

# CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XII Congreso Nacional "Nuevos Retos y nuevos espacios en  
psicoterapia". Girona octubre 1999

<b>S. FRISCH</b>	La psicoterapia psicoanalítica dentro del espacio socio-político de Europa: ¿llega la "peste"? .....	5
<b>M. P. DURIEUX y C. FRISCH-DESMAREZ</b>	Reflexiones acerca del trabajo analítico a largo plazo con algunas familias frágiles .....	37
<b>T. SOLÉ I MARTÍN</b>	Espacio psicoterapéutico en un centro de planificación familiar .....	65
<b>M.<sup>a</sup> J. ÁLVAREZ, M. BRASÓ, E. CASTANYS y J. ROCA</b>	Circuitos profesionales para el abordaje de los abusos sexuales: un proyecto interdisciplinar en la red pública.....	71
<b>L. FEDUCHI, C. SOLER , A. NOGUERAS MARTÍN y R. GIMENO VIDAL</b>	El programa de mediación y reparación a la víctima .....	77
<b>M. T. GARCÍA-DIE y C. PALACIN</b>	Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicológica para la prevención	103
<b>C. VILLANUEVA SUÁREZ y M. J. DE LA VIÑA</b>	Consultas paralelas madres-hijas .....	111
<b>R. BLASCO BALAGUERO</b>	El trabajo con grupos de padres: una aplicación de la psicoterapia.....	117
* * * *		
<b>D. CODON HERRERA</b>	El tratamiento de grupo psicodramático: una experiencia a pesar de las contraindicaciones. ....	125
<b>E. TORRAS DE BEÀ</b>	La actividad anti-tarea en los grupos de niños y adolescentes .....	145

**N.º 28** 1999 2.º semestre

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y  
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

## **JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA**

**Presidente:**

Alberto Lasa Zulueta (Bilbao)

**Vicepresidente:**

Ana Jiménez Pascual (Alcázar San Juan)

**Secretario:**

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

**Vicesecretario:**

Paloma Morera (Madrid)

**Tesorero:**

Jaume Baró Aylon (Lleida)

**Publicaciones:**

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

**Vocales:**

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Leticia Escario (Barcelona)

Lucía Sánchez-Builla (Madrid)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

**Director de la Revista:**

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

**Envíos de ejemplares atrasados:**

Jaume Baró

Plaza Nogueroles, 7

25007 Lleida

Teléfono 973 24 44 83

**Información y envío de artículos:**

Manuel Hernanz

Heros, 19-6º D

Bilbao 48009

[mhernanz@correo.cop.es](mailto:mhernanz@correo.cop.es)

# CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XII Congreso Nacional "Nuevos Retos y nuevos espacios en  
psicoterapia". Girona octubre 1999

<b>S. FRISCH</b>	La psicoterapia psicoanalítica dentro del espacio socio-político de Europa: ¿llega la "peste"? .....	5
<b>M. P. DURIEUX y C. FRISCH-DESMAREZ</b>	Reflexiones acerca del trabajo analítico a largo plazo con algunas familias frágiles .....	37
<b>T. SOLÉ I MARTÍN</b>	Espacio psicoterapeútico en un centro de planificación familiar .....	65
<b>M.<sup>a</sup> J. ÁLVAREZ, M. BRASÓ, E. CASTANYS y J. ROCA</b>	Circuitos profesionales para el abordaje de los abusos sexuales: un proyecto interdisciplinar en la red pública.....	71
<b>L. FEDUCHI, C. SOLER , A. NOGUERAS MARTÍN y R. GIMENO VIDAL</b>	El programa de mediación y reparación a la víctima .....	77
<b>M. T. GARCÍA-DIE y C. PALACIN</b>	Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicológica para la prevención	103
<b>C. VILLANUEVA SUÁREZ y M. J. DE LA VIÑA</b>	Consultas paralelas madres-hijas .....	111
<b>R. BLASCO BALAGUERO</b>	El trabajo con grupos de padres: una aplicación de la psicoterapia.....	117
* * * *		
<b>D. CODON HERRERA</b>	El tratamiento de grupo psicodramático: una experiencia a pesar de las contraindicaciones. ....	125
<b>E. TORRAS DE BEÀ</b>	La actividad anti-tarea en los grupos de niños y adolescentes .....	145

**N.º 28** 1999 2.º semestre

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y  
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

*Edita:* Sociedad Española  
de Psiquiatría y  
Psicoterapia del Niño  
y del Adolescente

*Imprime:* Berekintza, S.L.  
Heros, 7 - 48009 Bilbao

*D. L.:* BI-1.383-95

*I.S.S.N.:* 1575-5967

## LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DENTRO DEL ESPACIO SOCIO-POLÍTICO DE EUROPA: ¿LLEGA LA “PESTE”?\*

Serge Frisch\*\*

En la primera página del periódico “Le Monde” del sábado 14 de Agosto de 1999 se podía leer el artículo titulado: *“En Kansas, el oscurantismo quiere expulsar a Darwin de las escuelas”*. En él se podía leer que el consejo de las escuelas de Kansas había adoptado nuevos criterios para la enseñanza de las ciencias. En adelante ya no se podría enseñar la teoría de la evolución y todo la teoría darwiniana de la evolución de las especies quedaba relegada al rango de teoría más o menos fantasmiosa. Los defensores de esta posición defienden la teoría del “creacionismo” según la cual el mundo, tal como lo conocemos actualmente, ha sido creado por Dios en 7 días, ni una hora más.

En otro estado de los EE.UU., en Alabama, en los libros de ciencia se obliga a señalar que la evolución es una “teoría controvertida” y a mencionar que: *“nadie estaba presente cuando apareció la vida y ningún punto de vista sobre sus orígenes puede ser considerado como un hecho sino únicamente como una teoría”*.

---

\* Ponencia presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título “Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia” se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

\*\* Dr. Serge FRISCH, presidente de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector (EFPP)

Al día siguiente, también en “Le Monde”, se podía leer otro artículo en el que se afirmaba que nuevos descubrimientos científicos permitían rechazar el origen de la vida a lo largo de muchos millones de años.

Nos viene a la memoria cómo en 1995, a raíz de un proyecto de exposición sobre Freud en Washington, se levantó una polémica terrible debida a su todavía impresentable teoría sobre la sexualidad infantil.

La teoría psicoanalítica nos enseña que cuanto más nos acercamos al núcleo del conflicto con mayor fuerza aparecen las resistencias y las defensas. Vemos incluso con cierta frecuencia que el paciente prefiere ir de mal en peor antes de abandonar su posición patológica previa. Durante estas fases las fuerzas negativas superan claramente a las fuerzas del progreso y de la curación. Así pues, todo psicoanálisis y toda psicoterapia psicoanalítica conllevan tanto procesos progresivos como regresivos.

Lo mismo ocurre con la evolución de los grupos sociales: después de las sociedades o movimientos revolucionarios aparecen los movimientos contrarrevolucionarios. La evolución de la ideas, sean cuales sean, políticas, científicas, religiosas, psicoanalíticas... no escapan a esta tendencia tal como se demuestra en los EE.UU con estos ataques contra la teoría de la evolución anteriormente mencionados.

Estos ejemplos entresacados de la prensa diaria muestran las fuerzas contrarias que atraviesan nuestra sociedad y que van desde el oscurantismo más arcaico hasta los desarrollos más osados de la ciencia y de las tecnologías. A mayor cientifismo mayor desarrollo de una *“concepción ocultista del cuerpo y del espíritu”* (Roudinesco, 1999), con la pujante reaparición del magnetismo, la iridiología, la naturopatía, la auriculoterapia, el mediumnismo...

Actualmente el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica forman parte del contexto terapéutico, cultural y social de

nuestra sociedad, habiéndose convertido incluso en una auténtica institución. Es evidente por tanto que cualquier conflicto importante que afecte a nuestra sociedad va a crear tensiones también en nuestra profesión. Leemos en las publicaciones científicas que el psicoanálisis está en crisis y que las demandas de análisis están decreciendo. Sobre el terreno, en las universidades y hospitales, los analistas están siendo sustituidos por comportamentalistas. “El hombre comportamental” parece querer eliminar al “hombre psíquico” freudiano.

En muchos países, los sistemas de seguridad social o de enfermedad están disminuyendo de forma drástica las cantidades asignadas para las psicoterapias de larga duración y tienden a favorecer los abordajes a corto plazo cuyo slogan parece preconizar la desaparición más rápida posible de los síntomas. Algunos llegan a preguntarse si el psicoanálisis no está condenado a desaparecer al estilo de las antiguas civilizaciones de las que solo nos quedan algún que otro vestigio o ruina.

Debajo de esta crisis del psicoanálisis subyacen evidentemente causas externas, sociales, pero también causas internas del propio movimiento analítico. A lo largo de mi intervención voy a intentar proponerles algunas hipótesis a este respecto.

Está claro que mi puesto de presidente la EFPP me ofrece una posición de privilegio a la hora de observar las diferentes evoluciones que se están produciendo de forma inexorable en diferentes países. Mientras que en determinados lugares ya hay tendencias definitivamente consolidadas, en otras zonas cabe la posibilidad de la inversión de determinados movimientos. Aunque en aras de la claridad me vea obligado a generalizar, está claro que las cosas no están evolucionando de la misma manera ni al mismo ritmo en todas partes.

Una última precisión: cuando me refiero al término de psicoterapia estoy hablando evidentemente de la psicoterapia psicoanalítica. A su vez, el término de terapia abarca indistintamente a todos los abordajes terapéuticos que no se refieren

ni a la teoría freudiana del inconsciente ni al encuadre ni a la técnica analítica.

## **EL PORVENIR DE LA PSICOTERAPIA SEGÚN FREUD**

Volvamos en primer lugar a Freud. Todos ustedes saben que Freud, además de ser un clínico genial, estaba preocupado por el porvenir de su descubrimiento: el psicoanálisis. En 1919, en un breve artículo titulado *“Las Nuevas Vías de la Terapia”*, desarrolla una serie de ideas acerca de su futuro. Lo escrito entonces con gran clarividencia por Freud tiene hoy enorme vigencia: *“Sabéis muy bien que el ámbito de nuestra acción terapéutica es harto restringido. No somos más que un puñado de analistas, y cada uno de nosotros, no puede tratar más que un número muy limitado de enfermos al año, por grande que sea su capacidad. Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y que quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante”*.

Unas líneas más adelante espera que *“una organización cualquiera nos permita aumentar de tal modo nuestro número que seamos ya bastantes para tratar grandes masas de enfermos. Por otro lado es también de prever que alguna vez habrá de despertar la conciencia de la sociedad y advertir a ésta que los pobres tienen tanto derecho a la ayuda psíquica como a la quirúrgica, que ya la tienen asegurada...”*.

Es prodigiosa esta capacidad de prever verdaderamente el futuro como si de una bola de cristal se tratara. De hecho, a partir de los años 1950, el número de psicoterapeutas psicoanalíticos aumentó de tal manera que en casi todos los países, hasta los más desprotegidos de la sociedad pudieron acceder a una ayuda analítica en los centros públicos de consulta psicológica. Freud ya había prevenido que habría que adaptar ligeramente la técnica a las nuevas condiciones y que habría que dar a nuestras teorías *“la forma más simple y accesible”*. *“Todo lleva a pen-*



sar que dada la aplicación masiva de nuestra terapia nos vamos a ver obligados a mezclar el oro puro del psicoanálisis con el plomo de la sugestión". Algunos han pretendido oponer el psicoanálisis, es decir, el oro, a la psicoterapia, al plomo. Algunos de entre nosotros que todavía seguimos teniendo algunas nociones de química, sabemos que es posible aliar el oro con el plomo. Tiene su interés señalar en este punto que durante decenios la traducción francesa no hablaba de oro y plomo sino de oro y cobre, dos sustancias imposibles de aliar. Me parece evidente que para Freud no había ninguna oposición entre psicoanálisis y psicoterapia sino más bien una adaptación de la técnica analítica a las necesidades de una mayor parte de la población y a las patologías específicas de estas personas. Y de hecho, la psicoterapia psicoanalítica se ha desarrollado apoyándose en el psicoanálisis pero también desarrollando nuevos aspectos técnicos para poder adaptarse a las diferentes patologías. Pensemos asimismo en las aportaciones de las concepciones de la teoría sistémica o en el lugar que actualmente ocupan los padres en el tratamiento psicoterapéutico de los niños. El propio Freud decía que un cierto número de estos pacientes son tan frágiles que habrá que *"asociar para ellos la influencia educativa y la analítica"*, o incluso, bajo la indudable influencia de Ferenczi, que la evolución de nuestra terapéutica nos conducirá hacia una mayor actividad por parte del psicoanalista. Vemos hasta qué punto, Freud ya en 1919 tenía la premonición de una diferenciación entre psicoanálisis clásico y una forma de psicoanálisis aplicado como la psicoterapia psicoanalítica. Pero añade: *"cualesquiera que sean las estructura y composición de esta psicoterapia popular, sus elementos más importantes y eficaces seguirán siendo, desde luego, los tomados del estricto psicoanálisis, libre de toda tendencia"*. Insisto en subrayar esta última frase de Freud. En ella afirma con fuerza que la psicoterapia psicoanalítica tiene que sacar sus fuerzas vivas y su inspiración técnica y teórica del psicoanálisis. Parece como si afirmase que en caso contrario, ya no se trataría de psicoterapia psicoanalítica.

El psicoanálisis conoció su edad de oro a partir de los años 1950. La psiquiatría ya se había separado de la neurología y un gran número de universidades elegía a psicoanalistas para dirigir los departamentos universitarios de psiquiatría y los servicios clínicos. Era evidente que los que iniciaban una formación en psiquiatría tenían que realizar un psicoanálisis personal. En los servicios clínicos, el único abordaje terapéutico era de tipo psicodinámico. Los abordajes comportamentalistas estaban todavía en sus inicios y la psicofarmacología no era más que una esperanza de futuro. En muchos países los tratamientos psicoterapéuticos a largo plazo, y por tanto los psicoanálisis, eran pagados por los seguros de enfermedad.

## **LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD**

El hecho de que los sistemas de seguridad social paguen las psicoterapias ha hecho que en la relación terapéutica dual se incorpore un nuevo protagonista institucional. Lo que ocurre es que este nuevo elemento es quien lleva las cuentas y pretende intervenir sobre todo en los momentos económicamente difíciles. *“Bajo el efecto de la recesión y de las nuevas directrices económicas brutales para reducir los costos, las psicoterapias se han vuelto vulnerables”* (Pines 1999.)

Voy a intentar ilustrar el impacto y las repercusiones de este nuevo elemento institucional sobre la práctica psicoanalítica en su vertiente teórica y técnica.

Pensemos por ejemplo en **Alemania**, donde en 1960 se implantó una formación analítica que cubría todo el país y en consecuencia se reconoció la psicoterapia psicoanalítica. Desde entonces los seguros de enfermedad pagan las sesiones de los pacientes que consultan a nuestros colegas alemanes formados dentro del modelo oficial.

Los méritos del sistema alemán son innegables: reconocimiento de la psicoterapia psicoanalítica como método tera-

péutico y por tanto, reconocimiento de un status oficial de psicoterapeuta con todo lo que ello supone de seguridad material. Pero visto desde fuera, este sistema produce la impresión de que los psicoterapeutas alemanes van perdiendo poco a poco, no solo su libertad de formación sino también su libertad terapéutica.

En este sentido, desde hace bastantes años ya han comenzado las restricciones tanto de las indicaciones terapéuticas como del número de sesiones pagadas. Las indicaciones terapéuticas para poder aceptar a un paciente en psicoterapia analítica incluyen sobre todo a *“las manifestaciones sintomáticas de tipo neurótico subyacentes a un conflicto inconsciente”* (Gattig, 1996), a los trastornos psicósomáticos y funcionales cuya etiología psicógena ha de ser demostrada, a las reacciones psíquicas ante enfermedades somáticas graves (reumatismos crónicos, enfermedades cardíacas...) o a consecuencia de accidentes físicos. Las indicaciones en términos de estructuras de personalidad solo en 1976 comienzan a ser admitidas por parte de los seguros de enfermedad como indicaciones para un tratamiento analítico. Estas indicaciones terapéuticas, basadas en referencias nosográficas, no tienen en cuenta ni el contexto de la demanda de tratamiento, ni la importancia determinante de la singularidad del encuentro psicoterapeuta-paciente en la dinámica del proceso psicoterapéutico.

Este reconocimiento oficial inscribe a la psicoterapia psicoanalítica dentro de la lógica de una técnica médica sometida como tal a principios normativos de indicación y de evaluación ajenos y extraños a ella: necesidad, eficacia y economía se convierten en los tres ejes que van a regir las relaciones entre los terapeutas, sean psiquiatras o psicólogos, y las instancias sociales que pagan los gastos médicos. La lógica propia de los organismos que se hacen cargo de los cuidados médicos les lleva naturalmente a promocionar una psicoterapia que se acomode a un proceso médico estrictamente causalista, llevando a un callejón sin salida a la especificidad del psiquismo huma-

no y al desconocimiento de las modalidades técnicas que permiten abordarlo.

La filosofía de base del sistema de seguridad social consiste en pagar la psicoterapia psicoanalítica solo en los casos en los que hay esperanza de curación. En Alemania los 3 ejes que regulan la relación del médico con las instancias sociales que corren con los gastos médicos de las psicoterapias psicoanalíticas en concreto, son necesidad, eficacia y economía.

- *Necesidad*: es al psicoanalista a quien le corresponde demostrar que el paciente en cuestión necesita un tratamiento psicoterapéutico.
- *Eficacia*: tiene que probar y convencer al psicoanalista consejero que la psicoterapia psicoanalítica es el mejor método de tratamiento para curar o mejorar la patología psíquica de determinado paciente.
- *Economía*: este principio condiciona los dos anteriores.

Para que se pueda pagar una psicoterapia psicoanalítica (o comportamentalista), el psicoterapeuta tiene que enviar un informe detallado a un psicoanalista (o a un comportamentalista) experto de la Seguridad Social indicando que las medidas psicoterapéuticas son necesarias y apropiadas y que existen posibilidades de curación de *la enfermedad* que sufre la persona en cuestión.

Los tratamientos analíticos pagados en Alemania comprenden un máximo de 300 sesiones (75 en los Países Bajos, 2 años a dos sesiones en Suiza y luego 1 sesión durante los dos años siguientes). Se supone que este número de sesiones es suficiente para obtener los resultados previstos sea cual sea el estado psíquico real del paciente al finalizar las sesiones. Esta limitación del número de sesiones pagadas influye en el propio proceso del trabajo terapéutico (Frisch, 1998).

Limitar el número de sesiones pagadas induce a cambios conscientes e inconscientes en la técnica terapéutica y lleva a que la finalización del tratamiento dependa de factores exte-

rios y no de los cambios intrapsíquicos producidos en el paciente.

El psicoterapeuta tiende a terminar “dentro del plazo” de las 300 sesiones favoreciendo “activamente” la desaparición de los síntomas en perjuicio del proceso analítico y de los cambios estructurales más profundos, sea cual sea el tiempo que el paciente necesita en función de sus defensas puestas en juego. Puede llegar a instalarse en el paciente una culpabilidad insidiosa por necesitar de más sesiones que las previstas administrativamente. Esta misma culpabilidad inconsciente puede operar en el psicoterapeuta que se imagina a sí mismo menos competente que sus colegas al necesitar de más sesiones para terminar las terapias que la media del resto de los profesionales. Pero sabemos que toda culpabilidad inconsciente no puede tener más que efectos negativos para el proceso terapéutico.

Los psicoterapeutas psicoanalíticos se ven obligados a “colaborar con el sistema financiero de los seguros de enfermedad” para “afirmar (su) presencia dentro del sistema y asegurar así la permanencia del psicoanálisis, por una parte, y, por otra, para poder mantener una cierta base que nos permita demostrar las diferencias que separan a nuestro método de otros, subrayando las ventajas” que el psicoanálisis comporta. Todo esto obliga a “poner el acento en las ventajas que el propio sistema podría obtener con la utilización del abordaje analítico”. (Gattig, 1996). La controversia política y económica le ha ganado totalmente la partida al debate científico (Gerlach 1995).

En los países que existe una formación obligatoria, ésta ha ido atrayendo cada vez más gente a la búsqueda de una especialización profesional: se hacen psicoanalistas como se hubiesen podido hacer oftalmólogos o psicólogos industriales. El analista alemán Loch (citado por Appelbaum) escribe: “Pienso que cuando el deseo de iniciar una carrera profesional no se integra dentro de algo más amplio, puede llegar a entorpecer

*nuestro trabajo e incluso abocarlo al fracaso...*” Más adelante, teme que la burocracia en la que está inmersa la psicoterapia en Alemania debido a su reconocimiento oficial, llegue a conseguir lo que el terror nazi no pudo lograr: meter en vereda al psicoanálisis. En el mundo entero se observa una evolución similar dentro del psicoanálisis: orígenes difíciles al límite de la supervivencia, más tarde el reconocimiento social y finalmente amenaza de desaparición dentro de una plétora de formas plagiadas. Pero en Alemania, aunque los profesionales sean reconocidos oficialmente después de haber superado el examen de psicoterapia psicoanalítica, no por ello tienen asegurado el trabajo como psicoterapeutas. Existe un *numerus clausus* que determina el número de psicoterapeutas necesarios en cada uno de los *Länder*. Se me señalaba que en algunos de ellos no se prevé la creación de nuevos puestos de trabajo en muchos años.

En algunos países hemos podido observar la eclosión de una nueva industria terapéutica: Los seguros de enfermedad en los Estados Unidos, pero también en Alemania, contratan psicólogos para trabajar en sus propios consultorios. Estas aseguradoras obligan a sus afiliados a consultar a estos psicólogos si quieren que se les pague el tratamiento. Y muchos psicólogos eligen la seguridad del empleo, incluso con salarios inferiores, y aceptan estos puestos de trabajo. Hay que precisar que estas aseguradoras contratan a psicólogos no formados como psicoterapeutas porque los salarios son menores que los de los psicoterapeutas formados. A menudo, los seguros exigen a sus terapeutas que obtengan resultados rápidos para reducir tanto el número de psicoterapias a largo plazo como el número de sesiones por terapia bajando así el costo del tratamiento psicoterapéutico. Se observa esta misma tendencia en numerosos centros de salud mental. Los gerentes opinan que se puede atender a más pacientes con menos terapeutas si éstos no se comprometen con tratamientos a largo plazo. El psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica van desapareciendo poco a poco de estos centros o en todo caso

acaban cumpliendo una función de coartada. Es interesante señalar que estamos pasando de un modelo en el que quien mandaba era el proveedor (psicoterapeuta) a un modelo en el que quien manda es el consumidor (seguros). Anteriormente, solían ser el saber y la experiencia del proveedor los que determinaban la elección del tratamiento, su frecuencia y duración; actualmente es el consumidor quien decide en función de criterios económicos. En la actualidad, el consumidor es la compañía de seguros (Appelbaum, 1999). Nos tememos que al final, el psicoanálisis se va a convertir en el privilegio de las consultas privadas para personas adineradas e introspectivas, mientras que las terapias breves se van a reservar para los segmentos más desfavorecidos de la población. Sería una vuelta atrás a los tiempos de Freud.

Dentro de esta lógica, los pacientes cuyo estado no mejora con estas terapias reductoras de síntomas, son enviados al hospital para integrarlos dentro de programas de investigación. Nos volvemos a encontrar con una filosofía biotecnológica para la que el sufrimiento psíquico y las enfermedades mentales son debidas a disfuncionamientos cerebrales siguiendo el modelo de la inteligencia artificial. Las “averías del cerebro” se reparan de forma estandarizada y normativizada, con medicación, como si los individuos fuesen clones sin subjetividad. Aunque el propio Freud escribía en 1915 que *“todos los intentos por encontrar la localización de los procesos psíquicos y todos los esfuerzos por pensar en las representaciones como almacenadas en las células nerviosas han fracasado radicalmente”* él no pierde del todo la esperanza de que algún día se pueda encontrar una localización neurológica de las enfermedades mentales. *“La debilidad de nuestra descripción del psiquismo desaparecería sin lugar a dudas si estuviésemos ya en condiciones de sustituir los términos psicológicos por términos fisiológicos y químicos* (1920). Y al final de su vida en *El compendio del psicoanálisis* (1946) expresa su esperanza de que *“el porvenir nos enseñe tal vez a actuar directamente con la ayuda de ciertas sustancias químicas, sobre las cantidades de*

*energía y su reparto en el aparato psíquico*". Freud muestra muchas vacilaciones: defiende su método pero como si no tomase conciencia de que ha fundado una teoría que supone una ruptura completa con las formas de pensar médicas prevalentes. La dificultad actual de los propios analistas para reconocerse como provenientes de una teoría científica tiene su origen en esta ambivalencia de Freud.

Las terapias de grupo han sido siempre la niña pobre de la psicoterapia. Sin embargo, en la actualidad, están viviendo un crecimiento considerable. Pero no gracias a nuevos desarrollos teóricos o a cambios revolucionarios en la técnica sino gracias a que los seguros piensan que los tratamientos de grupo son más baratos que los individuales.

Appelbaum (1999) piensa que *"el futuro se va caracterizar por el tratamiento de los síntomas en detrimento del de la persona global, por el cambio directo del comportamiento en detrimento del estudio de los pensamientos y las emociones, por la confianza en la biología en detrimento de la psicología, por los grupos en detrimento de los individuos, por el tratamiento a corto plazo en detrimento del de a largo plazo y por la hospitalización en detrimento del tratamiento ambulatorio"*.

Para D. Quinodoz (1990) el psicoanálisis, en oposición a la psicoterapia, sería una garantía de libertad ya que no busca la rentabilidad en una civilización en la que todo está sometido al dictado de la misma. Este autor piensa que para salvaguardar los valores fundamentales del psicoanálisis y su independencia, habría que mantenerla ajena a cualquier forma de control de cualquier organismo y por tanto fuera de cualquier sistema de devolución del costo.

## **LA FORMACIÓN DE BASE**

Aunque el psicoanálisis fue durante mucho tiempo la psicología que se enseñaba a los futuros psiquiatras, actualmente las cosas ya no son así. Wallerstein (1999) muestra que



durante su formación de psiquiatra al comienzo de los años 50 las horas dedicadas a la psicoterapia eran unas 3.000. En los años 90 ya no quedan más que 300, es decir, un 2,5% de la formación. Los futuros psiquiatras en formación que siguen a un paciente a dos horas por semana durante sus 4 años de formación son actualmente una ínfima minoría. Wallerstein se refiere a la situación de los Estados Unidos pero mucho me temo que, salvo raras excepciones, sea muy similar a la de Europa.

En Europa, en general, las cátedras ocupadas anteriormente por los psicoanalistas están siendo ocupadas por psiquiatras biólogos o neurocientistas. Cada vez es mayor el número de servicios clínicos universitarios en los que ya no hay psiquiatras psicodinámicos, no hablemos ya de psicoanalistas, para supervisar a los jóvenes en formación. En cantidad de servicios universitarios los jóvenes ya no encuentran posibilidad alguna de supervisión.

No es que ya no haya ningún tipo de iniciación en la psicoterapia durante la formación en psiquiatría, es que ya no hay ni siquiera una iniciación en la comprensión psicodinámica. Todo esto lleva a que cada vez haya un número más reducido de psiquiatras formados en el psicoanálisis y a que la presencia del psicoanálisis sea cada vez reducida en el entorno médico.

El número de tratamientos a largo plazo y de frecuencia elevada está disminuyendo progresivamente y aumentan los tratamientos de corta duración: terapia comportamental, terapia de crisis, terapia de trastornos adictivos, de comportamientos alimenticios o incluso de trastornos de la sexualidad, de la imposibilidad de quedarse solo...

La introducción del DSM ha provocado un verdadero trastocamiento de la concepción de la psicopatología. Los trastornos psiquiátricos se entienden como entidades de pleno derecho y no como expresión de procesos psicodinámicos. Lo observable y lo medible es más importante que la personalidad del sujeto con sus conflictos y sus deseos...

La estancia de los pacientes en los hospitales psiquiátricos, por razones económicas, debe de durar lo menos posible. A los pacientes se les trata con medicación aunque eventualmente pueden beneficiarse de algunos consejos comportamentalistas o de sentido común. De hecho, se trata de restablecer el equilibrio previo a la crisis que ha conducido a la hospitalización y no de aprovechar este momento fértil de la crisis para llevar al paciente a acercarse a su vida interior y llegar a posibles reestructuraciones psíquicas. La práctica consiste claramente en hacer lo menos posible para evitar prolongar la hospitalización. Los cuidadores no entienden la importancia de una relación privilegiada y continuada con los pacientes. La propia idea de que el vínculo relacional es en sí mismo un poderoso recurso terapéutico ha desaparecido. Estos pacientes, heridos por esta deshumanización de los cuidados psíquicos, tienen muchas dificultades a la hora de implicarse en una psicoterapia al salir del hospital por temor a una nueva decepción. Es lo que yo llamo enfermedad yatrogénica del vínculo terapéutico.

En **psicología** la situación no parece mucho mejor. Una estudiante de psicología en los EE.UU. me contaba que tiene que presentar un trabajo sobre la sexualidad. Su profesor le pide expresamente que no se ocupe más que de los autores de estos últimos 10 años. Una vez más Freud enterrado en el olvido. En Europa, sobre todo en Alemania, Suiza alemana, Países Bajos y Escandinavia, está tomando un enorme auge el amplio movimiento de la **psicoterapia integradora** de origen universitario. La idea de base es la siguiente: hay que tomar lo mejor (sic) de cada una de las orientaciones psicoterapéuticas para recomponer un nuevo corpus teórico y práctico llamado psicoterapia integradora. Los enseñantes universitarios de las facultades de psicología parecen mostrarse enormemente ávidos de este nuevo artilugio. En los Países Bajos, las autoridades han decidido instaurar esta forma de terapia integradora e imponer estas formaciones “patchwork” a los futuros terapeutas.

Hay algunas ideas simplistas que se ocultan detrás de todo esto:

- todas las terapias valen y cogiendo un resumen. de todas ellas se pueden optimizar los resultados,
- de esta manera, los poderes públicos pueden imponer formaciones más cortas que las actuales,
- los terapeutas así formados van a ser capaces de practicar tratamientos mucho más cortos que los anteriores.

Lo más llamativo de todo esto es que un cierto número de profesores universitarios que ha menudo no tienen ninguna experiencia o la tienen muy limitada, se jactan de querer imponer sus elaboraciones, a menudo estadísticas, o puramente teóricas a los clínicos. Me pregunto si no es una manera de intentar tomar el poder de la formación en psicoterapia que en la actualidad se les escapa de la mano ya que en su mayor parte dicha formación se imparte desde las sociedades de psicoterapia. Sus argumentos son temibles ya que utilizan a menudo datos estadísticos para demostrar por ejemplo que 5 de sus sesiones son más eficaces que muchos años de psicoterapia analítica. Ni qué decir que estos argumentos son extraordinariamente bien recibidos por los seguros de enfermedad y otros agentes de decisión económica.

Evidentemente, todos estos fenómenos están afectando también a la formación en psicoterapia psicoanalítica. Habrán observado que cada vez hay más centros especializados en patologías específicas: centros para niños maltratados, para mujeres en apuros, para familias monoparentales o centros de consulta para parejas o para homosexuales, alcohólicos, obesos o niños disarmónicos, etc., etc. Habitualmente estos centros se ocupan únicamente de cada problema suelto. Cada vez más, la persona se va viendo reducida a su propio síntoma. Todo esto hace que estamos asistiendo progresivamente a formaciones cada vez más reducidas a una problemática específica. Por ejemplo en Luxemburgo, el Ministerio de la Familia ha organizado una especialidad en psicoterapia del trauma.

Mi forma de entender la formación me lleva a pensar que es absolutamente indispensable ver a la persona en su globalidad y estudiar el funcionamiento mental en su conjunto. Y sin embargo, estamos asistiendo cada vez más a formaciones de módulos de unas horas o de unos fines de semana. Uno se inscribe en un módulo que le interesa, luego en otro y así sucesivamente. Me parece lamentable observar que, aun siendo para hacer frente a la inflación de formaciones que hay en el mercado, determinadas formaciones en psicoterapia psicoanalítica se estén inspirando actualmente de este modelo.

Kernberg (1992) está convencido de que, gracias al prestigio del que aún goza el modelo psicoanalítico, todavía es posible reinvestir con una importante presencia los departamentos de psiquiatría y reestablecer vínculos sólidos y permanentes con la psiquiatría institucional. Esto *“va a atraer a los internos de psiquiatría y a los psicólogos universitarios hacia las sociedades psicoanalíticas. (...) Los psiquiatras y psicólogos en formación van allí donde ocurre algo.”* Así es como Kernberg plantea el problema, con una enorme simplicidad y un profundo sentido común. A menos de que nos convirtamos en unos devotos del psicoanálisis “puro”, estoy profundamente convencido de que es urgente reinvestir las instituciones y sobre todo los hospitales psiquiátricos, y por tanto también la patología psicótica, para promover y desarrollar en ellos el pensamiento analítico.

## **LA CONTRA CULTURA DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS<sup>1</sup>**

Se las llama alternativas porque se presentan como alternativa al modelo analítico en su concepción de la función de ayuda y en la utilización que hacen del encuadre.

Tengo una visión bastante amplia de la forma como trabajan algunos de estos terapeutas ya que durante más de 3 años

---

<sup>1</sup> Ver al respecto el artículo de Appelbaum (1999).

he supervisado a un equipo de un consultorio compuesto por 6 terapeutas de esta orientación.

En algunos aspectos se diferencian radicalmente del psicoanálisis, no solo desde el punto de vista teórico sino también del encuadre terapéutico propuesto. Así como el modelo analítico se caracteriza por una cierta inmutabilidad del encuadre terapéutico (sesiones semanales en horas fijas, con una duración determinada y en un lugar determinado, etc.) los terapeutas alternativos parecen investir la movilidad del encuadre y pueden llegar a proponer sesiones en diferentes lugares, en el consultorio, en el domicilio privado de uno u otro de los protagonistas, o incluso el paciente puede participar en una sesión maratón durante todo un fin de semana de forma individual o grupal tanto en un hotel como en la casa de campo del terapeuta. Existe una enorme flexibilidad en cuanto al espacio y duración de los encuentros y el número de participantes. A la mayor parte de los clientes atendidos individualmente les proponían fines de semana “terapéuticos” residenciales en los que poder encontrarse todos los clientes en grupo. Incluso el cónyuge del terapeuta podía presentarse como co-animador. Otras veces los terapeutas proponían a los pacientes del consultorio ir todos a misa u organizar juntos un día de campo.

A nivel teórico, estos terapeutas mezclan el pragmatismo occidental con las tradiciones orientales o incluso con la medicina china. Siguiendo el principio holístico, consideran que el cuerpo y el espíritu son una misma cosa y, por tanto, interpretan directamente las significaciones como causas y acompañamientos de los males somáticos.

Así como el psicoanálisis centra su atención en el inconsciente, las terapias alternativas ponen en evidencia las potencialidades de las personas cuando utilizan su conciencia, el poder de su voluntad y el pensamiento positivo.

A diferencia de los psicoanalistas, los terapeutas alternativos provocan activamente la expresión, a veces brutal y masi-

va, de las emociones, planteando que no solo el cerebro sino todo el cuerpo tiene memoria y que el tratamiento analítico, demasiado centrado en el pensamiento, no le permite expresarse.

Estos terapeutas reprochan a los psicoterapeutas analíticos su concepción excesivamente medicalizada de la patología y su reproducción del modelo médico con todo lo que conlleva de sumisión por parte del paciente. Además, no hablan de pacientes sino de clientes. Proponen una relación igualitaria entre los clientes y los terapeutas y no dudan en expresar lo que piensan o sienten llegando incluso a compartir con ellos sus propias dificultades psicológicas y relacionales, pasadas o actuales.

Según Freud (1919) *“el tratamiento psicoanalítico debe de llevarse a cabo en la medida de lo posible en un estado de frustración y de abstinencia”*. Lejos de ello, las nuevas terapias consideran que la expresión de alegría es un criterio de éxito. Frustración, sufrimiento o incluso carencia no son más que la expresión de la culpabilidad cristiana y burguesa. De ahí el intento, por ejemplo, por parte de ciertos grupos de terapeutas (EAP) de asociar defensa de la psicoterapia y defensa de los derechos del hombre. El resultado es que cada individuo tiene el derecho, y por tanto el deber, de no manifestar ya más sufrimiento y de no entusiasmarse por ningún otro ideal que no sea el del pacifismo o el de la moral humanitaria. En este contexto, la tristeza, la angustia, el odio, etc. son considerados como emociones patológicas que hay que tratar, es decir, suprimir.

El último punto a considerar tiene que ver con la formación: estos terapeutas piensan que los médicos y psicólogos con sus largos currículums científicos y universitarios no son los candidatos más idóneos para convertirse en los mejores psicoterapeutas. Subyace evidentemente el fantasma de que cualquiera puede convertirse en terapeuta y que los conocimientos científicos no son más que un obstáculo.

Todo esto está provocando inexorablemente el empeoramiento de la calidad de los tratamientos. Es como si nos vol-

viésemos a encontrar inmersos en el conflicto anteriormente evocado entre el evolucionismo y el creacionismo con una vuelta atrás a la época de las tinieblas.

Una de las reglas básicas de estos terapeutas que yo supervisaba era que había que ser “honesto” con los clientes. Ahora bien, ser honesto para ellos quería decir responder en la realidad a las preguntas de los pacientes. Así, cuando un paciente consultaba por dificultades conyugales, el terapeuta se sentía obligado a hablarle de sus propias dificultades conyugales o incluso de sus trastornos sexuales o de sus aventuras extraconyugales, etc. Estos terapeutas me objetaban que ¿cómo iban a confiar los clientes en ellos si ellos mismos les ocultaban cosas? Todo esto me ha hecho pensar en el análisis mutuo de Ferenczi. No se trataba de buscar la verdad inconsciente del paciente sino de la búsqueda de una forma de verdad objetivable por medio de la identificación con el terapeuta.

Me estoy acordando de otra situación: una de las experimentadas terapeutas, irritada con una cliente que llevaba 2 sesiones hablándole de su trabajo, va y le suelta que ella no considera su trabajo como una terapia sino como una serie de banales entrevistas. Nos podemos suponer que la terapeuta entendió el discurso de su paciente sobre el trabajo como una defensa para no abordar otros temas más difíciles o como un síntoma transferencial, etc. Sea lo que fuere, el caso es que esta cliente vivió esta intervención de su terapeuta como enormemente desvalorizadora y descalificadora y al llegar a casa intentó suicidarse. Mi supervisada se siente culpable, visita a su paciente en el hospital y le dice que para conseguir su perdón está dispuesta a dedicarle un día entero con los planes que la paciente decida. Dicho y hecho: van de tiendas, pasean, y cafecito de despedida primero en casa de una de ellas y luego en la otra. Mi supervisada no entiende porqué después de todo esto la paciente ya no quiere volver a terapia. Durante la supervisión la terapeuta me advierte que quiere hablar de

este caso pero que no está dispuesta a poner en cuestión su propuesta de pasar el día con su paciente.

Una de las críticas que estos terapeutas alternativos nos dirigen es que ellos trabajan mucho más rápidamente, entiéndase más eficazmente, que los analistas. Ahora bien, mi experiencia me dice todo lo contrario: primero se implican con un paciente en una relación, luego lo derivan donde otro colega para hablar de su relación con los hijos, luego donde un tercero para hablar de la feminidad, donde el siguiente para ver cómo afrontar la soledad, la depresión, los problemas de alcohol o incluso acaban acudiendo a un grupo por otro síntoma diferente. En esta supervisión llegué a constatar que algunos pacientes, durante más de 3 años, habían pasado por los 6 terapeutas del centro, con el convencimiento total por parte de cada uno de ellos de que trabajaban mucho más rápidamente que si el paciente hubiese iniciado un trabajo analítico.

## **EVALUACIÓN DE LA EFICACIA: INVESTIGACIÓN Y QUALITY INSURANCE**

Para nosotros, profesionales, la eficacia del abordaje analítico ha sido siempre evidente. La validez de la terapéutica analítica se verifica en las sesiones y así lo atestiguan un sinnúmero de informes clínicos y estudios teóricos de la literatura analítica. La reputación individual de seriedad y competencia ha bastado durante mucho tiempo para dar fe de sus resultados. Pero los organismos pagadores estiman actualmente que es preferible confiar en controles provenientes de diversas fuentes. La presión es cada vez mayor hacia la evaluación del trabajo psicoterapéutico siguiendo el criterio de los estudios estadísticos tal como se hace desde hace mucho tiempo en cirugía o en otras disciplinas médicas técnicas. Este tema es de tal actualidad que la EFPP ha decidido dedicarle un congreso en Octubre de 2000 en Chipre. Los “resultados” de los terapeutas de uno u otro método están siendo evaluados y comparados



actualmente. Es decir, se están comparando los resultados de los terapeutas comportamentalistas con los de los psicoanalistas por ejemplo. Después de haber sido dolorosamente puestos en cuestión por parte de los agentes de decisión económica y después de los ataques de las terapias alternativas, los psicoterapeutas analíticos se ven obligados a demostrar su eficacia terapéutica. Sin embargo, evaluar la desaparición de los síntomas significa emplazarnos en el terreno de las terapias alternativas. De hecho, las investigaciones demuestran que después de un tratamiento analítico los síntomas no desaparecen prácticamente pero el 80% de los pacientes dice sentirse transformado por la experiencia de la cura analítica: se sienten más felices y más capaces de relacionarse mejor a nivel social, profesional, de amistad y de relaciones amorosas. Plantear la evaluación exclusivamente en términos de reducción de síntomas coloca a la terapia analítica en una posición perdedora por el simple hecho de que no es ese el primer objetivo de su trabajo.

Además, se trata de una política de cifras a corto plazo. Cuando se habla de evaluación, hay que saber lo que se está evaluando actualmente. Así por ejemplo, las compañías de seguros comparan en general el número de sesiones de los pacientes de un comportamentalista y de un analista. Constan que durante un año los pacientes consultan 10 veces más a su analista que los pacientes de los comportamentalistas. Conclusión: los comportamentalistas son más eficaces porque cuestan menos. Pero hay que saber que la mayor parte de estas estadísticas no tienen en cuenta más que un año presupuestario sin ocuparse de plazos más largos. No se tienen en cuenta otros gastos sanitarios por problemas somáticos, incapacidades de trabajo, posibles hospitalizaciones ni incluso las consultas que pueden producirse al año siguiente.

Bajo esta presión económica, algunos psicoterapeutas se sienten obligados a realizar investigaciones para poder demostrar la eficacia de su trabajo. Ahora bien, lo que se observa es

que gran parte de estas investigaciones son de tipo estadístico o intentan demostrar que la psicoterapia psicoanalítica es tan eficaz como cualquier otra para abordar determinadas patologías con intervenciones relativamente breves. Uno de estos colegas me contaba que estaban intentando estandarizar el tipo de intervención de los psicoterapeutas. Tenemos que estar muy atentos al riesgo de “comportamentalización” de la investigación analítica, porque si no, corremos el peligro de que estas investigaciones influyan en el abordaje analítico convirtiéndolo en una terapia de adaptación que sí va a satisfacer a los seguros pero que se va ver reducido a una pequeña muestra del instrumento revolucionario que aún sigue siendo.

Limitar con estadísticas toda la complejidad del proceso terapéutico y de las interacciones transfero-contratransferenciales me parece una herejía. Hay muchos temas que plantear:

- ¿Cómo medir el proceso?
- ¿No hay peligro al querer medir únicamente el resultado?. Y sin embargo, ocurre que los objetivos del trabajo terapéutico pueden ir evolucionando y cambiando a lo largo del proceso. La propia percepción que el paciente tiene de su salud psíquica está reajustándose de forma permanente.
- Los diagnósticos descriptivos del DSM no están adaptados para describir el peso de la patología que se esconde bajo estas entidades fenomenológicas.

¿Debemos de temer que las investigaciones sobre la eficacia se reduzcan a un control cuantitativo con el objetivo de reducir todavía más las cantidades asignadas para los tratamientos psíquicos?

Hay más temas:

- ¿Cómo definir la calidad?
- ¿Cuáles son las normas que definen las calidad, con un mínimo y un máximo?
- ¿Qué criterios de evaluación elegir?

Pero, ¿y la valoración de las normas en psicoanálisis, no va a ir en detrimento del conflicto intrapsíquico?

El control de la calidad ya está instaurado en algunos países aunque de diferentes maneras:

- en Bélgica por ej., los médicos tienen la obligación de participar en grupos de intervisión
- la formación del psicoterapeuta está reglamentada
- existe la obligación de asistir a congresos, seminarios y de presentar casos clínicos
- Asimismo están obligados a redactar informes clínicos detallados a fin de obtener la autorización para coger un paciente en psicoterapia. En Alemania por ej. este informe es leído y aprobado o rechazado por expertos en psicoterapia..

En Alemania existe un proyecto para imponer una recuperación estadística de la actividad profesional del psicoterapeuta: tipo de pacientes (edad, diagnósticos...), modelo terapéutico utilizado, resultados con obligación de compararlos con las estadísticas de los colegas... Después de obtener estos datos esperan poder llegar a determinar los criterios objetivos que indiquen quién puede beneficiarse de un psicoanálisis, quién de una terapia comportamental o quién no debería ser tratado más que con una medicación o la hospitalización.

Evidentemente, no hay porqué desdeñar algunos aspectos positivos de estos grupos de intervisión que evitan que los profesionales se aislen demasiado y pierdan el contacto con la evolución de la técnica y de los nuevos adelantos técnicos. Sin embargo, no nos olvidemos en el ámbito de la psicoterapia, de los problemas de confidencialidad sobre todo en las ciudades medias en las que todo el mundo se conoce.

No renuncio a contarles una anécdota muy ilustrativa. Se trata de una discusión que una colega tuvo con una importante persona perteneciente a una compañía de seguros de enfermedad en Alemania y que consideraba que en psicoanálisis

había que llegar a un control comparativo constante entre los objetivos planteados y los alcanzados. Al final de cada sesión habría que decidir los objetivos de la sesión siguiente y comparar el resultado alcanzado con el objetivo fijado y después, volver a fijar nuevos objetivos para la sesión siguiente y así sucesivamente.

Pues bien, tuve en supervisión a una terapeuta que aplicaba este esquema cada 3 sesiones. Si observaba que los objetivos alcanzados diferían excesivamente del objetivo planteado interrumpía las consultas.

Mi forma de entender el trabajo analítico está en las antípodas de una técnica estandarizada y formalizada. Yo no reduzco el psiquismo a los comportamientos. Por tanto, me parece terriblemente difícil medir una de las especificidades del trabajo analítico como es la subjetividad, que no es cuantificable. *“En ella está la prueba, a la vez visible e invisible, consciente e inconsciente, para afirmar la esencia de la experiencia humana” (Roudinesco, 1999).*

## **CAMBIOS DENTRO MISMO DEL CORPUS PSICOANALÍTICO**

Todas estas presiones de las que les he hablado están empujando a realizar tales reajustes en la técnica analítica que se está llegando a desfigurar el proceso fundamental. Sirva de ejemplo un artículo de André Lussier, psicoanalista canadiense conocido, que analiza un texto de Owen Renik que lleva por título *Getting real in Analysis*. Este último no es un cualquiera: se trata del redactor-jefe de la famosa revista *Psychoanalytic Quarterly*. Renik presenta una viñeta clínica de una paciente depresiva que a causa de su resfriado quiere renunciar a una invitación para ir a cenar a casa de una amiga. Renik le dice entonces a esta paciente *“que piensa que tal vez sea más razonable preguntar primero a su amiga lo que piensa antes de optar ya de entrada por la abnegación”*.

La paciente añade que había estado dudando sobre si venir o no a la sesión por temor a contagiar al analista. Veamos la intervención de éste último: *“yo le he dicho que estaba de acuerdo con su decisión de acudir a la sesión, pero, le he añadido una pregunta: ¿cree Vd. que yo, en caso de estar con gripe, tendría que anular mis citas?, porque..., yo no las suelo anular. ¿Le parece que soy un irresponsable? La he animado a que reflexione sobre sus ideas para ver si son realistas y le he propuesto que tome en consideración algunas de mis propias ideas acerca de la realidad”*.

Renik ayuda activamente a su paciente a revisar sus posiciones respecto a su realidad operacional, y a adoptar decisiones más realistas. Es como si sustituyese el análisis por la educación, la sugestión o incluso la persuasión. Piensa que hay que recurrir a la confrontación directa con lo que el psicoanalista y otros consideran como realista para ayudar a los pacientes a reconocer la influencia de las convicciones inconscientes formadas durante la infancia. En la exposición de Renik frases como *“he sugerido a la paciente..., he animado a la paciente a reflexionar sobre..., la paciente llega a la conclusión de que..., hemos discutido sobre las construcciones de la paciente acerca de la realidad...”* etc. son frecuentes. Los analistas como Renik afirman que *“animar a un paciente a decidir sobre si sus ideas son realistas o no es una actividad analítica crucial...”*. Con esta forma de trabajar nos encontramos ante consideraciones racionales, deducciones conscientes, miradas sobre sí mismo dictadas desde puntos de vista del espíritu o desde puntos de vista normativos pero no ante vivencias o estados del ser revelados por el inconsciente en plena efervescencia transferencial. Esta forma de proceder pone sin lugar a dudas en evidencia una cierta realidad de la paciente pero en absoluto se trata de un verdadero insight analítico, es decir, de una nueva mirada sobre sí mismo surgida del propio inconsciente gracias a la revivificación afectiva transfero-contratransferencial. Esta manera de discutir, realista, habitual en toda terapia de apoyo de orientación psicoanalítica, no es que no tenga sus

beneficios terapéuticos potenciales, pero, si produce los mismos efectos terapéuticos que el psicoanálisis, éste ya puede ir cerrando la tienda. La adaptación a la realidad corre el riesgo de tomarle la delantera al interés por los determinismos inconscientes.

La forma de entender la transferencia acaba modificándose hasta convertirse en más y más interactiva y transaccional dando paso a veces a consideraciones racionales sobre la relación con el analista. Es como si se produjese una desviación desde una situación clásica en la que se vive la transferencia hacia otra en la que se habla de la realidad de la transferencia.

Renik dice que cuando un paciente comienza a ser capaz de evaluar la realidad de su propia imagen del analista, se llega a un punto en el que más asociaciones no hacen más que entorpecer el proceso. En ese momento hay que animar al paciente únicamente a que se levante y compare sobre el propio terreno, de facto, su imagen del analista con la propia realidad del analista. Y sin embargo, en el modelo analítico clásico el acento se pone precisamente en la fuente inconsciente de las imágenes, y el paciente no tiene ninguna necesidad de levantarse durante la sesión para recurrir a la realidad.

Renik dice también que el análisis tiene que trabajar con objetivos (task oriented endeavor) y que el objetivo del análisis es la supresión de los síntomas.

Todo esto nos obliga a una introspección seria con humildad. Lussier dice que leyendo el artículo de Renik, uno se siente invitado a los funerales del psicoanálisis. Nos tenemos que plantear de nuevo preguntas muy simples acerca de los objetivos del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica así como sobre su inscripción en la sociedad y en el sistema social y económico actualmente prevalentes. ¿Cómo preservar la pureza de la cura analítica si defendemos al mismo tiempo la presencia de la psicoterapia psicoanalítica en el sector público, las instituciones, los hospitales...?

## PERSPECTIVAS DE FUTURO

Cuando examinamos el amplio campo de las diferentes terapias, podemos diferenciar de forma esquemática, por un lado el polo analítico y por otro el conglomerado de las orientaciones no analíticas o incluso francamente anti-analíticas. Recientemente asistimos en Europa a un amplio movimiento de agrupamiento de las diferentes sociedades de terapia. Comencemos por el campo analítico en el que, a mi entender, se podrían diferenciar las sociedades de psicoanálisis y las sociedades de psicoterapia psicoanalítica.

1. A nivel de las **sociedades de psicoanálisis** algunas sociedades freudianas no-miembros de la API (o de su rama europea, la *Federación Europea de Psicoanálisis*) se están acercando a ella actualmente (Alemania, Países Bajos...). No habría porqué descartar que en un futuro algunas sociedades de psicoanálisis de la API se vean tentadas de abrirse a psicoanalistas lacanianos tal como ocurre en América latina, o incluso que sociedades lacanianas soliciten su ingreso en la API. Existen también sociedades lacanianas internacionales pero sus divisiones impiden tener una apreciación clara de la situación.
2. A nivel de las **sociedades de psicoterapia psicoanalítica**, la EFPP federa cada vez más a las sociedades de psicoterapia psicoanalítica (alrededor de 13.000 personas son miembros de las redes de la EFPP). Pero no es la única organización en Europa dentro del campo de la psicoterapia psicoanalítica. Para los próximos años, uno de los objetivos principales de la EFPP va a ser el de crear sinergias entre los componentes de este campo psicoterapéutico.

Junto al campo psicoanalítico existe

3. La **EAP** (Asociación Europea de Psicoterapia) que intenta agrupar a todas las orientaciones terapéuticas: sistémicas, comportamentalistas, humanistas pero también a los relajadores, los masajistas, los hipnotizadores, auriculoterapeu-

tas... es decir, a todas aquellas personas que practican simplemente técnicas terapéuticas. Hay que señalar que un cierto número de estas orientaciones representadas en la EAP, como los sistémicos por ejemplo, tienen sus propias redes a nivel europeo. La EAP propone una misma formación básica para todas las orientaciones europeas (una especie de esperanto de la formación) y la creación de una profesión específica: la de psicoterapeuta. Dentro de este plan, el título básico de medicina, psicología, asistente social etc. no sería necesario para iniciar la formación. Esta misma asociación plantea que toda organización con 400 miembros en Europa como mínimo sea reconocida como corriente terapéutica independiente. Es como abrir la puerta a las mayores desviaciones éticas.

Todo esto produce la impresión de que hay una serie de ejércitos que se están agrupando para la batalla. Por un lado tenemos el polo analítico y por otro un gran número de terapias heteróclitas cuyo común denominador es su orientación anti-analítica y que, retomando las críticas de Freud, Jones y Glover, utilizan todas ellas la sugestión como medio terapéutico.

Tanto el desarrollo de las sociedades de psicoterapias psicoanalíticas como, sobre todo, su agrupamiento en la EFPP estableciendo así a nivel europeo su existencia institucional, ha introducido una nueva dimensión política dentro del paisaje analítico cuyas consecuencias no somos capaces de medir todavía.

Por tanto, sorprende que los psicoanalistas, exceptuando algunas notables excepciones como la de Gran Bretaña, no tengan –¿todavía?– ganas de establecer contactos de sociedad a sociedad. Y sin embargo están apareciendo algunos signos positivos: así, bajo el impulso de Otto Kernberg, las sociedades miembro de la API (Asociación Psicoanalítica Internacional) están dando paso a un proceso de reflexión sobre las relaciones entre el psicoanálisis y la psicoterapia. Espero que el argumento de que son las diferencias de formación las que



distinguen a los psicoanalistas y a los psicoterapeutas psicoanalíticos deje la puerta abierta al diálogo.

Hay que volver a pensar sobre la totalidad del campo analítico así como sobre las relaciones que pueden mantener entre sí los protagonistas de este campo y sobre las relaciones con las organizaciones de las que forman parte.

Parece claro que el desarrollo de los psicoterapeutas psicoanalíticos obliga a medio plazo a redefinir los roles y las funciones respectivas de las dos orientaciones, la psicoanalítica y la psicoterapéutica y a reequilibrar las responsabilidades así como a crear zonas de encuentro para, gracias a la capacidad de diálogo y del mantenimiento de relaciones dialécticas, poder evitar los efectos destructores del juego de fuerzas del poder.

Uno se puede imaginar, tanto por parte de los analistas como de los psicoterapeutas, diferentes escenarios de confrontación o de negación de convergencias y de complementariedad dentro de la diferencia.

Por mi parte, abogo clarísimamente por una forma de “diálogo” entre las dos ramas de la familia analítica sobre la base de unas fórmulas que aún están por definir y que pueden variar de un país a otro. La Gran Bretaña nos ofrece un ejemplo interesante, aunque no necesariamente a imitar, con la creación de la Confederación Británica de Psicoterapia (BCP). Cuatro grandes asociaciones inglesas se han agrupado para crear esta confederación. Los psicoanalistas de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, los psicoterapeutas psicoanalíticos de adultos, los psicoterapeutas de niños y de adolescentes y los analistas jungianos. Aun conservando cada asociación su propia autonomía, consideran que lo que les une es más importante que lo que les separa y opone, dentro del respeto de las diferencias. Sus ideas de base les agrupa y les opone a las técnicas terapéuticas breves que buscan la supresión del síntoma al precio de la negación de la vida psíquica o incluso del ataque a la misma.

En este sentido la creación de esta confederación en Inglaterra ha supuesto una auténtica revolución en el mundo psicoanalítico. Esta es la vía elegida por los ingleses; otros países, bajo la presión de los factores sociales tales como las presiones de los seguros de enfermedad o de las orientaciones terapéuticas no analíticas, podrán optar por otras fórmulas.

Con el euro, ya es imposible pensar en el marco estrecho de las fronteras nacionales. Tenemos que pensar a nivel europeo. Por tanto, lo que yo propongo es que la EFPP establezca relaciones con todas las organizaciones europeas del ámbito de la psicoterapia psicoanalítica para constituir una **plataforma analítica** que sirva de lugar de discusión e intercambio. Los problemas de salud y los criterios de formación y reconocimiento ya no serán tratados a nivel nacional sino cada vez más a nivel europeo. Les toca a los psicoanalistas decidir si les interesa participar o no.

Dentro del marco de esta plataforma tendríamos medios para pensar en los criterios de reconocimiento de los psicoterapeutas y de los psicoanalistas tal como nos gustaría presentarlos en Bruselas. Tendría la ventaja de presentar un polo analítico unido en relación a otras orientaciones. Sería también el marco idóneo para pensar entre todos en una ética analítica común, indisociable de la terapia analítica. Nos encontramos, pues, en un momento de grandes cambios en el ámbito de la psicoterapia y con la amenaza para unos, y la esperanza para otros, de un certificado europeo de psicoterapia psicoanalítica.

Construir, reunir, confiando en las fuerzas de vinculación y de diálogo, es lo que Freud describió bajo el concepto de pulsión de vida. Para que esta pulsión de vida sea eficaz tiene que adaptarse a las nuevas condiciones del biotipo... de los analistas. Me atrevo a esperar que la pulsión de vida y de creatividad del movimiento analítico va a ser lo suficientemente fuerte como para contrabalancear las fuerzas de desvinculación presentes en toda institución.

## BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM, S (1999): L'avenir de la psychothérapie individuelle in *A la recherche de l'avenir*. PUF, París.
- FREUD, S. (1949). Abrégé de psychanalyse, PUF, París
- FREUD, S (1981, 7<sup>a</sup> Ed.): Les voies nouvelles de la thérapeutique in *La technique psychanalytique*. PUF, París.
- FREUD, S (1940): *Métapsychologie*, Gallimard, París.
- FREUD, S (1982): Au-delà du principe du plaisir, in *Essais de psychanalyse*. Payot, París.
- FRISCH, S. (1998): Les psychothérapies psychanalytiques en Europe. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 22: 257-282. Bayard Editions, París.
- GERLACH, A. (1995); Wissenschaftliche Kontrowerse oder Machtkampf? in *Forum psychoanal* 11: 266-274.
- LUSSIER. *Getting real in analysis*, Bulletin de la Societé Psychanalytique de Montréal, vol. 9, n.2.
- ROUDINESCO, E. (1999): L'avenir de la psychothérapie in *A la recherche del'avenir*, PUF, París.
- JAPPE, G. (1998): Qu'appelle-t-on aujourd'hui transmission et diffusion de la psychanalyse? in *Psychanalyse en Europe*, 50 p. 99-106.



## **REFLEXIONES ACERCA DEL TRABAJO ANALÍTICO A LARGO PLAZO CON ALGUNAS FAMILIAS FRÁGILES\***

**Durieux Marie-Paule\*\* y Frisch-Desmarez Christine\*\*\***

### **INTRODUCCIÓN**

Quisiéramos exponer una serie de reflexiones acerca de las familias que necesitan una terapia familiar de varios años de duración.

Nos gustaría mostrar que con estas familias, es necesario un largo período previo de trabajo sobre el encuadre y la co-creación de un espacio transicional, antes de poder pasar a una fase terapéutica en la que la familia pueda salir de sus propios círculos viciosos de presiones y proyecciones.

El motivo de consulta, la edad del niño y su sintomatología suelen ser de lo más variado: insomnio primario, trastornos del comportamiento, pero también síntomas de tipo psicótico, defensas autistas o manifestaciones alucinatorias. En la mayoría de los casos, la problemática central de estas familias suele tener que ver con la identidad y los procesos de individuación y autonomía. Predominan los mecanismos de negación y

---

\* Ponencia presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999.

\*\* Psiquiatra infantil, Psicoterapeuta psicoanalítico. Responsable del departamento "Petite enfance et parentalités" del servicio de salud mental de la Universidad Libre de Bruxelles (Belgique).

\*\*\* Psiquiatra infantil, Psicoanalista, Luxembourg.

escisión. Se trata de familias que podríamos calificar de “pre-neuróticas” (M. Berger, 1986). En estas familias los espacios psíquicos están mal diferenciados, la temporalidad trastocada, la historia familiar poco estructurada, poco ligada y el acceso al mundo interno de los padres global o parcialmente obstaculizado. En otros casos, el funcionamiento familiar se nos muestra como neurótico, pero el tratamiento se suele prolongar sin que se produzcan auténticos cambios y se observa que todo un sector de la vida psíquica y de la historia de los padres sigue estando inaccesible al trabajo de elaboración. F. Palacio-Espasa (1998) y B. Cramer, a propósito de estas familias hablan de conflictos de la parentalidad de tipo “masoquista o narcisista”. Se suele plantear una indicación de terapia familiar porque los síntomas del niño están tan ligados a los disfuncionamientos familiares que un abordaje individual parece condenado al fracaso.

## **PRIMER TIEMPO DEL TRABAJO TERAPÉUTICO**

Durante las primeras consultas con estas familias, que habitualmente suelen tener una historia traumática, se suele poder llegar a elaborar una serie de hipótesis, sobre todo en términos de proyección de objetos internos parentales sobre el niño. Pero la experiencia nos enseña que en la mayoría de los casos, la interpretación verbal, o se suele enfrentar con mecanismos de negación masiva o parece que se acepta pero no se integra. Incluso puede llevar a una atenuación del síntoma pero solo de forma transitoria.

Cada vez que atendemos un caso de este tipo no dejamos de sorprendernos por la duración del tratamiento. Con estas familias, a pesar de una transferencia positiva y una alianza terapéutica clara, resulta desesperante el tiempo que se necesita antes de poder abordar con los padres los conflictos inconscientes activos en la eclosión de la sintomatología de su hijo. Asimismo, hace falta muchísimo tiempo para poder tener

la impresión de que se está produciendo un cambio significativo en la psicodinámica familiar. A veces, el terapeuta tiene el sentimiento de llevar él solo el peso de la demanda y el sentido del proceso terapéutico. Se siente desvalorizado e impotente. Sus capacidades para comprender y pensar se ven a menudo atacadas. Pero hay algo que es preciso señalar: en algunos casos la sintomatología del niño puede llegar a remitir y su funcionamiento psíquico comenzar a cambiar incluso antes de que se produzcan cambios a nivel familiar.

B. Cramer y F. Palacio-Espasa (1993) describen en estos padres modalidades de identificaciones proyectivas del tipo “evacuadoras y deformantes”. Según estos autores, este tipo de identificación proyectiva permite expulsar los aspectos negativos, escindidos y negados de las partes infantiles de los padres: por ejemplo, el niño ávido, destructor, desvalorizado del que los padres no tienen conciencia al inicio del tratamiento. De forma paralela, los padres se identifican conscientemente con imágenes parentales idealmente aconflictivas e irreprochables, pero a nivel inconsciente encontramos identificaciones con imágenes parentales distantes, cuando no rechazantes y hostiles.

M. Girardon-Petit (1996), en un artículo acerca de la transmisión transgeneracional, habla de la necesidad de una especificidad en la escucha de algunos pacientes que ponen en peligro la función reflexiva habitual del terapeuta. Una cita de este autor parece perfectamente aplicable al trabajo con estas familias: “la transferencia se nos presenta como uniformemente positiva y dispuesta al trabajo elaborativo pero al mismo tiempo no da muestras de la más mínima implicación real”.

Se trata de esos pacientes para los que la transmisión transgeneracional se ha mantenido en secreto (Tisseron, 1992) o está entremezclada (H. Faimberg, 1993). S.Tisseron introduce la noción de “fingimiento”: en determinadas circunstancias de vida traumática, los acontecimientos importantes vividos por uno de los padres, pero parcialmente elaborados, se colo-

can dentro de una vacuola, en secreto, pero el secreto contenido en dicha vacuola supura. Es este fenómeno de supuración, que el autor llama “fingimiento,” el que es absorbido por el niño y tiene un impacto en su funcionamiento psíquico.

El o los padres parecen abrigar dentro de ellos una especie de “cripta” irrepresentable y completamente escindida del resto del psiquismo, y este hecho parece explicar el contraste entre el aspecto habitualmente rico y elaborador del material de las primeras sesiones y el que las cosas cambien tan poco a la hora de la verdad.

J. Godfrind (1998) apela a una falla primaria asociada a un sufrimiento psíquico insoportable que no ha impedido, en los casos a los que ella se refiere, un funcionamiento intelectual a veces hasta brillante, pero que al mismo tiempo sirve de protección contra este “terror sin nombre”. Según J. Godfrind, habría una escisión entre una parte representada del acontecimiento traumático, presente en la memoria del sujeto, y una parte totalmente irrepresentada ligada a este sufrimiento. De ahí que esta parte irrepresentada no pueda formar parte del discurso familiar ni integrarse de forma consciente en el material clínico. El acceso a esta parte, cuando es posible, está lleno de grandes rodeos y entre ellos, sobre todo, el consistente en la elaboración permanente de ciertos aspectos del encuadre y de la relación transfero-contratransferencial.

A propósito de la transmisión transgeneracional, H. Faimberg (1993) habla de **identificaciones inconscientes** que condensarían algún aspecto de carácter secreto que no pertenece a la generación del paciente. Evoca una función de apropiación que definiría la identidad positiva del niño y una función de intrusión que la definiría en su identidad negativa.

En su hermosísima obra, S. Fraiberg (1989) desarrolla la idea de los *“fantasmas en el cuarto del niño. Se trata de visitantes del pasado que acuden al bautizo sin haber sido invitados”*. Las familias a las que nos referimos aquí parecen estar poseídas por estos intrusos-fantasmas. Perfectamente instala-



dos en el psiquismo parental les impulsan a repetir, aun a pesar suyo, un escenario ya transcurrido.

Ciccone (1997) habla de “*transmisión traumática*” de objetos no-transformados, por falta de para-excitación y de palabras o a causa de palabras demasiado brutales sobre acontecimientos traumáticos de la historia familiar.

Esta “*transmisión traumática*” aplasta los procesos transicionales y tiene efectos de enquistamiento, alienación y control. Impide su apropiación por parte del sujeto. A este respecto dice el autor: “*El objeto incorporado, o no lo está o está poco transformado por la transmisión, pero él sí transforma al sujeto; por el contrario, el objeto interno introyectado está transformado por el sujeto*”. Describe a propósito de estas familias la noción de “*intrusión imagóica*”, mecanismo por el cual un objeto psíquico interno de los padres está impuesto o se impone como objeto de identificación del niño. Esta “*intrusión imagóica*” serviría para protegerse de las angustias catastróficas, depresivas y persecutorias. Este aspecto defensivo esencial de este tipo de procesos explica también el porqué de la necesidad de un tratamiento de larga duración: las angustias subyacentes se encuentran demasiado escondidas y son demasiado dolorosas como para vivirlas de repente.

## **MOMENTOS-CLAVE DEL TRABAJO TERAPÉUTICO**

Durante el trabajo terapéutico, en un determinado momento, la madre o el padre vuelven a tomar contacto con vivencias muy dolorosas de la infancia en un movimiento auténticamente asociativo. El desencadenante puede ser un sueño desconcertante, una vivencia depresiva, un movimiento transferencial hacia el terapeuta, dificultades de pareja a menudo acuciantes, un fenómeno alucinatorio o un fantasma recurrente.

Este material aportado por uno de los padres entra a menudo en resonancia con la vivencia del otro y entonces, los recuerdos de su infancia, a veces presentes únicamente en

tanto que afectos y que hasta este momento no estaban disponibles y permanecían escindidos, pueden llegar a emerger hasta permitir que poco a poco se pueda ir esclareciendo la problemática desde otro ángulo.

¿Cómo se puede explicar que estas vivencias tan dolorosas hayan pasado en silencio durante tanto tiempo, cuando es tan evidente su relación con los síntomas del niño? Pensamos que en algunos padres es el mecanismo de la escisión el que, haciendo que estos recuerdos no estén disponibles para la elaboración, impide relacionarlos con las dificultades del niño. En otros casos hemos planteado la hipótesis de la existencia de una cripta en el interior del psiquismo parental, en la que se encuentran encerrados las representaciones y los afectos más dolorosos y amenazantes ligados a las vivencias traumáticas de la primera infancia. Estas vivencias, escindidas del resto del psiquismo, permanecen inaccesibles pero se muestran enormemente activas en la relación con el niño.

La noción de cripta nos remite a los trabajos de Nicolas Abraham y María Torok (1987) y a la distinción que ellos establecen entre la introyección que permite el crecimiento psíquico y la incorporación que actúa allí donde falla la introyección.

Ante una pérdida ligada a un objeto narcisísticamente indispensable (pérdida real o pérdida narcisista, real o fantasmática), ante la negación misma de esta pérdida imposible de reconocer y necesitada de permanecer oculta, la incorporación instala al objeto, en secreto, dentro de sí mismo. En algunos casos, la incorporación sucede a un duelo inconfesable relacionado con una experiencia objetual manchada de vergüenza: “el vacío de la boca, que llama en vano para llenarse de palabras introyectivas, se transforma en boca ávida de alimento anterior a la palabra: a falta de palabras intercambiadas con otro con las que poder alimentarse, la boca va a introducir fantasmáticamente la totalidad o parte de una persona, única depositaria de lo que no tiene nombre” (M. Torok y N. Abraham, 1987). Tanto el objeto como la totalidad de la experiencia

afectiva ligada a él acaban siendo engullidos y conservados dentro de una cripta, emparedados y enterrados.

Cuando debido a determinadas circunstancias la cripta corre el riesgo de derrumbarse, el yo tiende a fusionarse con el objeto incluido dentro de una identificación endocríptica que debe de continuar permaneciendo oculta.

A. Green no habla en términos de secreto vergonzoso encriptado y origen de vivencias dolorosas de la infancia sino de desinvertimiento materno y de afectividad negativa impensable en relación con un objeto idealizado.

Nosotras planteamos la hipótesis de la existencia de un proceso similar en los padres de las familias a las que nos estamos refiriendo. Estos padres han vivido unas primeras relaciones poco satisfactorias con sus propios padres, marcadas por la insatisfacción y la carencia; las representaciones emergentes varían según las familias: representación de un padre deprimido, indisponible, rechazante o controlador; representación de una madre muerta precozmente; estas representaciones se asocian a una vivencia cada vez más compleja y diferente pero siempre marcada por un sentimiento de abandono y de soledad: una boca llena de leche pero ávida de amor, de atención, de imágenes identificatorias, de palabras que den sentido.

Esta pérdida y esta carencia no pueden ser reconocidas como pérdida o carencia: hay que preservar al objeto materno o parental ideal. La incorporación interviene allí donde la introyección no lo hace. "Todas las palabras que no han podido ser dichas, todas las escenas que no han podido ser recordadas, todas las lágrimas que no han podido ser derramadas van a ser tragadas junto con el traumatismo causante de la pérdida. El duelo indecible instala dentro del sujeto un sótano secreto (M. Torok y N. Abraham, 1987).

¿Cuál es la naturaleza de estas experiencias parentales tan amenazantes para el psiquismo?

Se pueden plantear tres tipos de experiencias que no son incompatibles y se pueden superponer:

- En primer lugar todo lo referente al registro de la vergüenza y de la culpabilidad. Abraham y Torok (1987) han introducido progresivamente la noción de secreto vergonzoso en el origen de la incorporación: lo impensable son las experiencias objetales manchadas de vergüenza y de culpabilidad con un objeto que juega el papel de ideal del yo y al que hay que preservar. Los trabajos de Tisseron (1992) van en el mismo sentido.
- El segundo aspecto se refiere a lo que Kaës y Eiguer (1997) denominan afectividad negativa, desde la vertiente de la carencia. La indisponibilidad y el desinvertimiento materno están en el origen de las experiencias precoces dolorosas e impensables. (Cf. “La mère morte” de A. Green, 1980). Además, el desfallecimiento de la capacidad de *rêverie* materna ha dificultado la introyección del buen objeto continente (Cf. Christiane Desmarez) comprometiendo las propias capacidades de simbolización del sujeto.
- El tercer aspecto proviene del lado del traumatismo, de las experiencias traumáticas que no han podido ser pensadas (Cf. Mario Hario paciente H. Fainberg, en el artículo “Le télescope des générations”).

Estas vivencias parentales dolorosas y amenazantes interiorizadas como escenas que ligan afectos y representaciones, se ven reactivadas por el nacimiento o por ciertas fases del desarrollo del niño que entran en resonancia con ellas. Amenazan con invadir el psiquismo, por lo que los mecanismos de defensa se van a activar para evitar el contacto con todo aquello que no ha podido ser pensado; de forma especial la identificación proyectiva, vía regia de la transmisión de los padres hacia el niño, que va a permitir evacuar sobre el niño las representaciones indeseables.

## Un paréntesis

Después del nacimiento del niño, los padres, debido al trastocamiento que representa el acceso a la nueva identidad parental, se encuentran más frágiles psíquicamente, se vuelven a confrontar con su historia infantil, con las buenas y malas imágenes de sus padres; de manera general, todo lo que de conflictivo permanece en la relación con sus propios padres internos, tanto a nivel preconscious como inconsciente, se reactiva con el nacimiento del niño.

Observamos en los padres una inflación proyectiva intensa sobre el bebé; son estos núcleos conflictivos y residuales de la neurosis infantil en especial, los que están en el origen de la proyección sobre el niño de objetos significativos de su pasado o de ellos mismos en tanto que niños. Este movimiento de identificación proyectiva de los padres sobre el niño se acompaña de un movimiento de identificación de los padres con ciertas imágenes parentales tanto a nivel consciente como inconsciente.

Cramer y Palacio-Espasa han clasificado las proyecciones de los padres sobre el niño en función de tres criterios:

- el carácter libidinal o agresivo del investimento de los objetos internos proyectados sobre el niño
- la presión ejercida sobre el niño a través de la interacción para que se identifique con lo proyectado sobre él.
- la capacidad de los padres para retomar sus propias proyecciones y relacionarlas con su propia historia.

En el extremo más patológico describen un funcionamiento parental de tipo narcisista: las identificaciones proyectivas son del tipo “evacuativas y deformantes”. No tienen en cuenta la realidad del niño y su imagen global está deformada por las proyecciones; lo proyectado son representaciones cargadas de agresividad. La presión sobre el niño para que se identifique con estas imágenes es máxima. Los padres no pueden reintroyectar lo proyectado porque se trata de aspectos escindidos e inelaborables de su propio psiquismo.

A los padres se les identifica conscientemente con imágenes parentales idealizadas, pero inconscientemente nos encontramos con una identificación con la figura parental de la cripta o de las representaciones escindidas.

### **Viñeta clínica**

Bella es hija única y tiene 5 años cuando acude por primera vez a la consulta. Su madre ha pedido una cita porque “no se entiende para nada con su hija”. No tienen más que conflictos entre ellas.

Los padres se nos muestran abiertos y preocupados por su hija. Sin embargo, la madre dice que ella ya no puede más y que ya no es capaz de reconducir su relación con Bella. Madre e hija se pasan el día discutiendo y la tensión familiar está en su punto máximo. El padre no sabe cómo intervenir en estas “cosas de mujeres”.

Durante esta primera consulta ocurre algo muy fuerte. Bella se instala en mi mesa de dibujo y después de veinte minutos me trae un retrato de su madre. Me lo muestra y observo que a esta madre le falta una pierna. Pregunto a Bella. Me responde que sí, que a su madre le falta verdaderamente una pierna. La madre, absolutamente paralizada, mira a su hija con unos ojos enormes y me dice: “es verdad, me falta una pierna pero no tenía ni idea de que esto le supusiese ningún problema a Bella. Perdí la pierna en un accidente y ahora tengo una prótesis, pero esto ya se lo expliqué hace tiempo a Bella”.

Continuamos con un diálogo que retomaré más tarde.

Después de su estupefacción debida a esta revelación, la madre consigue rehacerse y banaliza el hecho. Yo no insisto mucho, para no atacar de forma directa las defensas de la madre pero no por ello dejo de señalarle que “si Bella nos ha enseñado esto hoy, es porque se trata de algo que le preocupa” y les propongo que entre todos hagamos un intento por comprender todo aquello. Les planteo una serie de entrevistas para explorar las tensiones familiares y tratar de entenderlas

mejor entre todos para así poder manejarlas. La familia acepta gustosamente.

Llegué a verles de forma regular durante mucho tiempo. Sin embargo, a pesar de la riqueza de las entrevistas, de una alianza óptima de trabajo y de la asociación de numerosos elementos del pasado y del presente, la situación seguía siendo explosiva y la madre hablaba a menudo de separarse de Bella y llevarla a un internado.

Con esta propuesta yo estaba con la mosca detrás de la oreja porque me parecía exagerada para la problemática planteada.

En un momento dado, abordamos el tema de la abuela paterna. Ella mantenía una relación poco clara e incestuosa con Bella. Nuestra intervención hizo que el padre interviniese con su propia madre, consiguiendo liberar a Bella de las presiones y culpabilidades a las que se sentía sometida en su relación con la abuela. Tengo la impresión de que al haber podido intervenir concretamente sobre la generación anterior sin que por ello se produjese ruptura catastrófica alguna, se pudieron redefinir los límites y diferenciar las generaciones; se trataba de una intervención diferenciadora tal como la entienden Berger y Roussillon. Pienso que fue un momento clave en el trabajo terapéutico. Creo que a partir de entonces hubo una mayor distensión y una mayor profundidad en nuestros diálogos, como si hubiesen caído determinadas defensas que hasta entonces habían pasado desapercibidas debido a la fluidez del trabajo.

A partir de entonces la transferencia comienza a desplegarse y puedo ya interpretarla. La madre me vive como una mujer ideal que tiene todas las respuestas y que “salva” a todos los niños del sufrimiento. Todo esto tiene que ver con la imagen de su propia madre, mujer fuerte que asume todo, que siempre tiene razón y que hace todo por todo el mundo. Pero también me ve como un técnico sin afectos y sin más interés que los profesionales.

Un día, después de más de dos años, la madre se presenta sola a una de las sesiones previstas para la familia.

Me revela su adopción. Nunca se lo ha contado a su hija porque no lo veía necesario pero ahora se da cuenta de que le da mucho miedo el hacerlo.

La madre es de origen sudamericano. Sufrió con 3 años un terremoto que mató a su madre, y es hija de padre desconocido. Parece que permaneció durante dos días junto a su madre muerta antes de ser rescatada y más adelante adoptada. Allí fue donde perdió la pierna. Me dice que nunca había pensado en ello y que no veía cómo podía influir todo esto en su hija. La madre le habla ahora a su hija de todo esto, y ésta, por fin, empieza a comprender cosas y reacciones maternas que hasta entonces no entendía.

A partir de entonces podemos explorar tanto la ambivalencia hacia este personaje adoptivo, la abuela, como la agresividad que siente hacia esta mujer tan segura de sí misma, que ha hecho tanto por ella en el plano material pero de la que nunca recibió afecto alguno. Se pudo hablar de la pérdida de la abuela genitora y del enorme vacío que le supuso así como del profundo sufrimiento ligado a una profunda agresividad culpabilizada. Pudo, por fin, expresar su propia agresividad contra su hija debida a su envidia porque ella sí tenía una “verdadera madre que ella no tuvo la suerte de tener” y porque no entendía y le irritaba la avidez de esta niña que tenía de todo y que todavía quería más.

Pienso que en este tratamiento, tanto el cuestionamiento de los objetos-abuela como los rodeos que tuvieron que hacer para conseguirlo fueron indispensables para llegar al núcleo de un sufrimiento negado hasta entonces. Poder reconocer a la abuela paterna como traumatizadora y permitir a los padres intervenir a este nivel, supuso a mi entender una primera etapa de este cuestionamiento. Más tarde, pudieron vivir y expresar durante las sesiones una transferencia ambivalente cuya interpretación permitió acceder a la abuela adoptiva y luego a la abuela genitora.

*Todo esto ha hecho que la madre pueda darse cuenta de la manera cómo ella vive las demandas de su hija. Ante cada de-*



manda de Bella ella se siente atacada porque se siente remitida a una madre que falla y es fuente de un sufrimiento hasta ahora negado. Tal vez se siente asimismo remitida a la rabia impotente y a la angustia de aquella niña pequeña que tuvo que permanecer durante dos días junto a su madre muerta. Por otra parte, pienso que hay otro movimiento identificatorio con la madre muerta: el de la impotencia para responder a las demandas de su hija y el de la paralización ante ella. La evolución confirmó esta hipótesis. Recientemente Bella se ha mareado al salir del baño. Su madre ha pensado inmediatamente que estaba muerta. Lo primero que le ha venido a la cabeza, antes de reaccionar y ayudarla, ha sido tumbarse junto a la niña y permanecer sola con ella y con su desesperación. Mientras me cuenta lo ocurrido, me dice: “sin lugar a dudas, igual que como me quedé junto a mi madre muerta cuando yo era pequeña”. Asocia con el pensamiento de “haber tenido dos madres pero ninguna mamá”. Bella no está presente durante esta entrevista pero la madre se vuelve hacia donde suele sentarse habitualmente y me dice: “en mi tumba me gustaría poner este epitafio: “Bella, te quiero”. Quiero que sepa que más allá de la muerte, yo la seguiré queriendo”. Después me dice que tal vez no sea verdad que no ha tenido ninguna mamá, porque si ahora tiene la fuerza que tiene es porque seguramente la recibió durante sus primeros años, aunque ella no los recuerda. Su primer recuerdo, que se produce precisamente durante la terapia, tiene que ver con el enorme frío que le invadió durante los dos días que pasó bajo los escombros, sobre todo si tenemos en cuenta que sangraba de la herida que tenía en su pierna. Se ha dado cuenta que es el mismo frío el que le invade cuando tiene emociones intensas.

## **LA ENTREVISTA FAMILIAR COMO ESCENA DEL PSICODRAMA**

Lo que sucede durante estas entrevistas familiares nos ha hecho pensar asimismo en un “efecto psicodrama”. El psico-

drama provoca un efecto de sorpresa. En el psicodrama uno se sorprende de lo que ha dicho o ha sentido sin saber que esos afectos estaban ahí, en el interior de uno mismo. Estas vivencias pueden hacer caer a veces defensas muy consolidadas. Estoy pensando en el caso de Bella durante la primera consulta, cuando Bella viene a enseñarme el dibujo de la “mamá a la que le falta una pierna”. Este momento que empieza con el dibujo que me enseña provoca una avalancha de reacciones en sus padres, en ella y en mí. Pienso que la puesta en escena de Bella es como una auténtica puesta en escena psicodramática del afecto provocado por la pérdida de la pierna de la madre. Es decir:

M: “Nunca me habías hablado de esto”. Se vuelve hacia mí. “Bella nunca me ha hablado de esto”. Se vuelve hacia su marido. “Y a ti, ¿te ha hablado alguna vez?”.

P: “No, nunca me ha dicho nada”.

B: “Sí, papá, te pregunté a ver porqué habías elegido una mujer con una sola pierna y tú me dijiste que porque era más divertido!”.

P: Incómodo. Se vuelve hacia la madre. “Ya sabes que es mi forma de hacer gracia”.

M: “De cualquier manera, me lo tenías que haber dicho”. Se vuelve hacia mí. “No pensaba que esto le pudiese preocupar a Bella, yo ya se lo había comentado cuando era muy pequeña”.

Yo: “parece que Bella, trayéndonos esto de repente a la consulta nos muestra que está verdaderamente preocupada y que se hace preguntas sobre esta pierna que falta y de la que no se atreve a hablar a su mamá”.

En 1993, en un artículo de la revista belga, A. Watillon evoca a propósito de las terapias de la relación precoz esta auténtica puesta en escena psicodramática del niño en las consultas. N. Minazio, en su artículo del boletín “El espacio psíquico y el espacio del psicodrama” habla del psicodrama que, a tra-

vés del “como si”, pone en escena los objetos del teatro interno. Al reflexionar sobre las entrevistas familiares, nos dimos cuenta que muy a menudo el niño pone en escena, en el aquí y ahora de la sesión, gracias a la función de apoyo o de segundo plano del terapeuta, aspectos de sus conflictos intrapsíquicos que sus padres parecen ignorar totalmente. Evidentemente, sólo el trabajo a posteriori va a poder poner en evidencia, e incluso a veces mucho más tarde, los mecanismos de negación o de escisión o de contrainvestimento de la temática de la escenificación.

Es como si el propio niño introdujese en la sesión este aspecto de lo transicional tal como lo entiende Joyce Mac Dougall, es decir, como escena transicional o lugar donde se acoge lo que el niño aporta, poniendo en evidencia sus vínculos con sus objetos internos. Esto vale para cualquier psicoterapia con niños, pero en el marco de las entrevistas familiares el resto de los psiquismos presentes recogen (o no) la propuesta del niño. Las asociaciones posteriores a las respuestas de los padres y del psicoterapeuta hacen que el psiquismo grupal pueda elaborar y transformar el afecto. En esta misma línea, la elección de Berger del término de campo transicional se articula muy bien con la observación clínica: área entre la realidad interna y externa que permite un espacio de trabajo que si la patología y el tiempo lo permiten, puede abrir este espacio psíquico al que se refiere N. Minazio. Está claro que no hay que confundir una entrevista familiar con una sesión de psicodrama y que éste no es ni el objetivo ni el encuadre. Pero aunque como psicoanalistas estas puestas en escena nos sorprendan, aquí no se trata de aplicar una técnica determinada sino de estar a la escucha de este tipo de manifestaciones e intentar traducirlas en palabras para que el psiquismo familiar pueda simbolizar y acceder al “como si” y a la transferencia, tal como lo redefinía J. Harpman en un artículo de la revista belga de 1984. Con todo esto, a veces, se logra ese efecto “mágico” del que habla A. Watillo pero lo más normal suele ser un trabajo a largo plazo, tal como lo hemos podido constatar en el caso de Bella.

O. Avron, en su último libro sobre el pensamiento escénico plantea la hipótesis de la existencia de una interacción inmediata de tipo energético dentro de un grupo. Habría una sensibilidad específica hacia las polaridades energéticas activas y receptoras de los individuos del grupo. A una acción estimuladora respondería una acción receptiva. Esta respuesta invertida constituiría el primer intento por poner en relación lo aportado por el individuo dentro del grupo (juego, relato, psicodrama...). *“El ser humano participa de forma instantánea en la organización rítmica del intercambio aun cuando no sepa reconocer su participación. Se trata de la base misma del contacto inter-psíquico”*. La autora postula una pulsión de interrelación psíquica que responde a una necesidad estructural de apertura y de transformación de los psiquismos, unos en relación con otros. Esta idea me interesó mucho porque pienso que ayuda a comprender el material aportado por la niña no sólo como una puesta en escena sino como una auténtica provocación para la búsqueda de una ligazón. Hay muchos autores que señalan hasta qué punto comprende el niño de entrada lo que viene a hacer donde nosotros y hasta qué punto puede ser grande su confianza hacia nosotros. Yo creo que la hipótesis de O. Avron puede explicar en parte este fenómeno.

### **Viñeta clínica: Arnaud, Martín y Lisa**

Se trata de una familia con tres niños: Martín y Arnaud, gemelos, tienen 2 años y 7 meses, y Lisa 19 meses. Los Sres. F. me consultan por problemas de comportamiento de los gemelos; no tienen ningún límite, no obedecen a nada y a la mínima frustración reaccionan con una cólera terrible. Los padres reconocen su incapacidad para ejercer la autoridad y para entrar en conflicto con los niños. Los niños no hablan nada y no controlan los esfínteres ni de día ni de noche. Rápidamente aparece que se trata de niños psicóticos con mecanismos de defensa autistas severos. No presentan ningún juego simbólico. No tienen miedo a nada, de lo que los padres se

muestran orgullosísimos, y sobre todo no manifiestan ningún tipo de angustia de separación. La Sra. F. se siente muy contenta por ello porque, según ella, demuestra su grado de independencia y de fuerza.

La historia de los gemelos es muy seria: después de nacer pasaron cierto tiempo en el centro neonatal. Martín permaneció en él 2 meses. La Sra. F. cuando se le pregunta por lo que pasó durante ese período, no expresa ninguna angustia ni sufrimiento por esta separación. No fue más que dos veces a ver a los gemelos al centro neonatal. Estaban muy bien atendidos y no necesitaban de ella. Los describe como bebés muy formales pero siempre enfermos. Desarrollaron un insomnio primario grave resuelto con un método comportamental. Después de esta primera consulta, lo que más destaca en esta madre es la negación de las necesidades más básicas de los bebés, y sobre todo, la negación de todo lo relacionado con la dependencia con respecto a su madre, así como su enorme dificultad para empatizar con su sufrimiento psíquico. Durante las entrevistas posteriores invité a un colega psicólogo a que se sume a las mismas. Vemos más tarde a Lisa y también ella nos preocupa mucho ya que presenta el mismo cuadro de repliegue autista y de ausencia de lenguaje que sus hermanos. Poco a poco los padres nos van relatando su historia. La Sra. F nos dice que se acuerda muy poco de su infancia, y aunque nos habla de unos padres ausentes y poco disponibles, centrados exclusivamente en su trabajo, y de una larga lista de babysitters, nos dice que tuvo una infancia dichosa y sin problemas. Los padres se separaron cuando ella tenía 7 años, y desde entonces ve muy poco a su padre. Cuando le invité a hablar de sus relaciones con su madre, dice que se lleva muy bien con ella y que no tiene ningún problema. Durante mucho tiempo no vamos a poder avanzar en este terreno. El Sr. F. habla con más detalle de su historia. No conoció a su padre, un hombre casado. Tiene un hermano 3 años mayor que él y describe a una madre abusadora, intrusiva y controladora. "Hizo un Edipo a la inversa". Él nunca se rebeló pero se marchó a Bélgica para poder escapar de ella.

Además ella nunca aceptó ni a su mujer ni a sus hijos. Últimamente tuvo un intento de suicidio a raíz de una discusión telefónica con él. Todo esto lo cuenta riéndose y negando cualquier sentimiento de culpa. Durante esta segunda consulta nos llama muchísimo la atención la fuerza de los mecanismos de negación y de escisión. El Sr. F. tiene amputada gran parte de sus vivencias afectivas con las que no puede entrar en contacto: su vinculación edípica con su madre y una culpabilidad muy activa así como su sufrimiento ligado a la ausencia de un padre de quien no sabe nada.

La Sra. F. es incapaz de reencontrar el recuerdo de aquella niña depresiva, angustiada y abandonada por unos padres no disponibles.

Nuestra intervención fue la siguiente: la Sra. F. prefirió pensar que sus hijos estaban bien en el hospital porque de pensar que necesitaban de ella hubiese sufrido muchísimo, y además tenía un enorme deseo de tener unos hijos autónomos e independientes. Los dos padres sufrieron sin lugar a dudas de su dependencia durante su infancia, la madre con respecto a unos padres no disponibles y el padre con respecto a una madre demasiado intrusiva. Ambos parecen aceptar esta intervención pero no pueden integrarla abiertamente y a lo largo de las entrevistas posteriores es como si nada se hubiese comentado al respecto.

En la 3.<sup>a</sup> entrevista, la Sra. F. nos describe algo que consideramos como una verdadera puesta en escena del fantasma que organiza sus relaciones con sus hijos: se queja de la tiranía que sufre, tiene el sentimiento de que es utilizada, explotada como un objeto. Por tener paz, se refugia en la cocina y pone una barrera entre ella y los niños encerrados en el salón. Habla de auténticas fieras ávidas que lanzan los biberones por encima de la barrera y chillan hasta que ella los llena. Vemos cómo empieza a sobresalir el fantasma de unos niños ávidos y voraces que la van a devorar literalmente por lo que se ve obligada a mantenerlos a distancia. Merece la pena señalar la angustia y el asco con el que esta madre des-

cribe el apetito de Lisa cuando come “carne cruda y toda una pechuga de pollo”.

Les vemos en terapia familiar cada 15 días. La terapia se centra durante mucho tiempo en el aquí y ahora de las sesiones y sobre todo en la observación de los niños que cada vez más nos solicitan con juegos más simbólicos. Los niños van a salir rápidamente de la psicosis y van a evolucionar favorablemente. Hay varios temas que vuelven de forma recurrente. Nos sorprendemos muy a menudo del desconcierto y estupefacción de la madre cuando sus hijos manifiestan algún tipo de sufrimiento psíquico (miedo, angustia). Es incapaz de ayudarles y les deja solos en medio de su enorme desesperación. Las demandas afectivas de sus hijos parecen revestirse de un carácter persecutorio. De Lisa, que no para de solicitar su atención y manifiesta angustias de separación, dice que “es pegajosa: cuanto más le das más pide”. El Sr. F. está cada vez más ausente psíquicamente durante las sesiones. Se duerme regularmente pero dice que en casa le pasa lo mismo. Es incapaz de asumir el papel de tercero, de oponerse a su mujer y de entrar en conflicto con ella. Es ella la que asume totalmente la marcha de la casa. Otro aspecto que trabajamos es el de la indiferenciación de los niños que no pueden tener ninguna posesión para evitar los conflictos de rivalidad.

Sólo después de un año de tratamiento es capaz la Sra. F. de abordar las angustias que la invaden y que se suelen traducir en rituales obsesivos (angustia de que el gas esté encendido, angustia de que haya juguetes en la cama de los niños que les puedan asfixiar...). En un año y medio de terapia, hay dos sesiones especialmente importantes. Cada uno de los padres ha solido venir solo con Lisa. El Sr. F. es capaz de hablar por primera vez de sus dificultades para hacer frente a los conflictos y oponerse a su mujer que quiere traer un cuarto niño. Comienza a relacionar vagamente a su padre ausente con su dificultad para estar presente psíquicamente. Está más despierto y nos habla de su pasión por una actividad artística así como de la herida que le supone su fracaso profesional actual en Bruselas. Du-

rante esta sesión, Lisa me pide por primera vez jugar con el balón y después con muñecas-bebés en un juego más simbólico. En la siguiente sesión, la Sra. F, a raíz de una vivencia transfe-rencial, es capaz de hablar por primera vez de la dependencia que siente con respecto a su madre: la llama todos los días por teléfono y la madre no para de darle consejos que le producen tanta más rabia cuanto más necesita de ellos y encima es ella misma quien se los pide. Lisa, en una secuencia interactiva, expresa de forma muy ambivalente su deseo de permanecer en los brazos de su madre y a la vez de bajar. Nos permitimos hacer por primera vez una interpretación de la ambivalencia en espejo de la propia madre ante los acercamientos de Lisa. Intentamos poner en relación, por una parte, lo insoportable que le resulta depender tanto de su propia madre como de los terapeutas, y por otra, su angustia frente a una niña que puede devorarla cruda, sobre todo por lo difícil que le resulta poner límites y porque quisiera dar todo lo que ella no ha recibido de unos padres muy poco disponibles. A partir de aquí, los niños evolucionan mejor pero la puerta ocasionalmente abierta a las representaciones más inconscientes vuelve a cerrarse y las sesiones comienzan a espaciarse de forma muy significativa aunque sin finalizar del todo. Más tarde y con ocasión de un episodio depresivo, la madre puede por fin hablarnos de su sufrimiento relacionado con su avidez y posesividad.

## **DISCUSIÓN SOBRE EL PROCESO**

### **1. El tiempo de construcción**

Durante las primeras entrevistas, el material desplegado parece rico en hipótesis y promete un proceso elaborativo conjunto entre la familia y el terapeuta. Pero más tarde, se observa un reforzamiento de los mecanismos defensivos. Parece como si la fuente del material psíquico se hubiese agotado, todo acceso a las representaciones inconscientes cerrado y las ligazones deshecho. Durante mucho tiempo el terapeuta tiene



la impresión de que no ocurre nada. ¿Cómo comprender este contraste entre la impresión movilizadora del comienzo y esta evolución posterior que parece estancarse y que suscita sentimientos de desvalorización e impotencia en el terapeuta?

Durante las primeras entrevistas, la técnica activa del terapeuta que le lleva a preguntar por la historia familiar y transgeneracional provoca un efecto sorpresa en los padres y el niño. Esta brecha abierta en el funcionamiento defensivo de la familia permite la emergencia de elementos inconscientes en forma de fantasmas, de relatos, de recuerdos o de puesta en escena psicodramática del niño. La convergencia de todos estos fenómenos conlleva una cierta cristalización del conflicto familiar (Berger 1988) inconsciente que alimenta el pensamiento del terapeuta y le permite intervenir e interpretar. Una vez pasado el efecto sorpresa, se vuelven a movilizar las defensas familiares e individuales y el terapeuta tiene el sentimiento de chocar una y otra vez contra algo impenetrable. Mirando hacia atrás, es como si detrás de este inmovilismo aparente y más allá del propio contenido se estuviese haciendo un trabajo de construcción más subterráneo a diferentes niveles. En efecto, pudimos constatar extrañados que en todos los casos el niño evolucionaba favorablemente; incluso en algunos observamos una verdadera recuperación evolutiva, como en el caso de Bella, Martin, Arnaud y Lisa. En otros, desaparecía la sintomatología más florida y parecía producirse un cierto reajuste relacional que permitía al niño librarse en parte del peso del conflicto parental, pero sin llegar a tener la impresión de producirse un verdadero reajuste psíquico.

¿En qué consistían estos diferentes niveles de construcción?

## **1 A. El trabajo a nivel del encuadre**

### ***El encuadre como continente***

Uno de los soportes del trabajo terapéutico de este período consiste en la creación de un encuadre continente a base

de pequeños retoques, gracias a la preocupación materna primaria del terapeuta por el niño y los padres y a la fiabilidad y perennidad del dispositivo terapéutico. Precisamente aquello de lo que han carecido ambos padres en su infancia. Este encuadre va a poder ser introyectado de forma progresiva por parte de la familia.

Hay dos elementos de este encuadre que nos parecen especialmente importantes:

1. la capacidad del terapeuta para acoger en él, a menudo sin darse cuenta, gracias al mecanismo de la identificación proyectiva, las vivencias más arcaicas de los padres tales como la desesperanza, la parálisis, la incapacidad para pensar, el sentimiento de impotencia..., y su capacidad para metabolizarlas poco a poco, transformarlas y devolverlas de forma aceptable.
2. la capacidad del terapeuta para pensar sobre el niño delante de los padres. Es la introyección por parte de los padres, a menudo sin que se de cuenta el propio terapeuta, de esta misma disponibilidad la que explica probablemente, al menos en parte, la mejoría del niño. Este aspecto del tratamiento resultó muy importante para la familia F.

En las familias neuróticas, en las que la capacidad empática para con el niño parece ya adquirida, las cosas ocurren de otra manera, ya que son las intervenciones sobre los contenidos las que resultan más movilizadoras.

### ***El encuadre como tercero***

Aun cuando los aspectos maternos del encuadre sean importantes, los aspectos impuestos, tales como los horarios fijos, el tiempo limitado de las sesiones, la cadencia de las mismas, etc., nos aportan una dimensión estructurante fundamental. La capacidad del terapeuta para ir poniendo límites va siendo introyectada poco a poco por parte de los padres sin ninguna connotación de violencia, destrucción o pérdida de

amor. La familia puede empezar ya a vivirse a sí misma de otra manera, y no necesariamente rompiendo sus propios límites y el de los demás y sacrificándose a sí misma. Las vivencias de la familia frente a los límites del encuadre y del terapeuta dejan abierto el camino para poder abordar el trabajo transferencial sobre la dialéctica de la dependencia. Es uno de los aspectos que hace que la familia pueda ir desarrollando sus propios recursos durante el intervalo de las sesiones.

### **1 B. *El juego de las identificaciones***

N. Minazio (1998), al referirse a uno de los aspectos del trabajo psicoterapéutico, habla a menudo de un viaje identificatorio. Creemos que es gracias a un juego inconsciente muy complejo como las identificaciones con los aspectos parentales del terapeuta van instaurándose poco a poco, trozo a trozo, como si de un puzzle se tratara. Hace falta mucho tiempo para que las imágenes parentales menos escindidas puedan ir consolidándose. El juego identificatorio del terapeuta con el niño y los padres se cruza con el de los padres y el niño.

### **1 C. *El trabajo a nivel de la ambivalencia***

M. Berger (1986) escribe: “No se puede hacer el duelo de un objeto totalmente malo o totalmente bueno. Solo se puede hacer el duelo de un objeto que ha sido suficientemente bueno pero al mismo tiempo suficientemente frustrante como para permitir que la libido pueda dirigirse hacia otros objetos”. Este trabajo sobre la ambivalencia de los padres con sus propios objetos parentales nos parece fundamental a la hora de trabajar con estas familias. La renuncia a estos objetos internos escindidos, idealizados u odiados, solo es posible gracias a la experimentación afectiva de una vivencia transferencial ambivalente, que puede llegar incluso al paso al acto con el terapeuta.

### **1 D. *El trabajo grupal***

El dispositivo familiar, concebido como un dispositivo grupal particular, permite igualmente el establecimiento de un encuadre contenedor y posibilitador a su vez de un trabajo más indirecto sobre el contenido de la cripta, imposible de realizar en un abordaje individual (Rouchy, 1999). El juego de las interacciones, el espacio grupal, la observación directa de los procesos proyectivos e identificatorios, la transferencia familiar y el juego de las transferencias individuales empujan con mayor intensidad hacia la emergencia de los mecanismos primarios. Además, este dispositivo hace que el material aportado por el niño sirva de instrumento sobre el que poder apoyarse las asociaciones de los padres.

### **2. Retorno de lo escindido - apertura de la cripta**

Con el acceso a la parentalidad y el trastocamiento psíquico que conlleva, se corre el riesgo de abrir una brecha en una cripta cuidadosamente cerrada hasta entonces. Así, coincidiendo con algunos momentos de la evolución del niño, las vivencias infantiles emparedadas de los padres corren el riesgo de invadir su yo. Nos hemos preguntado a menudo sobre la naturaleza de estas “vivencias” así como sobre el contenido de la “cripta” y todo esto nos resulta muy complejo. Como hipótesis, creemos que la cripta parece albergar afectos infantiles ligados o no a representaciones que ponen en escena a un niño y una figura parental. Además, generalmente, no resulta fácil definirse sobre el carácter real o fantasmático de estas escenas de la infancia de los padres. Pensamos que frente a la amenaza de irrupción de estas vivencias dolorosas en la conciencia, los padres van poniendo en juego una identificación inconsciente con la imago parental de la cripta y que inmediatamente después se movilizan los mecanismos de defensa para poder luchar contra el surgimiento de fantasmas hasta conseguir velar y ocultar el cuadro. Estos mecanismos pertenecen al registro de la proyección, la idealización, la formación

reactiva, la negación, la renegación, pero sobre todo de la identificación proyectiva sobre el niño evidentemente. Creemos que esta identificación inconsciente con una imagen parental que destruye, falla o falta, es central pero al mismo tiempo es la más inaccesible y difícil de interpretar.

Pensamos que para poder acceder a ella y para que los padres puedan volver a contactar con sus vivencia infantiles y tomar conciencia de esta identificación inconsciente, hace falta muchísimo tiempo. Solo gracias al trabajo terapéutico previo van a poder abrir los padres, el niño y el terapeuta un camino consciente e inconsciente que al final les conduzca a poder colocar “todas la piezas del tablero y dar jaque mate” (Berger, 1998). Es entonces cuando emerge un punto transferencial que hace que se pueda intervenir sobre la identificación inconsciente con un elemento parental de la cripta aun cuando ésta no pueda ser directamente interpretada como tal. Generalmente, estas intervenciones versan sobre el sufrimiento infantil de los padres o sobre la necesidad casi vital de vivir contrainvisitando el elemento parental internalizado. S. Fraiberg (1989) piensa asimismo que la clave de los fantasmas de la habitación de los niños se encuentra en los afectos de la infancia. Según ella, mientras que la represión o la escisión de los afectos abonan el terreno para la identificación (o su corolario: la contraidentificación) con el agresor, solo el acceso a este dolor puede servir de instrumento profundo de disuasión contra la repetición cuando uno se convierte en padre.

Tendemos a pensar que la noción de Ciccone (1997) de intrusión imagóica es totalmente aplicable a este tipo de familias, pero creemos que además del objeto psíquico parental proyectado sobre el niño por identificación proyectiva mutua, también los afectos ligados al objeto son proyectados de forma simultánea. Aunque en una primera fase del trabajo terapéutico consiga el niño librarse de algunas de estas proyecciones, que es lo que suele ocurrir en las terapias breves, hay que seguir profundizando en el tratamiento de estas familias en

cuyo seno la transmisión ha sido traumática y/o está encriptada si se quiere conseguir que puedan revivir y elaborar, a lo largo de la psicoterapia, los afectos ligados al objeto.

## **CONCLUSIONES**

A la vista de todas estas reflexiones, seguimos preguntándonos sobre cómo atender terapéuticamente a estas familias para las que cualquier indicación de psicoterapia psicoanalítica individual del niño está abocada al fracaso, que no encajan dentro del encuadre de las psicoterapias familiares breves y además necesitan de un trabajo analítico a largo plazo.

Con estas familias, la alianza terapéutica, o mejor, el enganche terapéutico es muy intenso desde el comienzo del tratamiento. Invisten la psicoterapia como una imagen parental que oscila entre una posición materna y una posición paterna. El psicoterapeuta por su parte invierte al grupo familiar pero también a cada uno de sus miembros individualmente en relación con cada uno de los demás.

Es muy posible que sea todo este juego de investimentos mutuos el que consigue crear un continente que permite relacionar el pasado con el presente y desarrollar un espacio transicional gracias al cual poder así realizar un trabajo analítico a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, N. ET TOROK, M.: (1987), "Deuil ou mélancolie Introjecter-incorporer", L'écorce et le noyau, pp. 259-275 dans Edition Pshilosophie Flammarion, Paris.
- BERGER, M.: (1986), "Entretiens familiaux et champ transitionnel", Le fil rouge, PUF, Paris.
- BERGER, M.: (1987), "Pratique des entretiens familiaux" Le fil rouge, PUF, Paris.
- BERGER, M.: (1998), Table ronde clinique ou Gercpea à Luxembourg sur les "Cliniques du liens", Paris.
- CICCONE, A.: (1997), "Empiètement imagoïque et fantasme de transmission", pp. 151-185. In "Le générationnel", Edition Dunod, Paris.
- CRAMER, B., PALACIO-ESPASA, F.: (1993), "La pratique des psychothérapies mères-bébés", Etudes cliniques et techniques, Le fil rouge, PUF, Paris.
- FAIMBERG, H.: (1993), "A l'écoute du télescopage des générations: pertinence psychanalytique du concept" pp. 113-125 dans Transmission de la vie psychique entre générations, Edition Dunod, Paris.
- FRAIBERG, S.: (1989), "Fantômes dans la chambre d'enfants", Edition PUF (1999), Le fils rouge, Paris.
- GIRARDON-PETITCOLIN, M.: (1996), "A l'écoute des voies de la transmission transgénérationnelle", dans 'Cahiers de psychologie clinique n.º 7, pp. 83-94, Edition de Boeck Université, Bruxelles.
- GREEN, A.: (1980), "La mère morte", pp. 222-253 in "Narcissisme de vie, Narcissisme de mort" (1983), Les éditions de minuit, Paris.
- MINAZIO, N.: (1998), Table ronde clinique ou Gercpea à Luxembourg sur les "Cliniques du lien".
- PALACIO-ESPASA, F.: (1998), "Les psychothérapies parents -enfant", in Journal de la psychanalyse de l'enfant n.º 22, Edition Bayard, Paris.
- ROUCHY, JC.: (1999), "Fantôme en héritage. Du morcellement au lien", Conférence EFPP 28/30 mai 99, Barcelone.
- TISSERON, S.: (1992), "La honte", Psychanalyse d'un lien social, Edition Dunod, Paris.
- WATILLON-NAVEAU, A.: (1996), "Essai d'élaboration théorique des thérapies conjointes: magie ou psychanalyse?", pp. 51-66, Revue de Psychanalyse n.º 28, Bruxelles.





## **ESPACIO PSICOTERAPEUTICO EN UN CENTRO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR\***

**Teresa Solé i Martín\*\***

El objetivo que se pretende en esta comunicación es el de poder observar y reflexionar cómo algunas de las demandas de jóvenes y adolescentes que se hacen en un centro de planificación familiar y que se vehiculan a través del cuerpo, conllevan a menudo un malestar psicológico no manifiesto.

Y, cómo, la posibilidad de poder escuchar, contener, y ofrecer un espacio terapéutico de orientación psicoanalítica permite canalizar un sufrimiento, cuyas formas de expresión está a menudo muy lejos del origen intrapsíquico del conflicto.

En la década de los años setenta se inicia en Catalunya un movimiento de profesionales y sobretodo de mujeres pertenecientes al Movimiento Feminista, que potencian un trabajo de información y debate sobre la fecundidad, métodos contraceptivos, sexualidad y medicina preventiva, que no hallan respuesta en la red sanitaria pública.

Dado que en el ámbito institucional estos temas no se contemplaban, serán estas mujeres organizadas conjuntamente con profesionales los que de manera voluntaria pondrán en funcionamiento en el año 1979, los primeros Centros de Plani-

---

\* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

\*\* Psicólogo. Centro de Planificación Familiar GSS Lleida.

ficación Familiar. Posteriormente se han ido creando otros, proyectando en el futuro, su integración en la red de l'Institut Català de la Salut.

Nuestro centro de planificación está ubicado en una área básica de salud de la ciudad, y forma parte de una red de obstetricia y ginecología de medicina primaria.

Los objetivos de nuestro centro son la promoción de la salud, la información, la prevención y tratamiento de los conflictos en el campo de la sexualidad y la contracepción de la mujer y de la pareja.

Las profesiones que se contemplan son: Ginecología, enfermería, psicología y trabajo social con el fin de abordar los temas de la planificación familiar: Sexualidad, anticoncepción, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, y otros desde un equipo interdisciplinario para tener en cuenta lo biológico, lo psicológico y lo social.

Además tenemos la posibilidad de tratar los temas que más nos preocupan y revisar nuestro trabajo, a través de una supervisión Psicológica a la que asiste todo el equipo, una vez al mes.

A menudo las consultas además del aspecto técnico y fisiológico, comportan también una demanda o la expresión de una conflictividad psicológica o de una insatisfacción. Es frecuente escuchar quejas sobre un malestar y trastorno ginecológico y una vez efectuada la exploración no hallar ninguna explicación médica ante estos síntomas, otra cosa frecuente es, la joven, a la que no hay ningún método anticonceptivo que le sea satisfactorio.

Es en este momento generalmente, cuando se remite a la usuaria a la psicóloga del centro.

Existe un programa de atención específico para jóvenes y adolescentes (ya que también se atiende a la población adulta) en el que se da prioridad a todas sus demandas, dónde se contempla la consulta espontánea. También se les ofrece la posibilidad de asistir a charlas informativas.

A mi consulta, la joven puede venir por iniciativa propia, derivada por el mismo equipo o por otra institución. La función de mi trabajo en el Planning es por una parte preventiva (en el sentido que planificar quiere decir prevenir, plantear y ayudar a pensar) y por otra parte asistencial, ya que ha de posibilitar que encuentre una salida a los problemas que plantea, para poder valorar las ansiedades que se manifiestan y si es conveniente poder derivar hacia una posible psicoterapia que efectuaría otro profesional en un centro de salud mental.

El joven y adolescente sabe que queda asegurada la confidencialidad entre él y los profesionales que le atendemos. Sus consultas consisten básicamente en dudas que surgen sobre la relación de pareja y las relaciones sexuales, que normalmente no comparten con ningún adulto y sólo lo hablan con su grupo de iguales.

Cabe resaltar que a través de estas consultas detectamos frecuentemente factores de riesgo en el comportamiento sexual y de relación, como por ejemplo: repetidos cambios de pareja sin utilizar ningún método anticonceptivo, o tener relaciones esporádicas sin protección. Lo que hace pensar en una manifestación de algún conflicto emocional y de identidad, que por otra parte es tan común en el adolescente, pero que en algunos casos es una manera de expresar confusión, malestar, y el no poderse hacer cargo de uno mismo. Frecuentemente estas ansiedades sobre la sexualidad, corresponden a una conflictividad puntual, más ligada a la evolución de la adolescencia que no a una patología previa.

También consultan parejas de adolescentes y jóvenes que hallan sus relaciones sexuales poco satisfactorias. En muchos casos es sólo cuestión de poder hablarlo abiertamente con un adulto y poder plantear sus dudas sin sentirse censurados y ser escuchados de una manera formal y seria.

Nuestra experiencia es que muchas de las demandas de estos adolescentes y jóvenes que atendemos y que son susceptibles de un tratamiento psicoterapéutico, no consultarían en ningún centro de salud mental.

Las entrevistas psicológicas que se le ofrecen al adolescente en el marco de un centro de planning de observación/contención, posibilitan no tener que confrontarse demasiado directamente a su conflictividad. Con lo cual se intenta que no se añadan ansiedades que fomenten huidas o resistencias ante una derivación que pudiera ser vivida precipitadamente.

Voy a presentar dos entrevistas efectuadas a dos adolescentes. En el primer caso, el de María, querría remarcar lo difícil que resulta a veces poder derivar, incluso dentro del propio centro y como necesitó llegar a una situación límite antes de poder aceptar ayuda psicológica.

María tiene 17 años. Viene al C.P.F. porque está embarazada de 6 semanas. Con su pareja no utilizaban ningún método “porqué pensaba que a mí esto no podía pasarme nunca” dice ella en la entrevista con la enfermera. A los pocos días vuelve al centro y comenta que ha empezado a tener “pérdidas”, y finalmente, María tiene un aborto espontáneo. Se le propone una visita psicológica, la cual no acepta, porque, dice, le es difícil venir ya que es de un pueblo de Lleida.

A los 4 meses, vuelve a pedir hora por amenorrea de 7 semanas aproximadamente y se le hace una prueba de embarazo que da positivo. María ha continuado teniendo relaciones sexuales sin método.

La ginecóloga le propone que vaya a verme pero no acepta. No obstante pide ayuda económica a la asistente social para poder interrumpir el embarazo.

María solicita por iniciativa propia una entrevista psicológica al cabo de dos meses. Me explica que ha abortado dos veces, la segunda voluntariamente, y que al día siguiente su compañero con el que hacía unos meses convivía, la dejó. Ella es la mayor de tres hermanos y sus padres se separaron hace un año. Como la convivencia en casa era insoportable se marchó.

Dice que siempre está de mal humor, que en casa siempre se han solucionado las cosas a base de “palo”, sobre todo su madre que frecuentemente se ha quejado de ella. Su madre se quedó embarazada cuando era adolescente y le ha dicho repetidas veces que si ella no hubiera nacido le hubiera cambiado mucho la vida. Parece que María está repitiendo la historia de la madre teniendo embarazos no deseados, como si estuviera poseída por una transmisión entre generaciones de una problemática no elaborada.

Le propongo varias entrevistas psicológicas y ella acepta rápidamente y me dice que lo que le pasa viene de muy lejos.

Añade que a los 15 años la llevaron a un psiquiatra, porque estaba muy alterada, que le recetó Prozac y Trankimazin y que a raíz de esto es reacia a los médicos.

María es susceptible de ser derivada al centro de salud mental, pero debido a las dificultades que presenta, pienso que de momento es conveniente respetarle este espacio, ya que además acude puntualmente a todas las visitas que acordamos.

Con el segundo caso, el de Paula, pensamos que se hace patente que el hecho de tener un espacio para poder verbalizar y ser escuchada, ayuda a reorganizarse internamente.

Paula tiene 17 años, solicita una visita al C.P.F. para pedir anticonceptivos. En la primera visita me comenta que hace un año que ha iniciado una relación con un chico de la que está enamorada, pero que las relaciones sexuales no funcionan porque ella casi nunca tiene ganas, y que no siente nada. Paula piensa que no hay ningún problema a nivel de pareja ya que los dos están muy bien juntos.

A lo largo de la entrevista va explicando que con su padre tiene muy mala relación, que no le da libertad de movimientos y que siempre la está controlando. La relación con su madre dice que es muy buena y que es para ella como una amiga.

Al preguntarle yo cómo se encuentra, ella dice que bien, pero empieza a llorar desconsoladamente refiriendo que: “No

es una buena época. Con mi padre estoy siempre discutiendo y además en el último año ha habido muchas muertes seguidas. Me cuesta hablar de ello”.

Un primo con el que estaba muy unida murió de un accidente de coche, luego hallaron muerto a un tío, al poco tiempo un primo toxicómano se murió por una sobredosis. La madre del primer primo a causa de su muerte ha intentado suicidarse varias veces. Luego se ha muerto mi abuela. El cuñado de mi madrina al cual yo estaba muy unida se le cayó un muro encima y lo mató.

En el momento que ella es consciente de que todo esto coincide con el inicio de sus relaciones sexuales, se tranquiliza. Es como si ahora pudiera discriminar cuál es su sufrimiento.

Hemos escogido casos extremos para que pudieran ser significativos de lo que pretendemos comunicar. En definitiva, cuando alguien hace una demanda asistencial por ansiedad, depresión o cualquier malestar psíquico, espera que el profesional la reciba, la comparta en cierta manera y posteriormente la devuelva de manera más tolerable.

Y para terminar quiero decir que para mí es muy importante poder recibir a estos jóvenes y adolescentes en un espacio en que se les intenta comprender, contener y ayudar a pensar.

## **CIRCUITOS PROFESIONALES PARA EL ABORDAJE DE LOS ABUSOS SEXUALES: UN PROYECTO INTERDISCIPLINAR EN LA RED PÚBLICA\***

**M.<sup>a</sup> Jesús Álvarez \*\*, Montse Brasó\*\*\*,  
Elisenda Castanys\*\*\* y Janina Roca\*\*\***

Nuestra comunicación pretende transmitir el trabajo de coordinación entre los servicios de atención infanto juvenil para diseñar el abordaje interdisciplinar en las situaciones de abuso sexual a menores. El objetivo principal fue buscar la mejor articulación entre los distintos dispositivos de atención que intervienen en el proceso de ayuda legal, socio psicológica y médica en el abordaje de los abusos sexuales.

Este trabajo se llevó a cabo en la comarca de la Garrotxa (Gerona), esta es una zona situada al norte de Catalunya a 150 km. De Barcelona. Por su geografía montañosa los accesos a ella son lentos y los desplazamientos a la capital son costosos en tiempo y en economía. A pesar de estas características de aislamiento o quizás como contrapartida a esta presunta dificultad de comunicación, existe en la zona una tradición de

---

\* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

\*\* Psiquiatra. Equipo de Salut Mental Infantil CSMIJ Garrotxa Ripolles (Girona).

\*\*\* Psicólogo. Equipo de Salut Mental Infantil CSMIJ Garrotxa Ripolles (Girona).

experiencias en trabajo de red entre los profesionales de los servicios socio-médico-asistenciales.

El título del XII Congreso “Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia”, nos animó a presentar esta experiencia sobre todo por la palabra *reto*. Los profesionales clínicos que trabajamos en los servicios públicos, nos encontramos muy a menudo delante de un desafío que nos sitúa en una doble obligación. Por una parte está nuestro trabajo directo con el paciente y por la otra esta la articulación con la red de dispositivos que también trabaja en los casos. Situarse teniendo en cuenta que formamos parte de una red más amplia y, por tanto, tener que aprender a compartir, discutir y aceptar al otro, es un reto para el terapeuta más difícil que el propio trabajo clínico con el paciente. Superar la posición individual conlleva un proceso de maduración por parte del profesional. Racionalizar este aspecto puede resultar fácil, pero no lo es tanto cuando se pone en juego las propias emociones sobre el lugar del saber del profesional.

La necesidad de encontrar un espacio de reflexión e intercambio de experiencias sobre la atención a niñas-os que han sufrido abusos sexuales, surgió a raíz de una coordinación entre profesionales en la que tratábamos de explicar el desarrollo de dos situaciones. A pesar de tener el mismo motivo de consulta, ambas siguieron procesos muy distintos según cual hubiera sido la puerta de entrada para la resolución del problema. Una de ellas llegó al C.S.M.I.J. (Centro Salud Mental Infantil y Juvenil), derivada por el juez, que pedía atención preferente para dos hermanas menores abusadas por su padre. La situación había sido recogida por los profesores de estas y juntamente con los servicios sociales se hizo una denuncia de la situación. La intervención del juez fue ordenar el ingreso en un hogar substitutivo para las niñas mientras se estudiaba y se abría el proceso legal (de instrucción) con los padres.

En el momento de llegada al CSMIJ las niñas no sabían nada acerca del proceso que habían continuado sus padres y



por supuesto vivían este sesgo con una gran carga de culpa y miedo por haber roto el silencio y puesto a la luz el secreto de la situación abusiva.

La otra situación llegó al Servicio por iniciativa propia y en las primeras entrevistas alguien de la familia desveló el secreto del abuso precipitándose igualmente una situación dominada por el descontrol, la culpa y el miedo a las posibles repercusiones de haber roto la imposición del silencio.

Tanto en una como en la otra la situación de sufrimiento era inmensa, el concepto de autoridad estaba desdibujado produciendo unos efectos de gran confusión y riesgo en el paciente y su familia. La necesidad prioritaria que siente el profesional es el diseñar una intervención lo más coherente y operativa posible que ayude a recuperar las funciones normativas. Se hace necesario contextualizar el problema dentro del marco legal y terapéutico.

Más allá de cada caso en particular nos preguntamos cual tendría que ser la actitud del profesional cercano al niño/a cuando recibe por parte de éste una demanda que contempla el abuso sexual.

En nuestra experiencia hemos visto que el mismo miedo que vive el niño/a expuesto a esta situación puede traspasarse al profesional y ser un elemento de dificultad para el seguimiento de la situación. Hacer referencia al contexto sistémico de **isomorfismo** (“...dos sistemas en interacción tienden a adoptar formas similares reproduciendo reglas y patrones de comunicación que protegen al sistema y mantienen la homeostasis...”) nos ayuda a pensar sobre nuestra situación y que recursos necesitamos para poder abordarlo desde una perspectiva de trabajo conjunto de red institucional.

Una actuación impulsiva por parte del profesional (que se siente solo) puede ayudar a precipitar un proceso que una vez iniciado tiene consecuencias irreversibles, o por el contrario, la paralización o espera del profesional, que se siente seguro,

puede frenar el proceso de ayuda y denuncia que el mismo ha empezado con su confesión.

Está claro que el concepto de autoridad es clave en las situaciones de abuso sexual infantil y que hay que trabajar aceptando el encargo social que como profesionales se nos pide para la protección a la infancia, y por lo tanto la pregunta estaría en que actuaciones son necesarias por parte del profesional cuando se detecta o se escucha una denuncia de abusos.

¿Cuáles son las intervenciones que ayudan a consolidar el proceso de ayuda y recuperación?

En nuestra experiencia nos dimos cuenta que el desarrollo del proceso de atención era distinto según cual fuera el primer contacto con los servicios, es decir, el hecho que se iniciara un trabajo psicoterapéutico o una atención judicial o unas medidas administrativas de protección, dependía de como la familia o el niño iniciaba su contacto con los dispositivos. Así pues se ponía de manifiesto la falta de planificación y articulación entre los servicios.

Nuestro interés se centró en conocer las posibilidades de los equipos de nuestra zona con el fin de diseñar una articulación entre ellos que permitiera dar una coherencia dentro de todo el proceso general. Es decir, definir las competencias de cada servicio y encontrar las zonas de incertidumbres. Ofrecer dentro de la plataforma información acerca del proceso más allá de las competencias individuales, localizar la falta de recursos para la atención a los abusos sexuales.

El grupo de profesionales empezó a reunirse en septiembre de 1996 y se mantuvieron las reuniones hasta noviembre de 1998. Participaron los siguientes Servicios:

- EAP, Equipo de atención psicológica
- EBASP, Equipo básico de atención social primaria
- EAIA, Equipo de atención a la infancia y adolescencia
- Equipo de Pediatría del Hospital Comarcal,

- Servicio de Atención a la víctima
- Servicio de Salud Mental Infantil y de Adultos
- Servicio de Medicina Forense del Hospital Comarcal
- Juzgado de Menores y Fiscalía.

La oportunidad de poder contar con la presencia de representante legales junto con la red socio - asistencial, permitió empezar un trabajo articulando los pilares esenciales, las competencias legales y las intervenciones de atención.

El proyecto se ha desarrollado en tres fases:

1. En la primera se dio prioridad al traspaso de información sobre el funcionamiento de cada Servicio a partir de la casuística sobre abusos sexuales:

Aportar dudas, interrogantes, evidenciar la falta de recursos, señalar los aspectos funcionales...

2. La segunda fase se centró en diseñar los circuitos a seguir entre los servicios para la atención de los casos y definir la articulación entre ellos así como las competencias de cada uno.

Clasificamos los casos agudos y/o crónicos según cual fuera el tiempo que había pasado desde el momento del abuso:

- > de 72 horas      situación aguda
- < de 72 horas      situación crónica

Se hizo otra clasificación distinguiendo la situaciones directas o indirectas según fuera la persona que planteaba el problema.

- Directo      el propio paciente o familia
- Indirecto    personas o profesionales que detectan esta situación

3. La tercera fase es la actual, pretende recoger información sobre los casos trabajados actualmente rellenando un protocolo unificado para todos los servicios que describe los circuitos utilizados para el abordaje.

**LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO FUERON:**

- Abordaje interdisciplinar en el tratamiento y sus fases: Detección, exploración, denuncia (si es necesaria) y tratamiento.
- Articulación de la intervención social con el sistema judicial.
- Articulación de los recursos de atención primaria, secundaria y terciaria: Escuelas, servicios médicos ambulatorios, servicios especializados y hospitales.
- Utilización del Hospital Comarcal para la exploración en los casos agudos y como lugar de contención en los casos crónicos pendientes de estudio.
- Diseñar los circuitos a seguir según sea la situación de abusos de manera que las competencias individuales formen parte de un proceso conocido y consensuado por todos los Servicios.
- Buscar en cada situación, la mejor puerta de entrada evitando duplicidades.
- Mantener el espacio de coordinación para consultas en situaciones de duda tanto al iniciarse el proceso como durante la intervención.
- Crear un protocolo de recogida de datos unificado para todos los servicios que aporte información epidemiológica sobre el abuso sexual

En el momento de presentar esta comunicación, estamos trabajando en la tercera fase del proyecto, recogiendo los datos unificados en el protocolo para poder posteriormente evaluar los resultados y obtener conclusiones acerca del trabajo realizado con el objetivo de adecuar lo mejor posible las distintas intervenciones profesionales.

## **EL PROGRAMA DE MEDIACIÓN Y REPARACIÓN A LA VÍCTIMA\***

**Luis Feduchi\*\***, **Charo Soler Roque\*\*\***,  
**Ana Nogueras Martín\*\*\*** y **Robert Gimeno Vidal\*\*\*\***

### **INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>**

Mi colaboración con el Programa de Mediación y Reparación, se inicio hace 8 años aproximadamente.

La propuesta comprendía una reunión quincenal con el equipo donde, a través de la presentación de casos, comentaríamos diversos aspectos de la psicología de la adolescencia, características de la entrevista, evaluación de la terminación del proceso tanto en el menor agresor como en la víctima, etc.

La finalidad por tanto de esta colaboración era, para el equipo, la de ampliar conocimientos en el terreno psicológico sobre la adolescencia y además, o como consecuencia, revisar aspectos metodológicos y técnicos que mejoraran el proceso y los resultados. Para mí suponía conocer más de cerca al

---

\* Ponencia presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

\*\* Psiquiatra. Psicoanalista.

\*\*\*Psicóloga.

\*\*\*\*Mediador familiar

<sup>1</sup> Realizada por Luis Feduchi

adolescente que delinque aunque fuera de una manera indirecta, y sobre todo tener la oportunidad de observar sus respuestas ante una propuesta, la de reparar a la víctima, tan similar a lo que los terapeutas aspiramos que suceda en el mundo interno del paciente. Por ejemplo, a través de actitudes reparatorias, expiatorias o evitativas de la justicia, se dramatizan las ansiedades depresivas, paranoides o mecanismos de negación, que movilizan una interpretación cuando trata de aproximar al paciente a la culpa.

De las reflexiones que se han ido produciendo a lo largo de esta colaboración, hemos elaborado unos puntos en los que recogemos similitudes, coincidencias o deducciones, entre el proceso de mediación y sus objetivos, y el tratamiento psicoterápico de adolescentes.

Antes de exponerles algunos de estos puntos, mis compañeros van a hacer una breve introducción de los fundamentos del programa y presentarán el resumen de un caso con el fin de que ustedes tengan conocimiento de esta tarea y más elementos para preguntar o discutir.

## **EL PROGRAMA DE MEDIACIÓN Y REPARACIÓN A LA VÍCTIMA**

La experiencia se inscribe en un modelo de justicia juvenil que pretende la responsabilización del joven respecto a sus propias acciones y las consecuencias que de ellas se deriven, tanto para él como para los demás, y la participación de la víctima en la resolución del conflicto.

Este Programa pretende solucionar el conflicto entre las partes de forma extrajudicial con la orientación de un mediador, pero se inscribe dentro del marco legal. Éste dice cuál ha sido el delito, quién es la víctima y quién el infractor, basándose en sus principios y normas. El Ministerio Fiscal y el Juez representan la legalidad en la que se basa la actuación del mediador.

La entrada en vigor de la Ley 4/92 otorga al Ministerio Fiscal la competencia para iniciar el proceso judicial y proporciona una base legal sólida al programa que venía desarrollándose desde mayo de 1990. El programa puede iniciarse en dos momentos:

- en su inicio, a instancia del Ministerio Fiscal con la aplicación del principio de oportunidad, pudiéndose evitar así la continuación del proceso si el menor cumple el compromiso de reparación
- como alternativa a la ejecución de la medida al final del proceso, quedando la suspensión del fallo condicionada al cumplimiento del programa de mediación y reparación.

La Ley 4/92 no hace ninguna referencia a la mediación, nos habla de la reparación a la víctima. La mediación es el instrumento, el método que utilizamos para lograr la reparación.

## **METODOLOGÍA DEL PROCESO**

Es importante señalar que en la mediación penal la metodología utilizada nos lleva a realizar un trabajo previo con cada una de las partes por separado.

### **Entrevista con el menor**

El primer objetivo del mediador es valorar la viabilidad de un programa de reparación. La entrevista con el menor y sus padres tiene dos aspectos importantes, la información y la exploración.

La información: aspecto muy significativo de la intervención ya que permite desdramatizar determinadas situaciones y sobretodo ayuda a que la adhesión al programa sea realmente voluntaria y con conocimiento de causa.

Se informa sobre: la justicia de menores, las características del programa, el rol del mediador.

Para que un menor presunto infractor pueda acceder al programa son necesarios dos principios básicos:

- asumir responsabilidad en relación a los hechos
- mostrar explícitamente su voluntad de reparar a la víctima

Hay otras condiciones que si bien no tienen la categoría de principios, se han de tener en cuenta para valorar la viabilidad de un programa de reparación:

- en relación al menor: que tenga capacidad para reparar. Eso significa que entiende la alternativa que se le plantea, que asume un compromiso y que tendrá participación activa en el proceso.
- en relación a los hechos: valorar sus circunstancias, la naturaleza de los daños y si son reparables.

**La exploración:** se realiza con el menor solo o en grupo y es fundamental para evaluar si el caso será o no viable. Para entender el significado del acto del menor, se exploran elementos relacionados con su actitud ante el hecho, el conflicto y ante la posible reparación.

Qué se explora con el menor:

- la descripción que hace de los hechos (iba solo o en grupo, tipo de grupo, edades; si actuó por iniciativa propia o por influencia y de qué tipo; si actuó con intencionalidad o accidentalmente, nivel de implicación asumido...)
- la vivencia que tiene de los hechos (los justifica, tenía motivos, su conducta era “normal”; los minimiza, para defenderse, por miedo; conecta con sentimiento de culpa y a qué nivel..)
- la madurez y el grado de entendimiento (capacidad de reflexión, introspección...)
- la motivación para reparar y el interés (por responsabilización, para evitar el proceso judicial, por presión de los padres, por miedo a represalias...)



- la actitud hacia la víctima (la conocía o no, es capaz de ponerse en su lugar, aporta posibles soluciones...)

Cuando se trata de un grupo de menores, se intenta entrevistar al grupo en su conjunto siempre que sea posible. Tratóndose de adolescentes con todo lo que ello implica a nivel de la experimentación social en esta etapa evolutiva, es muy importante no dividir el grupo de iguales ya que eso comportaría romper la dinámica de actuación.

También se valora la visión que los padres tienen del conflicto así como su disposición respecto a la opción que ha tomado su hijo.

### **Entrevista con la Víctima**

El contacto con la víctima está condicionado a la valoración de la viabilidad de la reparación en relación al menor. Este contacto es posterior a la entrevista con el menor por dos motivos fundamentales:

- encuadrar el proceso de mediación en el marco legal
- evitar crear falsas expectativas

La entrevista con la víctima tiene también dos elementos importantes: **la información y la exploración**.

**La información:** tal como sucede en la entrevista con el menor, permite a la víctima ubicarse en el contexto y desdramatizar algunas vivencias.

Se informa sobre el funcionamiento de la Justicia Juvenil, la intervención de la fiscalía, el programa de mediación y reparación voluntario, el rol del mediador y la disposición del joven en reparar.

**La exploración:** en esta parte de la entrevista se trata de atender a la víctima, dejar que exprese sus vivencias, su visión del conflicto, sus demandas...

Con la víctima se explora:

- expectativas en relación a la denuncia y a la intervención de la justicia

- versión de los hechos y consecuencias a distintos niveles
- definición que hace del conflicto y su dimensión
- actitud ante la información que se le da respecto al menor y capacidad para ponerse en su lugar
- disponibilidad para participar en el programa

### **Valoración y análisis de la información recogida**

Una vez realizadas las entrevistas preliminares, el mediador analiza y valora los elementos aportados por las dos partes y que determinaran si es posible o no continuar con el proceso y en qué condiciones.

Los elementos básicos serán:

- reconocimiento de ambas partes de la existencia de un conflicto
- actitud positiva respecto a negociar una solución con la otra parte
- capacidad de las partes, explícita u observada por el mediador que posibilite la confrontación, el diálogo y la comunicación

Para llevar adelante una mediación entre el menor y la víctima es imprescindible:

- que la mediación no sea contraproducente para ninguno
- que exista disposición manifiesta de los dos para resolver el conflicto.

### **El encuentro de mediación y rol del mediador**

El encuentro es un punto fundamental del proceso. Es un espacio en el que se expone el problema y se habla. El menor y la víctima plantean razones y circunstancias y cada uno hace un esfuerzo par entender al otro.

Con la participación activa de las partes, el encuentro adquiere una entidad propia y tiene sentido tanto para la víctima como para el menor, surge el sentimiento de formar parte

de la solución del conflicto que les afecta a ambos. Se crean las condiciones que permiten al joven reparar el daño y a la víctima ser compensada.

**El mediador actúa desde una posición de neutralidad, parte del interés y la voluntad de las partes.** Su objetivo es que estas puedan comunicarse y lleguen a un acuerdo satisfactorio que resuelva el conflicto que las opone.

**El mediador es responsable del proceso y las partes del contenido.**

## **UN CASO PRÁCTICO**

### **Motivo de la intervención**

Se trata de un caso de tres jóvenes acusados de un robo con violencia, consistente en el robo de 5.000 pts. y varios golpes de poca gravedad que deben ser atendidos en el hospital.

La denuncia se produce a raíz de la intervención de un policía que vive en el bloque de pisos donde se producen los incidentes. Este oye unos gritos en la portería y baja al portal para saber que sucede. Allá encuentra a tres jóvenes que están agrediendo a otro, se identifica como policía y los tres chicos salen corriendo, logrando alcanzar a uno de ellos. La víctima informa que le han robado y posteriormente es trasladada al hospital para ser atendida de un golpe recibido en el labio.

### **Entrevista con los menores infractores**

Para poder valorar la viabilidad de la mediación, se hace una entrevista con el grupo de los tres jóvenes agresores: Angel, Tomás e Ignacio. Posteriormente se añaden los padres respectivos con el objetivo de informarles del trabajo realizado con sus hijos.

Sobre los hechos explican que estaban en un bar y vieron a un joven con bastante dinero y a su grupo de amigos divirtiéndose. Al salir, le siguieron y cuando este chico se metió en un portal, dos de ellos entraron también, uno le sacó el dinero y el segundo le pegó un puñetazo. El tercero se quedó a fuera vigilando.

De su actuación comentan que no pensaron en lo que hicieron y que en un primer momento no tenían intención de quitarle el dinero. Después de los hechos, uno de ellos fue a hablar con un amigo de la víctima para que actuara de intermediario con el objetivo de hacerle llegar las disculpas del grupo y el dinero que le robaron. Dicho intermediario, les informó que la víctima quería 10.000 ptas. y los tres agresores interpretaron ese aumento del dinero como un chantaje.

Quieren participar en un programa de mediación para poder arreglar las cosas sin llegar a juicio. Proponen hacer un trabajo reparador y pedir disculpas a la víctima.

En general los tres jóvenes agresores minimizan su actuación quitándole importancia al hecho e insistiendo que lo hicieron sin pensar y sin saber lo que hacían.

A pesar de que los jóvenes no acaban de asumir su responsabilidad, se considera viable el caso ya que se ve posible iniciar un trabajo con ellos con el objetivo de prepararlos para el encuentro posterior con la víctima.

Como profesionales que trabajamos con adolescentes (dos en este caso dada su complejidad y número de jóvenes implicados), sabemos que el proceso de responsabilización es dinámico y se van produciendo cambios en la medida en que el joven va conociendo las consecuencias que su conducta tuvo para la otra parte.

### **Entrevista con la víctima**

Después de valorar viable la mediación desde el punto de vista de los jóvenes, se conecta con el joven perjudicado y sus padres.

La víctima es un joven de edad similar a la de sus agresores, se llama Rodrigo y acude acompañado de su padre, el cual está presente durante la primera parte de la entrevista. Su primera idea es la de que se advierta a los padres de forma categórica y hacerlos sentir más responsables que a sus hijos. Rectifica cuando se le explica que una intervención desde el Programa de mediación, permite a los jóvenes hacerse responsables de sus actuaciones a partir de reparar el daño causado.

Rodrigo a solas, explica que fue una situación desagradable. Desde el primer momento se dio cuenta de que le seguían y que querían su dinero. Define la situación como algo que pasó rápido y que le produjo primero rabia y después lástima: lástima porque al agresor que cogieron era el que menos hizo, y rabia, porque eran tres contra uno.

A la situación de malestar producida por los hechos, se unen los problemas derivados del golpe en el labio. Le llevaron a un centro hospitalario, tuvo que esperar mucho para que le visitaran, estaba preocupado por su familia que no sabían nada y no tenía dinero para volver.

Diferencia la cuestión económica de la moral. Le preocupa recuperar su dinero y desea que los jóvenes recapaciten sobre lo que hicieron para que no vuelvan a hacer nada similar. Cree poder sentirse más satisfecho moralmente si los agresores se disculpan ya que él sabría apreciarlas se éstas son sinceras.

Por una parte se muestra muy dolido, y por otra argumenta que son jóvenes y por tanto cabe la posibilidad de poder cambiar. ...“Si yo soy joven y puedo cambiar, ellos también”.

Finalizada la entrevista, Rodrigo parece predispuesto a participar en una mediación pero pide unos días para pensárselo y hablarlo con su familia. El padre es informado de esta situación y días después el joven telefonea para informar que acepta una mediación.

## **Segunda entrevista con los menores infractores**

A partir de la situación anterior, y teniendo en cuenta que la actitud que habían manifestado los jóvenes infractores al inicio de nuestro trabajo era algo pobre para un encuentro, se marca una nueva entrevista.

En esta entrevista, los mediadores dan una información muy breve sobre la predisposición de la víctima para participar en una mediación y se trabaja sobre cuál es la actitud más adecuada para facilitar que los problemas se resuelvan. Con sus preguntas orientan y dirigen los temas a tratar, delegando en los jóvenes la responsabilidad de la reparación a la víctima.

Durante la primera parte de esta entrevista, la actitud generalizada de los tres agresores, es de desinterés y de inmadurez, planteando soluciones tales como pedir perdón, hablar con él, pero de forma desimplicada.

Ante esta situación de desinterés, se plantea si es mejor continuar con la mediación o desestimarla. A partir de aquí, los jóvenes cambian de actitud y empiezan a hacer comentarios que ponen de manifiesto que entienden lo que significa participar en una mediación.

Reflexionan sobre lo que implica “pedir perdón”, por qué, sobre qué y cómo. Aparece la curiosidad y las preguntas sobre quien es él, que es lo que quiere, la preocupación por cómo conseguir que se sienta bien.

Aparece también cierta desconfianza hacia la víctima, parecen situarla en un plano de superioridad por haberles denunciado. Les preocupa que se quiera aprovechar de ellos y dudan que ponga de su parte el esfuerzo correspondiente para solucionar el problema.

Sobre la cuestión económica, asumen la necesidad de devolver el dinero que le quitaron, pero se defienden de la correspondiente a los gastos de taxi argumentando que es injusto pagar más de lo que le quitaron. En este punto además se muestran como perjudicados y se olvidan por completo del daño que causaron.

## **Valoración y análisis de la información recogida**

Finalizada esta entrevista, la valoración de los mediadores es que a pesar de las dificultades para ponerse en el lugar de la víctima, han sido capaces de evolucionar con relación a su postura inicial.

El encuentro puede acabar de facilitar este proceso y transformar una experiencia negativa en algo más constructivo y creativo, que parta de los aspectos más sanos de los jóvenes. Para la víctima puede suponer la oportunidad de obtener algún tipo de compensación que le repare de la mala experiencia, junto con la posibilidad de racionalizar esta vivencia.

## **El encuentro de mediación**

A partir de la valoración anterior, se marca una fecha para realizar el encuentro. Tal como estaba previsto se presentan todos puntualmente y comienza la mediación presentado a los jóvenes. Los mediadores sitúan el tema, recordando brevemente la elección que hicieron del programa, intentando relajar un ambiente que se notaba incómodo y tenso.

Comienza uno de los infractores y lo hace de forma rápida, algo azorado y como con el discurso aprendido... “Venimos a pedirte perdón, no lo pensamos. Si nos vemos por la calle nos podemos saludar y no pienses que te haremos daño, nada”, otro chico añade “que confíe, que no le haremos nada” y así se suceden frases del tipo “lo siento” “si nos perdona”. La víctima en la misma línea, acepta las disculpas y se recoge esta solución aparente como algo real.

Los mediadores preguntan a los chicos con cierta dosis de humor, si el problema ya está resuelto y si se puede dar por concluida la reunión. El grupo, incluida la víctima, contesta rápidamente que sí, haciendo gesto de levantarse. En esos momentos el mediador les comunica que es justo en este punto cuando empieza de verdad la mediación.

Pasado este primer momento de tensión e incomodidad por parte de todos, llega el momento de entrar en analizar por qué se pide perdón y cómo se puede hacer para recuperar la confianza. Es a partir de ese momento que empiezan a ponerse en marcha los mecanismos reparadores.

Por parte de los mediadores, se recoge que el ambiente está ahora más relajado, y se puede hablar con más tranquilidad y menos tensión.

Empezamos de nuevo preguntando por qué quieren arreglar el problema. Tomás responde: “si lo arreglamos, él sabrá que podrá ir tranquilo por la calle y cuando nos encuentre, no tendrá que tener ningún miedo”. Rodrigo, la víctima, se queja de que en esa situación, ya no te sientes tranquilo por el barrio y que lo más importante no fue el dinero, sino el daño moral.

Los mediadores intervienen para provocar curiosidades de temas que aún no se han abordado. ¿Sabéis qué le pasó a Rodrigo después de esto? Y a Rodrigo ¿Te gustaría saber por qué lo hicieron?

Tomás añade que cuando vieron que tenía dinero, se lo gastaba y se lo estaba pasando bien, decidieron seguirle y quitarle el dinero, todo esto sin pensar.

Rodrigo contesta que una cosa así no se hace sin pensar, aunque si se lo hubieran pensado bien, no lo hubieran hecho. Explica que le es útil poder hablar para saber por qué lo hicieron, por las disculpas recibidas y porque le parece intuir que están arrepentidos. Por otra parte le supo mal que cogieran al que según su opinión, había tenido menos protagonismo en los hechos.

A la pregunta de los mediadores sobre las consecuencias que tuvo, Rodrigo relata con detalle la situación del Hospital; lo mal que se lo pasó al encontrarse solo, sin dinero y sin poder avisar a su familia.

Los agresores ponen cara de sorpresa y se comenta el poco interés que habían tenido para conocer más cosas.



Se establece un debate entre todos sobre porqué se usa la violencia. Angel opina que la usaron porque Rodrigo se defendió. A partir de aquí aparece la reflexión sobre el derecho de éste a defenderse y a través de sus gestos y posturas, se muestran algo avergonzados.

Rodrigo pregunta si se puede quedar a solas un momento a lo cual los mediadores acceden. Al cabo de un cuarto de hora se pide a los mediadores que entren. Hay 5.000 ptas. encima de la mesa y se dice que el problema está aclarado y resuelto.

Los mediadores preguntan a qué se debe el pago. Después de una breve discusión los jóvenes empiezan a comentar que también tendrían que devolver un dinero por los gastos del taxi, llamadas, ganas de tomar algo y no poder, venidas a Justicia, etc.

Se propone pagar 5.000 ptas. más y deciden firmar el acuerdo por escrito a través del cual se comprometen a encontrarse un día y una hora en el bar donde se produjeron los hechos para pagar el dinero. Una vez hecho el pago, llaman para informarnos y dar por solucionado el tema.

## **ELEMENTOS QUE APORTA LA MEDIACIÓN PARA EL MENOR**

### **La mediación es un proceso de responsabilización**

Al hablar de responsabilización no me estoy refiriendo únicamente a la responsabilización objetiva, basada en el resultado del hecho delictivo o a la asunción de responsabilidad en la comisión del hecho, condiciones básicas para acceder al programa.

Estoy hablando de un concepto mucho más profundo de responsabilidad que tiene que ver con responder ante sí mismo y ante los demás de los propios actos o actitudes.

Dice Gaetano de Leo, *...la responsabilidad se desarrolla si es exigida: la responsabilidad no es algo que se exija si existe, sino que existirá, también, en la medida en que sea exigida.*

Una característica general de los adolescentes, y por tanto de los menores que atendemos en el programa de mediación, es la falta de previsión del alcance de su conducta. Saben que han hecho algo mal pero a menudo tienen una visión parcial de su acción, por lo que tienden a minimizarla, *fue una tontería.*

*Es verdad que los sujetos tienen niveles distintos de conciencia..., pero esto no implica que, cuando existe una débil identificación o cuando no existe, incluso, ninguna relación de conciencia entre el individuo y sus propias acciones, no se le deba exigir responsabilidad (Gaetano de Leo).*

El hecho aislado no es importante si no se conocen o no se piensan las consecuencias para quien lo ha padecido.

### **El proceso de mediación permite una toma de conciencia**

El menor toma conciencia que sus actos le pertenecen y que éstos tienen consecuencias tanto para él como para terceros. La víctima es uno de ellos.

Las consecuencias para él ya las ha podido comprobar. No es extraño que el menor viva su situación como una “injusticia” y que se pueda sentir “víctima” de cuanto le ocurre.

En general la denuncia lo ha “descolocado”, la policía ha intervenido, la familia ha reaccionado y a veces también la escuela, el vecindario...

Es importante escuchar, recoger y reconocer las consecuencias que el hecho ha tenido para el menor y darles un lugar. Pero también **es de suma importancia** no dejarlo con esa visión parcial y **llevarlo a reflexionar** sobre otras consecuencias derivadas de su acción y que han quedado fuera, desdibujadas...

## El proceso de mediación es introspección

Desde el momento en que **se introduce a la víctima** en el discurso se produce un cambio sustancial en la actitud del menor. Su acción adquiere otra dimensión.

El menor se ve obligado a pensar, a reflexionar sobre su conducta, a tomar una cierta distancia para analizar las circunstancias que le llevaron a la acción delictiva, los motivos de la misma y sus consecuencias para la víctima.

La mediación supone un **ejercicio de introspección** para él, puesto que tiene que contestar muchos porqués sobre sí mismo, cosa a la que no está muy acostumbrado.

*Aprende a conocerse algo más, pone a prueba su capacidad de raciocinio y de argumentación.*

La **reflexión sobre la conducta y la toma de consciencia del otro** también ponen a prueba su capacidad de empatizar con los aspectos dañados del otro.

*Cuando descubre el daño causado es cuando puede desarrollar el deseo de reparar.*

## La mediación trata la culpa

Permite que el menor vea la dimensión de su acción, **le da la justa medida**, ni más ni menos, y **evita que dramatice**, creándole una culpa dañina **o que trivialice el hecho**, lo que supondría **no** aprender de la experiencia.

La mediación **da salida a la culpa** y así evita que se transforme en algo persecutorio. Es **diferente de expiar**, sino sería pagar por lo que ha hecho mal y eso puede ser vivido como un castigo condicionando el sentido mismo, el fin de la mediación.

Permite que **se restaure**, se reconstruya **la imagen dañada** que tiene oportunidad de ser **reparada** ante sí mismo, ante su entorno ... **Rescata los aspectos sanos** del individuo y evita la estigmatización.

## **La mediación fomenta el autocontrol, previene la reincidencia**

Todo este proceso constituye una importante experiencia de aprendizaje y de educación hacia la responsabilidad.

Si la experiencia vivida es además sentida (*la implicación emocional es una condición para adquirir conocimientos duraderos*), el menor podrá integrarla en su proceso madurativo y convertirla en una experiencia que reforzará su personalidad.

## **Elementos que aporta la mediación para la víctima**

Hay que tener en cuenta que en el ámbito penal las víctimas con las que trabajamos presentan diferentes particularidades y tipologías: menores, adultos, empresas públicas y privadas, escuelas ...

Para este trabajo hablaré de la víctima en términos generales, es decir de aquella víctima que vive el conflicto y sus consecuencias más intensamente a nivel emocional.

Tradicionalmente, la víctima suele sentirse abandonada e incomprendida por la justicia. No sólo padece el hecho delictivo y sus consecuencias materiales, sino que, a menudo, también padece otros daños, morales, psicológicos, sociales, etc.

La experiencia muestra que la víctima siente miedos, ansiedades, indignación y un largo etcétera de sentimientos y emociones dolorosas.

Participando en el proceso de mediación, tiene la oportunidad de reducir, aliviar, solucionar algunos de estos daños. Se reduce la victimización.

## **Un espacio de atención y escucha**

Quiero señalar aquí que el nivel de participación de las víctimas en el proceso de mediación es muy elevado. Este hecho fue una sorpresa para nosotros cuando iniciamos el programa y aunque algunos aun se sorprenden de su gran aceptación, veremos a continuación que tiene sobradas explicaciones.

La víctima dispone en este proceso de un espacio en el que puede plantear sus miedos, sus temores, el daño que ha sufrido, sus demandas...Y este espacio es de suma importancia.

Cuando las consecuencias del hecho delictivo han afectado mucho a la víctima, la han herido, le han causado dolor, **ser atendida y escuchada le permite relajar esa tensión, aflojar ese nudo de ansiedades.**

Alguien **se interesa** por ella, por su vivencia, la atiende, la reconoce y le ofrece una posible vía de solución.

### **Un espacio de información**

La víctima recibe información sobre el proceso judicial iniciado a raíz de la denuncia. Es importante para ella conocer el funcionamiento de este proceso a fin de evitar confusiones.

Puso la denuncia, pero no tiene claro si la llamaran a juicio o no, si habrá repercusiones y cuales. A menudo explica que quería dar un escarmiento al menor, que lo supieran sus padres y no esperaba que la justicia hiciera nada al respecto.

Al ser informada de la voluntad que tiene el menor de intentar resolver el conflicto, que se ha producido previamente al hecho delictivo o como consecuencia del mismo, su reacción es de sorpresa. Pero en cuanto dispone de más información sobre lo que la mediación puede aportar, también ve una oportunidad de participar activamente en la solución del conflicto que la afecta.

### **Un espacio de contención, de desdramatización**

A menudo el delito no va dirigido a una víctima concreta o simplemente la intencionalidad en el hecho no es proporcional al daño causado.

Cuando la víctima ha quedado afectada por el delito, es preciso ayudarla a relativizar lo sucedido para superar el trauma sufrido y encontrar un camino que le permita reorganizar su vida con tranquilidad.

Encontrarse con el autor del delito y escuchar sus circunstancias ayuda a desdramatizar la situación.

Que alguien con cara y ojos, aquel que la perjudicó, le dé explicaciones y se muestre en una actitud muy distinta a la del día de los hechos permite que la víctima se sienta aliviada, que desaparezca gran parte de lo imaginario. La mediación da al conflicto su justa medida.

### **Un espacio de reparación**

La mediación permite que se tengan en cuenta los daños sufridos por la víctima.

A menudo el término “reparación” nos remite a la restitución material de los daños, al pago de los desperfectos causados.

Es obvio que la mediación puede ayudar en la reparación material del daño, quedando en manos de las partes la posibilidad de llegar a acuerdos adaptados a las necesidades y posibilidades de las mismas.

Pero la mediación cobra verdadero sentido cuando hay daño moral o psicológico. La experiencia nos muestra que lo que más repara a la víctima es que se tenga en cuenta su dolor, su miedo, su ansiedad...

Poder manifestar esta situación en un clima de tranquilidad, comprobar el cambio en la actitud del autor y escuchar su compromiso de futuro es lo que compensa realmente a la víctima y le quita el miedo.

Este hecho junto a un verdadero protagonismo en la solución del conflicto es lo que la libera del papel de víctima.

## ELEMENTOS QUE APORTA LA MEDIACIÓN PARA AMBOS

### La mediación es comunicación

Toda mediación empezada es ya una comunicación; en cuanto el mediador se pone en contacto con B para informarle que A quiere comunicarse con ella en modo de diálogo y en presencia de un tercero que pueda facilitar el diálogo entre ellos, se establece una cierta comunicación. Aunque B lo rechace, ya no podrá ignorar que A tenía la voluntad de comunicarse de un modo preciso... (J.F Six)

El encuentro entre las partes es el punto fundamental del proceso de mediación.

Es un espacio en el que se expone la situación, se dialoga, **se establece una comunicación.**

El menor y la víctima hablan en un clima de tranquilidad sobre sus razones, sus circunstancias, sus vivencias. **Cada uno hace un esfuerzo para entender al otro.**

Marshall dice que en cuanto uno relaja su postura, el otro también cede.

La imagen negativa, dañada y posiblemente vengativa que inicialmente cada uno podía tener del otro, cambia al comprobar que el otro también tiene aspectos positivos reparadores.

### La mediación es responsabilización

La **mediación devuelve a las partes un conflicto** que les pertenece, dándoles la oportunidad de definirlo y de resolverlo satisfactoriamente.

*La **sanción penal da respuesta al hecho, pero no resuelve el conflicto** y no es siempre la mejor solución para las partes, en tanto que la mediación parte del hecho delictivo para llegar a entender el conflicto a fin de facilitar formas de solución válidas para el futuro.*

La mediación permite a las partes recuperar su **protagonismo** en un asunto que les afecta, y tratar de alcanzar una

solución válida a su conflicto. La **solución** nunca es impuesta sino propuesta, **discutida y aceptada** por las partes. La implicación voluntaria en el acuerdo alcanzado facilita que este se mantenga en el tiempo.

*La mediación fomenta el diálogo, la comprensión entre las partes, crea un vínculo. Evita el rencor, el resentimiento que puede generar una solución externa.*

### **Convierte el “yo gano / tú pierdes” en “tú ganas / yo gano”**

El conflicto se convierte en una oportunidad y el proceso de mediación en una experiencia constructiva, de aprendizaje y de crecimiento.

*El modelo de justicia tradicional no suele tener en cuenta la importancia de los procesos que llevan a la autonomía y a la asunción de responsabilidad de los ciudadanos respecto a sus conflictos.*

**La mediación representa un proceso de responsabilización, un compromiso, mejora la convivencia, mira hacia el futuro.**

*Facilita que víctima e infractor encuentren una salida que les permita continuar adelante, girar una página y no quedarse enganchados en ese rol, en ese vínculo que les opone (víctima/infractor).*

La **mediación** permite que la respuesta penal tenga una **función sanadora** y no quede sólo en la imposición de una sanción al autor. Actúa como **inhibidor de la reincidencia**.

Aunque éste no sea su objetivo, **la mediación tiene efectos terapéuticos**.

La **mediación resulta preventiva** porque las soluciones que se obtienen presuponen un proceso de responsabilización, no son punitivas y no generan resentimientos ni miedos de una parte hacia la otra sino que generan confianza, permiten poner punto final al conflicto y retornar a la paz social.



En definitiva, la mediación es una excelente herramienta para la comunicación, la tolerancia y la práctica democrática.

## **MEDIACIÓN-REPARACIÓN Y PSICOTERAPIA<sup>2</sup>**

### **Reflexiones sobre algunos puntos de coincidencia entre ambos métodos:**

La experiencia de seguimiento y colaboración con este programa, me ha permitido pensar sobre algunas hipótesis y postulados técnicos del trabajo psicoterápico con adolescentes. Los enumeraré brevemente para después comentarlos con más amplitud en el coloquio.

1. Aunque las motivaciones y los ámbitos de acogida sean tan distintos, mis primeras impresiones se refieren a la similitud de las dificultades que ofrece la **entrevista del adolescente**. La situación de doble asimetría a la que se expone, (entrevistador-entrevistado, adulto-adolescente), requiere una técnica muy cuidadosa, tanto por la dificultad de mantener el encuadre externo, como por tener que soportar las identificaciones proyectivas masivas con las que se defiende el menor cuando se le sitúa en una situación tan regresiva y bajo la observación de un adulto.

El peligro de cualquier profesional si estas defensas son excesivas, es el de convertir la entrevista en un diálogo seductor, disimulando la asimetría o utilizarla cayendo en un interrogatorio autoritario. La capacidad técnica de aunar flexibilidad y firmeza en el encuadre, hacen posible en ambos métodos una aceptación y reconocimiento de ayuda por parte del menor mucho más frecuente de lo que nuestras primeras impresiones o el pesimismo de algunos terapeutas, nos harían pensar.

---

<sup>2</sup> Reflexión realizada por Luis Feduchi.

2. Todo el proceso de exploración del autor y de la víctima, permite seguir el **acercamiento al objeto dañado** y conocer, tanto la capacidad de tolerancia a la culpa y las defensas que moviliza en el autor, como la respuesta de la víctima, sus ansiedades persecutorias, sus reivindicaciones más o menos patológicas y sus capacidades para disculpar. Es importante el orden de la exploración, primero el autor antes que la víctima, pues, si ésta no se aviene al encuentro, siempre hay posibilidades de recoger y canalizar las intenciones reparatorias del menor, mientras que si se entrevista primero a la víctima y después el menor no acepta el programa, se corre el riesgo de aumentar sus ansiedades persecutorias.

Toda esta exploración podría entenderse como una escenificación de cuando el terapeuta, en sus primeras entrevistas, explora la capacidad del adolescente para acercarse a unos sentimientos de culpa motivados por sus ataques a los objetos internos, (en el material, “pedir disculpas, tranquilizarle, nos pasamos”), valora las posibilidades de adquisición de insight, y recoge la presencia de alguna respuesta reparatoria (“devolver el dinero”). La exploración de la víctima para estudiar las posibilidades de incorporarla al programa es semejante a la que se lleva a cabo en el adolescente para valorar su capacidad de aceptación de un tratamiento donde va a ponerse en contacto con sus aspectos destructivos. Igual que en la víctima, pueden aparecer también temores paranoides, o desconfianza en las capacidades de tolerar las resistencias a los objetivos del tratamiento. Esta desconfianza aparecería en el material cuando la víctima no se atreve a pedir la otra cantidad de dinero correspondiente a la reparación del daño moral, es decir, duda de que los autores se hagan responsables de las consecuencias más emocionales de la agresión.

3. Observando este momento desde los agresores aparece la ansiedad en forma de **exigencia** sobre lo que la víctima puede pedirles. Esta ansiedad tiene la misma calidad que las dudas que siente el adolescente para llevar a cabo un tratamiento, como manifestación de su incapacidad para responder a todas las demandas que siente desde sus aspectos infantiles (superyo), y que en la transferencia proyecta en el terapeuta convirtiéndole en exigente. La respuesta oscila por tanto desde el temor a someterse (aspectos infantiles), hasta las dudas sobre su capacidad de poderlo superar (aspectos adultos).

También se produce una secuencia interesante cuando los autores y la víctima piden a los mediadores quedarse solos, y es la **aparición de la intimidad** del adolescente y su actitud ante la presencia del adulto.

El inicio de la vivencia de privacidad en el adolescente, tanto individual como grupal, está enfatizada, sobre todo por dos motivos: primero por los temores de no poder substraerse a su dependencia infantil y después por la necesidad de verificarse en sus capacidades de contención y elaboración de emociones, ideas y actos. Es una constante, yo diría, imprescindible en el proceso de crecimiento, pero que cuando se presenta en el curso de una psicoterapia, podemos confundirla con resistencias, ocultaciones o falta de colaboración: es decir, podemos diagnosticarla erróneamente de acting-out, acting-in o repliegue narcisista.

El respeto y la confianza de los mediadores, atendiendo la petición de dejarlos solos, permitió seguir el proceso, aún venciendo la curiosidad profesional y los temores del posible fracaso del programa.

4. Otro aspecto que me sugirió establecer comparaciones, se refiere a lo que nosotros en terapia llamamos la **elección del foco**. Tanto la exploración como la propuesta

de llevar a cabo el programa se circunscribe a unos hechos y a unas capacidades que permitan la resolución del conflicto autor-víctima, y así se les comunica. Quedan fuera de la intervención otros aspectos, familiares, escolares o incluso somáticos, que pueden aparecer colateralmente o que se intuyen.

La focalización del conflicto en el adolescente se ha puesto en cuestión en el trabajo psicoterapéutico, tanto por el momento de crisis por el que atraviesa el paciente, que en teoría dificultaría concretar un foco, como por sus resistencias de colaboración a centrarse en un problema concreto. Desde la experiencia de observar en los menores la manera de comprender la propuesta de este programa y de colaborar con ella, pienso que los terapeutas tendríamos que ser más optimistas a la hora de describir al adolescente un foco de conflicto, quizás mejorando nuestra manera de plantearlo o el modo de hacerle participe en la tarea de su resolución (alianza terapéutica).

5. El último punto que quisiera comentar se centra en la manera de **terminar el caso** que se ha presentado: los menores, agresores y víctima, deciden el lugar de encuentro para cumplir lo pactado y optan por un lugar externo a donde se ha desarrollado el proceso. De nuevo se pone a prueba a los profesionales, tanto en no poder intervenir en la resolución, como en tener que tolerar la frustración por no presenciar como testigos el desenlace.

El desarrollo de una terapia con un adolescente comporta muchas veces el riesgo de prolongaciones innecesarias. En la dificultad de su finalización señalaría dos factores que movilizarían prolongar la intervención: el primero, la presencia de los conflictos psicológicos y ambientales que indudablemente tienen que existir dentro de la elaboración de la crisis, y que crean ansieda-

des y dudas en el terapeuta sobre su eficacia, y otro, muy importante, la dificultad de pronosticar el futuro en una persona que está en pleno desarrollo y que por lo tanto carece de experiencias pasadas sobre su presente, cosa que en los tratamientos de adultos no es tan frecuente y la evaluación de resultados y el pronóstico es más claro y explícito.

Uno de los comentarios finales a cerca del programa que hemos presentado. La figura del mediador está siendo cada vez más demandada. Es una profesión que requiere una formación teórica, un seguimiento de prácticas y además una sensibilidad, capacidad o vocación, llámese como se quiera, como todas las profesiones que se dedican a las relaciones humanas.

Pensamos que este auge de la mediación, a veces abusivo en algunos ámbitos, apenas si está llegando a aquellos donde normalmente se mueven los adolescentes: familia, escuela, barrio o centros de atención a la infancia. Y desde aquí queremos señalarlo porque algunos de los problemas que saturan la asistencia psicológica, crean alteraciones en el funcionamiento de las escuelas y familias o violencia en los barrios, podrían evitarse si existiera un programa de mediación-reparación que interviniera al principio del conflicto. Nosotros creemos, por último que los dos métodos a los que nos hemos referido tienen sobre todo un punto en común y es que, además de resolver un problema puntual del adolescente, incluye un valor preventivo.



## **PROCESO DE MATERNIDAD: UN ESPACIO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN\***

**M.T. García-Dié\*\* C. Palacín\*\*\***

Cuando Stern (1997) plantea que las teorías aparecen como respuesta a determinados fenómenos clínicos y las relaciones padres-hijo constituyen una población nueva, que ofrece aspectos únicos y que debe ser abordada desde una nueva forma de comprensión, para nosotros este *nuevo y recién descubierto “paciente”* –en palabras de Stern– que supone la relación, tiene un comienzo anterior: la gestación, tiempo que ha sido considerado por Brazelton (Brazelton y Cramer, 1993) como el inicio de la vinculación con el hijo.

La práctica profesional con familias que acababan de tener un hijo diagnosticado desde el nacimiento con trastornos del desarrollo nos llevó a estudiar las representaciones mentales a lo largo del embarazo. Brazelton (Brazelton y Cramer, 1993) consideraba que el inicio del vínculo se construye sobre rela-

---

\* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título “Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia” se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

\*\* Dra. M<sup>a</sup> Teresa García-Dié. Departamento de Psicología. Grup d’Estudis i Recerca de la Família, GERF. Facultat de Psicologia i Ciències de l’Educació Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

\*\*\* Concepció Palacín. Becària del Grup d’Estudis i Recerca de la Família, GERF. Facultat de Psicologia i Ciències de l’Educació Blanquerna. (Universitat Ramon Llull).

ciones previas con un hijo imaginario. Recordemos una cita suya conocida e ilustrativa de esta realidad: “Para todos los que se convierten en padres, en el momento del nacimiento se juntan tres bebés: el hijo imaginario de sus sueños y fantasías... y el feto invisible pero real, cuyos ritmos y personalidad particulares se han estado volviendo crecientemente evidentes desde hace varios meses,... se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente tomar entre sus brazos” (Brazelton y Cramer, 1993).

Uno de nuestros objetivos era poder proponer, sobre una base no especulativa, la intervención psicológica durante la gestación para favorecer la prevención en el establecimiento de las primeras interacciones madre-hijo.

Presentamos aquí los resultados de un estudio longitudinal llevado a cabo con un grupo de mujeres primíparas, de edades comprendidas entre los 20 y 38 años, desarrollado desde el último trimestre de embarazo hasta el final del primer trimestre de vida del niño.

Por “proceso de maternidad” entendemos el concepto que engloba gestación, parto y maternaje *-la maternización-*. Es decir adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones precoces con el hijo. Proceso en el que deben implicarse igualmente madre y padre.

Y entendemos por representaciones, los procesos mentales por los que experiencias y vivencias se hacen accesibles y se transforman en imágenes pudiendo ser observadas a través de procesos verbales.

El procedimiento seguido en el estudio empírico lo dividimos en cinco fases:

1. Selección de sujetos
2. Realización de un programa de preparación a la maternidad (grupo de madres)
3. Nacimiento del bebé



4. Primer trimestre de vida del niño
5. Transcripción, categorización y análisis

Los límites de tiempo de una comunicación nos llevan a referirnos aquí únicamente a una parte de resultados, los obtenidos del sistema de categorías con el que se analizaron las transcripciones del grupo de madres, grupo que conformaba un aspecto del programa de preparación a la maternidad y al parto. Se trataba de un grupo cerrado, con características de grupo de apoyo, de 1 sesión semanal de 90' de duración a lo largo de 8 semanas ininterrumpidas, sesiones que fueron grabadas en cassette.

De la transcripción de las grabaciones se segmentaron los registros en unidades de análisis –enunciados mínimos con un mismo contenido temático- y después de realizar una triangulación con la primera sesión, obtuvimos 1093 unidades que quedaron adscritas a 20 categorías.

Estas categorías, ordenadas de mayor a menor según el porcentaje de frecuencia con que aparecen en las sesiones son las siguientes:

Bebé .....	16,9
Expectativas .....	8,4
Parto .....	7,9
Estado de ánimo/Emociones .....	7,4
Miedo/Muerte .....	7,2
Grupo.....	6,1
Pareja.....	5,3
Estado de salud/Enfermedades.....	5,2
Pruebas/Intervenciones médicas.....	4,7
Trabajo .....	4,2
Referencias a sí misma.....	3,8
Abuelos.....	3,7
Imagen propia .....	3,4
Cuidado del bebe.....	3,4
Relación de pareja .....	3,2
Referencias a la propia madre.....	3,2
Deseo del hijo .....	2,3
Alimentación y problemas relacionados.....	1,5
Guardería .....	1,2
Aborto .....	0,5

Analizando la temática representativa, se observa que:

- 6 categorías (un 30%) se refieren a lo que entendemos como *aspectos físicos de la gestación* y 14 (el 70%) se refieren a lo que podríamos entender como *proceso psicológico paralelo*.

De estas 20 categorías 8 están presentes en todas las sesiones:

- Bebé
- Expectativas
- Pareja
- Relación de pareja
- Referencias a la madre propia
- Miedo/Muerte
- Grupo
- Pruebas e intervenciones médicas

Por tanto 7 de ellas se refieren a lo que entendemos como proceso psicológico y una se refiere a los aspectos físicos.

Al acabar el estudio queríamos, a modo de conclusión sobre objetivos y supuestos, dar respuesta a tres cuestiones:

### **¿Qué podemos inferir del análisis de las representaciones?**

1. A lo largo del período analizado las representaciones nos sugieren una interacción mantenida con el bebé y se centran en las expectativas sobre la futura cualidad materna.
2. Igualmente se infieren cambios relacionales, una mayor adecuación en los roles de padre y madre propia. Consideramos que la elaboración de estas relaciones durante la gestación favorecería un futuro equilibrio emocional en el postparto.

3. El interés suscitado por el grupo puede indicar una función de acompañamiento y comprensión ofrecida por la interrelación de sujetos en las mismas condiciones.

Relacionando las representaciones con la propuesta de intervención volvemos sobre un diagrama propuesto por Stern (1997) sobre cómo el mundo representativo orienta las interacciones y el papel que sobre ello ejercen los Sistemas de Ayuda (o niveles de cuidado de guardería, asistencia pediátrica, etc.) nosotros estaríamos hablando de una zona de influencia sobre las representaciones que a su vez podría influenciar positivamente la actuación materna.

La segunda cuestión era:

**¿Qué aporta la intervención psicológica en un programa de preparación a la maternidad?**

Vemos cómo las representaciones se refieren con insistencia al proceso psicológico paralelo a la gestación biológica. La presencia del psicólogo a lo largo de este proceso puede completar la labor del equipo obstétrico a dos niveles:

- como cribaje de sujetos que necesiten atención terapéutica y
- como facilitador de una etapa única e irrepetible de desarrollo y cambio en el inicio de la vida relacional madre-padre-hijo

Finalmente la tercera cuestión era:

**¿Qué modelo de preparación a la maternidad podemos ofrecer?**

Proponemos una atención multidisciplinar a lo largo de todo el proceso de maternización, es decir, asistencia psicológica paralela a la obstétrica y pediátrica desde el diagnóstico del embarazo hasta los primeros meses de crianza.

Una aproximación a contrastar con el propio equipo y basada no en la especulación sino en la información que tenemos al finalizar el estudio podría ser la siguiente:

**Primer trimestre**

Equipo obstétrico	Pediatra	Psicólogo
Diagnóstico y seguimiento del embarazo.		Entrevistas de cribaje (evaluación y administración de cuestionarios)

**Segundo trimestre**

Equipo obstétrico	Pediatra	Psicólogo
Seguimiento del embarazo		<b>Programa</b> inicio de las sesiones de grupo

**Tercer trimestre**

Equipo obstétrico	Pediatra	Psicólogo
Visitas de seguimiento. <b>Programa</b> Charlas informativas y sesiones de relajación	<b>Programa</b> Charla informativa	<b>Programa</b> Sesiones de grupo

**Parto**

Equipo obstétrico	Pediatra	Psicólogo
Atención al parto	Evaluación del bebé	

**Post parto**

Equipo obstétrico	Pediatra	Psicólogo
Visita de control	Visitas periódicas de control de desarrollo	<b>Programa</b> Sesión de grupo

Una cita de Molènat (1996) parece interpretar el diálogo entre el mundo técnico (observable) y el trasfondo misterioso (inferido) que abordamos en este estudio:

*“Cuanto más el hijo es explorado en su desarrollo intrauterino, revelando lo que la naturaleza ocultaba (imágenes ecográficas por ejemplo) la sofisticación tecnológica reclama una re-humanización. Las emociones parentales y profesionales se unen como para re-hacer un entorno psíquico a este niño desvelado.*

*Lo indecible de la vida requiere términos que impregnen en adelante nuestra práctica conjunta: alianza, acompañamiento, vinculación... describen la necesidad de nuevos lazos para que la dimensión simbólica de la vida trascienda la biológica.*

Si el desarrollo celular del comienzo de la vida es objeto de descubrimientos prestigiosos, lo inefable del encuentro interhumano es el fundamento desde los orígenes.

*Afortunadamente lo real que la técnica va acercándonos sigue siendo superado por las imágenes mentales y las emociones compartidas."*

Esto es algo que tiene un lugar de privilegio en el proceso de maternidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- BRAZELTON, T. B. (1983). *La naissance d'une famille. Ou comment se tissent les liens*. París: Stock/Laurence Pernoud
- BRAZELTON, T. B. (1992). *Touchpoints. Yours Child's Emotional and Behavioral Development*. New York: Addison-Wesley Publishing Company
- BRAZELTON, T. B. y CRAMER, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós
- BRUSCHWEILER-STERN, N. (1997). Imagining the Baby. Imagining the Mother: Clinical Implications of Maternal Representations for Perinatology. *Ab Initio*, 4, 1, 1-5
- CABALEIRO, L. F. y ESCRIVÁ, A. (1986). Salud Mental y grupos de prevención primaria en un programa materno-infantil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil* 1, 149-157
- FAVA VIZZIELLO, G., ANTONIOLI, M. E., COCCI, V. & INVERNIZZI, R. (1993). From pregnancy to motherhood: The structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14, 4-16
- GAUTHIER, Y. (1998). Du project d'enfant aux premières semaines de vie. Perspectives psychoanalytiques. En: Mazet, Ph. Et Lebovici, S. (dir) *Psychiatrie Périnatale*. París: P.U.F.
- MAZET, PH. ET LEBOVICI, S. (dir) (1998). *Psychiatrie Périnatale*. París: P.U.F.
- MOLÉNAT, F. (1996). Le mouvement de la vie. *Les cahiers de l'Afrée*, 10, 3-5
- STERN, D.N. (1997). *La constelación familiar. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós
- ZEANAH, C.H. & BARTON, M.L. (1989). Introduction: Internal Representations and Parent-Infant Relationships. *Infant mental Health Journal*, 10, 135-141

## **CONSULTAS PARALELAS MADRES-HIJAS\***

**Carmen Villanueva Suárez\*\*  
y María José De la Viña Guzmán\*\*\***

### **INTRODUCCIÓN**

Cada vez es más clara la eficacia de las intervenciones precoces en los momentos de crisis vitales y especialmente en la Adolescencia en la que se está consolidando la personalidad.

El objetivo de esta comunicación es presentar el trabajo clínico realizado simultáneamente por distintos terapeutas con madres y sus hijas adolescentes.

Agradecemos al comité científico la posibilidad de presentar esta comunicación en el Congreso, ya que a raíz de su título “Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia”, nos hemos puesto a pensar y teorizar sobre la práctica que llevamos a cabo desde hace algún tiempo, en un Servicio de Salud Mental Público.

La forma de concebir los síntomas y el diagnóstico lleva implícito un modelo terapéutico y las distintas formas de abordaje.

Entendemos que los adolescentes “reavivan” dificultades en los padres y que a su vez la patología psíquica en éstos generan problemas en el crecimiento de los hijos, fundamen-

---

\* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título “Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia” se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

\*\* Psicólogo SSM Parla (Madrid).

\*\*\* Psicólogo.

talmente en esta etapa, que si no se abordan y “desatan”, pueden llegar a cronificarse debido al bloqueo que generan en todas las áreas intelectual, social y emocional.

La relación madre-hija tiene una especificidad que no se agota en la etapa edípica.

Hay una tarea que compete a ambas, que es preciso realizar y que se salda, cuando se logra enfrentar, con una separación entre ambas, una distancia que nunca volverá a reducirse.

Esta labor, que no consiste únicamente en rivalidad respecto al padre sino un verdadero “cuerpo a cuerpo”, se juega en la práctica a través de cuestiones como la ropa, los horarios, el peinado, los gustos de cada una... que sirven para marcar posiciones diferenciadas, por medio de las cuales la hija va a intentar situarse como “mujer” en contraposición “a hija de” respecto a su madre.

Hay que realizar el duelo de la “hija buena” y de la “buena madre”, tras el que sólo queden dos mujeres, sin que nada venga a llenar esa pérdida.

Una mujer que no ha llevado a cabo ese duelo con su propia madre, está en una difícil posición para enfrentar la separación de una hija y ésta a su vez puede verse embarcada en una escalada de “oposición” que la lleve a ponerse en situaciones de riesgo.

En este punto concreto es en el que centramos las intervenciones que refiere esta comunicación.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se han seleccionado 8 casos en los que hemos trabajado simultáneamente con la madre y la hija, en momentos puntuales dos terapeutas diferentes (psicóloga y psiquiatra).

Las dos profesionales trabajamos en el mismo sub-equipo del centro, con reuniones semanales de casos y con un esquema teórico-práctico de orientación dinámica, por lo que el intercambio de información es rápido y fluido y el abordaje terapéutico similar.



**Características de la muestra:** adolescentes mujeres primogénitas (salvo una que aunque era la 2.<sup>a</sup> en la fratria es la 1.<sup>a</sup> mujer), entre 13 y 15 años, con sintomatología depresiva, alteración de los hábitos alimentarios, disminución del rendimiento académico y rebeldía.

El diagnóstico de las madres oscila entre depresión mayor con ideas delirantes, depresión neurótica y cuadros neuróticos crónicos, con tratamientos prolongados.

La derivación se realiza del programa de adultos a infanto-juvenil cuando:

- En la madre la queja principal aparece puesta en la hija y el trabajo se estanca porque éstas acaparan todas sus preocupaciones.
- Cuando la psiquiatra detecta que los síntomas de la adolescente pueden estar paralizando su desarrollo.

Del programa infanto-juvenil a adultos cuando:

- La psicóloga de la adolescente valora un trastorno psicopatológico importante en la madre, que no se resuelve con entrevistas de orientación a padres y que dificulta la separación y autonomía de la hija. Realiza 2-3 entrevistas con la adolescente y 1-2 con ambos padres.

**El objetivo terapéutico respecto a las hijas es:**

- Esclarecer las dificultades de separación que se presentan en forma de síntomas.
- Diferenciar “querer” de “preocupar”, que entiendan que no necesitan dar motivos de preocupación para sentir que las quieren.
- Poder tolerar la separación y el sentimiento de culpa y que no se transforme en ruptura ni en algo destructivo para ellas, sino que sirva de ruptura interna.
- Permitir las diferencias como algo bueno y necesario.
- Fomentar su autonomía y desarrollo como sujeto, su intimidad y subjetividad.

### **El objetivo terapéutico respecto a las madres es:**

- Se trabaja su propia filiación donde aparecen con frecuencia fantasías de que así como ellas fueron hijas “devotas” serían compensadas de igual manera por sus hijas.
- La necesidad de mantener a sus hijas en la identidad infantil para seguir siendo ellas necesarias y “válidas” perpetuando así la indiferenciación y negando la subjetividad.
- Evolucionar a una relación más diferenciada entre ambas.
- Confirmar que no hay armonía posible ni manera de mantener esa relación idealizada y perpetua con sus hijas bajo la forma de “al ser las dos mujeres, podemos ser amigas, nos podemos contar todo... “.

### **CONCLUSIONES**

El objetivo terapéutico es poner en circulación la energía bloqueada, que no se cronifique una relación dependiente entre madres-hijas frustrante y agresiva para ambas.

Se trata de acercar la asistencia a la demanda que efectivamente en estos casos no es una demanda de tratamiento, ni de eliminación de síntomas sino facilitar el camino a las hijas y a sus madres en el proceso de la Adolescencia y entender a esa joven que se está estructurando y sufriendo.

Consideramos que una intervención puntual de no más de 2-3 sesiones, impide que se cronifiquen situaciones adaptativas normales que por la patología psiquiátrica de las madres tiende a estancarse.

La mejoría ha sido notable especialmente en las hijas disminuyendo los sentimientos de culpa y la sintomatología (estudian, se alimentan bien.....) y ha permitido a las madres abordar desde una posición más favorable el duelo no resuelto en relación con su propia madre.

## BIBLIOGRAFÍA

- AVELLANOSA, I.; CANO I.: *Psiquiatría Infantil. De la psicoterapia a los psicofármacos*. Rev. de psicoterapia psicósomática, Agosto 1998; año XVIII, n.º 39, pp. 17-29.
- CHATEL, M. M.: *El malestar en la procreación*. Ed. Nueva Visión, 1996.
- DE LA VIÑA GUZMÁN, M. J.: *Duelos no realizados y sus consecuencias en generaciones posteriores*. En *Teoría y clínica del duelo*, coordinador E. Gamó Medina, Angama, Ciudad Real. 1999.
- FREUD, S.: *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica (1925)* en *Obras Completas*, tomo VIII, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid. 1974.
- FREUD, S.: *sobre la sexualidad femenina (1931)* en *Obras completas*, tomo VIII, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid. 1974.
- FREUD, S.: *La feminidad en Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis (1932)* en *Obras completas*, tomo VIII, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid. 1974.
- RAMOS BRIEVA, J. A.: *Distimias: Problemática en su delimitación y abordaje asistencial*, X Jornadas A.M.S.M, Junio 1998, pp. 79-88.
- SAFOUAN, M.: *Estudios sobre el Edipo*, Ed. S XXI, 1997.
- SAFOUAN, M.: *La sexualidad femenina según la doctrina freudiana*, Crítica. Ed. Grijalbo. 1979.
- VILLANUEVA, C. y otros: *Tres años con adolescentes*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1998, vol. XVIII, n.º 67, pp. 427-433.
- VILLANUEVA SUÁREZ, C.: *Duelo en la infancia en Teoría y Clínica del duelo*, coordinado por E. Gamó Medina, Angama, Ciudad Real. 1999.



## **EL TRABAJO CON GRUPOS DE PADRES: UNA APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA\***

**Rosa Blasco Balagueró\*\***

Quiero agradecer a la SEPYPNA, y en especial a Jaume Baró, la oportunidad que me brindan de compartir hoy con todos ustedes mi experiencia como una de los profesionales que forman parte de un proyecto iniciado conjuntamente por el Instituto Municipal d'educació Ramón Barrull del Ajuntament de Lleida y el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universitat de Lleida.

Durante el año 1997, ambas instituciones gestan la idea de ofrecer a diferentes colectivos ciudadanos la posibilidad de trabajar sobre algunos aspectos de la educación y de la relación entre padres e hijos.

Se trata de un intento de reestructurar una demanda de "charlas" que, año tras año, se reciben en el IME, bajo la idea de dejar a un lado la actitud "pasiva" de los oyentes y encontrar el modo de establecer una comunicación viva y enriquecedora.

Es así como surge la idea de "los grupos de reflexión" con la finalidad de ofrecer a padres y madres la formación en los aspectos psicopedagógicos y ambientales, que se desarrollan

---

\* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEPYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999.

\*\* Psicólogo.

durante un periodo relativamente extenso de tiempo, desde la primera infancia hasta la adolescencia.

Se parte de la idea de que no se puede enseñar a ser padre o madre, ya que esta función es una experiencia subjetiva y que tiene que ver con la propia personalidad y con las experiencias vividas desde la infancia.

En cambio, sí que se puede ayudar a ser padre o madre siempre que se parta de la propia experiencia, de las dificultades cotidianas que el desarrollo de la función parental genera, bien sea a través de la reflexión conjunta, bien sea con el diálogo y el continuo posicionamiento de nuestra manera de ser como padres y madres.

Se ofrece, pues, un espacio de reflexión que permite pensar conjuntamente sobre las propias dificultades y compartirlas con los otros a través del diálogo y la participación. El grupo es coordinado por un profesional con conocimientos y experiencia en el campo de la psicología. Cada grupo de padres y madres escoge un ámbito de trabajo sobre el cual se iniciará la dinámica general del grupo.

Los ámbitos de reflexión y debate se ofrecen del siguiente modo:

*General:*

- Mi hijo/hija se está haciendo mayor, me preocupa.
- No sé cómo poner límites a mi hijo/a.
- Cada día me cuesta más hablar con él/ella.
- Parece que cuando digo alguna cosa no me escucha.
- ¿Qué pasa si digo que no?
- ¿Hay una única, y buena manera de educar a los hijos?
- ¿Cómo me siento cuando veo que mi hijo se hace mayor?
- Me preocupa si alguna cosa de las que hago puede influir negativamente en mi hijo.

*Adolescencia:*

- Mi hijo/a está cambiando muy rápidamente, ¿le ayudo lo suficiente?
- Pasa más tiempo con sus compañeros que con nosotros.
- Me contesta mal, y antes no lo hacía.
- Antes me lo explicaba todo, ahora apenas me cuenta nada.
- Mi hijo quiere llevar cola. A mí no me gusta.
- Me gustaría que mi hijo/a fuera amigo mío.
- Me siento impotente cuando no me hace caso.
- Mi hijo/a es ya casi un adulto. ¿Cómo me siento yo?

*Señales de alerta:*

- Mi hijo/a se niega a hablar de sus nuevos amigos. No quiere llevarlos a casa. Antes nunca lo había hecho.
- Ha perdido el interés que tenía por las actividades escolares.
- Habla de manera diferente. Quiere vestirse de forma muy extraña.
- Siempre hacía mucho deporte y ahora, de repente, lo ha dejado absolutamente. Ha perdido todo el interés.
- Está adelgazando demasiado.
- Cuando hablamos de temas relacionados con las drogas, se pone a la defensiva.

Bajo este marco se iniciaron, a modo de prueba, durante el curso 97-98 algunos grupos, ampliándose la oferta durante el curso posterior.

El proyecto cuenta también con un importante soporte para las personas que conducen estos grupos, ofreciendo formación continuada y supervisión.

Como participante en el proyecto, en modo alguno pensé que éste pudiera ofrecer beneficios terapéuticos directos a los integrantes del grupo, sino que más bien serían útiles a nivel de prevención y de saneamiento de las vivencias cotidianas de la crianza.

Personalmente durante algunos años había estado trabajando con otro grupo formado en la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) de un instituto. Al principio se me había pedido conducir una escuela de padres “sensu strictu”, por formación y probablemente también por “deformación” personal me resultaba constriñente y aburrido ceñirme a los modelos tradicionales de escuelas de padres, por otra parte, el papel de “maestra de padres” me resultaba impensable. De modo que les ofrecí lo que yo llamé entonces un “grupo de trabajo”. Mi convencimiento de la capacidad de las personas de buscar en su interior, de ahondar en sus sentimientos y de encontrar sus propios recursos era, y es, enorme. Y parece que así queda patente tras los años de intercambio con este grupo.

Al ofrecerme, pues, la posibilidad de participar en estos grupos de reflexión me sentí con muchas ganas de repetir experiencia, con el aliciente, además, de que esta era una iniciativa pública y dirigida a un campo amplio de población. La propuesta se mandó a todo tipo de asociaciones, especialmente a las AMPAS, pero también a los barrios y a otras entidades organizadas.

La frecuencia de estos grupos está prevista en, aproximadamente, una sesión al mes, durante el curso escolar.

Actualmente algunos grupos han cumplido ya su segundo curso de vida, en este momento se está iniciando el tercero.

En este tiempo mi interés principal se ha centrado en ayudar a ver el “reverso” de las situaciones. Con frecuencia resulta fácil a los padres hablar de las conductas de sus hijos, mostrar sus preocupaciones, esa es parte de su realidad; otra parte es cómo les hacen sentir, qué provocan en su interior, qué ansiedades se les desvelan, y de qué manera la particular forma de ser y de sentir de cada uno interviene en la relación.

De algún modo, el papel del profesional en el grupo, en mi opinión, es el de ayudar en el enfoque, el de fomentar la refle-



xión y la profundización en puntos clave. Apenas ninguna intervención teórica se hace necesaria puesto que van hilvanándose en la interacción, el punto de uno provoca el punto de otro, tejiendo al final entre todos una cierta elaboración de los conflictos que será válida en tanto que ha sido creada por cada uno y a la vez por todos los miembros del grupo.

Al final de cada curso escolar se pasa a cada uno de los miembros de los grupos un cuestionario con el fin de realizar una valoración sobre la actividad. En general el grado de satisfacción es alto, de hecho los integrantes de los grupos que llegaran a final de curso lo hacen porque sienten que las reuniones les resultan enriquecedoras.

Sin duda, en el camino se han ido descolgando aquellos padres a los que nuestro modo de trabajar no les satisface. Algunos padres llegan al grupo con el convencimiento de que en su casa todo anda bien, que ellos son padres eficientes y muestran poco interés en la introspección, en el cuestionamiento personal que la pertenencia al grupo les representa. Este tipo de padres suelen dejar el grupo en una o dos sesiones.

Otros buscan recetas concretas que se les diga qué deben hacer en cada momento; si sus resistencias y sus ansiedades no son muy grandes pueden adaptarse al grupo y acaban viendo que la única receta consiste en intentar comprender qué le pasa al niño en un momento determinado, y cómo le hace sentir cada situación a cada padre o madre, a partir de ahí ellos mismos van encontrando soluciones a sus problemas cotidianos.

A un reducido número de padres el modo de trabajar en nuestros grupos les desvela ansiedades muy intensas difícilmente elaborables en este contexto, éstos suelen abandonar también nuestros encuentros o se sienten estimulados a buscar otro tipo de ayuda. En una ocasión, en un grupo, una madre comentaba que le había dado una bofetada a su hijo; otra de las madres empezó a mostrarse diametralmente opuesta al castigo físico a pesar de que nadie se mostraba

totalmente a favor, la situación creada llevó a esta madre a explicar su experiencia personal, de pequeña su padre la había pegado muchísimo y había abusado de ella... después de esta ocasión nunca volvió al grupo.

De todos modos, y en general, a partir de la segunda o tercera reunión el grupo suele quedar establecido, salvo en situaciones muy peculiares.

Hace algunos días, charlando con los organizadores de este proyecto, me decían que la finalidad del mismo no es terapéutica, es cierto, la oferta se hace a la población en general, con el único requisito de que sean padres o madres. En este punto podíamos llegar a una discusión sobre qué debemos considerar psicoterapéutico y qué no; no era ni el lugar, ni la ocasión para ello. Sin embargo, a través de los resultados de los grupos observamos la satisfacción de los participantes en esta actividad, expresan una disminución de sus temores y de sus ansiedades y una mayor comprensión hacia los conflictos de sus hijos y hacia los propios.

De modo que, aunque la finalidad no sea expresamente terapéutica, los beneficios que ofrece al grupo sí creo que lo son.

La sensación de los padres que han trabajado en este tipo de grupos durante algún tiempo es la de mayor tranquilidad ante los conflictos con sus hijos, más capacidad para afrontarlos y menor dependencia hacia soluciones externas.

A mitad de este verano me encontré con una madre que desde el principio de mi primer grupo había participado en él. Su hija menor había finalizado COU en Junio y ella se había despedido del grupo. La hija era muy buena estudiante, muy responsable, había obtenido matrícula de honor en COU, nunca le había dado grandes problemas. La madre se acercó a mí y me dijo:

“Nunca diría cómo acabó la fiesta de COU mi hija... en urgencias del hospital con un coma etílico!!!!” Ella es enferme-

ra en ese mismo hospital “Me llamaron mis compañeras –siguió diciéndome– cuando iba hacia allí se me comían los demonios por dentro!”

“Pensé en llamarla a usted al día siguiente –prosiguió– pero al final vi que podíamos resolverlo solas... Creo que ambas aprendimos una lección importante ese día!”

De modo que esperamos que este tipo de trabajo, ofrecido desde lo público, vaya haciéndose más habitual en nuestras ciudades... Aún es pronto para valorar los resultados de forma global, sin embargo a nivel individual creemos que contribuye notablemente a un mayor bienestar de los padres y madres que han participado en ellos.



## **EL GRUPO PSICODRAMÁTICO DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA: UNA EXPERIENCIA AL FILO DE LAS CONTRAINDICACIONES**

**Dolores Codón Herrera\***

Para la comprensión de este trabajo es necesario situarnos en el contexto en el que se ha realizado la experiencia. Nos situaremos en Baracaldo, una zona de la margen izquierda de la Ría que nació al abrigo de la industria pesada en el País Vasco y que ha sido duramente afectada por la desindustrialización. Además, el tejido social que la integra está basado en la inmigración, en una tierra donde el arraigo y la pertenencia social es un factor determinante en las relaciones sociales. Estaríamos hablando de la segunda generación, la que ocupa un lugar con uno de los índices más alto de paro y desestructuración social.

Para la atención de la población infanto-juvenil contamos con un equipo compuesto por un psiquiatra, un psicólogo y una asistente social. Atendemos a unos 20.000 menores de 18 años, de una población total de 135.000 habitantes, cuyas condiciones socioeconómicas le hacen más vulnerable de padecer alteraciones psicopatológicas.

---

\* Psicólogo. Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes Servicio Vasco de Salud, Osakidetza. C. S.M. de Baracaldo, Vizcaya.

Trabajo realizado en colaboración con J. Carmelo Malda, Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Servicio Vasco de Salud, Osakidetza. C. S.M. de Baracaldo, Vizcaya.

La elevada demanda de atención y nuestros escasos medios, nos llevo a estudiar la manera de utilizar los recursos terapéuticos de la forma más racional y eficaz.

Nos planteamos la posibilidad de organizar algunos tratamientos en grupo, con la intención de que pudiéramos ofertar uno para cada franja de edad evolutiva. (Primera infancia, latencia, pubertad y adolescencia). Coincidían en el tiempo, en nuestras consultas, suficientes niños en edad próxima como para poder organizarlos.

El grupo que vamos a describir corresponde a niños en la latencia tardía, de 9 para 10 y 11 años de edad.

### **ABORDAJE TERAPEÚTICO:**

Elegimos el psicodramático dada la tendencia a la actuación en estas edades y porque dos de los profesionales estamos interesados en esta modalidad terapéutica.

### **OBJETIVOS<sup>1</sup>**

1. Mejorar la comunicación, facilitando la expresión verbal o dramatizada de los conflictos emocionales, escolares y familiares.
2. Modificar las relaciones interpersonales regresivas propiciando el conocimiento mutuo y las maneras de relacionarse con otros.
3. Facilitar el conocimiento de sí mismos como expresión de crecimiento emocional, a través de colocarse en el lugar del otro.
4. Tolerar que los resultados sean pequeños, que se pueda conseguir poco.

---

<sup>1</sup> Adaptados de J. L. Tizón, 1997.

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Decidimos que el grupo sería cerrado con posibles incorporaciones en los dos primeros meses.

La duración abarcaría un año y dos meses. La frecuencia semanal y el tiempo por sesión 50 minutos.

El primer INCONVENIENTE, a nuestro modo de ver, fue el número de participantes. Elegimos ocho, ya que contábamos con más que suficientes niños de edad próxima con necesidad de tratamiento. La experiencia nos ha demostrado que es un número grande en esta edad porque facilita la dispersión y dificulta la integración.

Después de ciertas vacilaciones, decidimos hacer un grupo mixto en cuanto al sexo. Nuestras dudas se basaban en la tendencia natural, a estas edades, de separarse en grupos de chicos y chicas como defensa ante la ansiedad que despiertan las cuestiones sexuales y el conflicto de la bisexualidad psíquica. (Quizás no fue desacertado iniciar un grupo mixto de estas características).

El equipo terapéutico estaría integrado por dos coterapeutas (hombre y mujer).

El estilo terapéutico semidirectivo, orientado a movilizar los recursos yoicos basándose en: (Adaptación de Tizón, 1997)

- Señalamientos, clarificaciones, interpretaciones al nivel de lo preconscious.
- Verbalizaciones prudentes de lo que sucede en el grupo: ansiedades, defensas y manejo de los conflictos, conductas grupales dominantes y su relación con su grupo social.
- Interpretaciones prudentes relacionadas con los sentimientos y las relaciones interpersonales expresados actualmente en la sesión. Las interpretaciones se dan: a) en la representación, de manera hablada (mientras representa el rol de su personaje) o actuada (mediante la adopción de una determinada actitud), b) en el momento

de puesta en común, de reflexión después de la representación.

Los coterapeutas intentarían tener siempre presentes los elementos de transferencia y la contratransferencia y utilizarlos terapéuticamente

## **ORGANIZACIÓN DEL SETTING**

En la fase de organización cada terapeuta seleccionó de entre sus pacientes, cuatro que, en principio, parecieran por sus características personales indicados para que “fueran tratables” en este grupo. Es decir que la experiencia de grupo pudiera mejorarle y que el niño pudiera permitir que el grupo funcione.

Intentamos buscar una cierta heterogeneidad respecto de las características de personalidad y la psicopatología de los miembros. En realidad, contábamos con muy pocos niños con criterios positivos de indicación, según la bibliografía clásica, y muchos, con patologías severas. Así que, SEGUNDA DIFICULTAD, nos encontramos que a pesar de buscar aquellos pacientes que la experiencia indica que obtendrían muy buenos resultados con el tratamiento, en la práctica, las características de la demanda y las necesidades terapéuticas del momento nos hicieron elegir a aquellos miembros que pudieran beneficiarse del tratamiento, aunque los resultados fueran modestos.

Sabíamos que al organizar así el grupo nos exponíamos a aceptar algún niño que luego se revelase como indicación imposible. Nos atrevimos a correr ese riesgo. Pensamos que la composición del grupo, el conjunto, también iba a jugar su papel, Y aunque tratamos de hacer un “agrupamiento interno”, imaginando juntos a los pacientes, e imaginando también el equilibrio y la dinámica que pudiera producirse, cada uno de los terapeutas sólo conocía a la mitad del grupo.



Las contraindicaciones fueron:

- Tendencia a la actuación grave.
- Incapacidad de los padres para comprometerse y traerles regularmente.

Mantuvimos, además, una entrevista con cada familia y niño para confirmar la indicación y concretar el encuadre. Y también una reunión previa con todos los padres y los terapeutas para intercambiar información y ponerles en contacto.

Les informamos allí de tres futuras reuniones con ellos, a lo largo de la experiencia grupal.

Así, formamos un grupo de tratamiento psicodramático con el siguiente perfil:

### **Oscar**

De aspecto fuerte y decidido, casi diez años de edad y escolarizado en 4.º de primaria. En principio diagnosticado como trastorno de la personalidad afectivo y que luego desplegó en el grupo toda una problemática de narcisismo patológico. Hijo único de padres separados. Fue el líder del grupo mientras asistió y el fantasma del grupo cuando tuvimos que excluirle por sus continuas actuaciones.

### **Susana**

Nueve años, 4.º de primaria. Hija única. Dulce, femenina y seductora. Nuestra “contadora de cuentos”. Acostumbraba siempre a sentarse al lado del terapeuta o entre la pareja de terapeutas. Presentaba una conflictiva edípica de dominancia histórica que le interfería en el aprendizaje. Paciente muy apta para grupo.

### **Margarita**

Once años, la mayor del grupo en edad. Alta y delgada. “La que pide ayuda para contar cuentos”. Fue el chivo expia-

torio. Se dejaba utilizar y se sometía a la tiranía de otros, huyendo de sus sentimientos de exclusión. Padecía un retraso intelectual ligero.

### **Luisa**

Extremadamente inteligente, sagaz e inquieta. Delgada, rubia y de frágil aspecto. Fue la portavoz de las tendencias actuadoras del grupo cuando Oscar se marchó. Nuestra segunda líder y “nuestra cruz”. Padecía una estructura narcisista que sólo pudimos entrever cuando ya estaba dentro del grupo. Utilizaba todas sus artes de seducción para hacerse ver y someter al grupo a sus caprichos.

### **Pablo**

Casi diez años de edad, rubio, de ojos azules y aspecto amable aunque un tanto femenino. Bautizado por el grupo como “peluche” a raíz de haber representado el papel del peluche de una niña. Elegía siempre representar personajes inanimados porque tenía verdaderas dificultades para “meterse en el papel”. Era el perro del hortelano: ni comía ni dejaba comer.

### **Max**

De once años de edad, 5.º de primaria. Presentaba una fobia localizada, que no le interfería en sus actividades sociales y educativas. De aspecto serio y sensato, poseía una importante madurez del yo, y fue nuestra mejor indicación de grupo, y nuestro colaborador.

### **Jorge**

De nueve años, en 4.º de primaria. Con aspecto y actitudes muy infantiles, refugiado en una dependencia regresiva y marcado retraso evolutivo. Los padres estaban en proceso de separación. Fue “el bebé” del grupo. Max le atendía y le ayudaba a que sus historias fueran inteligibles.

## **Félix**

Pequeño de estatura, menudo, nervioso y activo. Nueve años para diez. Le apodaron “el chino” porque le gustaba contar historias de chinos, y vietnamitas.

## **DESARROLLO DE LAS SESIONES**

Con estos ocho niños comenzamos nuestra andadura grupal en la que todavía continuamos.

Vamos a comentar las dos primeras sesiones, relatar un resumen de los primeros meses, para transcribir, por último, dos sesiones: una, hacia los ocho meses de grupo y otra, cerca de la terminación.

## **PRIMERA SESIÓN:**

### **Setting:**

Se establece el día y la hora de la sesión, las vacaciones, las faltas de asistencia. Hasta Semana Santa el grupo está abierto a nuevas incorporaciones o bajas, a partir de entonces el grupo se cerrará. Explicamos que lo que vamos a hacer se llama psicodrama y en qué consiste: se trata de inventar una historia, repartir los personajes para que todos podamos participar, ver cómo queremos que sea y luego se representará. Después pasaremos a comentar lo que ha pasado o lo que nos ha parecido. Todo ocurrirá “como si pasase.” Hacemos hincapié en que es una forma de conocernos mejor y entender las cosas que nos pasan. Les animamos a expresar lo que sientan o piensen y a manifestar sus deseos libremente, fijando límites en aquél punto en que pudieran causar daño a otros miembros del grupo, a sí mismos o al marco físico en el que se desarrollará la experiencia. Falta uno de los integrantes, Félix, y les anunciamos que se incorporará la siguiente semana.

**Historia:**

Desde el principio Oscar se erige en el líder del grupo y cuenta una historia de contenido traumático y alusiva a la castración y a la diferencia de sexos y generaciones:

“Un niño va con su primo, se cae y se clava un pincho en la rodilla”. Animado por los terapeutas, el resto del grupo completa el relato: la ambulancia le llevará al hospital para que le curen. Uno tiene que avisar a los padres de lo que ha pasado, éstos están en la cocina haciendo la comida y leyendo.

**Comentario:**

Oscar se hace el portavoz de las “heridas” que el grupo nos trae. Nos sorprende lo temprano en que los participantes nos hablan de conflictos que hacen referencia a sus traumas más precoces.

Ya en esta primera sesión, la temática relativa a la diferencia de sexos está presente en “hay más niños que niñas”.

Se consiguen momentos de interacción y diálogo, creemos que, por ser el primer día, las necesidades e impulsos disruptivos no se actúan con intensidad. Pero ya podemos observar señales de alarma en la prepotencia de Oscar, la fragilidad e inhibición de Margarita que no puede presentarse ante el grupo, ni explicarnos cómo se llama o qué curso hace, y en general, la dificultad de los componentes en representar una historia, meterse en el papel de los personajes, y sobre todo, en el “no tocarse en la representación”.

**SEGUNDA SESIÓN**

Se incorpora Félix, y aprovechamos para repetir el encuadre porque sabemos que en las primeras sesiones los niños no suelen estar demasiado atentos a las consignas.

Comienzan a relatarnos sueños que también, como el primer día, son de contenido traumático:

“Un niño se sube a una roca, ésta se mueve y aplasta a un señor”. “Un piragüista que va por la ría, muere al chocar contra las rocas”. “Dan la noticia a un padre y a un hijo que la madre se ha caído por el tejado y se ha muerto, luego resulta ser una inocentada”. Oscar trae un sueño más: “Un niño clava un cuchillo a un ladrón”. Esta es la historia que el grupo decide representar. Ampliamos el espacio representacional animándoles para que pongan más personajes.

### **Historia:**

Viene el ladrón, aviso a mis hermanos y entre todos le acorralamos. Tiene una navaja. Yo (Oscar) dije ¡cuidado!, y se la clavé en la espalda. Los abuelos y el padre no hacen nada. Mi madre se levantó. Los abuelos estaban durmiendo.

### **Comentario:**

Las señales de alarma se intensifican no sólo por el contenido agresivo de estos sueños en la segunda sesión, sino también porque el grupo se escinde en dos, chicos contra chicas. Cambian el círculo por dos filas de sillas enfrentadas, se separan literalmente y comienzan los insultos y los gestos caricaturescos. La pelea es ver quién es más y mejor, los chicos o las chicas. Aparecen fantasías de miedo al contagio. (En escena los abuelos: Susana y Pablo, que se suponen durmiendo en la cama, se ponen lo más lejos que pueden. “No quiero que me contagien los gérmenes”. –dice Pablo a Susana–

Susana comenta que en esta historia que han representado, los padres eran como los niños y éstos como los padres, que la historia está al revés.

La envidia fálica y el temor al otro sexo les hace separarse y aparecen temores a perder su identidad. Parecen descontrolados.

El grupo se funde en dos partes enfrentadas y se buscan las relaciones duales. Las ansiedades son persecutorias, se sienten

acorralados y se unen para atacar. Es su manera de decirnos cómo vienen al grupo: muy precavidos y asustados. No hay esperanza de que el padre o los abuelos les ayuden, porque el hijo ocupa el lugar del padre. Sólo la madre fálica está presente y es una madre en peligro a la que hay que proteger.

La pareja edípica (abuelos) es una pareja asexual, dormida o muerta que les sirve para no enfrentarse con las angustias de castración y con la conflictiva edípica, que permitiría el advenimiento de un objeto global, entero y sexuado.

Las temáticas pregenitales sobre la ausencia o presencia de falo les empujan a atrincherarse en posiciones fálico-narcisistas enfrentadas que reflejan más que las angustias de castración, las de mutilación narcisista.

En este contexto, por medio de la identificación proyectiva el grupo nos induce a sentirnos inútiles, tontos, o muertos, y sin capacidad de contención. Disminuyen por tanto las capacidades yoicas para el desplazamiento y la simbolización. El proceso primario invade el comportamiento del grupo haciendo imposible el pensamiento y la prueba de realidad.

## **RESUMEN DE LOS MESES SIGUIENTES**

A lo largo de las primeras sesiones las historias versaban sobre: heridas, brechas, muertes enfermedades. Aparecían fantasías de devoración, parricidios y ataques orales canibalísticos a la pareja parental. Se tendía a la actuación y búsqueda de relaciones duales. Aparecían resistencias a interpretar y representar historias, se peleaban para defenderse de pensar presentando conductas incontinentes.

Las historias siempre acababan en el hospital, así el grupo nos expresaba su conciencia de enfermedad y su petición de ayuda. Nos obligaban a tomar actitudes autoritarias y nos pedían a través de los relatos que fuéramos policías, que les encerrásemos y pusiéramos los límites que ellos no se podían poner.

Oscar expresaba la necesidad del grupo de protestar induciéndole a actuar sus pulsiones agresivas más destructivas. Atacaba, también, a los otros miembros originándose peleas y situaciones de alto grado de tensión. Las primeras heridas que nos trajeron sangraban y no se podían curar.

Decidimos excluir a Oscar del grupo porque sus mecanismos maníacos y narcisistas le empujaban a transgredir el marco al atacar las capacidades de los terapeutas de pensar lo que está ocurriendo y estaban amenazando la supervivencia del grupo.

En la sesión que sigue a la marcha de Oscar, Susana trae la siguiente historia: “Unos niños iban al cine a ver una película de guerra y al salir se pelean jugando y uno mata al hermano con una espada mágica”.

Pero más adelante el grupo se reorganiza ante la pérdida en una huida maníaca en la que la figura de Oscar resurge en la persona de Luisa que toma su relevo. Luisa comienza enseñada a dar golpes con la silla en la pared como hacía Oscar. A partir de entonces, Ella va a ser la portavoz de las tendencias persecutorias, envidiosas y narcisistas del funcionamiento grupal. Aparece el desprecio por el objeto: El grupo se aburre. “Yo no quiero venir más”. El triunfo y la negación: “Esto es una mierda. ¡Qué me va a ayudar! ¡Yo no necesito ayuda!” Y después de un mes sin la presencia de Oscar: “¿Ah, pero ya no va a venir más?”.

Luisa comienza a hacer sabotaje al tratamiento. Tiene un problema severo con la autoridad. Ella es la autoridad, como en las patologías narcisistas descritas por P. F. KERNBERG. Se retrae si hay un problema de angustia o depresión con el que debe enfrentarse, (se le murió la abuela en aquellos momentos). Trata de entrar en la mente de los terapeutas para apoderarse de su conocimiento y trata también de borrar las diferencias, así no hay envidia, “somos iguales”. El grupo está para admirarla, para ser su público y exhibe sus cualidades verbales y se exhibe físicamente y el grupo, con inhibición natural y temor, la admira.

Conscientes de que al grupo le iba a ser difícil una nueva pérdida a estas alturas, más que mediado el tiempo de duración, y conscientes de los riesgos que corríamos, hablamos con Luisa, y le dimos una segunda oportunidad. Aclaremos al grupo y a ella esta necesidad de ser mirados y admirados.

El grupo necesita que comprendamos las cosas que desean y que les gustan como ser fuertes y grandes y sentirse libres y también que les comprendamos y toleremos cuando no se sienten fuertes. Necesitan sentir que hay alguien dentro que les mira y aprecia.

Pero a la vez, el grupo se va consolidando, y el portavoz de las tendencias integradoras y constructivas, Max, pone freno a la situación. Le reprocha a Luisa su actitud y el grupo le apoya. Hay un enfrentamiento. Ella se repliega, y por un tiempo hace esfuerzos por cumplir la tarea grupal.

Después de muchas vicisitudes, el grupo se va acercando a la posición depresiva. A partir de los ocho meses de trabajo comienza a aparecer la culpa, el temor al daño que se ha podido hacer al grupo y los deseos de reparar. Una parte del grupo desea trabajar y pide contención y ayuda, las partes disociadas se empiezan a integrar.

## **SESIÓN 28**

Faltan: Max, Pablo y Félix.

Presentes: Luisa, Margarita, Susana y Jorge.

Preguntan por los ausentes.

“Teníamos que hacer mi historia que quedó pendiente porque la de Max fue la elegida.” (Susana).

No la recuerdan bien y poco a poco la vamos trayendo a la memoria.

Les decimos que el último día no pudimos representar la historia que Susana traía porque, quizás, el grupo prefería pensar en temas que no tengan que ver con parejas que se gus-



tan y eligieron hacer la que trajo Max sobre unos aliens contra unos niños y su profesor. Tal vez hoy sí podamos hacerla.

### **Historia:**

“Un hombre y una mujer se gustaban, (corrige), un niño y una niña se gustaban, crecían y luego ya no se gustaban. Cuando fueron mayores se volvieron a gustar, pero un borracho quería a la mujer y envenenaba al hombre y quería matarlo y le mata y se pudre y un policía tonto, no sé qué hace y revive al hombre. Al final al borracho le curan con una inyección y el hombre le pide a la mujer que se case con él.”

Luisa se levanta y habla a Susana al oído. Quiere contar una historia: “vamos a hacer una historia en la que unos niños jugaban al escondite”. (Esta es una resistencia especial del psicodrama: la representación dentro de la representación, en la que unos niños juegan a lo que les place. Al elevar así la representación al segundo grado, los sujetos se previenen contra la capacidad del juego espontáneo, sentido por ellos, de expresar simbólicamente su propia situación conflictiva). Esta manera de escapar ya formaba parte de la cultura grupal.

Parecen tramar algo con risitas cómplices y hablándose al oído.

Luisa quiere dirigir la representación. Decide que se haga la historia de Susana pero los terapeutas seremos los que se gustan y los demás serán unos niños que miraban encima de un árbol.

Comentamos que todos podremos intervenir si repartimos los personajes. Habrá unos niños que hagan de la pareja que se gusta cuando son pequeños y los terapeutas seremos el hombre y la mujer cuando han crecido.

### **Representación:**

Unos niños están jugando en el parque, dos de ellos (Margarita y Luisa) hacen de novios y sin mediar palabra, el novio

(Luisa) exclama: ¿Amor mío, te quieres casar conmigo? Y a continuación: “Ahora os toca a vosotros”. “Ya éramos mayores y nos encontrábamos de nuevo”.

El hombre y la mujer (terapeutas) se encuentran y se reconocen y comienzan a charlar sobre las cosas que han hecho en ese tiempo y se van a dar un paseo. El policía (Susana) les está apuntando con una pistola, en vez de apuntar al borracho (Jorge) que se supone va a atacar al hombre. Dispara a la pareja y también al borracho que cae al suelo. “Se hacía el muerto”. En ese momento Luisa se precipita hacia la pareja y empuja con violencia a uno contra el otro diciendo: ¡daros un abrazo de una vez! Interrumpimos la representación.

### **Tiempo de pensar:**

Margarita se queja porque no ha hecho bien su papel. Luisa se mira en el espejo unidireccional de la sala canturreando, para luego, sentarse en la silla y comenzar a golpear con ella la pared. Jorge habla para sí mismo sin que podamos entender lo que dice. Susana protesta porque hemos interrumpido la representación.

Comentamos que el policía estaba tan absorto mirando a la pareja que se olvidaba de vigilar al borracho. Parecía que los malos eran los novios. También que el borracho estaba tan borracho que no mataba a nadie ni se enteraba de nada. Y que uno de los niños estaba tan necesitado de ver cómo la pareja se abrazaba que no les dejaba hablar y necesitaba empujarles.

### **Comentario:**

Sabemos que el hecho de que el grupo fuera conducido por dos terapeutas, hombre y mujer, provocaba un cierto incremento de excitación y fantasías a cerca de la pareja: “Es tu novio”. ¿Estáis casados? Y en forma de alusiones a la relación sexual: ¿Habéis ido juntos de vacaciones?

El interés por la sexualidad irrumpía a menudo, y a veces de forma provocativa, tratándonos de escandalizar con gestos, chistes y hasta levantándose las faldas, incitándonos a reprimirla y a volver al orden.

El grupo nos colocaba en una posición difícil por la facilidad con que se puede transitar de elaborar la sexualidad y las ansiedades relacionadas con ella, a posiciones más defensivas que introducen la confusión, la erotización y los elementos perversos.

En esta sesión, aunque aparece un trasfondo perverso con deseos voyeristas de poner a los terapeutas en una situación difícil –pillar a los padres en la escena primitiva–, también están presentes el deseo libidinal de ver unida a la pareja parental porque la sienten dañada y los consiguientes impulsos de reparación.

Reparación que, aunque en parte, es maníaca, también traduce un intento de identificación con los adultos que se pueden querer y compartir cosas, expresado en ese crecimiento y espera hasta la mayoría de edad.

De momento, el grupo se siente borracho de excitación y ataca al padre que posee a la madre. La culpa le hace actuar. El policía vigila a la pareja y les ataca, en vez de detener al ladrón, en un deslizamiento al proceso primario.

Como se ataca al objeto bueno que, es el que origina la envidia, aparece una confusión entre lo bueno y lo malo, no se puede mantener la escisión y no se puede preservar a la pareja parental, así quedan interferidas la introyección del objeto bueno y la identificación con él.

A través de Luisa aparece el desprecio al grupo y un intento de control omnipotente, al obligarnos a hacer su voluntad. Y también aparecen sentimientos de triunfo porque el grupo es algo aburrido que no necesitan y, por lo tanto, pueden seguir atacándolo. Sin embargo, la repetición de las experiencias de contención emocional y el comprobar sesión tras sesión que el

grupo continúa entero y que es sólido, están pudiendo atenuar sus temores de haberlo destruido.

**SESIÓN 34:** (Faltan seis sesiones para el final)

Faltan Luisa y Margarita.

Preguntan por las que faltan. Pablo: “se han desapuntado, me lo han dicho.”

Félix: “Yo lo puedo preguntar, tengo una amiga en su clase.”

Susana: “Mejor, porque se insultaban y nos hacían burla”.

Pablo: “Me alegro de que no venga Margarita.”

Max: “Y Oscar fue mejor que no volviera porque se metía con todos, se mofaba y hacía gestos.”

Susana: “¿Quién echa de menos a Oscar? ¡Que levante la mano!” Nadie levanta la mano.

La terapeuta: “Estamos sintiéndonos preocupados por los que faltan pensando que ya no vayan a volver más como pasó con Oscar. Igual imaginamos que tiene que ver con algo malo que les hayamos hecho, o que se hayan sentido rechazados, como representamos el día pasado en la historia. Creo que todo el grupo se acuerda de Oscar y por eso sale a menudo en la conversación, También imitarle es una manera de hacer que esté aquí con nosotros. El grupo también ha deseado hacer cosas que él hacía, pero lo hemos podido controlar.”

Susana: “Ya tengo una historia... pues...” (comienzan a burlarse de ella). Pues, pues, pues.

Pablo: “ésta es la “pues”.”

El terapeuta: “Le hacemos a Susana contadora de historias porque no nos atrevemos a hacerlo nosotros y luego no le dejamos que las cuente.”

Max le ayuda: “Di simplemente: Había una vez”.

Félix: ¿Cuándo acabamos, en abril? ¿Ya no vamos a seguir más?

Max: ¿No va a haber más grupos?

Susana: ¿Y si necesitamos ayuda?

El terapeuta: “Este grupo va a acabar en abril, quedan seis sesiones, será antes de vacaciones de Semana Santa. Aunque ya lo hemos hablado, parece que nos cuesta escucharlo y cada vez que lo hablamos es como si lo oyéramos por primera vez.”

Félix: “Yo me voy de vacaciones en Semana Santa.”

Jorge, se dirige a su cartera y comienza a comer golosinas.

La terapeuta: “Ahora que vemos pronto el final queremos recordar lo que hemos hecho juntos, y a las personas que ya no están. No hemos podido prestar atención a todo esto antes. Pero, también ha habido más gente en el grupo a la que nadie parece recordar.” (Hubo otra chica que pasó fugazmente por el grupo).

¡Ah, sí. La rubia del uniforme verde!

¿Por qué no vino más? ¿Y ha habido más?

La terapeuta: “Este grupo ha tenido tanta necesidad de pelear, protestar y atacarse unos a otros, que no ha querido enterarse ni siquiera de los que lo formábamos, cada uno se defendía como podía y no teníamos esperanza de que nos pudiéramos ayudar, aunque no fuéramos iguales.”

Max va recordando conmigo las peleas, los ataques y las protestas.

Susana: “Tengo una historia.”

### **Historia:**

Era una niña que tenía mucho dinero y compraba bolsas de patatas y les daba envidia a los otros niños. Cuando la pedían sólo les daba patatas pisoteadas. Un día la profe se puso enferma, le dolía la garganta y la niña que era la mayor de clase se hizo la “sustituible” y les mandaba a los otros. Luego la profe se curó y la niña les invitó a todos al parque de atracciones y hacían una merendola.

Le preguntan a Susana porqué la niña cambió de comportamiento: Porque le mandaban copiar como castigo. Y porque le pareció que no era justo y les invitó a todos y compartió con todos.

Jorge levanta la mano, también tiene una historia que nos es difícil de entender pero que viene a decir: Eran unos niños que se iban al parque de atracciones con dinero y el padre les pillaba y les mandaba al colegio. Cuando él se marchaba, los niños se iban a la sala de juegos.

Prefieren la de Susana, porque Pablo dice no entender nada. Max sí la entiende y se la explica al grupo.

### **Representación:**

Se hace con bastante fidelidad al guión, aunque la profesora es sustituida por un profesor. Pablo elige ser “la campana” que avisa del cambio de clase, y no para de sonar para no dejarnos representar, pero para estar ahí de la manera que él puede. Los niños intentan robar a la niña rica que es depreciada por todos y la hacen el vacío. Es la primera vez que vemos el placer de representar y que los personajes se sostienen dentro de su papel.

Y que tenemos que interrumpir sólo porque se acaba el tiempo.

### **Tiempo para pensar:**

Comentamos que también ellos temen habernos cansado y que también nos duela la garganta por hacernos chillar. Igual imaginan que por eso acabamos el grupo, a pesar de que desde el principio les dijimos cuando iba a acabar.

Susana: ¿Pero nunca os cansaríais de nosotros, verdad? Y no os enfadáis.

Hablan de cómo en el cole les castigan duramente y les mandan a dirección.

La terapeuta: “Este grupo desea que seamos fuertes y que no nos pongamos enfermos, que le demos protección.”

Se hacen varios grupos: unos comentan lo que van a hacer en vacaciones, Félix y Jorge miran sus relojes y dicen: Tictac, tictac... Nueve, ocho, siete, seis...

Les decimos que como ven que se acaba el tiempo del grupo, se despiden como pueden, unos contando el tiempo que nos queda y otros haciendo planes divertidos para cuando no estemos juntos.

### **Comentario Final:**

No nos vamos a extender con todo lo que nos sugiere esta sesión del final y sólo señalaremos los cambios observados.

El grupo está ahora más conectado con su emocionalidad, con las experiencias de pérdida y separación, es más capaz de moverse y representar.

La dinámica de esta sesión debe estar influida por la ausencia de Luisa y de Margarita. No sabemos cómo hubiese sido con su presencia.

Aparece el interés por rehacer la historia del grupo para conservar su memoria, la memoria que guarda las palabras, las representaciones significativas, el alimento de la mente.

El grupo prepara las maletas y vive la separación como una enfermedad del objeto al que tiene que curar. Desea por un lado seguir siendo regresivamente vigilado. Pero el reloj con su tictac comienza la marcha atrás. Marcha con ambivalencia entre la defensa y el reconocimiento, entre venir y reparar y no hacerlo, entre el deseo de seguir adelante con un funcionamiento mental más integrado o escapar maníacamente ante la culpa por el daño hecho a la pareja parental.- (terapeutas-profesores).

Esta experiencia nos muestra que si los grupos persisten, si en los momentos más difíciles no se desbaratan, su tendencia espontánea es a progresar. Si funciona la contención y se

conservan la capacidad de observar y escuchar, como dice E. Torras (1996), el grupo tiene posibilidades de recuperarse y de evolucionar.

Aunque nuestra experiencia con este grupo no ha concluido aún, creemos que a la mayoría de los niños que han participado en ella, les está ayudando a progresar y a nosotros como terapeutas y como personas nos ha enriquecido.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, D. (1961) "El psicodrama analítico en el niño". Bs. Aires. Ed. Paidós.
- J. COROMINAS (1996) "Psicoterapia de grupo con niños" Barcelona, De. Paidós
- EULÁLIA TORRAS DE BEA (1996) "Grupos de hijos y de padres". Barc. Ed. Paidós
- FOULKES. "Manual de psicoterapia de grupo."
- BION (1980) "Experiencias en grupos". Bs. Ed. Paidós.
- GLASSERMAN, M. Y SIRLIM. "Psicoterapia de grupo en niños".
- PAVLOSKY, E. "Psicoterapia de grupos en niños y adolescentes"
- TIZÓN, J. L.: (1997) "Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental" Barcelona. Ed. Herder.
- M. UTRILLA (1997) "El psicodrama analítico de un niño asmático" Madrid.
- MANZANO, J. Y PALACIO (comps.) (1993) "Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía" Ed. Paidós.



## **LA ACTIVIDAD ANTI-TAREA EN LOS GRUPOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES\***

**Eulàlia Torras De Beà\*\***

En los grupos terapéuticos hallamos siempre, en proporciones diversas y manifestándose de distintas formas, factores constructivos que facilitan la cohesión y la coherencia, la interacción madurativa y el progreso, y factores destructivos que ponen en peligro los potenciales evolutivos y la capacidad de progresar tanto del grupo como de cada uno de sus miembros, e incluso la misma existencia del grupo.

Entre los autores que han estudiado los grupos terapéuticos Foulkes (1948, 1964) destaca especialmente los factores constructivos que se generan en el grupo y su potencialidad curativa, mientras Bion (1961) pone más bien el énfasis en las tendencias regresivas y negativas que existen en él. Como base para sus propios desarrollos sobre el grupo, Morris Nitsum (1996) y Arturo Esquerro (1998) han partido de un estudio comparativo entre estos dos autores.

Nitsum desarrolla el concepto de Anti-grupo (Nitsum, 1996) definiéndolo como las fuerzas destructivas que se generan en el grupo con las que hay que contar siempre como algo natural del mismo, que por otro lado contienen un potencial curati-

---

\* Una primera versión de este trabajo fue presentada en el III Congreso de la A.P.A.G. (Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal), Sitges, 26 al 28 de Noviembre de 1999.

\*\* Psiquiatra. Psicoanalista. Fundación ETB, Hospital de la Cruz Roja de Barcelona.

vo que podrá extraerse siempre que sean adecuadamente tratadas. Dice que este concepto surgió de la discrepancia que él hallaba entre las expectativas basadas en la literatura sobre psicoterapia de grupo –especialmente a partir de la teoría de la técnica preconizada por Foulkes– y la experiencia real de conducir grupos analíticos de adultos.

Para mí esta discrepancia no ha existido, por lo menos no en la misma forma, ya que lo que encontraba en la práctica clínica coincidía con lo que leía sobre grupos terapéuticos de niños y adolescentes. Precisamente en los trabajos sobre grupos psicoterapéuticos de niños y adolescentes, como los de Sirlin y Glasserman, Anny Speier, Pavslowsky, etc., a menudo se nota una gran preocupación por lo destructivo en el grupo, por las agresiones entre miembros, contra el terapeuta o contra el grupo mismo. Me atrevería a decir que en algunas ocasiones parece que lo que incluso mueve a los autores a escribir, su preocupación principal –la que les lleva a escribir con el ánimo de avanzar en su elaboración– es justamente los aspectos destructivos en el grupo, su significado y su manejo técnico.

Además de lo que queda reflejado en la misma literatura, mi propia práctica no me deja ninguna duda respecto a la importancia de la agresividad y la destructividad en el proceso del grupo, su desarrollo, su futuro y sus resultados. En otro lugar (Torras, 1996) me he referido al papel y a las manifestaciones de la destructividad en los grupos de niños, adolescentes y padres, que en ocasiones no solo pone problemas sino que llega a desanimar a los terapeutas.

En nuestro Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente (Fundación ETB, Hospital de la Cruz Roja de Barcelona), hemos tenido grupos muy agresivos, debido en buena parte a que en los 30 años que hace que funciona el Servicio y sobre todo desde que ha pasado a integrar la red de Servicios Públicos, las características de nuestra demanda han cambiado mucho y en cambio nuestra forma de llevar a cabo la selección –como sucede muchas veces con los procesos de

elaboración en los equipos– ha ido evolucionando pero lo ha hecho más lentamente. Como consecuencia, creo que nuestra forma de organizar los grupos no ha estado suficientemente encaminada a hacer el grupo posible.

Antes de pasar a formar parte de la asistencia pública, nuestro Servicio tenía una clara intención social pero era un servicio privado: tratábamos de hacernos asequibles con precios muy módicos, pero eran los padres los que pagaban las visitas. Eso lamentablemente –o por suerte– significaba ya una primera selección. Desde que nos hemos integrado a la asistencia pública atendemos una proporción mucho mayor de familias desestructuradas, con patologías mayores y problemas sociales severos. Los profesionales hemos ido ajustando nuestra respuesta asistencial a este cambio progresivo en la demanda, pero creo que por lo que se refiere a los grupos no lo hemos hecho al mismo ritmo, sino que siempre hemos ido un poco a remolque de ese cambio. Por eso nos damos cuenta de que necesitamos seguir replanteándonos la cuestión de las indicaciones o selección –que no es exactamente lo mismo– y también qué tipo de grupos –desde el ángulo de la duración, final abierto o establecido desde el comienzo, técnica, contención, objetivos, valoración de los resultados– son más adecuados para nuestra demanda. Lo que voy a exponer a continuación son consideraciones en relación a este replanteamiento.

## **LA ACTIVIDAD ANTI-TAREA EN NUESTROS GRUPOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

En mi experiencia, en el origen de la destructividad hacia el grupo o sus miembros encontramos sentimientos e impulsos diversos: necesidad de dominio, de acaparar la atención del terapeuta o del grupo, celos, rivalidad, envidia. Diferenciaría dos formas de manifestarse la actividad anti-tarea en el grupo, quizá lo que Nitsum llama anti-grupo:

- Abiertamente, en forma de ataques entre los miembros, contra el terapeuta, el espacio o el material –cuando el grupo lo utiliza: lápices, papeles, juguetes...
- En forma latente o disfrazada: como actitud pasiva, distante, de rechazo latente, autista, estando “ausente” y no participando, o bien en forma de posición simbiótica, adhesiva, a remolque de los otros.

A pesar de que ambas formas pueden ser muy destructivas para el grupo, la primera es mucho más difícil de manejar para el terapeuta, por el riesgo real que hay de que los chicos se hagan daño; porque suele extenderse y envolver más fácilmente a todos los participantes y debido a que coloca al terapeuta en una situación contratransferencial complicada, en la que es difícil poder pensar.

La forma de manifestarse los ataques a la tarea dependen también de la edad de los participantes en el grupo. Generalmente los grupos están formados por niños de dos o como mucho de 3 edades consecutivas. Aquellos en que los participantes se sitúan entre los 9 y los 15 años, donde la destructividad puede ser un problema muy serio para el terapeuta, la forma abierta de la misma puede manifestarse de las siguientes formas:

- Agresiones verbales, burlas, provocaciones de unos a otros.
- Romper objetos o dibujos de un compañero. A veces varios atacan a uno, uno a varios o se enfrentan subgrupos.
- Agresiones físicas –golpes, tirarse lápices y otros objetos– de unos contra otros, o entre subgrupos.
- Ponerse en peligro ellos mismos: subirse a la ventana, jugar con enchufes, objetos cortantes...
- Situaciones de dominio y terror, en que uno aterroriza o trata de aterrorizar a los otros, muchas veces con la alianza o el sometimiento de otro miembro.

Entre las agresiones contra el terapeuta y el grupo:

- Romper objetos del grupo.
- Burlas encubiertas o abiertas desvalorizando al grupo o al terapeuta.
- Buscar alianzas con los otros para burlarse del grupo o del terapeuta.
- Provocación al terapeuta con manifestaciones de agresividad, bromas o chistes sexuales, haciendo difícil su función y poniéndolo en la disyuntiva entre ser cómplice-compinche o represor.
- Establecer situaciones de dominio, de terror, para burlarse y destrozar el grupo o hundir al terapeuta.

La destructividad, sadismo, ataque a la tarea en general, no aparece de golpe en estos grupos. Lo que sucederá suele anunciarse en los relatos; por ej. un muchacho cuenta una escena de agresión o de sadismo que ha sucedido en la escuela o que él ha leído, visto en la TV, en cine... Está anunciando que esto que ahora cuenta, probablemente lo actuará en el grupo. Luego puede seguir una escalada de violencia, un *crescendo*.

En los grupos de niños cuyas edades se sitúan entre los 3 años y medio y los 8 años la agresión puede también ir dirigida a los compañeros, al grupo o al terapeuta. Los niños más pequeños tratan más a menudo de acapararlo, de hacer apartes con él –por ejemplo hablándole al oído– que de agredirlo. Por lo demás las manifestaciones son muy parecidas y pueden consistir en:

- Pegarse, pelear por un juguete, romper el objeto de un compañero, provocar al terapeuta rompiendo cosas, tratar de acapararlo por ejemplo hablándole al oído o no permitiendo que los otros niños se le acerquen.
- Irse a un rincón o debajo de las sillas, a veces chupándose un dedo, más o menos desconectados o rechazando activa o pasivamente las propuestas del terapeuta o de los compañeros y negándose a participar.

En mi experiencia, de hecho, no siempre coincide la destructividad abierta, aparente, del grupo con los resultados que se obtienen. En grupos muy agresivos y aparentemente muy destructivos, los resultados terapéuticos son a veces mejores que lo que cabría esperar si juzgáramos por lo que allí sucedía. Recuerdo más de un grupo en que los terapeutas sentían que no podían hacer nada más que frenar la agresividad e impedir que los chicos se hicieran daño, grupos en los que ellos tenían la decaída convicción de que no estaban haciendo nada válido, nada terapéutico, de que estaban solamente aguantando, como dice Nitsum sobreviviendo. Durante el grupo, a veces no valoramos esto último como lo importante que es. Estos grupos donde no parecía que sucediera nada útil, a menudo eran útiles a sus participantes. En uno de ellos, todos menos uno de los chicos en mayor o menor medida progresaron, algunos mucho, para sorpresa de los terapeutas que solamente consiguieron convencerse de que su trabajo había sido válido cuando se hicieron las revisiones habituales una vez terminado el grupo.

Entendemos esta destructividad dirigida hacia los compañeros o hacia el grupo como expresión de tendencias destructivas que no se pudieron elaborar y modificar en su momento, sea porque el entorno del niño no las toleró y no pudo aportar lo necesario para modificarlas o porque tenían un carácter o una intensidad que las hacía particularmente difíciles para el entorno. Esta destructividad, como expresión de la compulsión de repetición, es también una nueva propuesta para la elaboración y contiene una demanda de ayuda a los terapeutas por parte de los miembros del grupo y del grupo mismo. Y de hecho, lo que buscamos en los tratamientos y por supuesto en los grupos, es descubrir y acoger aquello que no pudo ser elaborado y modificado en su tiempo, para tratar de conseguir ahora una evolución diferente. No es sólo cuestión de “contenerlo”, como algo pasivo, como según Nitsum propone Bion, sino que por supuesto la contención tiene que ser activa para favorecer la elaboración y la modificación, como a mi entender

—y aquí entiendo a Bion de manera diferente a como lo hace Nitsum— en realidad Bion ya dice.

Si este proceso no se dio antes, la destructividad y la ansiedad han tenido que ser disociadas o encorsetadas socialmente, con la rigidez y la inestabilidad que esto conlleva. Ahora se descargan, pero también se expresan como una demanda de ayuda para encontrar una salida diferente. A veces, en forma de agresión física, chiste, broma o provocación, que estimula ansiedad en el terapeuta, expresan aquello que les despierta ansiedad y no saben cómo tratar, que solamente pueden tratar en esa forma o en broma, cuando en el fondo necesitan y quisieran tratarlo en serio. Pero aunque la actividad anti-tarea o si se quiere anti-grupo sea la expresión de la destructividad y la tensión que necesita ser contenida y elaborada, eso no significa que siempre pueda ser asistida con buen resultado. Estoy de acuerdo con Nitsum cuando dice que el grupo no puede proveer para todo el mundo.

Aunque los miembros del grupo resulten por ejemplo seducidos por la destructividad como forma defensiva de sentirse fuertes o estén dominados por ella, puede llegar un momento en que la contención del terapeuta y de la parte del grupo capaz aportar algo en este sentido, facilita o permite que surjan algunas voces, generalmente al principio tímidas, en favor de la elaboración, comunicación, planteamientos... Lo que sucede con estas voces depende de su propia solidez por un lado, del proceso que hagan los otros miembros del grupo reforzándolas o interfiriéndolas y por supuesto del terapeuta. Recuerdo una chica de unos 11 años, tímida, retraída, fóbica, a quien aconsejé un grupo. Su madre, que también era tímida y fóbica se tenía que incorporar al grupo de padres paralelo. Ella lo aceptó para que su hija asistiera al suyo. La chica cayó en un grupo en el que un chico y una chica que defensivamente se hacían los lanzados boicoteaban el grupo completamente. Ella se retrajo y se mantuvo callada. Pero llegó un momento que la madre le facilitó venir a una entrevista conmi-

go en la que se quejó de que “un par de tontos que hay en ese grupo no permitieran hablar en serio”. La animé a enfrentarse a ellos; le dije que en muchas otras cosas de la vida ella tendría que luchar por lo que le interesaba. Entre ella y otra chica del grupo consiguieron modificar la situación y decantar el grupo a su favor, a favor del proceso elaborativo.

De todas maneras, aunque éste pueda ser el proceso en algunos grupos, la influencia que tiene la actividad anti-tarea en el desarrollo y el resultado del grupo nos pone ante la necesidad de un replanteamiento de las indicaciones. La experiencia muestra que las indicaciones basadas en el diagnóstico (fenomenología, nosografía, psicopatología dinámica en el sentido de relación de objeto, ansiedades y defensas) son bastante inoperantes y que la indicación debe contemplar de forma preponderante la capacidad del niño, adolescente o padres de participar en un grupo, vincularse, aprovechar la interacción y permitir que los otros también aprovechen la experiencia.

Como sabemos, el tratamiento en grupo ofrece participar en un grupo terapéutico para elaborar las dificultades que el individuo tiene en los grupos de su vida. Pero es necesaria cierta capacidad de pertenecer al grupo para poder permanecer en él, beneficiarse y permitir que los otros miembros se beneficien de este tratamiento. Si la mala integración en los grupos espontáneos, vitales, naturales, es excesiva, la indicación de grupo terapéutico será muy dudosa. En este sentido, trabajando con niños y adolescentes, a la hora de indicar tenemos siempre en cuenta la forma como el niño se relaciona y se integra con sus compañeros de clase y en los grupos a los que pertenece. Nos parece signo de indicación dudosa o de contraindicación cuando el niño es sistemáticamente rechazado o por una u otra razón acaba quedando fuera de sus grupos naturales: familia, clase, grupos deportivos, lúdicos, etc., o bien directamente no está en absoluto interesado por ellos. Y por supuesto nos parece también un signo negativo cuando la relación del niño con sus grupos es mayormente de hostilidad



y agresividad. Otro aspecto necesario en la indicación es tratar de imaginar la forma como estarán los padres en el grupo de padres, ya que la contraindicación puede venir por causa de ellos.

Sin embargo, una cosa es la selección para un grupo que se pretende largo y en cierta medida resolutivo y otra para un grupo corto con un fuerte componente exploratorio, primera oferta antes de establecer compromisos más largos. También es distinto si se selecciona para un servicio público o para uno privado. En el primer caso la fuerte demanda permite reunir en un tiempo corto los componentes necesarios para iniciar un grupo y poder decidir la composición de éstos. En los servicios privados donde la afluencia de consultas suele ser menor, a menudo se requiere más tiempo para reunir los componentes necesarios para iniciar cada grupo y además, a veces debe aceptarse un criterio de selección más amplio si se quiere hacer posible la utilización de esta modalidad terapéutica.

Nuestros grupos han ido evolucionando de grupos largos, más ambiciosos en cuanto a los resultados que valorábamos en *insight*, a grupos más cortos, de final determinado al empezar, en los que además damos mucha importancia a su función exploratoria. De estos grupos apreciamos todo resultado terapéutico que puedan aportar por pequeño que sea: función sensibilizadora, experiencia correctiva, apertura y mejora de las relaciones sociales... Los realizamos generalmente con grupo paralelo de padres –los padres trabajan también en grupo a la misma hora, en otro despacho y con otro terapeuta– lo cual amplía las posibilidades de progreso tanto de los hijos como de los mismos padres. A menudo consideramos estos grupos como una primera oferta terapéutica, para luego decidir según los resultados exploratorios y terapéuticos como continuaremos la asistencia. Para estos grupos también tenemos que precisar mejor la selección.

Pero ¿se trata de prevenir la destructividad, la actividad anti-tarea? ¿se trata de organizar un grupo no conflictivo?

Algunos terapeutas de grupo, espontáneamente, organizan y conducen casi siempre grupos no conflictivos. ¿Es ésta una cuestión de selección? ¿o de técnica, en el sentido de que la forma de conducir el grupo lo haga poco o nada conflictivo? ¿Se trata de que la agresividad se mantiene reprimida, disociada, encorsetada? ¿O de que se consigue canalizarla de manera que emerja gradualmente, a medida que se puede elaborar? Y por otro lado ¿cómo puede diagnosticarse esta diferencia? ¿siguiendo el grupo paso a paso, en un seminario por ejemplo? ¿leyendo las notas del terapeuta?

Todos éstos son interrogantes que quedan abiertos para seguir pensándolos, porque evidentemente tratamos de hacer algo con la destructividad que no sea mantenerla disociada, sino que la modifique. Por tanto, lo negativo de los miembros del grupo individualmente y del grupo globalmente tiene que manifestarse, debemos enfrentarnos a ello para conocerlo y para que aquellos puedan tener una experiencia diferente a las que tuvieron anteriormente en su vida, que llevaron al encorsetamiento social o a la disociación.

## BIBLIOGRAFÍA

- BION, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock.
- ESQUERRO ARTURO (1998). Los modelos Tavistock y grupo-analítico: ¿Antagonistas o complementarios? *Clínica y Análisis Grupal*. N.º 77. Vol. 20 1:39-62
- FOULKES, S. H. (1948). *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. London: Heinemann.
- FOULKES, S. H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: Allen and Unwin
- NITSUM, MORRIS (1996). *The Anti-Group*. London: Routledge.
- PAVLOVSKY, EDUARDO (1968). *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Madrid: Fundamentos.
- SIRLIN, MARÍA E., GLASSERMAN, MARÍA R. (1974). *Psicoterapia de grupo en niños*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- SPEIER, ANNY; SHEIMBERG, ROSA S. DE; BOSCHETTO, HEBE (1977). *Psicoterapia de Grupo en la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- TORRAS DE BEÀ, EULÀLIA (1996). *Grupos de hijos y de padres*. Barcelona: Paidós

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. Los trabajos presentados deberán de ser inéditos o con autorización de publicación en caso de haber sido ya publicados.
2. En la primera página deberá constar:
  - Título del artículo
  - Nombre del autor
  - Profesión del autor y referencias personales que el autor desee aparezcan en la publicación
  - Resumen del contenido del artículo (entre 5 y 10 líneas)
  - Palabras claves para el índice
3. Se deberán enviar dos copias escritas en tamaño Din A-4. y en diskette con formato PC Word 6.0 o superior.
4. En caso de presentar dibujos, éstos se presentarán numerados y con referencias sobre el lugar en donde deben ser insertados en el texto.
5. La petición de información y el envío de artículos se realizará a la siguiente dirección:

Manuel Hernanz  
Heros, 19-6.º D  
Bilbao 48009  
mhernanz@correo.cop.es

La responsabilidad de la decisión de publicar o no un original, así como la fecha en que esto se llevará a cabo corresponde al Consejo de Dirección de la Revista.

