nuestra práctica nos muestra que es necesario tiempo y proceso para aprehender el alcance del mismo.

La instalación de la situación analítica y del proceso, a veces se logra, a veces no.

Aspiramos que el encuadre considerado en sentido estricto como el conjunto de normas que rigen la regularidad de las sesiones, el acuerdo en relación al modo de trabajo de Paciente y Terapeuta, sus modos de intervención, lugar, horario, tiempo aproximado de duración de las sesiones y del tratamiento, interrupción por vacaciones, regla de abstinencia, confidencialidad, formulado a través del contrato que el terapeuta hace con su paciente a la espera de su consentimiento devenga encuadre interno^{17, 18}

Me refiero con ello a la incorporación del dispositivo por parte del Terapeuta, que va aprehendiendo el valor del encuadre y sus pautas. El encuadre tiene un valor simbólico. Implica asimismo una norma de valor ético, al servicio del paciente, evitándose así la manipulación del mismo y preserva al terapeuta en su tarea.

Recordamos a Bleger¹⁹ quien lo consideraba como depositario de la parte psicótica de la personalidad, por lo tanto las rupturas del mismo brindan al terapeuta material invaluable en la realización del trabajo terapéutico.

Lo entendemos como un organizador de la tarea consustancial y constitutiva de la misma, más que como algo rígido como el terapeuta novel suele pensarlo. Se trata de una psicoterapia psicoanalítica y no de una relación de otro tipo y es el encuadre entre otros factores lo que permite que funcione como tal. Sus pautas limitan, y habilitan. “Continente necesario para lo que circula libremente”, nos dice Fanny Schkolnik.²⁰ Verdadera “matriz activa” al decir de Andre Green²¹ que instala una necesaria triadización.

En el caso de nuestra inserción en la institución hospitalaria, el Marco hospitalario también triadiza a través de la puesta en juego de todas sus instancias.²² El encuadre hospitalario debe también internalizarse y con ello me refiero al atravesamiento por las distintas instancias que el programa provee. Entendemos

17 Alizade, Mariam “El rigor y el encuadre interno” RUP 96

18 Para Alizade quien ha propuesto este término, el encuadre interno es el dispositivo de trabajo incorporado en la mente del analista: implica la escucha con el 3er oído (Reik, 1926), la transmisión de icc a icc, la observancia de la regla de asociación libre, de atención flotante, de abstinencia, el análisis del analista, ó agregamos su autoanálisis permanente.

19 Bleger, J. (1967) ‘Simbiosis y ambigüedad. Estudio Psicoanalítico’ (4ª. Ed.) Bs.As.: Paidós

20 Schkolnik, F. (2008) “Una práctica psicoanalítica o varias” RUP 106. Montevideo. Uruguay

21 Green, A. (2008) Urribarri F. “André Green: la representación y lo irrepresentable en la práctica contemporánea” RUP 106. Montevideo. Uruguay

22 El encuadre propio de la psicoterapia psicoanalítica individual, puede ser modificado cuando el paciente lo requiriera ó si mostrara inadecuación. Eventualmente puede ser necesario trabajar en complementariedad con otros dispositivos como pueden serlo, grupales u otros.

entonces, que hay un encuadre explícito, un encuadre interno que refiere a cómo el terapeuta puede moverse en él, y otro que sugiero llamar encuadre hospitalario.²³

El trabajo con lo arduo de la tarea, sus posibilidades y límites, con nuestros propios límites y los de los pacientes, son constantes del trabajo. Tal vez sea parte esencial de la tarea el transmitir una actitud receptiva, continente, y empática tanto como de tolerancia frente a la duda y lo desconocido.

El trabajo en transferencia y cuando es posible o recomendable con la transferencia, las intervenciones del terapeuta, todo ello constituye el accionar privilegiado de nuestro quehacer en la tarea.

CONCEPTOS QUE ADQUIRIRÁN VIDA Y ESPESOR EN EL DÍA A DÍA DEL TRABAJO.

Nuestro lugar es complejo y nos implica en una vertiente formativa, asistencial y de investigación. Se trata de la transmisión de un oficio, que, como ya señalara Freud, tiene algo de imposible e inefable.

Es en parte tarea artesanal, sin que esto implique un todo vale.

Muy frecuentemente surge la pregunta en nosotros, ¿Cómo lograr una intervención fértil que promueva insights en el Terapeuta y el Grupo?

Ocupamos un lugar de Supuesto Saber desde el cual se nos inviste. Es cierto que al supervisor lo avala un cierto recorrido y formación, desde el cual es investido, que hay que sostener, pero también saber corrernos de él. Es que el encuentro con el No saber es fundamental en la tarea. Y es un encuentro en el que TODOS estamos implicados. El supervisor debe asimismo respetar la singularidad del terapeuta, también colega, sin adoctrinamientos. Por otra parte sostiene las transferencias grupales - sin intervenir en ellas, utilizando estos insights para promover la tarea del grupo, evitando así la coagulación de lugares u otros aspectos que podrían interferir con la tarea.

Debe realizar un trabajo permanente sobre su narcisismo, el paciente no le pertenece, si bien está implicado en el trabajo que el Terapeuta realiza con él. Tampoco el éxito ó fracaso del mismo, si bien lo exponen tangencialmente.

Nuestro lugar apunta a favorecer la puesta en marcha de un proceso, despertar la creatividad y destrezas de alguien-otro. A auto observarnos y a reflexionar sobre nuestra implicación en la tarea.

Otro aspecto a señalar es que en ocasiones el terapeuta es portador de transferencias telescopadas del paciente que trae a supervisar ó como hemos llamado en otro lugar se produce una suerte de “superposición de escenas”²⁴ que

23 Evocamos aquí, A. Vares quien en “El efecto psicoterapéutico en un servicio de salud mental” habla de: “la dinámica de un encuadre... dentro de la dinámica de Otro Encuadre... dentro de la dinámica de Otro encuadre”...

24 De la Hanty, P. (1996) “A propósito de la supervisión curricular”. Escenas superpuestas, cruce de escenas. Notas desde la clínica. En: “Transferencia. La formación del analista”. APU . II Encuentro Latinoamericano de Institutos de Formación Psicoanalítica”. Mayo 24 y 25. 1996. Montevideo. Uruguay. (Material de circulación interna)

al ser desmontadas, desanudadas promueven insights sobre la situación clínica y repercuten positivamente sobre los dinamismos grupales y lo intrapsíquico personal. El terapeuta puede quedar cautivo por cierta transferencia, puede escindir en su escucha parte del material, que el grupo como un todo sí logra escuchar, identificado en parte con aspectos escindidos su paciente.

EL PLUS GRUPAL

El grupo alude a una cohesión de un conjunto de personas y a algo que las anuda en la tarea. Funciona, al decir de Kaës, en una zona intermedia que une lo intrapsíquico individual con lo intersubjetivo pluriindividual.²⁵ Se construye como tal poco a poco, el grupo es proceso grupal, siendo al mismo tiempo cada vez otro y el mismo.

El trabajo en el grupo, produce un efecto de identidad por pertenencia, que involucra a cada uno de sus integrantes. El grupo en sí mismo puede tanto favorecer el proceso de formación como dificultarlo, importa aquí la experiencia del supervisor en su rol de coordinador para potenciar los efectos positivos de la grupalidad.

En la dinámica grupal observamos alternancias: el que por momentos sabe, el que no, el que entiende, el que entiende demasiado pronto, el que por momentos no entiende, el que calla, el que se ausenta, el que incorpora de otros, el que no... lugares que si no funcionan en forma coagulada y circulan, disminuyen las ansiedades persecutorias que derivan del sentirse “visto”, “mirado por otros” en una tarea esencialmente íntima, que concierne a otro y refiere también a uno mismo. La singularidad de una práctica es mirada por el conjunto todo, otros diferentes pero aunados por una similar vocación frente a la tarea. La conjunción de escuchas, y modalidades enriquece la adquisición del perfil propio que en el devenir del tiempo, el terapeuta ira construyendo. El otro, semejante y diferente, la experiencia singular y colectiva, resulta un campo fértil en extremo. Parafraseando a Ana Ma Fernández entendemos que sólo sosteniendo esta tensión entre: lo singular y lo colectivo, lo semejante- al semejante y lo diferente, las diferencias, se hará posible el crecimiento de la dimensión subjetiva implícita en cada uno de quienes nos involucramos en esta tarea.

El material presentado convoca diferentes resonancias fantasmáticas que son aprehendidas desde determinadas fantasías-teorías, que van tomando cuerpo en la tarea. El analista supervisor, estará atento a estos movimientos, produce en el grupo y el grupo produce en él diversos efectos de pensamiento que enriquecen su acervo experiencial y retorna al grupo como un plus.

El trabajo grupal supone entonces, un plus experiencial que reverbera en el grupo todo, supone el cotejo, la comparación de diversos procesos terapéuticos, enriquecidos por la visión y trabajo grupal, de extrema riqueza.

25 Kaes, R.:(1993) “El grupo y el sujeto del grupo” AE Bs As. 1995

R. Kaes²⁶ ha señalado como funciones del grupo, las identificaciones, la constitución de los ideales, de las imágenes de sí mismo y del otro, la elaboración de las instancias críticas, represivas y creadoras. (énfasis nuestro).

Las múltiples escuchas, el modo que resuena el material en los diferentes integrantes, las diversas perspectivas ante lo clínico, van dando origen a una suerte de entramado que nos evoca el concepto de “tejido asociativo” de R Kaes²⁷. Este incide en la mente del terapeuta, fundamentalmente en la comprensión de su paciente y tal vez también algo en la comprensión de sí mismo, en tanto está implicado en esa singular relación entre dos, que es la que se despliega sesión tras sesión en el devenir de una psicoterapia.

El clima grupal, con su tonalidad afectiva particular, caleidoscópica, hace a una “memoria del grupo”, que retorna desde el compromiso emocional en juego de cada integrante conformando una reserva ó sedimento “activo”.

LAS TRANSFERENCIAS

Decíamos que el lugar que ocupa el Supervisor es complejo. Es soporte de transferencias, muchas veces idealizadas con su inevitable correlato persecutorio.

Confluyen en él transferencias diversas, algunas laterales, como por ejemplo hacia otras redes institucionales de pertenencia.

Pensamos que en el trabajo con el grupo no sería deseable ni pertinente trabajar con las transferencias que pueden despertarse en la tarea, pero sí tenerlas en cuenta a efectos de potenciarlas positivamente como instrumento cuando encubren telescopajes derivados de la problemática del paciente y también para favorecer el trabajo grupal.

Se dan transferencias de distinto orden siguiendo a Bejarano^{28 29}:

- » hacia el supervisor, con el despliegue de transferencias parentales actualizándose lo edípico.
- » entre los miembros del grupo, que reeditan las transferencias fraternas, las que pueden manifestarse como rivalidad, competencia, afinidades exclusiones, pero también gestos reparatorios, de íntima empatía, solidaridad, etc.
- » al grupo como un todo,
- » y hacia la Institución.

En lo que respecta a la dinámica grupal circulan fantasías en relación a lo edípico y a la fratría que aparecen moduladas por los procesos secundarios.

26 En Bejarano A. “El trabajo psicoanalítico en los grupos” Siglo XXI Ed., 1ª ed.1978,Mexico

27 Kaes, R. “La cadena asociativa grupal” (Fotocopia)

28 Op. Cit.

29 Agradezco a las colegas Elena Errandonea y Alba Busto quienes me facilitaron la referencia a este autor.

Parafraseando a Kaës, se entretienen, palabras, miradas, lugares, mímicas, gestos, que el Analista Supervisor observa, atiende, comprende y si no está obturado por transferencias propias ó excesivo narcisismo puede entonces contener estos movimientos propios de los grupos y ellos no terminan representando obstáculos importantes en la tarea, que opera como decíamos fundamentalmente en proceso secundario, proceso secundario con su porosidad, es decir algún lapsus se da y se trabaja, algún chiste también, lo cual distiende lo ansiógeno de la tarea y se revierte de entenderse necesario al grupo, teniendo como foco el paciente que nos concita.

En suma, simultaneidad y multiplicidad de transferencias en esta modalidad de trabajo que a todos nos implican desde cada lugar.

Para finalizar deseaba enfatizar, la riqueza de los dispositivos grupales en los procesos de formación. Los grupos tienen como potencialidad para el sujeto, la posibilidad de confrontarlos con la oportunidad de desarrollo, diferenciación y crecimiento, así como también el riesgo de quedar atrapado en un efecto esterilizante de inhibiciones defensivas frente a las ansiedades que generan los cambios y la evolución.

Naturalmente, muchas veces las vías se transitan en zonas intermedias a estas polaridades que en sí mismas son dinámicas.

También atraviesan estos movimientos a las instituciones en sí mismas en ese movimiento pendular que hace a lo instituido y lo instituyente que tan bien ha señalado René Lourau.

La confrontación y relativización de los modelos identificatorios que el grupo despliega, sumado a los diferentes esquemas referenciales, de los diversos actores vinculados al programa produce un efecto de identidad por pertenencia a un grupo, propicia los movimientos identificatorios, a la vez de que la afirmación y personalización.

Movimientos que implican una necesaria tensión, a veces dolorosa, otras altamente estimulante.

La tarea de la supervisión tanto como la de los otros espacios colectivos de escucha impulsan muchas veces estos movimientos necesarios, entre la pertenencia y la autonomía, que van coadyuvando a la emergencia del perfil propio y a la internalización progresiva de ese tercero interno, representado en formas múltiples, a través de los diferentes espacios que el Programa propicia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alizade, Mariam.: (2002) “El rigor y el encuadre interno”, RUP 96, pg 13.
2. Bejarano, A.: (1978) “El trabajo psicoanalítico en los grupos”. Siglo XXI Ed. Mexico.
3. Bleger J. (1967). “Simbiosis y ambigüedad. Estudio Psicoanalítico”. (4ª. Ed.) Buenos Aires. Paidós.
4. Busto A.: (2002) “Encuadre grupal una propuesta psicoanalítica”. RUP 96, pg 57.
5. De la Hanty, Pilar, (1996): “A propósito de la supervisión curricular. Escenas superpuestas, cruce de escenas.” Notas desde la clínica. Presentado en II Encuentro Latinoamericano de Institutos de Formación Psicoanalítica. “Transferencia. La Formación del Analista”, APU, mayo 24 y 25. (Publicación de circulación interna).
6. Deleuze, G.: “¿Qué es un dispositivo?” (fotocopia).
7. Ginés A.: (2002) “Programa de psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina” Rev de Audepp. Tomo VI., número 2.
8. Grinberg, L.: (1978) “La supervisión colectiva”, Ed. Tecnipublicaciones. España
9. Kaës, R.: “La cadena asociativa grupal” (Fotocopia)
10. Kaës, R.: “El grupo y el sujeto del grupo” A. E. Bs.As.1995
11. López de Caiafa, Cristina.: (2003) “Comentarios al trabajo sobre supervisión”, RUP 97,pg. 209
12. Lourau, R.: (1975) “El análisis institucional” A. E., Bs. As.
13. Mendilaharsu, C. Braun, Silvia(1991). ¿Curso o formación analítica? RUP 72-73
14. Natalevich, Patricia; Vázquez, Alejandra (2004) “Especificidad de la psicoterapia psicoanalítica en el marco hospitalario” (Inédito)
15. Nieto, M. (1970). “De la técnica analítica y las palabras”. R.U.P., XII, pp.169-204
16. Paciuk, Saúl.:(2002) “Elogio del encuadre” RUP 96, pg. 37
17. Pascale, A.: (2000) “La psicoterapia psicoanalítica como actividad hospitalaria” (Inédito)
18. Porras L.: “La función del supervisor y la supervisión” RUP 83, pg 101.
19. Schkolnik, F.: “¿Una práctica psicoanalítica o varias?” RUP 106, pg. 7-21

INSERCIÓN DEL PSICOTERAPEUTA PSICOANALÍTICO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

ALEJANDRA VAZQUEZ - PATRICIA NATALEVICH

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta comunicación es intentar mostrar las peculiaridades de la inserción del psicoterapeuta psicoanalítico en una institución hospitalaria. Para ello partimos de nuestra experiencia clínica, de la labor que desempeñamos en la Policlínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas.

Previamente haremos una breve reseña de cómo funciona el Servicio de Psicoterapias en el Hospital.

Desde el año 1986 funciona en la Policlínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, el Subprograma de Psicoterapia Psicoanalítica creado a instancias de un grupo de médicos y psicólogos de vertiente psicoanalítica.

Este subprograma forma parte de un programa más amplio, siendo sus objetivos definidos por la Clínica de Psiquiatría de Facultad de Medicina, entre los cuales destacamos dos:

- Diseñar estrategias psicoterapéuticas aptas para responder a las demandas de amplios sectores de la población
- Lograr modelos psicoterapéuticos adaptados y originales.

Durante los primeros diez años, el equipo de Psicoterapia Psicoanalítica, diseñó una estrategia general para realizar la tarea:

- constituyó un colectivo de escucha y elaboración psicoanalítica (ateneo) con funcionamiento semanal
- entrenó 50 psicoterapeutas aproximadamente
- incorporó alrededor de 20 supervisores
- se empleó el procedimiento en 100 pacientes. Esta estrategia, con leves variaciones, persiste en la actualidad.

Se tomó como base el marco teórico psicoanalítico, y originalmente diversos modelos de “psicoterapia breve”, constatándose con el correr de los años, psicoterapias de mayor extensión a las promulgadas por las diferentes escuelas internacionales de psicoterapia breve: entre 5 y 30 sesiones la escuela inglesa, y entre 10 y 16 sesiones la escuela latinoamericana.

Quizás este viraje a tratamientos de mayor extensión (recordemos que en nuestra experiencia el promedio es de dos años y medio habiéndose registrado tratamientos de 4 y 5 años) se deba al énfasis que el equipo del Hospital de Clínicas ha puesto en mantener la escucha analítica como guía principal del trabajo psicoterapéutico.

Este marco referencial supone * un método: asociación libre – atención flotante, * un marco formal: el encuadre, y * contenidos específicos del campo terapéutico: conceptos como: regresión/ resistencia /transferencia/ contratransferencia

De este modo se advierte como la Psicoterapia psicoanalítica ha extendido su quehacer desde el ámbito exclusivamente privado hacia la comunidad. Comenzando como una práctica que estaba dirigida a pacientes neuróticos y a la que accedía un número reducido de personas que pertenecían a estratos altos de la sociedad, dejando fuera como todos sabemos, otras patologías, así como a las vastas capas populares.

Ya en 1919, Freud vislumbraba un cambio en este sentido. Al expresar en su trabajo sobre “Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica” que “Se crearán (...) sanatorios o lugares de consulta a los que asignarán médicos de formación psicoanalítica. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes que el Estado sienta como una obligación estos deberes” “De todos modos alguna vez ocurrirá” “Cuando suceda se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones”. (el subrayado es nuestro).

Ahora bien, si pensamos en la población que acude al Hospital para ser asistida, vemos que posee características muy diferentes al paciente de la consulta privada. Esto que puede parecer evidente, no sólo tiene que ver con lo socio-económico sino que también es diferente el modo al que accede a un tratamiento psicoterapéutico. Cave mencionar que el paciente que nos llega en el Hospital es en la mayoría de los casos, es un paciente que ya pertenece al Hospital, que ha hecho uso de otras Policlínicas, y que por lo general llega a la de Psiquiatría después de un largo periplo por diferentes Servicios. Siempre llega al Psicoterapeuta a través de una indicación y derivación del psiquiatra que lo ve en la policlínica.

Estos elementos entre muchos otros, ubican al psicoterapeuta en un contexto que debe tener presente a la hora del abordaje asistencial. Es así que el trabajo en el Hospital nos enfrenta a permanentes desafíos. Desafíos que nos obligan a pensar, reflexionar sobre la técnica, el encuadre, la implementación de estrategias clínicas apropiadas para el contexto.

ENCUADRE INSTITUCIONAL. LO GRUPAL EN EL HOSPITAL

Entendemos que para que un proceso psicoanalítico se pueda desarrollar tiene que haber un encuadre que lo contenga. Este marco que se pretende más o menos fijo e inmutable, depende de reglas acordadas, conformando lo que M. Alizade denomina encuadre externo (lugar, frecuencia, duración).

En el Hospital, el encuadre externo comprende el lugar físico donde se desarrollan los tratamientos, diferente por cierto al consultorio privado, siendo la frecuencia semanal y la duración promedio es entre dos y tres años. Los tratamientos son gratuitos (sin entender por ello algo que se piensa infundado o vano), en el sentido de que, en el hospital el psicoterapeuta no recibe del paciente, nada que se parezca a lo que en la consulta privada llamamos honorarios.

Lo que llamamos Marco o Encuadre Institucional, se suma, en su funcionamiento, al encuadre propio de toda psicoterapia de corte psicoanalítico, interviniendo como la presencia de un tercero que delimita a los dos protagonistas del proceso analítico (terapeuta-paciente).

De este modo, los tratamientos en el hospital están respaldados por la presencia de lo Institucional, concepto que no debemos pensarlo como una entelequia, sino como refiere Adolfo Pascale, a quien citamos, en lo institucional confluyen “(...) la presencia de espacios, lugares, funciones e intercambios de corte básicamente colectivo a cuyo conjunto estructurado se le ha de llamar Marco Hospitalario”.

Si bien el encuadre tanto en el ámbito privado como en el hospitalario oficia como garante, decimos que en la experiencia hospitalaria el encuadre se encuentra ‘engrosado’ por la presencia de diferentes instancias que lo nutren, y hacen a la singularidad de este contexto. Estamos hablando del grupo de referencia o supervisión, del ateneo de psicoterapia, instancias de corte netamente grupal, y es en este punto que pondremos énfasis.

Entendemos por lo grupal al conjunto de personas que se reúnen con un objetivo común, que en el caso del Hospital sería el asistencial. Cuando nos referimos a este concepto, no lo hacemos desde un lugar estanco y definitivo, sino que lo pensamos como proceso, como una marcha dialéctica.¹

Pensar en lo grupal dentro del Hospital nos lleva a pensar en un conjunto de dispositivos en los cuales se desarrolla nuestra actividad (el ateneo de psicoterapia, el grupo de supervisión, el binomio paciente-terapeuta)

Estos dispositivos cobran vida al tiempo que la población acude al Servicio a recibir asistencia.

Es así que aquel que pasa a ser paciente de psicoterapia, es visto desde estas tres dimensiones: el paciente en el ateneo, el paciente en el grupo de supervisión y el paciente del terapeuta tratante.

1 Nos inspiramos en las ideas de Hegel sobre este tema

Todo esto se desarrolla a su vez en un marco que lo precede y lo instauro, que es el Hospital de Clínicas como lugar físico y simbólico.

Pasaremos a desarrollar algunas ideas en torno a estos dispositivos o instancias, desde la perspectiva de lo que hemos dado en llamar el fenómeno de lo grupal en el Hospital.

ATENEO DE PSICOTERAPIA

El terapeuta que aspira a ser psicoterapeuta del servicio, da sus primeros pasos acercándose al ateneo de psicoterapia. Allí se irá familiarizando con el funcionamiento de dicha instancia: como se presenta el material, a que apuntan las intervenciones de los que participan, solo por nombrar algunos de los elementos.

Pensamos el Ateneo como lugar propicio tanto para el planteamiento de estrategias, como para la búsqueda de una mejor articulación de las áreas que intervienen, aspirando a que cada uno de los involucrados en la tarea, se lleve en sí mismo “el todo” del funcionamiento institucional.

Consideramos que es el ámbito privilegiado para ir “creando en la marcha”, una marcha signada sobre todo por la práctica diaria y las dificultades que se nos van presentando, aprendiendo a tolerar la ignorancia y la incertidumbre que nos libera de quedarnos en determinados lugares que por seguros promueven el estancamiento.

Decimos que el ateneo no sería una supervisión grande, sería “... una instancia en la que no está legítimamente presente la función del supervisor...” “.de ahí que sus rendimientos le pertenezcan en exclusividad y que apunten a una ganancia de conocimiento, tanto para el terapeuta que presenta el caso, como para cada uno de los que asisten al intercambio.”²⁴

La presentación del material al ateneo, requiere al terapeuta un trabajo importante y rico de elaboración que finalmente le aportará una nueva visión del proceso analítico. Proceso que se daría en dos tiempos: primero a solas el terapeuta con el material de su paciente y después el terapeuta recibiendo lo que se genera en el ateneo.

Seguiría un tiempo de elaboración, que hará que el psicoterapeuta se posiciones de manera diferente ante su paciente.

Pensamos que en el ateneo, se conjugan en un tiempo acotado y en un determinado lugar físico las diferentes áreas que hacen al cuerpo de lo analítico- psicoterapéutico en el Servicio. Allí el psicoterapeuta, presentando el material del paciente, nos remite a un grupo de referencia y a un supervisor, que participarán de este intercambio, así como también otros supervisores, psicoterapeutas, representantes del grupos de investigación, psiquiatras.

2 “La psicoterapia psicoanalítica como actividad hospitalaria” Adolfo Pascale.

Es así que el ateneo es el escenario donde se concentra aquello que se desarrolla y despliega en el día a día del Hospital, desarrollo de áreas que aspiran a una mayor coordinación y articulación

Consideramos que el terapeuta no debería usar esta instancia para presentar el material del paciente “en bruto”, sino que el ateneo es el lugar propicio para mostrar ya no la sesión (esto pertenecería al ámbito de la supervisión), sino la selección de algo del material, como lo ha pensado, que ha podido elaborar, dificultades técnicas, preguntas, etc.

Decimos que en el ateneo, el paciente es ubicado desde un cómo, un cuando ingresa, derivado por quien, como llega al psicoterapeuta, que técnicos le asisten, como se piensa el porvenir etc.

El psicoterapeuta al presentar al paciente por primera vez, forma parte de un doble movimiento. Por un lado, la psicoterapia que lleva adelante con el paciente, queda inscrita dentro de la red hospitalaria, oficiando el Ateneo como un testigo validante de la tarea que se está realizando. Por otro lado, se funda como Psicoterapeuta del Programa al modo de un “rito de iniciación”, cobrando los sentimientos de pertenencia e identidad como terapeuta hospitalario una nueva dimensión.

A su vez los diversos aportes e intercambios que se dan en el ateneo, devuelven a quien presenta el material, la pertenencia a lo institucional y la peculiar incidencia que tienen “lo institucional” en cada uno de los actores intervinientes. Allí está el paciente de ese psicoterapeuta que remite a un grupo de supervisión, a un supervisor y finalmente a un marco que los agrupa y los contiene que es el Hospitalario.

Es el ateneo quizás el ámbito donde se hace más tangible eso de lo que tanto hablamos que es lo institucional y cómo lo institucional atraviesa la labor del psicoterapeuta en los diferentes espacios a los que pertenece.

Creemos que es aquí donde este término de Institucional deja de ser una abstracción, para tomar un cierto sentido que es el de cómo confluyen las diversas áreas que a su vez se contienen unas a otras en una interdependencia vital que aporta una peculiar riqueza.

SUPERVISIÓN

La supervisión es otro de los dispositivos grupales que hacen a la dinámica del hospital.

El pertenecer a un grupo de supervisión, va generando entre sus integrantes un sentimiento de compromiso y responsabilidad compartida en relación al paciente y a la evolución del tratamiento, donde por momentos el paciente que es traído a la supervisión es vivido como del grupo.

En este sentido el grupo de supervisión y el supervisor ofician como sostén para el terapeuta, ayudándolo y apoyándolo en momentos difíciles del tratamiento, ya sea de rupturas de encuadre, faltas prolongadas o estancamiento del mismo.

Las múltiples escuchas amplían la mirada y comprensión que se hace del paciente, al modo de una “caja de resonancia ampliada”, permitiendo al terapeuta en esta segunda instancia a posteriori de la sesión, pensarse y pensar a su paciente a la luz de los nuevos aportes hechos por el grupo.

Esto lo resume Kaës cuando afirma: “El entrecruzamiento de los discursos individuales forma puntos nodales, no sólo como una cadena sino también como una trama, una red, un tejido asociativo” (1986)³⁵

La heterogeneidad de formación de sus integrantes, dada por diferentes adhesiones y preferencias teóricas, así como los diferentes recorridos clínicos, enriquecen los aportes para pensar a los pacientes, potenciando una mayor comprensión del mismo.

Los fenómenos que ocurren en el grupo de supervisión tienen resonancia en el ámbito más privado de la sesión con el paciente, donde “el grupo está presente en la mente del terapeuta”. De la misma forma se observa en ocasiones que algo de lo que sucede en forma silenciosa entre el terapeuta y paciente en sesión, se traslada y revive entre los integrantes del grupo de supervisión. El análisis de estos fenómenos redundará en beneficio del tratamiento.

EL TERAPEUTA

El recorrido que el terapeuta va realizando a través de los distintos grupos de pertenencia sumado a la experiencia clínica que va adquiriendo en el trabajo con los pacientes, le va dando una cierta identidad o lo que damos en llamar “estatuto de terapeuta hospitalario”.

En este sentido decimos que, el terapeuta que llega a presentar en el ateneo es uno, que no es el mismo, que presenta una sesión en el grupo de supervisión, y tampoco será el mismo que se presentará ante su paciente en una nueva sesión después de haber transitado desde lo formal y desde un recorrido interno los diferentes momentos institucionales que lo solicitan.

No es el mismo, en la medida en que al ir haciendo uso de estos espacios que están a su disposición y a su vez lo requieren, se va sucediendo “algo” del orden de la internalización de posturas y formas de pensar el material de un paciente, el vínculo terapéutico, los límites del encuadre hospitalario. Internalización que implica un tiempo de elaboración de los diferentes aportes.

Creemos que sobre esta idea es que podemos pensar lo que hemos llamado “lo grupal en la mente del terapeuta”. Partiendo de aquel primer momento a solas del psicoterapeuta con su paciente, las diferentes instancias, primeramente su grupo de referencia y supervisión, y posteriormente el ateneo, inciden en él (generando

3 “La cadena asociativa grupal” en : Revista de AAPPG Tomo XIX, N° 2, 1986.

un nuevo marco interno) de tal forma que es aquí que nos encontramos con una de las peculiaridades de la psicoterapia hospitalaria. Allí reside quizás la riqueza y el porvenir cierto de algunos procesos psicoterapéuticos que en la soledad de nuestros consultorios, en nuestra práctica privada se frustrarían.

Creemos que la internalización de lo institucional ayuda a conformar la identidad de psicoterapeuta hospitalario, internalización que estaría dada por el entramado entre el encuadre externo y lo que Mariam Alizade conceptualiza como encuadre interno.

Para Alizade: “El encuadre interno es una conquista psíquica que todo psicoanalista va organizando en su psiquismo a medida que su mente se expande en su quehacer analítico. El encuadre interno del analista consiste en la internalización del encuadre de su propio analista, siempre presente en tanto que tercero” nosotras agregaríamos la internalización de lo institucional, también siempre presente en tanto que tercero.

Entonces decimos, que lo grupal en la mente del terapeuta estaría dado por la internalización de lo Institucional, contribuyendo a la consolidación de su identidad como terapeuta hospitalario. Desde las primeras entrevistas, el terapeuta poseedor del “dispositivo interno” lo va haciendo jugar en el campo de la sesión.

Para concluir, a través de la presente comunicación intentamos transmitir como se desarrolla la tarea del psicoterapeuta en el hospital y como se deviene terapeuta hospitalario. Un devenir pautado por un tiempo, un transcurrir ineludible, signado por la respuesta a las diferentes dispositivos grupales que ofrece el hospital.

Desde estos apuntalamientos y posibilidades es que se sostiene la labor asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALIZADE, A.M. (1999) “El encuadre interno” Revista Zona erógena N°41 Las Neurosis en la actualidad. Buenos Aires
2. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (H.CC.) “Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas. Estudio crítico de 5 años de actividad.” VII Jornadas APU Montevideo. Setiembre 1993
3. FREUD, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” Tomo XVII. Amorrortu Editores
4. KAËS, R. “La cadena asociativa grupal” En: Revista de AAPPG. Tomo IX N°2 (1986)
5. PASCALE, A. “La Psicoterapia Psicoanalítica como actividad hospitalaria” X Jornadas Científicas en Psiquiatría. Noviembre de 2000
6. ROSENFELD, D. “Sartre y la psicoterapia de los grupos” Editorial Paidós. Buenos Aires

PSICOTERAPEUTA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

MA. CECILIA OLIVIERI SENDIC

A modo de introducción, ha sido muy grato para mí, reencontrarme, con mi primer trabajo psicoterapéutico realizado en este Hospital, que me abrió sus puertas allá por el año 1996 donde ingresé como psicoterapeuta, rol éste que desempeñé, por unos cuantos años, donde me fui quedando, alternando con otros miembros de los diferentes equipos del programa, haciendo también mis primeras armas como psicoterapeuta vincular, transformándome finalmente en supervisora, actividad que desempeño actualmente.

La vida hospitalaria, me hizo participar activamente, en un sinfín de actividades, como por ejemplo los Ateneos Clínicos de los miércoles, donde en tantos años he tenido la posibilidad, de ver e intercambiar con colegas de mi disciplina y de otras tantas disciplinas, material clínico, que de no ser por esta posibilidad, no me hubiera dado la vida para conocer.

Como paralelamente con este desempeño seguí mi formación como psicoterapeuta psicoanalítica, también el hospital me dio la posibilidad de desarrollarme, y desempeñarme como psicoterapeuta vincular, compartiendo instancias de supervisión e intercambio semanal, tanto en una como en otra corriente.

También tuve y tengo, la posibilidad de descubrir, e interesarme en cómo trabajan otras corrientes psicoterapéuticas, todo en un ambiente de mutuo respeto.

Retomando el comienzo de esta breve reseña, me resta compartir este recuperado material, de finalización del primer tratamiento realizado por mí, como psicoterapeuta hospitalario.

EL PROCESO DE FINALIZACIÓN DE UN TRATAMIENTO

Paciente mujer de 23 años, consulta en Junio de 1997, por déficit atencional, viene de una psicoterapia grupal cuya duración fue de 4 años, con la Dra. Julia Perelman y la Ps. Ana Palermo

El trabajo realizado conmigo, también tuvo una duración de 4 años.

Paciente: El motivo por el que yo vine fue porque me bloqueaba, tengo una falla atencional, pedí pase al neurólogo y al psicólogo, y descartaron lo neurológico.

Yo una vez estuve en CTI, estar ahí a los 14 años, y que no me pudieran sacar de la crisis..., estaba agotada..., me dolía todo, yo dije no aguanto más, me entré a bloquear, era toda una vida de lo mismo, yo acá bajé la bandera.

Terapeuta: ¿cómo es bloquearse?

P: Cómo te puedo explicar, es como que no quería seguir luchando, luego de rodar por distintos tratamientos, cada vez peor, me vió un médico de acá y me dijo, a la crisis le vamos a cortar la cabeza, el me seguía muy de cerca, no como los otros médicos, hoy es neumólogo, pero cuando me trató a mí, recién se había recibido, yo antes iba a médicos importantes, que no podían perder tiempo conmigo.

T: ¿Qué te trajo a consultar ahora?

P: Por la falla atencional y por toda mi historia, tengo miedo de caer... todo el mundo, engaña a todo el mundo, y se conforma con eso de las parejas libres, con todo eso...

T: ¿Pasó algo de esto en tu casa?

P: Sí, mi madre engañaba a mi padre, pero lo engañaba por lo económico, era como no tener padre...

T: Cuando tú nacés ¿tu madre salía con otro hombre?

P: Sí, se llama M.y es en realidad mi padre biológico, el otro era el padre de mi casa, y ahora está W. que es la actual pareja de mi madre. Mamá me contaba que el padre de mi casa no soportaba que yo fuera enferma, siempre me decía que era burra, que no iba a tener futuro, que nunca iba a ser nadie...

Con mi asma faltaba tanto, (se refiere a la escuela y al liceo) mis compañeras me hacían las carpetas, y cuando yo me reintegraba, tenía notas, que ni siquiera yo sabía que las tenía, yo estoy limitada, me da rabia no poder decir no, no poder saber lo que yo quiero, yo me la banco, yo debería poder decir no. (finalizan de esta manera las tres entrevistas previas a iniciar el tratamiento)

Año 1997

P: Yo no elegí estar enferma, mis dos hermanos siempre me hicieron sentir culpable, cuando lo peor de las crisis, cuando estaba internada, yo le decía a mi madre, andá que yo estoy bien, andá con los chiquilines, yo era chica, ellos han tenido más posibilidades que yo, pero esto ya lo hablé en la otra terapia.

T: ¿Qué será lo que no has hablado?

P: Lo de los padres lo hablé poco, y lo de las parejas también, la angustia es un poco por lo que vine acá, veo que mi futuro está limitado, no me veo con nadie, me veo siempre sola... (refiriéndose a su madre), en realidad su vida fue y es un despelote, ella me decía que a mí no me venía bien ningún padre, y yo al final, nunca tuve un padre completo, tuve muchos padres y ninguno, siempre una mentira tras otra, tuve todo a medias, siempre era la escondida, fijate si yo a los 6 años, iba a entender todo este lio.

T: ¿Qué sentías cuando hablabas con tu madre de todo esto?

P: Que era una mentirosa, le dije: ¿por qué me tuviste?, porque quería tener otro hijo, le dije: sólo pensaste en vos, no tenías por qué engañarme.

Año 1998

Comentarios: Como en aquel momento, los tratamientos duraban aproximadamente, entre uno y dos años, cosa que flexiblemente se decía al establecer el contrato de trabajo, comienza a aparecer la preocupación con respecto a la finalización del mismo, ya que nos acercamos a cumplir el año, cosa que señalo

P: La verdad es que yo no quiero terminar, a veces no quiero venir, pero empiezo a tener esperanza de poder cambiar algo.

Comentarios: Sueña con salvar el último examen que la convertiría en pedicura.

P: Me paso llorando todo el día, veo que no avanzo, me siento fracasada, ya no aguanto esta angustia.

Comentarios: me preocupa su monto de angustia, le doy una hora para verla al día siguiente, y le digo que sería bueno que hiciéramos una consulta con psiquiatría.

Comentarios: Tengo intercambios con el psiquiatra tratante, quien le indica ansiolíticos, y antidepresivos, compartiendo ambos, que se encuentra cursando una depresión, acompañada con un importante grado de angustia.

T: ¿Cuántos años guardaste esta angustia?

P: Es que yo por ejemplo sabía que si me pinchaban y lloraba, me atacaba, entonces aguantaba.

He tenido muy pocas alegrías, para mí hoy verte, dentro de una semana, hubiera sido todo un sacrificio, miedo de volverme loca, lo que estuvo bien del psiquiatra, fue que me dijo, que no generaba dependencia.

T: ¿Qué cosa?

P: Esto

T: ¿El tratamiento o los medicamentos?

P: Los dos

P: Salvé el examen, yo estudié todo relacionado, y no separado, eso me ayudó, me llevó muchísimo trabajo, sobretodo volver atrás y relacionar todo. Estoy haciendo un blanqueo de situaciones, yo estaba en una ensalada, para mí tenía mucho peso lo que me dijeran en casa, ahora me di cuenta, que sigan ellos en su ensalada, es difícil estar allí, no ahora, de siempre...

Año 1999

P: A veces me da miedo volver a ser la misma de antes...

T: ¿Cómo era la de antes?

P: Con miedo a hacer, a veces tengo miedo que me vuelva la depresión, podía más que yo, si me rendía me moría, igual que con el asma, yo la depresión la traía, pero no podía salir, vos me estirabas la mano, y yo a veces no podía llegar a tu mano, yo al tratamiento lo vi como algo así

Comentarios: es la primera frase, referida al tratamiento y a la propia depresión, como algo pasado, que comienza a esbozarse.

P: Mamá está enojada conmigo, me dice que la quiero solo para ella, y eso no es así, yo arreglo mi vida lo mejor que puedo, y ella me lo reprocha. Quiero juntar para ver qué puedo hacer de mi vida, creo, que me quiero ir de casa, no quiero depender

de mamá, ella hizo su vida, como quiso o como pudo, lo que yo hice me costó mucho, mi casa ya cumplió su ciclo, ellos no hacen nada para cambiar.

Comentarios: comienza a llegar a las sesiones entre 15 y 25 minutos tarde, con diferentes justificativos, yo la escucho y no le interpreto, hasta que...

P: Soy un desastre, siempre llegando tarde.

T: ¿Qué pensás de esto?

P: Capaz que ahora que estoy mejor, no estoy tan pendiente, no me estoy dando mucha bolilla, no sé si le estoy disparando a algo, como que no tengo mucho para contar, además sé que no venís expresamente por mí, después tenés otra, ella siempre está allí, siempre viene temprano.

Comentarios: se refiere por primera vez, a una paciente que también está en tratamiento conmigo, a la que atiendo después de a ella.

T: Le pregunto qué siente en relación a esta otra persona.

P: No sé, siempre está seria, yo sé que si vengo tarde, el tiempo me queda más limitado a mí, me queda menos tiempo...

T: Me queda menos tiempo...

P: No tengo mucho para hablar tampoco, capaz que ahora estaba pensando en el inconsciente, nosotros en Junio, hicimos dos años, tendríamos que haber terminado, ahora que estoy pensando más allá de que esté mucho mejor, cuando deje de venir, me va a costar, capaz que me estoy preparando, capaz que yo misma me iba despidiendo a mi manera, porque Junio ya pasó hace rato, por otro lado pensé, es muy pronto, no hemos hablado nada de eso, capaz que era media despedida calladamente...

T: Quizás estén las dos cosas, este dolor por separarnos, y también el que te sientas mejor.

P: Sí yo puedo resolver las cosas mejor, por supuesto que te voy a extrañar, bueno ya lo vamos a hablar...

Llega nuevamente tarde.

P: Tenés que anotarlo con rojo, me olvidé, anotalo con rojo.

T: Mejor vamos a pensarlo.

P: Miedo, inseguridad, capaz que me estoy probando sola, yo acá me puedo mostrar como soy, cuando no estés ¿con quién me voy a poder abrir tanto? es una cuestión de química, de piel, ¿qué va a pasar cuando nos separemos?

T: Cuando uno se separa, ¿qué siente?

P: Extraña, duele, nosotras nos entendemos, si yo fuera a lo inmediato, no hubiera buscado terapia, sino un club, amigos, novios.

T: Refiriéndome a su capacidad de espera...Esto que vos decís, es un recurso que vos tenés, que no te lo doy yo.

P: Pero vos lo sostenés, vos me apoyás en lo que no es inmediato, yo he tocado tantas veces fondo..., que no me deslumbro por lo ya.

Comentarios: yo sí me deslumbro, por la capacidad de esta paciente, de poder poner en palabras, tan claras, tan frescas, parte de lo que va sintiendo.

T: ¿Cómo vivís vos las despedidas?

P: Muy mal, me cuestan mucho, extraño, por otro lado, respecto acá, es muy ambiguo, por un lado me siento bien, porque estoy mejor, y por otro lado, no quiero que termine,

T: ¿Por qué serán tan difíciles las despedidas?

P: A mí no me gusta saber que algo termina, me gusta saber que algo está ahí...

Año 2000

Antes de las vacaciones

P: Hoy sería la última, la vez pasada no pude venir, por un lado me sirvió, porque estaba llegando tarde, y es como decir, basta, si te hacés la loca, faltá.

T: ¿Y cómo te sentiste?

P: por un lado pensé que bueno, pero por otro pensé... que ahora no es el momento de terminar, porque nos falta ver lo que

Comentarios: Entabla relación con un chico a través del chat, y llega a conocerlo; llega y dice que quiere sacar la ciudadanía italiana...

T: ¿Por qué?

P: Es un poco por J., pero, no planeamos irnos juntos, ni nada de eso, así que anotá bien ¿soy muy atrevida?

T: ¿Por qué lo sentís así?

P: Porque se supone que con el terapeuta, uno tiene que ser más respetuosa

T: ¿Ah sí?

P: Sí, pero era una broma, que capaz recién me la permito, por el momento del tratamiento

T: ¿Cuál es este momento?

P: Y bueno venimos hablando ya desde mucho tiempo no...? Hoy, llegué tempranito, como en los viejos tiempos

T: ¿Cómo eran los viejos tiempos?

P: Llegaba en hora...

T: ¿Qué más?

P: Eran bravos, más dolorosos que ahora, el otro día fui al psiquiatra, y me dio el alta, lo que pasa es que tengo miedo

T: A ver este miedo?

P: Sí, yo que sé, es algo que tengo que superar, pero por momentos digo ¿si no puedo? vos me ayudás a separar la ensalada

T: ¿Cómo sería?

P: Es que vos separás lo que yo quiero, con lo que dice mamá, yo acá me doy cuenta, de qué es lo que quiero, qué es lo que me pasa y cuando no vengo, estoy en duda, cuando uno termina, piensa que se queda sin nada, yo acá moví muchas cosas, nos habrán quedado algunas, pero vimos las peores, mis padres, lo que pasó con W., a veces pienso que si quisiera ver a mi padre, yo pienso, que eso si quiero, algún día lo haré, o no, ahora está esa posibilidad.

P: Ya estamos preparando el duelo, J. se va mañana, creo que vamos a poder entristecernos y disfrutar del día para estar juntos. Estoy triste, voy a estar sola, pero más tranquila para pensar...

T: Más tranquila para pensar...

P: Yo siempre jorobaba, que si un día me decían tenés trabajo en China, me iría, pero yo no tengo un trabajo, pero además tiene que haber muchos motivos para irse, también juntar mucha plata, en realidad no sé (se emociona), dejar a mi familia, dejar a Mónica (una amiga) que la quiero mucho, yo no sé en realidad, si podría, ellos pesan más de lo que pesa J., ayer pasé llorando, y pensé ¿por qué no habremos empezado acá a trabajar la despedida, para estar más preparada?

T: A ver ¿por qué no hemos empezado acá a trabajar la despedida?

P: No sé, quiero verlo, no quiero tapar bajo la cortina, pude despedirme, pero sé que queda poco tiempo

T: ¿Poco tiempo?

P: A ver, ¿cuánto hace que estamos trabajando?... a ver... no sé... empecé no me... ¿en que año empecé, no sé... cuánto hace...?

T: Tres años

P: Yo no sé como se rige el tema, vos no me dijiste fecha, capaz que me estoy apurando..., yo no puedo estar dependiendo toda mi vida de vos y de la terapia.

T: ¿Qué querrías hacer?

P: Mucho tiempo más no querría venir, hoy porque tengo un día malo, pero cuando estoy bien, terapia, terapia, y en algún momento, esto se me va a pasar y voy a decir ¿otra vez terapia?

T: A ver pensemos nosotras...

P: Ahora como estoy así, me gustaría un tiempo más, si me hubieras preguntado hace un tiempo, te hubiera dicho 30/06

T: Tal vez, sea el momento de poner una fecha

P: Sí, tal vez, pero tal vez no...

P: Hoy vi a mi padre, tengo un matete en la cabeza, lo había llamado hace un tiempo...

Comentarios: Es notorio la discriminación y el desprendimiento que comienza a hacer conmigo, donde las elecciones comienzan a suceder, por fuera del tratamiento.

T: ¿Por qué pensás que no lo habías traído?

P: Es la única forma de hacer 100% lo que yo siento, sin que los demás influyan, si no me entrevero

T: ¿Tal vez tendrá que ver con que hacés tuyo lo del otro para complacerlo?

P: Yo acá encuentro mis propias respuestas, pero por los otros me veo influenciada, yo sé que a mí, me va a doler de por vida mi niñez...

T: La mujer que sos hoy, sí puede defenderse

P: Yo le dije a mi padre: pienso que nadie se juega por mí, y él me dijo: ¿qué querés? Decime vos que pasó cuando pedí la sangre y nadie me la dio, y yo por esto le pido cosas a la gente que no corresponde, yo necesito el sello, la firma de él, de M.

(padre), para no querer casarme con J., por todo esto, a todo esto él me miraba con cara de espanto, como que estaba loca, me sentí como aquella niña, yo no te pedí nacer, hacete cargo. Yo no sé que quiero con él, pero quiero poder respirar, tus hijos tuvieron un padre que no está pintado al óleo, vos conmigo no te jugaste, y no me vendas a decir, si llamo o no llamo a tu casa, eso lo voy a resolver yo.

Comentarios: yo me quedé conmovida con esta sesión, sentí todas las cosas que estaba pudiendo, ya casi sin mi ayuda, sólo con el apoyo de mi mirada. Luego se suceden sesiones de “hoy no tengo nada”, que se parecen más a una elaboración que algo de carácter resistencial

P: Ando muy triste, y en realidad no tengo motivos concretos, no sé donde estoy parada, dudo referente a todo en mi vida

T: ¿De dónde viene esa tristeza?

P: Un poco de J., pero pasa por mí, lo externo está bien no me puedo quejar, hablamos con Mónica sobre las posibilidades laborales de este país, sobre el trabajo, ése día me sentí tan lejos de Mónica y eso me dolió

T: Parecería que puede uno querer a alguien, sin pensar igual

P: Es que me sentí sola, no tengo por qué renunciar a lo mío, respecto al país, yo junto plata, y no sé para qué, no me pongo las pilas, ni a buscar otro trabajo, ni a irme. Yo no quiero hacer las cosas obligada, me quiero tomar un tiempo, capaz que hago mal, pero como nunca me lo tomé...

T: ¿Cuál sería la urgencia?

P: Es mi manera de ser, por lo de la enfermedad, además yo estoy muy amoldada al que dirán, yo creo que cuando te vas, te tenés que ir convencido vos, no es soplar y hacer botellas, no quiero que se me confunda la realidad, con el deseo, estoy saliendo del ojo de la tormenta, yo antes, era una esponja de los otros, ahora si me equivoco, me voy a equivocar por mí, creo que nunca me permití equivocarme, yo hacía a gusto de los demás, por ejemplo cuando vine a terapia, mi madre me decía: no es necesario ¿cuánta gente no tiene estudios y vive igual?, lo mismo con el asma, si yo no fuera ambiciosa, no estaría viva.

Comentarios: Sigue llegando 15 minutos tarde

P: Hoy recibí carta de España, pero yo sé que el tema pasa, por si yo me quiero ir, o no.

T: ¿Y qué sentís?

P: Por un lado sí, y por otro no

T: Vamos a ver esos dos lados...

P: Por un lado sería conocer, el tema económico, el tema de J., pero por otro, pienso en mi familia, en Mónica, pienso que soy una egoísta si me voy, voy a hacer sufrir a mucha gente

T: A quien...

P: Más que nada a mi madre, se va a enojar mucho, eso pasará, pero la voy a hacer sufrir pila, los demás hacen su vida, pero pasa porque yo no estoy decidida, estoy viendo, por otro lado me siento mal conmigo, contigo, con el tratamiento...

T: ¿A ver?

P: En realidad soy una tarada, yo sé que esto se va a terminar, y que no se va a borrar todo lo que estuvimos haciendo, que nos costó, sangre, sudor, y lágrimas, yo tengo que evaluar yo, porque voy a ser la que meta la pata, o no. Me siento sola, son cosas que no dominan mi vida, pero que joden (llora). Cómo con mi padre, te quiero, te adoro, pero eligió por sus otros hijos, y mamá, no eligió por mí, eligió por ella ¿para qué mierda sirven los padres? Y yo tengo unos quilombos con mis parejas, que no puede ser, algo debe tener que ver, yo hubiera querido que mi padre me viera en una CTI, yo siempre me tenía que defender sola, yo no elegí nacer, y creo que pasa por ahí, por eso me siento sola, siento que a veces no encajo, yo no quiero más vivir, de afuera, yo quiero ser protagonista, no quiero darle tanta vida a la tristeza, que no se apodere de mi vida, ahora no me puede derrumbar, todo lo que yo he logrado, me ha costado mucho, y no pienso dejar que se tambalee, no me voy a entregar a la tristeza, no me voy a echar al abandono, hemos trabajado mucho.

Año 2001

P: Todavía no le mandé mail a J., yo no manejo muy bien el internet, es largo, porque es el resumen de mi vida, y lo llamé me reconoció la voz, me dijo ¿por qué no me escribís y me contás de tus cosas?

Cada vez, pienso más en serio en la posibilidad de irme, no sé si a pasear, o a vivir, me muero de ganas de ir, no me puedo quedar con las ganas, me asfixian, yo ahora tengo los instrumentos para poder usarlos, y usarlos, significa poder ir, cuando yo por ejemplo hice la terapia grupal, después me agarré la depresión, yo después quise venir acá y buscar una solución, tenía un montón de cosas, y la estaba pasando muy mal, yo sentía que había algo que me estaba faltando, podría seguir, pero no es lo que quiero

T: ¿Qué sentís que querés?

P: No sé, se había hablado de Marzo...

T: ¿Se había hablado de Marzo?

P: Pero creo que ahora podríamos hablar de mayo o de junio, creo que ya cumplió su etapa cuando J. se fue, yo, por la otra razón que no me fui, fue por la terapia, todavía me faltaba, si no me voy ahora, no voy a ser feliz, voy a sentir que no hice lo correcto, y ya sé que me vas a decir que no hay correcto

T: ¿Ves, éste es otro de los signos?, ya no hay cosas demasiado nuevas que te pueda decir (nos reímos)

P: Yo he logrado muchas cosas que antes no podía decir, y no asfixiarme, porque lo que le pasa al asmático, no es que no le entre el aire, sino que ya no le cabe más aire, y eso era lo que me asfixiaba a mí. A mí me gustaría que J. me dijera, venite, te extraño, pero bueno, a él eso no le pasa, él sabe lo que a mí me pasa, y ya eso para mí es muy importante, me quiero sacar las ganas de ir, sabiendo que es un riesgo que corro yo, eso no quita, que llegado un tiempo le dijera o le reprochara, aunque sepa que es injusto, que es un riesgo que yo corrí.

T: Y esto de irte del país, de la terapia...

P: En junio suben los pasajes, y no quiero seguir postergándolo

T: ¿Y la fecha acá?

P: Me gustaría poder seguir viniendo hasta lo último, hasta que me vaya, desearía seguir sacándote el jugueto hasta lo último, quiero compartirlo contigo, llorar, reírme contigo, para mí es muy importante, vos sos alguien muy importante para mí, he llegado a llenarme el bolso con todo lo que construimos, y ahora es mío. Estoy triste, sé que te voy a extrañar, tengo miedo de extrañar mucho tus rueditas

Comentarios: Lo de las rueditas, era una construcción nuestra, sobre los modos de aprender a andar en bicicleta, primero con las rueditas auxiliares, luego ir las subiendo, hasta no necesitarlas y quitarlas.

T: Cuando uno se despide se entristece, eso nos está pasando a las dos...

P: Te voy a extrañar, éste es el único final que tengo en este momento, con mi madre, no es un final, con Mónica tampoco, tengo miedo a veces cuando me preguntan ¿el callo vuelve?, el callo recidiva, pero lo vengo peleando día a día, a veces capaz que digo muchas cosas, y el mensaje no llega, esto es de mi historia, voy a extrañar que cuando te despedís, apoyás de una manera especial tu mano en mi hombro, aunque a mí no me salía ir y abrazarte por mis traumas, por mi historia, muchas veces me hubiera gustado quedarme contigo abrazada un rato, pero por otra parte sé que me has sentido allí, que te ha llegado el mensaje, para mí esta terapia, me ha roto las bolas, hay días que me ha jodido tanto, pero nunca había sentido algo así (llora y se ríe), lo que ha pasado acá es que, aunque te mandes una cagada, te quiero, igual te acepto, y para mí, eso es el 100%, es la primera vez, que yo me siento triste, pero igual está todo bien, a mí me jodió lo de mi madre, pero no por eso la voy a dejar de querer, somos muy diferentes, a mí por momentos me hubiera gustado sentir la palmadita de mi madre, porque vos esperás mucho de tu madre, y bueno que se le va a hacer, acá yo entendí que no importan las cosas que me pasaron, sino cómo me pasaron a mí, yo nunca antes sentí esa palmadita, y fue algo muy importante para mí, capaz que esas palmaditas yo las tuve, pero no las podía sentir, vos me las hiciste sentir, para mí venir acá, era como desnudarme, vos me sacabas cosas afuera, pero me contenías, desnuda, me ibas rodeando de algodón, es muy triste, y por momentos alegre, yo te quiero muchísimo, vos supiste entrar en mí y tener mi mismo medidor, el otro día pensaba, ¡pah! ¿me va a extrañar tanto como yo la quiero?

T: La miro

P: Es que te sale más lo humano que lo profesional, vaya uno a saber, las cosas no son porque sí, pero antes que terminemos quería decirte que reservé para el 02/06/2001. Estoy contenta, ahora un poco menos triste, nosotras hace como un año que veníamos trabajando este final.

T: Has pensado si esto pueda tener algo que ver con “no ser la dejada, sino la que deja”

P: Sí lo he hecho, pero esto es algo que viene de tiempo, no solo lo pienso, sino que lo siento, antes, no era solamente que el otro me escondía, sino que yo me

escondía, allá tengo muchas posibilidades, es un mundo nuevo para mí, y veré, es este momento, mi palabra es veré..., las dudas ya no me asfixian como antes...

BIBLIOGRAFÍA

1. S. Freud – Obras completas
2. Helmut Thomá/Hort Káchele- Teoría y práctica del Psicoanálisis, Tomo I Fundamentos, Tomo II Estudios Clínicos
3. Boris Cyrulnik Los patitos feos- La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Ed. Gedisa 2000
4. Hugo Bleichmar – Avances en psicoterapia psicoanalítica- Hacia una técnica de intervenciones específicas. Ed. Paidós 1999

CAPITULO IV

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA HOSPITALARIA

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA HOSPITALARIA

BEATRIZ FERNÁNDEZ CASTRILLO, CRISTINA GERPE,
GABRIELA MONTADO, ANA PALERMO

UNIVERSIDAD E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

El presente trabajo comunica la experiencia del Equipo de Investigación en Psicoterapia que, desde 1990 funciona en el marco del Primer Programa de Psicoterapia Hospitalaria (creado en 1986) cumpliendo con las funciones universitarias.

La jerarquía otorgada a la metodología científica se justifica por ser uno de los cometidos de la Universidad de la República, asignado por la Ley Orgánica de 1958, para una mejor formación de sus estudiantes, la formación académica de sus docentes y una proyección hacia toda la sociedad. Docencia, investigación, extensión son tres funciones universitarias difíciles de separar, porque el ejercicio de una de estas funciones implica a las otras y se potencian entre sí.

Actualmente la convergencia interdisciplinaria se encuentra en un acelerado proceso de adquisición de conocimientos, transformación rápida de los sistemas teóricos e incorporación de nuevas orientaciones, que requiere para la formación de recursos humanos idóneos, de intensos debates permanentes para la reformulación de políticas de investigación, docencia y extensión y actualizar la capacitación docente y de investigadores.

La investigación en salud en América Latina representa el 1,5% de la investigación mundial. Brasil, Argentina, Chile, Méjico, Cuba y Venezuela concentran el 90% de las publicaciones de investigación en el continente. Siendo el 53% dedicado a la investigación clínica y un 44% a la biomédica. La misma se concentra en la investigación clínica (53%) y en la investigación biomédica (44%). Sólo un 3% corresponde a investigación de salud colectiva (fuente: GEOPS 1998).

La distribución que se registra en el Anuario de Investigación del Hospital de Clínicas de 2003, en cuanto a trabajos de investigación que han merecido publicación, corresponde a 14 trabajos de investigación en Salud Mental (10%) sobre un total de 114. La distribución que corresponde a investigaciones en curso manifiesta similar tendencia, 40 trabajos de investigación en Salud Mental (15%) sobre un total de 268.

A nivel de la Comisión Sectorial de Investigación Científica, (fuente:GEOPS 1998) la Investigación en Salud Mental según servicios y áreas en la Universidad de la República presenta:

- » Creciente aunque escasa producción
- » Proceso gradual de delimitación del objeto
- » Predominio de financiamiento para la investigación básica en el caso de la Facultad de Medicina
- » Pocos trabajos de evaluación de intervenciones preventivas, fundamentalmente concentrados en áreas de prevención secundaria y terciaria
- » Escasa producción de trabajos interdisciplinarios e interinstitucionales

El Equipo de Investigación en psicoterapia inserto en el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas ha tenido y tiene un desarrollo de suma importancia, sostenido en el tiempo, y apoyado a partir de 1994, por el llamado a concurso de proyectos realizados por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (C.S.I.C.). Pero este crecimiento de importancia, resulta insignificante si se lo compara con la totalidad de trabajos de investigación.

El estímulo dado a la investigación sistemática, a través de conceptos, técnicas e instrumentos de investigación constituye un esfuerzo orientado a elevar la calidad académica de la producción nacional.

SOBRE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA EN PSICOTERAPIA

Es importante señalar la interrelación que existe entre la práctica clínica -incluida la supervisión-, la investigación y la teoría en una espiral continua donde los efectos de cada uno de estos aspectos se retroalimentan entre sí en un interjuego permanente.

Acordamos con Poch y Ávila (1998) en que “... la investigación en psicoterapia no deberá nunca prescindir del contexto de observación natural del tratamiento del caso singular tal cual se da, informado por sus partícipes-observadores; pero la generalización que aporta el rigor empírico... nos aportará modelos y metáforas nada desdeñables para el enriquecimiento de la práctica”¹

En el campo de la investigación empírica en psicoterapia, se han hecho esfuerzos por tender puentes entre el terreno clínico y la investigación, tarea que no ha resultado sencilla. Sin embargo, es importante destacar, como lo dice Gril (2001) que “se trata de una tercera mirada sobre la diada terapéutica, con instrumentos

1 Poch, J., Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. Pág. 13

diferentes a los que el clínico maneja en su práctica pero que arrojan conocimientos que, a posteriori, tendrán un impacto en la misma”².

Hay dos grandes ejes de la investigación empírica en psicoterapia; a saber, la investigación de proceso y de resultados, que, de hecho, están tan fuertemente imbricados que la separación en dos campos diferentes resulta, en parte, forzada.

En definitiva, como señalan Poch y Ávila (1998) “la cuestión crucial radica en el estudio de las relaciones entre técnica, proceso y resultados”³ En cuanto a la investigación de resultados toma como variable el resultado de la terapia estudiando la modificación del conjunto de conductas que definen un trastorno, así como otras medidas más globales como la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

Además del “tipo de tratamiento”, otras variables que inciden en los resultados son las características del paciente (comorbilidades, personalidad, etc.) y del terapeuta (habilidades, experiencia, personalidad).⁴

Por otro lado, la investigación de proceso intenta identificar ingredientes activos en psicoterapia y mecanismos de cambio. Busca aumentar la comprensión de los procesos de cambio así como las relaciones proceso-resultado. En el estudio de procesos de cambio, uno de los temas consiste en correlacionar los patrones de comunicación dentro de la sesión y a través de las sesiones.⁵

TRAYECTORIA DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Por iniciativa de la Clínica Psiquiátrica -Facultad de Medicina - UDELAR, bajo la dirección del Prof. Dr. E. Probst, se constituye el Programa de Psicoterapia que produjo un notorio avance en las psicoterapias abiertas a la comunidad. Participan en este Programa distintas líneas: psicoanálisis, psicodrama, cognitivo-conductual, familiar sistémica, vincular psicoanalítica; que emplean técnicas individuales, grupales y familiares, para atender la diversa demanda de adolescentes, adultos y familias; con un amplio espectro de situaciones abordadas. Esta rica experiencia universitaria, ha permitido poner en marcha el Programa de Formación en Psicoterapia en Servicios de Salud en el marco de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, en intercambio permanente con distintas asociaciones científicas de nuestro medio que responden a los diferentes líneas teóricas que se han incorporado con un compromiso que ha permitido distintos desarrollos cumpliendo con los cometidos universitarios, de docencia, asistencia-extensión e investigación.

Dentro de este programa, se crea el Equipo de Investigación en Psicoterapia Psicoanalítica Individual a instancias del Prof. Dr. Angel M. Ginés, quien impulsó y acompañó con su tutoría el desarrollo de la investigación continua y permanente que

2 Gril, S. (2001) *Investigación del proceso psicoterapéutico y su utilidad para la práctica clínica* en: Bernardi et al. *Psicoanálisis, focos y aperturas*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros pág. 234

3 Poch, J., Ávila, A (1998) *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*, Ed. Paidós, Barcelona: España. Paidós Ibérica. Pág. 135

4 www.geocities.com/ansiedadyvinculos/glosario.htm

5 *Ibidem*

ha permitido evaluar el modelo docente-asistencial de este Programa, sin interceder en la intimidad de la relación terapéutica. A partir del año 2006, los proyectos de investigación han sido tutorados conjuntamente por el Prof. Dr. Angel M. Ginés y la Prof. Agda. Dra. Stella Bocchino.

La experiencia de este equipo ha sido sostenida en el tiempo, por un grupo de trabajo permanente integrado por Beatriz Fernández Castrillo, Cristina Gerpe, Gabriela Montado y Ana Palermo. El mismo ha estado abierto y se ha nutrido del aporte de distintos profesionales y docentes de la Clínica Psiquiátrica-Facultad de Medicina-UDELAR que han participado en el Programa y en su propuesta de investigación continua: Alicia Fernández Bentancor, Juan C. González, Tamara Messano, Oscar Coll, Julia Perelman, Claudia Ceroni, Laura Sarubbo, Manuel Alcalde, Luis Puerto, Magali Guerrini, Enrique Gratadoux, Vanesa Ems y otros; y desde el año 2006 se integra Luis Villalba.

El equipo ha incorporado metodología epidemiológica con instrumentos externos a la psicoterapia (cuestionarios, planillas) para ingresar la información, construir el Banco de Datos y realizar estudios cuantitativos a efectos descriptivos y de análisis de hipótesis.

Se propone un estudio con base poblacional que reúne todos los casos con registros activos en el Banco de Datos como fuente de información institucional. Así se enriquece en forma crítica la metodología clásica en materia sanitaria con procedimientos cuantitativos y estadísticos que incorporan al conocimiento teórico-técnico, los aportes del conjunto de personas que consultan en el período de referencia. Se utiliza una base de información continua sobre proceso y resultados basada en instrumentos de epidemiología de servicio. Consiste en la aplicación formal de procedimientos sistemáticos que permite “conocer la realidad” en relación a determinado problema.

El objetivo estratégico de este Equipo de Investigación ha sido desarrollar y profundizar una metodología de investigación en psicoterapia dirigida a perfeccionar la construcción de programas, técnicas y prácticas aptas para ser incorporadas a los servicios de salud y salud mental.

El diseño metodológico es descriptivo, observacional, exploratorio, del tipo de estudios de caso retrospectivo y longitudinal, utilizando básicamente técnicas cuantitativas.

Descriptivo, a efectos de describir los eventos en la población de referencia y el comportamiento cuantitativo de las variables. La descripción puede ser de gran utilidad tanto para organizar y clasificar los indicadores cuantitativos, como para revelar las propiedades y valorar las tendencias que no se perciben a simple vista.

Observacional, porque no hay intervención directa del equipo de investigación en la asistencia psicoterapéutica de la población en estudio.

Exploratorio, porque se espera identificar asociaciones entre variables.

Esta orientación exige una apertura en los métodos de investigación. En los servicios públicos de salud esta iniciativa viene estimulada por diversos motivos: el

interés incluye no sólo el caso individual sino la población asistida, sus características demográficas y epidemiológicas, las motivaciones, el acceso y la circulación de los usuarios en y hacia el servicio de psicoterapia. La preocupación por la efectividad, duración, costo, relación costo/beneficio y controles de calidad pasan a ocupar un lugar importante.

La estrategia de investigación supuso considerar estos problemas, en especial los relativos a la metodología de investigación. Se definieron, esquemáticamente, tres direcciones metodológicas ineludibles⁶: 1º) el método clínico, 2º) el método epidemiológico 3º) la investigación del proceso interno o íntimo de las psicoterapia.

Definimos la tarea como investigación continua y de largo aliento sobre proceso y resultados de la psicoterapia, con instrumentos de epidemiología de servicio, en la perspectiva de un arte sustentado en comprobaciones científicas. La investigación estadística estableció la viabilidad del Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica. Al año 2009, han transitado cerca de 400 pacientes, un centenar de jóvenes psicoterapeutas en formación y veinticinco profesionales con amplia experiencia en psicoterapia psicoanalítica que aportan supervisión y asesoramiento.

El Equipo realizó revisiones periódicas, difundió la experiencia y los resultados en publicaciones y eventos nacionales y regionales y en medios de difusión.

Esta línea de investigación se presentó desde la primer edición en 1991 en todas las Jornadas Científicas en Psiquiatría -Facultad de Medicina-UDELAR-, con el apoyo de la Sociedad de Psiquiatría y de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC). En congresos nacionales organizados por Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP) así como en congresos latinoamericanos realizados por la Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL) y Federación Latinoamericana de Psicoterapia (FLP).

Se benefició del intercambio con personalidades y grupos destacados en la investigación en psicoterapia, en particular a través de la Society for Psychotherapy Research (SPR) y las reuniones regionales de su Capítulo Latinoamericano: Mendoza, (1992), Santiago de Chile, (1994), Buenos Aires (1996), Montevideo (1998), Gramado, Brasil (2000), Montevideo (2006) y el Encuentro Internacional de la SPR en Montevideo (2001); en la Universidad de Salamanca, España (2004), en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) (2005, 2008), en la Research Advisory Board (RAB) de la International Psychoanalytical Association (IPA) (2007). Los diferentes proyectos de investigación fueron supervisados con diversos expertos internacionales: A. Avila Epada (2001), J.P. Jiménez (2006), D.E. Orlinsky (2008).

Se realizó un reportaje periodístico sobre el Primer seguimiento hospitalario de pacientes en psicoterapia, destacándose el alto grado de satisfacción⁷.

6 Por mayor información, consultar el capítulo *Del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas a la psicoterapia en el Sistema Nacional Integrado de Salud* de Ángel M. Ginés en este mismo volumen

7 Primer seguimiento de pacientes en psicoterapia reveló alto grado de satisfacción- Semanario Búsqueda, Montevideo, Uruguay del 21/6/01-pág. 35

Los resultados del proyecto “Efectividad de los tratamiento psicoterapéuticos efectuados en la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas” fueron publicados en el Boletín Noticias del Clínicas; año 2, n° 5, Montevideo en setiembre de 2001.

Otra actividad de difusión tuvo lugar en Casa Abierta de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay en octubre de 2003.

En el trabajo fundacional: “Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad”⁸ se introducen los primeros instrumentos cuantitativos para la descripción y evaluación del Programa de Psicoterapia, constituyendo una novedad nacional y regional. Se diseñó un cuestionario -que completaba el terapeuta- y que constaba de dos partes; la primera relevó información sobre los psicoterapeutas (filiatorios, formación curricular, tiempo dedicado a la actividad) y sobre la supervisión; la segunda, sobre el paciente y la psicoterapia (filiatorios, origen de la solicitud de psicoterapia, fecha de comienzo y terminación del tratamiento, objetivos propuestos y evaluación de resultados). Se obtuvo información de 74 psicoterapias (concluidas o en curso) realizadas por 27 psicoterapeutas. La investigación tuvo carácter retrospectivo y permitió establecer algunas características de la población asistida, de los psicoterapeutas, del curso temporal del procedimiento e introducir algunos controles de calidad.

De la población asistida, se observa una proporción del 61% cuyas edades oscilan entre 15 y 30 años y un predominio de mujeres en relación 3 a 1. Es interesante señalar que el predominio de mujeres tiende a incrementarse francamente con la edad. Así, hasta los 30 años la relación es 2 a 1; entre los 31 y 40 es casi 5 a 1; no ingresó ningún varón de más de 40 años, habiendo un 11% de mujeres con más de esa edad.

Al analizar el curso temporal, debemos tomar en cuenta dos variables: la duración completa de la psicoterapia y el tiempo total de trabajo psicoterapéutico que se mide en el número de sesiones. Por diseño inicial, la propuesta supuso, en general, un año de duración con posibilidades de ajuste sobre el final o recontrato; en algunos casos, la duración no se acordó previamente. Los datos procesados indican que la psicoterapia en el 66% de los casos, tiende a completarse entre los 10 y 18 meses, es decir, 40 a 70 sesiones. No se ha obtenido ningún alta antes del tercer mes y un 10% ha llegado o superado los dos años. La tendencia en promedio a producir el alta es dentro de los 15 meses (60 sesiones) y se mantuvo constante hasta ese momento.⁹

Ante la precariedad de registrar ordenadamente los datos provenientes de las psicoterapias y para subsanar estas dificultades, se diseñó un nuevo protocolo con

8 Este tema se encuentra desarrollado en Fernández Bentancor, A., Montado, G., González, J.C., Perelman, J., Palermo, A. y Ginés, A.M. (1993) *Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas. Estudio crítico de cinco años de actividad* - VIII Jornadas Psicoanalíticas de A.P.U., Montevideo, set. 1993 “La Nerosis hoy”. pág. 215-222

9 Ginés, A.M., Ceroni, C., Fernández Castrillo, B., Gerpe, C., Montado, G., Palermo, A., Perelman, J. y Puerto, L. (1994) *Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia* Segundo Encuentro de la Society for Psychotherapy Research, Capítulo Latinoamericano, Santiago de Chile, Chile

las siguientes variables: datos patronímicos, datos sociales, motivo de consulta, síntomas, antecedentes personales y familiares, diagnóstico clínico y psicodinámico, grado de motivación para el tratamiento, determinación de objetivos, aptitud para el insight, aspectos técnicos, evaluación de resultados a través del cumplimiento de objetivos. Estos datos eran completados por el terapeuta tratante al comienzo y a la finalización del tratamiento.

En el trabajo "Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia", presentado en el Segundo Encuentro de la Society for Psychotherapy Research, Capítulo Latinoamericano, Santiago de Chile, 1994, señalamos los siguientes items que dan cuenta del perfil del Programa en ese momento:

Perfil de los psicoterapeutas: Los psicoterapeutas tenían una edad promedio de 33 años, con edades extremas de 28 y 53 años; la mitad de ellos tenían menos de cuatro años de graduados y dos años o menos de antigüedad en el programa. Otras características que resultaron muy destacadas fueron: el predominio de sexo femenino (95%) con un alto porcentaje de psicólogos (89%) en una Clínica que forma especialistas en psiquiatría. Estos psicólogos que trabajan en forma honoraria asistían al 70% de los pacientes.

Aún cuando estas características formulan varios problemas de interés, nos limitaremos a discutir aquí, por su importancia para el desarrollo del Programa, el peso sustancial que las tareas honorarias tienen en esta experiencia. Es evidente que ellas constituyen una condición sine qua non de su realización; en su ocurrencia pueden intervenir varios factores: la satisfacción a las demandas de formación clínica y psicoterapéutica de jóvenes graduados, el interés que despierta la rica y variada demanda de la población que emplea los servicios públicos, la disposición solidaria de algunos técnicos y profesionales hacia los servicios públicos y universitarios de salud y el interés por la docencia y la investigación en estos campos.

Perfil de los usuarios: Dos de cada tres pacientes provenían de Montevideo, el resto de zonas próximas. El 70% tenía entre 20 y 30 años. Sólo el 36% vivía en pareja, constituyendo esto un desvío respecto de la población general. Pero el desvío más notable lo constituyó el predominio 3 a 1 del sexo femenino; con la característica interesante de que esta tendencia se incrementó francamente con la edad.

Por su ocupación, los usuarios eran principalmente estudiantes (40%) y empleados (42%). El nivel educativo era alto: todos habían completado enseñanza primaria y 56% había culminado por lo menos secundaria. Ocupación y nivel educativo distingue a estos pacientes de la población que se asiste, en general, en el Hospital de Clínicas que corresponde a estratos carenciados, pero estas características coinciden con datos internacionales que indican que los usuarios de psicoterapia pertenecen a un nivel social medio (Howard, 1991)

Aspectos clínicos y disposición para la psicoterapia. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: síntomas clínicos (en su mayoría depresión y angustia),

trastornos en los vínculos interpersonales, somatizaciones, problemática psicosocial, trastornos sexuales y descenso en el rendimiento.

Los diagnósticos clínicos incluyeron: trastornos de personalidad (42%), neurosis (38%), stress psicosocial -situación que merece asistencia aunque no clasifique como trastorno clínico -(12%), depresión (4%) y psicosis (2%).

Al comienzo de la psicoterapia, la autoestima estuvo descendida en el 74% de los casos, presentando motivación para el tratamiento en el 68%, con una capacidad de insight en el 74%. Los vínculos interpersonales mostraron alteraciones leves o importantes en el 80% de los casos.

Algunas características del proceso psicoterapéutico: Los objetivos terapéuticos -uno o más sin carácter excluyente- se propusieron con las siguientes frecuencias: “mejorar el contacto con su conflictiva interna o ampliar el espacio psicológico” en el 76% de los casos; “mejorar vínculos interpersonales” en dos de cada tres pacientes; “mejorar la inserción social” y “resolución de un problema específico y/o remisión de síntomas” en la mitad de las psicoterapias. La coincidencia entre demandas y expectativas del paciente y objetivos propuestos por los psicoterapeutas fue total en casi la mitad de los casos y parcial en el 40%.

La relación transferencial fue considerada predominantemente “neurótica” en la mitad de los tratamientos y “fusional” en un tercio de ellos. La interpretación de la transferencia se empleó, en diverso grado, en tres de cada cuatro vínculos terapéuticos.

En las revisiones sistemáticas realizadas en el quinto y octavo año, no más del 18% había abandonado. El incremento sostenido de altas e ingresos resultaba un buen indicador de la inserción del Programa y de que éste no tendía a retener o cronificar a los usuarios.

En relación a las características temporales del procedimiento, la frecuencia de sesiones, que era opcional, resultó en casi la totalidad de una vez por semana. Si bien por diseño la propuesta suponía un año de tratamiento, con posibilidades de ajuste o recontrato sobre el final, los datos procesados indicaron que la tendencia a producir el alta, en promedio, estuvo en el entorno de los 15 meses en la primera revisión (1986-90) y en 20 meses en la segunda revisión (1989-1993).

Pero, además de esta tendencia promedial al alta, debe prestarse atención a la tendencia al alta que fue del 9% en el primer semestre de tratamiento; 45% en el segundo; 25% en el tercero; 15% en el cuarto y 6% más allá del segundo. En la segunda revisión (1989-93) se comprobó una dispersión similar en la duración de las psicoterapia aunque con tiempos más prolongados. Es decir que subgrupos de usuarios del Programa obtenían el alta en tiempos notablemente diferentes; en su extremo de menor duración se aproximaban a una “psicoterapia breve” y en su extremo de mayor duración a las psicoterapia psicoanalítica tradicional.

Se planteó buscar qué grado de correlación pudiese existir entre la duración y diversas variables que, por hipótesis, pudieran influir: diagnóstico, antecedentes psiquiátricos, relaciones interpersonales, relación transferencial, coincidencia de

objetivos entre usuario y terapeuta y tipo de contrato (a tiempo preestablecido o sin definición temporal). En el grupo estudiado, la única variable que pareció incidir en la duración de la psicoterapia fue la existencia de alteraciones en las relaciones interpersonales. Este resultado no debería generalizarse; describía estrictamente el comportamiento temporal de la psicoterapia en relación a algunas variables en este Programa. Pero, la posibilidad de acceder a resultados generalizables quedaba abierto, al menos, en dos perspectivas: la incorporación de un número mayor de psicoterapias en las nuevas revisiones como producto del avance del programa asistencial y el estudio conjunto de estos resultados con el de otros programas comparables.

La segunda revisión destacó un problema en relación a la duración que hasta ese momento había pasado desapercibido. El estudio de los ingresos clasificados por diagnóstico –que describimos parágrafos arriba- muestra que en conjunto el 86% de los usuarios padecía algún trastorno psiquiátrico consistente, en cambio sólo un 12% correspondió a “situación que merece asistencia aunque no clasifica como trastorno clínico”. Así, pues, el número de usuarios en los que teóricamente es más probable esperar buenos efectos en cortos lapsos fue relativamente pequeño. Los motivos de esta selección de “pacientes con importantes dificultades” parecían provenir del lugar que ocupa el Programa en la red asistencial del Hospital de Clínicas. En efecto, el Programa no toma contacto con los usuarios al producirse la demanda sino luego de uno, dos o tres eslabones (Emergencia, Policlínica médica, Policlínica psiquiátrica) en los que ya se han realizado intentos terapéuticos. Recién cuando éstos son insuficientes o han fracasado, el usuario es dirigido al Programa de Psicoterapia.

Con la finalidad de investigar la eficiencia del modelo, se incluyó la opinión del paciente y se ejecutó el proyecto aprobado y financiado por la C.S.I.C (1996), **“Investigación sobre la eficacia y adecuación de los tratamientos psicoterapéuticos al modelo hospitalario en un servicio de salud mental”**.

Todos los proyectos de investigación cumplen con los requisitos éticos del Consentimiento Informado pautado por el Hospital de Clínicas, que en entrevista personal, se informa al usuario sobre los procedimientos y propósitos de la investigación, tomándose los recaudos necesarios para preservar la confidencialidad y se le plantea la posibilidad de desistir de la investigación.

En este proyecto, se realizaron entrevistas de seguimiento a los usuarios atendidos en el Programa, relevando el estado de los mismos, hasta por lo menos cuatro años después de la finalización de los tratamientos.

El objetivo general era estudiar la persistencia del efecto terapéutico pos-alta. Paralelamente, evaluar el modelo de asistencia psicoterapéutica en desarrollo en un servicio público, del tipo asistencial hospitalario.

Sosteníamos como hipótesis previa que una serie de variables (acuerdo entre paciente y terapeuta, objetivos propuestos y/o logrados, dosis terapéutica – duración, número de sesiones-, tiempo pos-alta, tiempo de padecimiento al iniciar

la psicoterapia, perfil socio-demográfico y diagnóstico clínico psicopatológico) podrían estar incidiendo en la persistencia del efecto terapéutico.

El banco de datos del Programa estaba compuesto por 130 casos, registrados en una ficha que completaban los terapeutas al comienzo y a la finalización de la psicoterapia. La delimitación del universo de este proyecto quedaba constituido por todos aquellos usuarios que hubieran finalizado su tratamiento en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas entre diciembre de 1994 y diciembre de 1998, totalizando 50 casos.

La estrategia de investigación, se apoyó en una ficha de seguimiento, que tenía carácter censal. Introdujo 23 variables, las cuales se subdividían en varias dimensiones. Muchas de ellas contaban además con escalas de moderación; por lo que en total reunió muchos datos con diversa probabilidad combinatoria.

La ficha iba precedida de una hoja con los datos de identificación, la que luego se retiraba, para garantizar el anonimato, dado que consistía en un sondeo de opinión. Incorporó también datos del perfil socio-demográfico, conservando el formato de los instrumentos anteriormente utilizados en nuestro Programa, a efectos de dar cuenta de los cambios producidos en este sentido (edad, nivel educativo, ocupacional, composición familiar, etc.).

Las preguntas que el proyecto buscó responder, se agruparon en grandes temas tales como:

- » percepción de beneficios obtenidos en la psicoterapia
- » consideración respecto a la duración del tratamiento
- » relevamiento de síntomas
- » mantenimiento de los logros en el tiempo

Las entrevistas de seguimiento estuvieron a cargo de los integrantes del Equipo de investigación, quienes ofrecían asesoramiento para que el usuario completara la ficha a modo de autoinforme.

Se procuraba obtener información correlativa a la existente en la ficha que completara el terapeuta. Metodológicamente ambas informaciones no admitirían una estricta comparación. El seguimiento sólo pretendía poner en evidencia la permanencia de los efectos del tratamiento y, por lo tanto, un aspecto de la eficacia de los mismos (la perdurabilidad en base a la percepción subjetiva de los pacientes de su psicoterapia).

En primer lugar, cabe destacar el alto porcentaje (84%) de seguimientos efectivamente concretados (42 en 50) teniendo en cuenta las características del segmento poblacional que es usuario de los servicios de salud hospitalarios.

Las entrevistas de seguimiento tuvieron lugar entre 8 y 48 meses después de haber finalizado los tratamientos.

La población encuestada en este seguimiento se caracterizó por un marcado predominio femenino (64%), con un promedio de edad de 30 años, procedentes,

en su mayoría, de Montevideo (88%). En cuanto al nivel de escolaridad que habían alcanzado: un 83% enseñanza secundaria y un 33% nivel universitario. Respecto a la categoría ocupacional, el 80% trabajaba y el 17% sólo estudiaba.

Estos pacientes fueron atendidos por un grupo de 35 terapeutas, caracterizado por un franco predominio femenino (94%), psicólogos en su totalidad.

El promedio de duración de los tratamientos fue de 24 meses, coincidente con el valor más frecuente, cuyo rango varió entre 4 y 56 meses.

Al analizar las características del contrato, se observó que se planteó un contrato “a término” en 16 de los 42 casos. Se destacaba la flexibilidad de la estipulación del contrato, considerando cada caso en particular, de acuerdo a la evolución y necesidades del paciente. La frecuencia de atención fue semanal en el 100% de los casos.

Según evaluación del terapeuta, la motivación para el tratamiento fue calificada como “alta” en 23 casos, “mediana” en 12 y “escasa” en 7; y la aptitud para el insight fue encontrada en 39 de los 42 casos.

Al indagar la percepción de beneficio respecto de su psicoterapia, se observó que 33 de los 42 usuarios (79%) se sintieron “moderada y considerablemente mejor”. Sólo un caso se sintió “levemente peor”.

Analizando la percepción de beneficio con el diagnóstico -realizado por los terapeutas-, se observó que de los 33 pacientes que se sintieron “considerable o moderadamente mejor”, 21 fueron diagnosticados como “neurosis”, 10 como “trastorno de personalidad” y 2 como “situación que merece atención psicoterapéutica pero no clasifica como trastorno”.

Correlacionando percepción del mantenimiento de los logros con el tiempo de duración de los tratamientos, se observó que 23 de los 30 usuarios que sintieron que sus logros se mantuvieron total o parcialmente en el tiempo, tuvieron un tratamiento cuya duración estuvo entre 12 y 36 meses.

Tanto usuarios como terapeutas sintieron que los objetivos propuestos al inicio del tratamiento fueron efectivamente logrados, en promedio, en un 86 y 83 % respectivamente. Si el logro de objetivos es un indicador de satisfacción, podría considerarse, en consecuencia, que tanto terapeutas como usuarios coinciden en un alto grado de satisfacción respecto de los tratamientos realizados.

Estos datos resultarían concordantes con aspectos resaltados por otros investigadores, como lo señalan Poch y Avila (1998)¹⁰ “Aunque los efectos positivos de los tratamientos psicoanalíticos se muestran en general estables en los estudios de seguimiento, hoy en día no se considera adecuada una investigación sobre efectividad que no tenga en cuenta su estabilidad y evolución tras al menos de uno a dos años después de la terminación”.

10 Poch,J.; Avila,A. (1998). *Investigación en Psicoterapia, La contribución psicoanalítica*. Barcelona, España: Paidós Ibérica, pág. 216-17

Resulta de gran interés la investigación dirigida a estudiar los efectos a mediano y largo plazo de los planes terapéuticos y la posibilidad de predecir qué instrumentos o qué combinación de instrumentos resultarán más efectivos, con mejor desempeño costo/beneficio y en calidad de vida.

Un segundo proyecto “**Estudio multifactorial sobre la persistencia de los efectos psicoterapéuticos en un programa de psicoterapia hospitalaria**”, aprobado y financiado por la C.S.I.C (1999), estudió la persistencia del efecto terapéutico de acuerdo a tres opiniones diferentes de evaluación (perspectiva del usuario, del psiquiatra, y del terapeuta) comparando el estado del paciente al comienzo, a la finalización y en un seguimiento posterior. En ese proyecto se integró la opinión del psiquiatra tratante a la finalización del tratamiento. Se planteó correlacionar las tres vías de información entre sí y a través de los tres momentos de relevamiento de datos para analizar la consistencia sobre la persistencia de los efectos psicoterapéuticos

El proyecto buscó responder las siguientes preguntas:

- » ¿Hay correlación entre los diagnósticos técnicos (psiquiátrico y psico-dinámico) y la autopercepción del usuario con el mayor o menor grado de persistencia de los efectos terapéuticos?
- » ¿Existe percepción de mejoría por parte de los tres insumos, al momento de la terminación del tratamiento psicoterapéutico?
- » ¿Se mantiene dicha percepción en un seguimiento posterior?
- » ¿Hay acuerdo entre la evaluación clínico-técnica y la autopercepción del usuario?

En cuanto a la población estudiada en este proyecto, se observó una mayoría de mujeres jóvenes con alto nivel educativo (manteniendo la tendencia de estudios anteriores).

Desde la perspectiva de los pacientes manifestaron haber estado preocupados por el problema que los llevó a consultar por más de dos años. Buscaron psicoterapia por “sentirse tenso, angustiado, ansioso” y por “reaccionar impulsivamente”. La mayoría esperó menos de seis meses para comenzar la psicoterapia. Casi la totalidad se sintió considerable y moderadamente mejor y logró tener la oportunidad de pensar sobre lo que le pasaba y comprender sus causas, así como mejorar las relaciones con familiares. Sólo lograron parcialmente aliviar tensiones o sentimientos displacenteros.

Desde la perspectiva psiquiátrica, presentaron angustia y ansiedad en una amplia mayoría y conflictos familiares en la mitad de los casos. A la finalización, un tercio no presentó síntomas; disminuyendo significativamente la ansiedad y la angustia, los conflictos familiares y los síntomas depresivos. En la impresión general, mayoría (4 a 1) presentó mejoría y ningún paciente empeoró. En el seguimiento todos los pacientes presentaron un mayor grado de mejoría con respecto a la finalización.

Desde la perspectiva del terapeuta, la amplia mayoría de los usuarios, tenían alto grado de motivación para el tratamiento y aptitud para el insight. Según el diagnóstico clínico, seguía la tendencia de estudios anteriores (2 a 1 entre neurosis y trastorno de personalidad).

Respecto a los procesos psicoterapéuticos, la frecuencia de atención fue semanal en todos los casos. No hubo tiempo de duración preestablecido, éste era acordado entre terapeuta y paciente en el transcurso del tratamiento. Se interpretó la transferencia y la relación transferencial fue considerada por los terapeutas, como predominantemente neurótica. A la terminación, más de la mitad de los terapeutas se sintieron “moderadamente satisfecho” con el trabajo psicoterapéutico realizado; la mayoría sintió haber logrado “parcialmente” los objetivos terapéuticos.

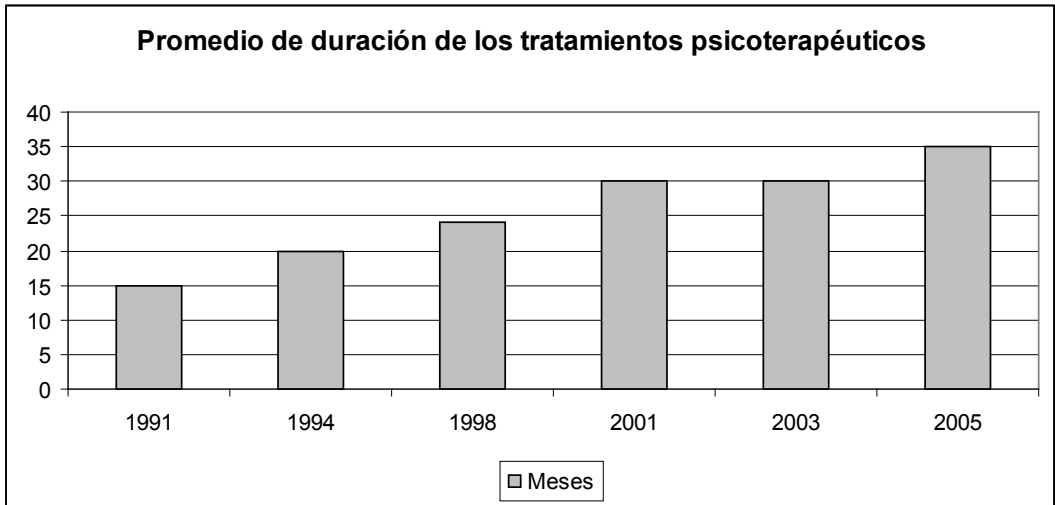
Se estudiaron 39 procesos psicoterapéuticos, finalizados entre marzo de 2000 y marzo de 2002; número menor al previsto para el proyecto, por haberse producido un alargamiento en los tratamientos psicoterapéuticos respecto de los promedios de estudios anteriores.

Los tres actores coincidieron al indicar como motivos de consulta más frecuentes: la ansiedad/angustia y los conflictos familiares. También hubo coincidencia entre los tres actores respecto los principales síntomas (ansiedad/angustia y sintomatología depresiva).

En opinión de los terapeutas, se lograron los objetivos propuestos en el entorno del 70 a 80% para los siguientes aspectos investigados: “resolución de un problema específico” (70%), “remisión de síntomas” (68%), “mejoría en los vínculos interpersonales” (78%), “mejoría en la inserción social” (79%), “mayor contacto con la conflictiva interna” (66%).

En la opinión de los usuarios encuestados hasta cuatro años después de terminada la psicoterapia, la percepción de beneficio fue ligeramente superior a la de los terapeutas. En relación a la persistencia de los efectos terapéuticos, los usuarios entendieron que los logros se mantenían total o parcialmente, en el entorno del 65 a 85% durante los cuatro años posteriores al alta.

Se evidenció un alargamiento en la duración de las psicoterapias.



Dada la constatación de esta variación en la duración de la psicoterapias, nos propusimos investigar las posibles causas de la misma en un tercer proyecto **“Relación dosis/efecto de los tratamientos psicoterapéuticos en el Hospital de Clínicas”** - aprobado y financiado por la C.S.I.C. (2004). Estudiamos la duración de la psicoterapia en función de nuestra formulación genérica $D_{Pst} = f(U_i, T_j, D_k, R_l)$. Los cuatro conjuntos de variables que podrían estar incidiendo en la duración se refieren a: (U_i , (usuario) T_j (terapeuta), D_k (diseño terapéutico), R_l (red o marco social)) en relación a la duración de la psicoterapia.

Se estudiaron los tratamientos que concluyeron desde 1995 hasta fines de 2006, que contaran con todos los registros de información de los tres actores intervinientes, al ingreso y a la finalización.

Se buscó responder las siguientes preguntas:

- » ¿Cuál es la variación de la duración de los tratamientos estudiados?
- » ¿Las modificaciones en el estado del paciente a la finalización de los tratamientos están vinculadas a la duración de la psicoterapia?
- » ¿Las características personales y/o profesionales de los terapeutas inciden en la duración de la psicoterapia?
- » ¿Cuáles variables del diseño psicoterapéutico están incidiendo en la duración de los tratamientos?
- » ¿La cualidad del vínculo paciente-terapeuta modifica la duración de la psicoterapia?
- » ¿Las características sociales de la población asistida incide en la duración de la psicoterapia?

- » ¿Las características de la asistencia hospitalaria en cuanto al tiempo de espera, consulta en otros servicios, su inserción en la red sanitaria inciden en la duración de los tratamientos?

Dada la exigencia de los requisitos para ingresar la información a este proyecto, el total de casos estudiados fue de 55. El promedio de duración de estos 55 tratamientos fue de 36 meses. El rango de distribución era de 3 a 67 meses.

Se conformaron tres grupos de tratamientos según su duración: *grupo 1* de 0 a 23 meses; *grupo 2* de 24 a 47 meses y *grupo 3* mayor de 48 meses. Casi la mitad de los usuarios (49%) se encuentran en el *grupo 2* con un promedio de 37 meses de duración.

En cuanto al diagnóstico presuntivo de los usuarios -evaluado por el psiquiatra al comienzo de la psicoterapia, según DSM IV- se observó un mayor porcentaje de “trastorno por ansiedad y del ánimo” (Eje I) en los *grupos 2 y 3*; siendo que el mayor porcentaje de “problemas relativos al grupo primario (Eje IV) se registró en el *grupo 3*. En el Eje II, el “trastorno límite” registró el mayor porcentaje en el *grupo 1*.

A la finalización de la psicoterapia, los pacientes del *grupo 3* en casi la totalidad (93%) resolvió los problemas por los cuales habían consultado: “sentirse tenso, ansioso, depresivo y rabioso”, “baja autoestima” y “no entenderse a sí mismo” mientras que en el *grupo 1*, el porcentaje de resolución de problemas era sensiblemente menor que en los otros grupos.

En los *grupos 2 y 3*, cuatro de cada cinco usuarios se sintieron “considerablemente mejor” mientras que en el *grupo 1* sólo uno de cada cuatro. Solamente en el *grupo 1*, se observó 17% de pacientes que “no cambiaron”.

El mayor porcentaje (63%) de pacientes “sin sintomatología” -según evaluación del psiquiatra- se encontró en el *grupo 2*, mientras un 23% en el *grupo 1*.

Respecto a las características personales de los terapeutas en cuanto a edad y sexo no se registraban diferencias en los tres grupos. Cualquiera fuera la duración de la psicoterapia, más de la mitad de los terapeutas no tenían experiencia previa al ingresar al Programa. A menor duración de los tratamientos, los terapeutas tenían mayor antigüedad en el Programa y más cantidad de pacientes atendidos en el mismo.

Del diagnóstico psico-dinámico -una de las variables del diseño terapéutico – observamos que a menor duración de la psicoterapia, el repertorio de defensas era más estereotipado y reducido así como más inadecuado el control de impulsos y la tolerancia a la ansiedad y frustración. A mayor duración, se incrementaba el grado de motivación para el tratamiento, la capacidad de insight, el acuerdo entre paciente y terapeuta sobre demandas y expectativas respecto del tratamiento y la conexión emocional con el paciente.

La correlación entre -conexión emocional de los terapeutas y el grado de motivación de los pacientes para el tratamiento- resultó estadísticamente significativa con la duración de la psicoterapia.

El contrato terapéutico se planteó “sin tiempo pre-establecido” cualquiera hubiera sido la duración del tratamiento.

En cuanto a las características sociales de los usuarios -analizadas dentro del marco o red social - eran, en su mayoría, mujeres no importando la duración. En los tratamientos de duración intermedia, los pacientes eran mayoritariamente casados, de edad promedio más alta así como su nivel educativo. Cualquiera fuera la duración de la psicoterapia, casi la mitad tenían trabajo remunerado, apareciendo el mayor porcentaje de empleados públicos en los tratamientos de duración intermedia.

En relación a las características asistenciales, en el grupo de mayor duración, el mayor porcentaje de usuarios estaba bajo atención médica al comienzo de la psicoterapia, registrándose el menor porcentaje en el grupo de duración intermedia. A menor duración, mayor era el porcentaje de consultas previas con un profesional de salud mental. El tiempo de espera que transcurre desde la derivación del psiquiatra hasta el inicio de la psicoterapia era mayor cuanto menor era la duración.

Otra de las preocupaciones del Equipo de Investigación fue la baja concreción de las derivaciones realizadas al Programa de psicoterapia psicoanalítica individual. Constatamos que 51% de los casos no concretaban la derivación, lo que redundaría en una cronicidad del padecimiento y/o patología de los usuarios así como una inadecuada utilización de los recursos técnicos disponibles. Nos propusimos investigar el nivel de efectividad del ingreso al Programa a través de la evaluación de la eficacia de las derivaciones al mismo.

Con tal motivo se presentó el proyecto “**Ingreso al Programa de Psicoterapia hospitalaria. Evaluación de su efectividad y estudio de la viabilidad de una etapa pre-terapia**” aprobado y financiado por la CSIC en el año 2006, que está aún en ejecución.

Revisando bibliografía sobre el tema, se evalúa positivamente la realización de una etapa pre-terapia diagnóstica para elevar el nivel de concreción, motivación y buen desarrollo posterior de la psicoterapia.

Se ha encontrado que la motivación para la psicoterapia es un elemento predictivo del buen desarrollo de la misma y su incentivación junto con el establecimiento de una alianza terapéutica ¹¹ son factores que impactan en los resultados de la psicoterapia ya que mejoran significativamente las expectativas de los pacientes frente al tratamiento y apertura a la psicoterapia.

Las primeras descripciones sobre la motivación para la psicoterapia fueron presentadas en 1971-78 por Sifneos¹² que señalaba algunos de los componentes importantes para la motivación: habilidad para reconocer que los síntomas son de

11 Rumpold, Gerhard et al (2005). “Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients” en *Psychotherapy Research, Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 15 (1-2): 117-127

12 Sifneos (1971,78) c. p. Rumpold, Gerhard et al (2005). “Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients” en *Psychotherapy Research, Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 15 (1-2): 117-127

naturaleza psicológica; disposición para participar activamente en el tratamiento para el cambio; disposición para querer conocerse a sí mismo y entenderse (insight) y tener expectativas reales en cuanto a los resultados de su psicoterapia.

En la revisión que hizo Hoglend¹³ en 1996 encontró que estos cuatro componentes son significativamente predictivos de buenos resultados para la psicoterapia psicodinámica.

Siguiendo en esta línea de pensamiento, Hernán Davanzo¹⁴ sostiene que “el propósito central del Estudio Clínico Inicial consiste en formular y poner en marcha, simultáneamente, un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento. Del modo cómo se inicie este contacto interpersonal dependerá el curso para establecerlo y mantenerlo luego en un encuadre adecuado, facilitando su desarrollo exitoso hasta una correcta terminación. Se establecerán aquí, desde el primer contacto, las bases de aquella importante vinculación personal y profesional que se ha denominado relación médico-paciente. Se constituye entonces una técnica y un arte,...” Jerarquizamos lo señalado por R. Bernardi (2004)¹⁵ en la Guía Clínica de Psicoterapia que el usuario tiene el derecho de estar informado sobre el recurso de psicoterapia y sus distintas modalidades.

Teniendo en cuenta la jerarquización que, a nivel internacional, se está dando a esta etapa pre-terapia, nos propusimos incluir -dentro del Programa- un espacio para evaluar e incentivar las expectativas del paciente y la apertura para la psicoterapia.

Dadas las características y la ubicación de este Programa hospitalario, sería importante, no sólo trabajar en el espacio pre-terapia sino también explicitar las características del servicio, favoreciendo la aceptación de algunas dificultades que pudieran encontrarse en el ingreso al mismo. Asimismo, creemos importante generar instancias de intercambio con los profesionales derivantes a fin de optimizar el nivel de concreción de las derivaciones.

La implementación de esta estrategia podría tomarse como modelo de referencia para mejorar, por un lado, la actitud de los pacientes hacia la psicoterapia y posibilitar una experiencia preliminar a la concreción de la misma (cualquiera sea la línea indicada) y por otro, como una herramienta útil para los profesionales derivantes.

Se planteó como objetivo general del proyecto, estudiar la eficacia y pertinencia de los mecanismos de derivación al programa; instrumentar una estrategia alternativa y evaluar su eficacia.

Se estudió las características de los pacientes que concretaron la derivación a psicoterapia y de los que no la efectivizaron.

13 Hoglend (1996) c.p. Rumpold, Gerhard et al (2005). “Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients” en *Psychotherapy Research, Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 15 (1-2): 117-127

14 Davanzo , H. (2000) Initial Clinical Study. (First Interview) *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 38: 44-50

15 Bernardi, R., et al.(2004)*Guía clínica para la psicoterapia* Rev. Psiquiatría Uruguay; 68(2):99-146

Se analizaron las correlaciones entre las características de estos pacientes.

Se indagó y evaluó una estrategia alternativa para mejorar la eficacia de las derivaciones.

Se comenzó a armar un banco de datos con los casos en que se aplicó la etapa pre-terapia.

De los resultados preliminares, podemos señalar que del total de casos estudiados (445) previo a la instrumentación de la pre-terapia, el 49% que concretó la derivación a psicoterapia tenía un promedio de 6 meses de tiempo de espera (tiempo transcurrido desde la derivación del psiquiatra al comienzo de la psicoterapia) y un quinto de los mismos no tuvo espera. En los casos que no concretaron, el tiempo de espera era casi el doble (11 meses) y un tercio esperó hasta 24 meses. Se observó una mayor consulta espontánea entre los que no concretaron. Asimismo, más de la mitad de los que no concretaron tenían antecedentes de tratamiento psiquiátrico. El consumo de psicofármacos era mayor en los que concretaron (ver cuadro a continuación).

CONCRETARON : Si No

	Si	No
Tiempo de espera	6 meses	11 meses
Consulta espontánea	19%	29%
Derivados de otros servicios médicos	42%	37%
Antecedentes de patología orgánica.	38%	39%
Antecedentes de tratamiento. Psiquiátrico	39%	53%
Consumo de psicofármacos	54%	41%

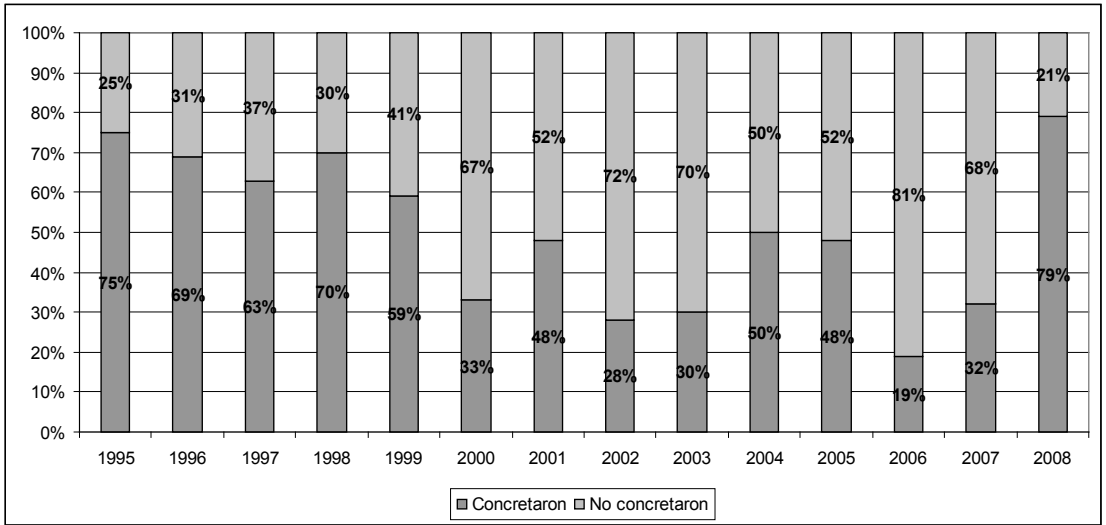
No se registraron diferencias entre los dos grupos en relación a edad, sexo, residencia, estado civil, nivel de instrucción. Globalmente el perfil sociodemográfico fue de 28 años de promedio de edad; 80% de sexo femenino; 60% residía en Montevideo mientras el resto provenía de la región metropolitana; 60% eran solteros; 1 de cada 3 tenía acceso a nivel de educación universitaria.

En cuanto a la ocupación, se registró un porcentaje más elevado de usuarios con trabajo informal y/o desocupado así como menor porcentaje de profesionales y/o técnicos entre los que no concretaron.

El dispositivo de pre-terapia ha tropezado con dificultades para ser implementado dado que por razones de política institucional durante el año 2007 se restringió al máximo el ingreso de nuevos pacientes a la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas, lo que disminuyó drásticamente las derivaciones al Programa de Psicoterapia.

Analizando el nivel de concreción de las derivaciones al Programa de psicoterapia psicoanalítica a lo largo de los años (1995-2008), notamos que en

los primeros cinco años, existió una relación de concreción de 4 de cada 5 casos derivados. En el año 2000 se produce una inversión en la concreción de la derivación y en los años subsiguientes se observa una mayor dificultad en efectivizar la derivación. Sin embargo, en el año 2008, en el que se instrumentó la implementación de la etapa pre-terapia, vemos que la concreción recobra la relación de 4 a 1 (ver gráfica a continuación).



Para finalizar, creemos que esta línea de investigación en psicoterapia -como componente esencial del Programa - que se ha plasmado en diferentes proyectos a lo largo del tiempo, ha permitido monitorear este modelo de asistencia. Asimismo, tiende a ajustar/revisar la propuesta según sus resultados para detectar distintos tipos de indicación e intervención específica y comprender los procesos por los cuales se ha llegado a esos resultados.

Este modelo, público y hospitalario, que estaría respondiendo a las necesidades y/o demandas del usuario, podría generar un efecto multiplicador tanto en ámbitos institucionales públicos como de asistencia médica colectivizada, constituyéndose en un abordaje más accesible para la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, (2001), Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, DSM IV; reimpresión de la 4º edición, Barcelona, Editorial Masson SA.
2. Bernardi R, Montado G, Rivera J, Defey D, Fossati G y Zas A. (1995) Psicoterapias focalizadas. Percepción del proceso y de los resultados en pacientes y psicoterapeutas. En: Investigación en Psicoterapia, Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994. S.P.R. Cap. Latinoam. Corp. de Prom. Universitaria. Santiago de Chile.
3. Bernardi, R., Defey, D., Elizalde, J., Fiorini, H., Fonagy, P., Gril, S., Jiménez, J.P., Kächele, H., Kernberg, O., Montado, G., Rivera, J., Sandell, R. (2001) Psicoanálisis, focos y aperturas. Montevideo: Uruguay. Psicolibros
4. Bernardi R., (2002) El problema de la evidencia en medicina y psicoanálisis. En: XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica. Set.2002 Montevideo-Uruguay.
5. Bernardi, R. Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J.C., Villalba, L.(2004) Guía clínica para la psicoterapia Rev. Psiquiatría Uruguay ; 68 (2):99-146
6. Briones, G. (1982) El proceso de investigación. La encuesta social En: “Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales”. México, Editorial Trillas.
7. Cea D’Ancona, M. (1996). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid, Ed. Síntesis Sociología.
8. Ceroni, C.; Fernández Castrillo, B.; Gerpe, C.; Montado, G.; Palermo, A.; Perelman, J.; Puerto, L.; Ginés, A.M.; Desarrollo de una propuesta de Investigación Primer Premio Beca de Investigación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay del año 1993; en Revista de Psiquiatría del Uruguay, año LVIII N° 328, pág.59-63, setiembre 1994
9. Clarkin, John F., Levy, Kenneth N.(2004); The influence of client variables on Psychotherapy. Chapter 6, Bergin and Garfield’s handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Fifth Edition, Michael J. Lambert, John Wiley and Sons.
10. Davanzo, H. (2000) Initial Clinical Study. (First Interview) Rev Chil Neuro-Psiquiat; 38: 44-50
11. Errandonea, A. y Supervielle, M. (1986) El lugar de las técnicas cualitativas; en Revista de Ciencias Sociales, No. 1, ICS-FCU, Montevideo,
12. Fernández Bentancor, A; Montado, G; González, JC; Perelman, J; Palermo, A y Ginés, AM (1991): Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad. Mención especial Premio Sociedad de Psiquiatría, 1993; en VII Jornadas Científicas de Asociación Psicoanalítica Uruguaya. La Neurosis Hoy, 1993. Uruguay-
13. Fernández Alvarez, H & García, F., (2000); El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación; en Investigación en Psicoterapia, Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1998. Capitulo Latinoamericano. Society for Psychoterapy Research, Pelotas, Editorial Educat.
14. Fernández Alvarez, H, Scherb, E., Bregman, C., García, F., (1995).Creencias sobre la Extensión y Eficacia de la Psicoterapia en la Población General de la Ciudad de Buenos Aires; en Investigación en Psicoterapia, Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1998. Capitulo Latinoamericano. Society for Psychoterapy Research, Pelotas, Editorial Educat.

15. Fernández Castrillo B.; Gerpe, C.; Montado, G.; Palermo, A., Ginés, A.M.; (2000); Estudio sobre la persistencia de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica; en Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados, Capítulo Latinoamericano. Society for Psychotherapy Research, pág. 349; Pelotas Editorial Educat.
16. Fernández Castrillo, B. (2006) Comentarios sobre Investigación Social, en Revista Conciencia Social, N° 7/8, Año IV, N°6, pág.31-44 Universidad de Córdoba, Argentina.
17. Fernández Castrillo, B. (2009) Complejidad Social y Salud Mental. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica. Montevideo, Uruguay.
18. Fonagy, P. Et al. (1998) An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Publicación electrónica de la IPA (www.ipa.org.uk)
19. Freedman M., La investigación empírica y sus resistencias en la práctica clínica. En: XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica. Set.2002 Montevideo-Uruguay.
20. Gabbard, Glen; (2002); "Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. Editorial Médica Panamericana, 3ª edición, Buenos Aires.
21. Galende, E; (1994) Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica, Buenos Aires. Paidós
22. Garbarino A y Schroeder D. (1996) El estudio de la práctica psicoanalítica. Encuentro Regional de Psicoanálisis e Investigación Empírica, junio. 1996 Asociación Psicoanalítica del Uruguay APU.
23. Ginés A.M., Montado G.; (1995) El problema de la duración de las psicoterapias. en Psicoterapia Focal, Montevideo, Roca Viva Editorial
24. Ginés, A.M. (2000) Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay. Revista de la Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima.
25. Ginés, A.M. (2002) El psicoanálisis en la perspectiva del Programa Nacional de Salud Mental. En "El Cuerpo en Psicoanálisis". Editado por la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. APU Montevideo.
26. Ginés, A.M. (1997) La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis. N° 84/85: 239-272. Montevideo.
27. Ginés, A.M. (2002) Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. En "Caminos de la Psicoterapia". Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo VI; N° 2, junio.
28. Glantz, Stantowa; (2005), "Bioestadística" 6ª edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España
29. Gril S; Ibañez A (1997). El CCRT, una metodología de investigación en psicoterapia. Resultados preliminares en un estudio exploratorio. Jornadas Científicas en Psiquiatría. Montevideo, 16 al 18 de oct. 1997.
30. Gril, S., (2001) Del laboratorio al consultorio. De la investigación empírica a la práctica clínica. En: Desafíos a la Psicoterapia, 4º Congreso de Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica AUDEPP, mayo 2001
31. Hidalgo, C. (1999) Los hechos sociales. En Metodología de las ciencias sociales: lógica, lenguaje y racionalidad" Scarano, E (comp.). Buenos Aires, Ediciones Macchi.

32. Hilsenroth, Mark J. Cromer, Thomas D. (2007) Clinician interventions related to alliance during the inicial interview and psychological assessment. *Practice Review, Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 44, No. 2, 205-218
33. Howard K & col. (1991) *Psychotherapy Research Program*. Northwestern Memorial Hospital: En *International Review of Programatic Studies*. Washington DC, American Psychological Association.
34. Howard K.I., Orlinsky D.E. and Lueger RJ (1995) *The Desing of Clinically Relevant Outcome Research: Some Considerations and an Example*. *Research Foundations for Psychotherapy Practice*. Edited by M. Aveline and D.A. Shapiro. Mental Health Foundation and Individual Contributors. Published 1995 by John Wiley and Sons Ltd.
35. Howard, K.; Principal investigador,(1993) *The Research Project on Long – Term Psicotherapy: Patiente, Processes, & Outcomes* - Department of Psychology – Institutte of Psychiatry – Northwestern Memorial Hospital (1988-1993).
36. Instructivo para la Aplicación del Consentimiento informado para Procedimientos y Tratamientos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, de octubre de 2004. Disponible en la Comisión de Ética del Hospital de Clínicas; UdelaR. Uruguay.
37. Jiménez, J.P. (1995): *El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada*. En *Psicoterapia Focal*. Montevideo, Uruguay. Editorial Roca Viva.
38. Jiménez, J.P. (1998): *¿Investigación en Psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿a quién le interesa?* Conferencia dictada en setiembre de 1998. IV Encuentro del Capítulo Sudamericano de la Society for Psicotherapy Research. Montevideo, Uruguay.
39. Jiménez, J.P., (1995). *Un Modelo de Análisis del Sistema de Atención Psicoterapéutica*. En: *Investigación en psicoterapia - Procesos y Resultados*. *Investigaciones Empíricas 1993-1994*. en *Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados, Capítulo Latinoamericano*. Society for Psicotherapy Research, S.P.R. Santiago de Chile.
40. Kächele H. (1995) *Aspectos clínicos y científicos del modelo de proceso psicoanalítico de Ulm.* En *Psicoterapia Focal*. Editorial Roca Viva. Montevideo.
41. Kächele, H., (2000) *Conventional Wisdom and/or Evidence-Based Psychotherapy*. En: *Investigación en Psicoterapia, Procesos y Resultados*. *Investigaciones Empíricas 1998*. *Capítulo Latinoamericano*. Society for Psicotherapy Research, S.P.R. Educat, Pelotas.
42. Kemberg, O.; (2000) *Psicoanálise, Psicoterapia Psicoanalítica e Psicoterapia de Apoio: controvérsias contemporâneas*, *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Vol. 2, Nº 1, 2000.
43. Ketzoian, C. et al. (2004); *Estadística Médica*; Montevideo. Oficina del Libro FEFMURM.
44. Lancelle, G., et al. (2000) *El foco dinámico en tratamientos de baja frecuencia semanal*. En: *Investigación en Psicoterapia, Procesos y Resultados*. *Investigaciones Empíricas 1998*. *Capítulo Latinoamericano*. Society for Psicotherapy Research, S.P.R.. Pelotas. Educat.
45. Lancelle, G., *Investigación en Psicoanálisis y los Psicoanalistas. Sus razones y sinrazones*. En: *XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica*. Set.2002 Montevideo-Uruguay.
46. Luborsky, L.; Docherty, J.P. et al. (1993); *What's here and what's ahead in dinamic therapy research and practice?* *Psychodinamic Treatment Research, Basic Books*. Harper and Collins Publishers.
47. Martell, M. et al. (1979) *Metodología de la Investigación Científica*, Montevideo, Oficina del libro AEM.

48. Montado, G., Defey, D., Darakjian, W., Lodeiro, M., Peña, M., Rubio, C., Bernardi, R., (2000) Psicoterapia dinámica focal: Evaluación de resultados a través de múltiples evaluaciones. En: Investigación en Psicoterapia, Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1998. en Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados, Capítulo Latinoamericano. Society for Psychotherapy Research, S.P.R.. Pelotas, Educat.
49. Montado, G., Fernández Castrillo, B., Gerpe, C., Palermo, A., Ginés, A.M., (2001). Investigación de resultados terapéuticos en un Programa de Psicoterapia Psicoanalítica Hospitalaria. En: Desafíos a la Psicoterapia, 4º Congreso de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica AUDEPP, Montevideo.
50. Orlinsky, D.E.; Howard, K.; (1987) The generic model of Psychotherapy, Journal of integrative and Eclectic Psychotherapy, Northwestern USA.
51. Pineda, E.; de Alvarado, E.; de Canales, F. (1994) "Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud", OPS-OMS Washington,
52. Poch J y Avila Espada A. (1998): Investigación en Psicoterapia. La Contribución Psicoanalítica. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
53. Roth A. y Fonagy P.; (1996) What works for whom? A critical review of Psychotherapy Research, New York, Guilford Publications
54. Ruiz Olabuénaga, J. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Universidad Deusto, Bilbao.
55. Rumpold, G. et al. (2005) Changes in motivation and therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients: Psychotherapy Research, 15 (1-2):117-127.
56. Sabatini, F (1993) "¿Qué es un proyecto de investigación?" Serie Azul No. 1, Instituto de estudios urbanos, Santiago de Chile.
57. Samaja, J.; (2004) Epistemología de la Salud, Reproducción social, subjetividad y transdisciplina, 1ª edición, Buenos Aires, Lugar Editorial.
58. Samaja, J.; (1994) Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica, Buenos Aires. Eudeba.
59. Samaja, J.; (1994) Introducción a la epistemología dialéctica, 2ª edición, Buenos Aires, Lugar Editorial.
60. Schuster, F. (1999) Pluralismo metodológico en ciencias sociales En: Metodología de las ciencias sociales: lógica, lenguaje y racionalidad Scarano, E (comp.). Buenos Aires. Ediciones Macchi.
61. Sousa, LPR, Tavares Pinheiro, R., (2001) Quão científico é o discurso científico? Notas sobre as relações da psicanálise com as ciencias "duras" En: Desafíos a la Psicoterapia, 4º Congreso de la Asociación Uruguaya de psicoterapia Psicoanalítica AUDEPP, Montevideo.
62. Thöma, H y Kächele, H (1989) Teoría y práctica del Psicoanálisis, Traducción española, Herder, Barcelona.
63. Vega, S., Florenzano, R., (1995). Descripción del Sistema de Servicio de Atención de Psicoterapia en Chile. En: Investigación en psicoterapia -. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994. En: Investigación en psicoterapia -. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994. en Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados, Capítulo Latinoamericano. Society for Psychotherapy Research, S.P.R. Santiago de Chile.



Julio, 2010. Depósito Legal Nº: 353.461/10
www.tradinco.com.uy