

ADECUACIONES TECNICAS DE LA PSICOTERAPIA PARA EL TRABAJO CON POBLACIONES VULNERABLES (*)

Denise Defey (Uruguay)

La psicoterapia (especialmente aquella de orientación psiconalítica), tal como la hemos estudiado y la practicamos habitualmente, ha sido pensada y diseñada para su aplicación a poblaciones urbanas, de clases medias y altas, con un manejo fluido de la palabra como medio de comunicación. Esto la convierte en un producto de una época y una geografía (la Europa de inicios del siglo XX) en la cual lo que hoy llamamos “poblaciones vulnerables” no se percibían a sí mismos ni eran percibidos por otros como sujetos de Derecho. Esto, en un sentido amplio, implicaba no tener derecho a la asistencia en salud, lo cual excluía en forma naturalizada e incuestionada el acceso a la psicoterapia, hoy entendida como un derecho universal en tanto parte de los Derechos Humanos a la atención integral en Salud.

Un primer acercamiento a una revisión de esta realidad lo constituyen, en las décadas de 1980/90, los primeros estudios sobre “minorías” (étnicas, culturales, migrantes, etc). Ya se había dado un paso fundamental con el advenimiento de la Psicología Social desarrollada en Argentina en los años 60/70 por Bleger y Pichon Riviere, de la Salud Comunitaria (cuyo principal exponente ha sido Maritza Montero, de Venezuela), la cual posteriormente dio lugar a la Salud Mental Comunitaria. En forma paralela, comienzan a desarrollarse programas centrados en intervenciones psicosociales con los grupos humanos que empiezan a ser denominados como “socialmente excluidos”, especialmente en los países de Latinoamérica. Se comprende que no se trata de “minorías” sino de las vastas mayorías que componen las poblaciones de nuestros países.

Por otra parte, se comienza a percibir que el sufrimiento o las limitaciones actuales de las personas en esta situación no surgen de aspectos relacionados al propio “deseo” o, en todo caso, a avatares en la historia familiar, concepciones que depositan la causalidad y “responsabilidad” de los problemas en el ámbito privado del individuo o la familia. Conceptos como los de Situación (Bleger) o Escenarios (Grunbaum) mueven el eje de la comprensión diagnóstica hacia la responsabilidad colectiva.

Se empiezan entonces a desarrollar conceptos como el de “sufrimiento psíquico del subproletariado”, “clínica de la precariedad” (Ulriksen) “neurosis de clase” (de Gaulejac) y una reiterada convocatoria al concepto de “resiliencia”, a esa altura ya

(*) Trabajo elaborado en setiembre 2018 recogiendo, entre otros aportes, los trabajados en el Taller del mismo nombre realizado en el marco de Congreso sobre “Desamparo” convocado por la Asociación Psicoanalítica del Uruguay en agosto 2018 en Montevideo. Publicado en el mismo año en la Revista Brasileira de Psicoterapia.

desarrollado por múltiples autores. Se empieza a pensar en el entrecruzamiento entre las políticas sociales y las subjetividades, tal como se refleja en la investigación “Memorias Intimas y Políticas Públicas” del Ministerio de Desarrollo Social, o la publicación “30 años, 30 historias” de la ONG El Abrojo, ambos de Uruguay.

Comienzan, asimismo, a aparecer propuestas de abordaje que atiendan a la particular cualidad del entrecruzamiento complejo entre historia y circunstancia, entre autodeterminación y condiciones externas determinantes del percurso de vida y el sufrimiento. Comienza a pensarse que las condiciones sociopolíticas y económicas construyen subjetividad, tema no menor si pensamos que el Consejo Mundial de Psicoterapia define a nuestra práctica como “la ciencia de la subjetividad”.

Se crean nuevas categorías diagnósticas que permiten desplazarse desde la mirada monovalente sobre lo que se denomina “depresión” (concebida como enfermedad con un fuerte componente biológico que debe ser a menudo manejada con psicofármacos) hacia los criterios de desmoralización, desesperanza, desamparo e indefensión adquirida. A diferencia de la idea de depresión, entendida como un problema personal, estos otros criterios son ineludiblemente convocadores de una reflexión social crítica sobre las condiciones de vida que llevaron a perder la esperanza o volverse indefenso.

Surgen así conceptos iluminadores como “*El contexto se vuelve texto*” (Fuks) y propuestas de intervención tan creativas y fermentales como la “*clinitaria*” de A. Barua en Paraguay, la “*Psicoterapia Comunitaria*” de Barreto en Brasil, la jornada anual de psicoterapia a cielo abierto en una plaza de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima, los Grupos “T” para pacientes adictos a la pasta base de cocaína y el Programa “*Psicoterapia en Calle Extrema*” del Instituto del Niño y el Adolescente INAU, ambos de Uruguay. La revista Clínica Comunitaria, conducida por M. Montero en Venezuela, intenta ser un ámbito de recopilación de lo producido en diferentes entornos.

Un momento histórico fundamental lo constituye la creación en 2005 del Grupo de Trabajo sobre Cultura y Psicoterapia de la SPR (Sociedad Internacional de Investigación en Psicoterapia), el cual plantea el requisito técnico y ético de que las terapias deben ser “culturalmente sensibles, competentes y respetuosas”, proponiendo intervenciones que sean relevantes en el marco cultural de quien las recibe.

El enorme desarrollo de programas sociales culturalmente respetuosos y la universalización de los servicios de Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (que obliga a todos los prestadores, tanto públicos como privados, a ofrecer intervenciones gratuitas o de muy bajo costo a las personas y situaciones de mayor vulnerabilidad) constituye un paso de gran trascendencia en el deber ético de reparar la omisión histórica de nuestras sociedades de garantizar el acceso a la psicoterapia. Esto ha provisto, a la vez, la oportunidad de acercarnos a una comprensión de la peculiar forma de construcción del psiquismo en condiciones de deprivaciones de todo tipo, así como de aproximarnos a decodificar los mecanismos de supervivencia psíquica a condiciones de adversidades crónicas. Hemos

podido también empezar a comprender los peculiares modos de vincularse, así como las necesidades asistenciales en Salud Mental de estas personas y familias.

De esta forma, y en un proceso en movimiento de construcción teórica, conceptualización y desarrollo de una teoría de la técnica, va surgiendo la necesidad de desarrollar una nueva Metapsicología, una revisión de los criterios psicopatológicos y un cuestionamiento de nuestros paradigmas de comprensión y decodificación.

Esta demora colectiva en comprender, muestra que, para intervenir es imprescindible, en primer lugar, una actitud de humildad y autopercepción de nuestras ineludibles limitaciones a la hora de comprender y diagnosticar, asumiendo que hay distancias de clase social, códigos, valores y cosmovisiones que nunca serán zanjados totalmente y atraviesan las intervenciones. En este sentido, es imperioso re-dimensionar algunos fenómenos como la transferencia y contratransferencia, los cuales están -ineludiblemente- atravesados por la distancia (y eventual odio) de clases sociales, así como por el poder real (a través de un informe al Poder Judicial, por ejemplo) que tiene el terapeuta de quitarle al “paciente” lo más valioso: sus hijos. Este fenómeno ha sido descrito como “transferencia/contratransferencia de clase” o, mas dramáticamente, como “transferencia radioactiva”.

La implicación (y eventual sobre-implicación)(Loureau) de los técnicos constituye parte del diagnóstico situacional previo a cualquier abordaje. Así como se insiste en la necesidad de la psicoterapia personal para trabajar como psicoterapeuta, entendemos que en el trabajo con las poblaciones vulnerables es imprescindible partir de un análisis de la propia implicación y paradigmas de clase, profesión, género, época, edad, cosmovisión, postura socio-política etc. que se activan en el encuentro con un otro que encarna lo temido y repudiado que expulsamos de nosotros mismos y depositamos en estos seres invisibles que colectivamente tratamos de sacar de nuestra vista.

En el mismo sentido, Glissant ha advertido sobre los riesgos de la “pulsión mimética” (la intervención dirigida a que el otro se parezca a mi), que considera la más violenta de todas las violencias invisibles. Paralelamente, varios (especialmente la ULAPSI, Unión Latinoamericana de Psicología) han levantado su voz alertando sobre la “pulsión colonizadora” de la psicoterapia y otras intervenciones, tratando de “domar” o encauzar actitudes discordantes con lo que los técnicos (desde nuestra pertenencia de clase) consideramos socialmente correcto o valorado, como vemos en la escandalosa sobre-indicación de Ritalina a niños sanos sometidos a doble horario de inmovilidad física y obediencia en escuelas de muchos de nuestros países. Manuel Laguarda, quien ha sido decano del Instituto Universitario de formación en Psicoterapia Psicoanalítica y también Presidente del Partido Socialista de Uruguay, ha advertido que la psicoterapia tal como la conocemos y la ofrecemos refleja cada día más los principios de las sociedades neoliberales que constituyen el paisaje en que nos desenvolvemos los terapeutas occidentales.

La psicoterapia fue pensada inicialmente para personas que tenían problemas internos y podían prescindir de ocuparse de los problemas externos. El conflicto intrapsíquico

fue inicialmente considerado la raíz de toda la sintomatología y, por lo tanto, descubrirlo y resolverlo ha sido la receta básica de la psicoterapia (principalmente psicoanalítica). Killingmo ha distinguido estas “patologías de conflicto” de las “patologías de déficit” (en las que las dificultades provienen de la ausencia de determinadas instancias o dispositivos intrapsíquicos), criterio que ha dado lugar a desarrollos técnicos de la psicoterapia para el trabajo con pacientes adictos, psicóticos, etc. Este concepto nos acerca conceptualmente al trabajo con las consecuencias subjetivas del desamparo, pero es necesario dar un paso más para construir otro paradigma fundamental: el de la deprivación.

Para el trabajo con poblaciones vulnerables, es imprescindible revisar el concepto de conflicto psíquico como objeto privilegiado de la psicoterapia y comprender que no se trata de abordar un “como si” de vivencias subjetivas (la persona se siente despreciada o abandonada), sino que estamos en el territorio de los “sí” y los “no”. No se trata de vivencias sino de realidades de deprivación traumatizante, donde el abandono temprano es la marca común, reeditada en una vida de continuas pérdidas, situaciones traumáticas y privaciones. No se trata de “sentirse excluido” sino de la exclusión real de no ser bienvenido en el mundo. “Unwelcomeness”, “síndrome de niño prescindible”, “nuda vida”, “seres supernumerarios”, son los nombres que diferentes autores han buscado para describir la intolerable sensación de estar de más, de ser irrelevante y ser objeto del deseo de muerte o inexistencia por parte de los demás, tal como viven hoy crudamente quienes huyen de países en guerra y tratan infructuosamente de ser refugiados en Europa, muriendo muchas veces en el intento.

La angustia que sobreviene a esta experiencia de vida/muerte no es la angustia de castración, ni siquiera la de separación: se trata de una angustia de derrumbe y desmoronamiento (Winnicott) o innominada (Klein) que no puede ser ni pensada ni sentida (mucho menos hablada), y que sólo puede ser aplacada con actitudes que el resto considera patológicas: adicción, agresión, promiscuidad, gran número de hijos que provean el nutriente afectivo incondicional del que se careció en la propia historia. Se trata de historias llenas de experiencias flagelantes que sólo pueden ser manejadas mediante el uso de mecanismos de defensa radicales como la desmentida (“no sucedió”), la disociación o, directamente, la ausencia de registro psíquico de la experiencia vivida (como suele verse en las situaciones en las que se ha sufrido abuso sexual extremo o se ha cometido un infanticidio).

La deprivación en la historia y la vida cotidiana no es sólo afectiva, sino que también se refiere a carencias materiales que repercuten en la imposibilidad de elaboración de lo vivido, del aprendizaje a partir de la experiencia y de la creación de un pensamiento simbólico que permita dar respuestas mediatizadas por la mentalización en vez del pasaje al acto. Esta coartación de ciertos desarrollos mentales no sólo repercuten en los procesos de aprendizaje, en los vínculos y las posibilidades laborales, sino que se vuelven un impedimento casi absoluto de transitar una psicoterapia tal como la practicamos habitualmente.

La imposibilidad de simbolización muchas veces surge de carencias proteicas en la etapa evolutiva pre y postnatal del desarrollo cerebral (lo cual transforma el criterio de

“analizabilidad” en un criterio de exclusión social, reservándolo a una élite con buena provisión proteica en su infancia). Las fallas profundas en los procesos de narcisización y construcción del yo ideal surgen de la privación de estímulos y reonomiento en la infancia, ligados, a su vez, a carencias estructurales en los referentes afectivos tempranos, marcados también por la autodesvalorización, estrategias de apego evitativo, depresión crónica y desmoralización. Las fallas en la capacidad de empatía y cuidado del otro se asientan en experiencias traumáticas tempranas que obligaron a mutilar, para poder sobrevivir psíquicamente, la llamada “teoría de la mente” (Fonagy), anestesiando y bloqueando la percepción de las motivaciones profundas de quien ejerce el abuso y el maltrato. Estas fallas llevan no sólo al sufrimiento y mutilación de posibilidades de crecimiento y desarrollo personal sino a fallas y fracasos en la vida adulta, especialmente en las capacidades parentales, lo cual conduce, a su vez, a fallas estructurales en los hijos, instalándose así la transmisión transgeneracional de la vulnerabilidad y el desamparo.

La diferencia entre lo que aquí describimos y lo que se ha llamado “patologías arcaicas” es que no se trata solamente de fallas en las historias de las familias y las vidas privadas sino de fenómenos colectivos de exclusión social, desamparo y privación que condicionan la construcción del psiquismo y la subjetividad más allá de las características y condiciones de los vínculos cercanos.

El concepto que hemos desarrollado de “paradigma de la privación” se centra en la idea de que (a diferencia de lo que hemos pensado durante décadas) las personas no cuidan y no dan de sí simplemente por que no tienen nada para dar, no porque “rechacen” o sean “negligentes” o por desamor a sus hijos. No se puede dar lo que no se ha recibido, no se puede cuidar cuando no se ha sido cuidado o (peor aún) cuando quienes debían cuidar expusieron al hoy adulto cuando era niño a situaciones de maltrato, abuso y/o explotación, muchas veces en condiciones humillantes o desesperantes. Desde esta mirada, una conducta violenta hacia otros por parte de un niño que ha sido víctima de maltrato y abuso puede ser decodificada no ya como hostilidad con un destinatario claro, o como patología, sino como un acto de dignificación y pulsión de vida, queriendo descargar aquella ira impotente y luchando por no hundirse en la desmoralización y la indefensión.

Este cambio de paradigma conduce a una revisión profunda de nuestras prácticas, que han estado (demasiado) centradas en ayudar al otro a develar un sentido de la sintomatología actual, en la creencia de que dicha comprensión (que solemos llamar insight) producirá un efecto sanador, lo cual es sin duda correcto cuando se trata de desanudar conflictos que provienen de historias “pensables” y elaborables. Cuando nos encontramos con historias plagadas de experiencias devastadoras, de privaciones extremas (no sólo afectivas sino materiales, con su ineludible componente de sufrimiento y construcción de subjetividad), cuando las experiencias traumáticas son anteriores a la instalación de la palabra y la mentalización (o las han impedido), no es posible/razonable/ético un abordaje que retome el principio del Iluminismo de que “la verdad os hará libres”. Hay “verdades” que solo pueden ser manejadas con una desmentida o una disociación que, aún al costo de una inevitable mutilación psíquica, permiten seguir (psíquicamente) vivos.

Así como cuestionamos la exploración del pasado como forma de diagnóstico y “curación”, también cuestionamos la de-construcción de la sintomatología como otro componente de la secuencia clásica que siguen la mayor parte de las psicoterapias (de-construir/explorar/(revivir)/re-construir). La de-construcción de estrategias defensivas o modos de vivir y vincularse puede ser demoledora en sí misma, como puede ejemplificarse claramente en lo que significa para un niño separado de sus padres por decisión judicial el hecho de que se destruya la idealización de los mismos, recurso esencial que le permite sentirse amparado por figuras internas protectoras durante su situación de permanencia en instituciones de amparo donde muchas veces se ve sometido a agresiones, nuevos abandonos y un trato despersonalizado. Por otra parte, la de-construcción como estrategia terapéutica se basa en la convicción por parte de los técnicos de que será posible construir algo mejor, basados en lo que se ha llamado “la ilusión del clínico”, de extrapolar a todos los casos la experiencia con pacientes que han podido sostener tratamientos de alta frecuencia y larga duración.

Nuestras propuestas terapéuticas tradicionales se basan en una continuidad temporal, un lugar físico estable y un proceso de despliegue sucesivo a lo largo de un tiempo prolongado. No parece aplicable a personas cuyas vidas están marcadas por la inestabilidad (geográfica, vincular, laboral) y que suelen generar vínculos de muy corta duración y cortes radicales en su modo de terminación. El habitual veredicto que escuchamos (“no sostiene el tratamiento”) debería hacernos reflexionar si no somos nosotros, los técnicos, quienes ofrecemos tratamientos insostenibles. Deberíamos cuestionarnos sobre la compatibilidad cultural de nuestra oferta terapéutica con las formas de vida de personas que, en gran parte por su propia condición de vulnerabilidad y exclusión social, se ven sometidas a permanente cambio de domicilio, falta de recursos para acceder al servicio (aún si se trata de tratamientos gratuitos), falta de redes de apoyo para cuidar a los hijos cuando se ausentan, dificultades geográficas de acceso, residencia en zonas peligrosas donde no se pueden abandonar las pertenencias, etc. En esta realidad, es mucho más probable que podamos desplegar intervenciones terapéuticas o intervenciones con efecto terapéutico que psicoterapias en sentido pleno, para las cuales no suelen darse las condiciones necesarias de permanencia y continuidad.

El concepto de “encuadre disponible” (Knobel), junto con el de “encuadre interno” (que garantiza una clara percepción por ambas partes de los roles de cada uno en el encuentro terapéutico) permite un trabajo que salve estas vallas que impiden el acceso a la provisión de psicoterapia, primer paso sin el cual todo lo demás se desvanece. En el trabajo con poblaciones vulnerables, el concepto de encuadre disponible suele traducirse en el criterio de “territorialidad”, entendido como el trabajo en el hábitat natural de las personas, ya sea por la presencia en los barrios de las instituciones o por el trabajo en las casas de las familias. Este dispositivo fue creado inicialmente en la década de los 70 por Zelma Fraiberg para trabajar con las mujeres pobres que se atendían en el hospital de San Francisco (EEUU), a lo cual llamó “psicoanálisis en la cocina”. La territorialidad constituye un gesto radical que tiene un valor terapéutico en sí mismo, pues repara décadas y siglos de exclusión de los pobladores “indeseables” hacia la invisibilidad de la periferia de las ciudades. Al

acercarse en una actitud respetuosa y dignificante, movida por un interés genuino en el otro, los técnicos (enmarcados en los llamados programas “de cercanías”) reparan el daño histórico de la sociedad que representan. Las intervenciones artesanales y “de medida”, que no procuran fines educativos, sino que son construídas en base a una cuidadosa y respetuosa exploración de la demanda y las necesidades son, para muchas personas y familias, quizá la única vez en que se han sentido escuchados en sus necesidades, respetados en sus tiempos y sus límites. Este último concepto implica el respeto por la privacidad y la necesidad de “no saber” y no hacer saber al otro sobre algunos aspectos dolorosos de la propia vida y la propia historia, concepto que Glissant ha denominado “derecho a la opacidad”.

Este respeto por la capacidad del otro de tolerar un sufrimiento y una historia que, sin duda, la mayoría de las veces no tolerarían los mismos técnicos, hace inevitable revisar la propuesta de “revivir” escenas o situaciones del pasado que proponen algunas líneas terapéuticas (neurosis de transferencia, talleres vivenciales, constelaciones familiares, etc). Queda claro, a la luz de lo antedicho, que se trata de una propuesta que presenta riesgos claros de re-victimización y re-traumatización que pueden generar daños irreversibles.

Nos cuestionamos entonces qué hacer, entonces. Salvando el hecho de que, como dijimos mas arriba, se trata de una teoría de la técnica en construcción, podemos contribuir algunas líneas de trabajo que hemos ido observando/conversando/cotejando con los múltiples técnicos e instituciones con las que trabajamos. Vamos pensando y volviendo a pensar y ofrecemos aquí humildemente esta contribución a una producción colectiva que nos debemos quienes nos sentimos profundamente convocados a reparar el fracaso de nuestra cultura y nuestras profesiones de cumplir con el deber histórico de garantizar a las mayorías de nuestras poblaciones el derecho a la psicoterapia como derecho universal.

En primer lugar y ante todo, como dijimos: el análisis de nuestros propios paradigmas, con el compromiso de abstenerse de intervenir si no se logra pensar/generar una intervención culturalmente competente, respetuosa y relevante tanto en sus objetivos como en sus dispositivos, que pueda refrenar la pulsión mimética y la pulsión colonizadora. Es imprescindible comprender que nos debemos posicionar como acompañantes, no conductores de la vida de personas que tienen recorridos de vida, sienten y piensan de forma tan distinta (y probablemente más acertada para sus vidas que lo que nosotros haríamos o pensaríamos.....). En este sentido, creemos imprescindible advertir sobre los riesgos de los abordajes de apoyo, en los cuales el mensaje implícito y sostenido es que el otro no tiene y yo sí, el otro no puede y yo sí, el otro no es y yo sí.... No es difícil ver el efecto desmorizador y de desempoderamiento (además de la conocida dependencia) que generan estos abordajes que muchas veces perpetúan la desigualdad e impiden el desarrollo de caminos sustentables.

Como corolario ineludible de lo anterior, las intervenciones deben asentarse sobre una Ética de la Humildad, que conduzca a asumir que es imposible que (dadas las distancias culturales, de vida, de valores y de códigos) podamos comprender

cabalmente la realidad (tanto objetiva como intrapsíquica), las necesidades, las vivencias y el modo de vínculo de aquellos con quienes pretendemos trabajar. Por lo tanto, se vuelve imprescindible una cuidadosa y respetuosa exploración de la demanda, asegurándonos de que no se trata de una obediencia informada ante lo que perciben como nuestros deseos, en tanto representantes de las clases sociales históricamente dueñas (y carceleras) de sus deseos y proyectos.

Esta misma ética de la humildad nos obliga a cotejar permanentemente el rumbo de nuestras intervenciones, con una escucha aumentada en la sensibilidad y cronosensibilidad a la corrección de la intensidad, el rumbo y el timing de nuestras intervenciones.

Estas mismas consideraciones, así como la imposibilidad de prever la continuidad de los tratamientos, nos lleva a plantear un abordaje que puede describirse como un “collar de perlas” y que sigue el modelo de la Consulta Terapéutica propuesta inicialmente por Winnicott y luego desarrollada por Cramer y Palacio Espasa en la Universidad de Ginebra (Suiza): cada encuentro tiene un valor en sí mismo, conteniendo en un proceso dinámico elementos diagnósticos y de intervención. La repetición de los encuentros permite un proceso similar al de la psicoterapia tradicional, pero protege del efecto adverso que se ha estudiado en relación a los procesos interrumpidos. Se evita, además, la reiteración de la experiencia de privación que surgen del vínculo con un otro que no responde, lo cual caracteriza a las entrevistas iniciales y los procesos psicodiagnósticos tradicionales, en que la persona “permite entrar” al otro al mundo propio y no recibe a cambio ni una palabra calmante ni una orientación que nutra, por así decirlo, la propia vida.

Estas consideraciones sobre el efecto eventual de privación que surge del dispositivo nos remite a un tema fundamental: la expresividad del terapeuta. Los estudios de Tronick sobre “still face” (cara inexpresiva) nos muestran, en condiciones experimentales, los efectos devastadores sobre un niño pequeño de la inexpresividad del rostro materno durante un lapso de 10 minutos. La mayoría de nuestros pacientes han vivido esto en forma crónica en su infancia y poco beneficio puede brindarles el revivirlo en encuentros supuestamente terapéuticos. Asimismo, técnicas como el “espejamiento” o el silencio del terapeuta como recursos frente a la angustia del paciente, generan reviviscencias de la ausencia de respuesta verbal ante las preguntas en la infancia y reeditan la privación.

Por otra parte, una expresividad y demostratividad excesivas por parte del terapeuta puede también resultar nociva, pues puede generar la ilusión de que se ha encontrado “por fin” aquel refugio seguro ante las inclemencias de la vida donde el otro siempre está cuando dice que va a estar, siempre tiene una palabra calmante y (terrible pero cierto) se acuerda del nombre y de quién es aquél que tiene adelante y que nunca fue ni se sintió ser His Majesty the Baby. En relación a este aspecto del vínculo terapéutico, hemos desarrollado el concepto de “espontaneidad responsable”, es decir, mantener una actitud abierta y dialógica, pero cuidando de los potenciales efectos sobre el otro de nuestra actitud.

Es necesario reconsiderar también otro aspecto fundamental de la psicoterapia tal como la conocemos y que ha hecho definirla como “talking cure”: el uso de la palabra como herramienta fundamental de comunicación y de curación. Ha sido profusamente estudiado el uso limitado y la pobreza semántica del vocabulario de las personas que viven en condiciones de desamparo y vulnerabilidad, valiendo como ejemplo el fracaso de los intentos terapéuticos con las víctimas del Tsunami asiático, dado que los pueblos polinesios solo disponían en su lenguaje de dos términos para referirse a estados afectivos: feliz/no feliz.

Hemos concluido, junto con otros, que el efecto terapéutico más poderoso lo tienen los actos con valor simbólico, siendo tarea del terapeuta poder recorrer el “camino inverso” desde el concepto hacia su traducción en actos que lo transmitan. Un buen ejemplo lo constituye la terapeuta del programa de Psicoterapia en Calle Extrema que, buscando acercarse a un muchacho de 13 años que vivía en situación de calle desde los 8 años, se paró durante una hora durante seis días seguidos a esperarlo en la esquina donde él paraba habitualmente, pasando el mismo frío y mojándose con la misma lluvia que él sufría durante años, gesto que (observado desde un escondite por el adolescente) generó un acercamiento que hizo posible un fructífero proceso de dos años de trabajo terapéutico.

¿No hay, entonces, lugar para la palabra? Sin duda, pero entendida de una forma diferente. Año tras año, las familias atendidas por el Programa Prioritario Uruguay Crece Contigo han remarcado “el espacio de conversación” como la principal contribución del trabajo completo y complejo, sostenido durante casi un año, que se realiza con cada familia. Atendamos la forma en que se describe el encuentro (“conversación”), es decir, un intercambio horizontal, fluido, centrado en temas que preocupan a las familias, donde hay lugar tanto para el humor como para compartir un mate, un paseo o una comida. Estos no son elementos menores, ya que muchas veces es necesario “mediatizar el encuentro” para hacer más tolerable el relato y el enfrentamiento a lo doloroso de la propia vida.

La “conversación” atiende los tiempos y los ritmos, así como los límites de tolerancia de quien participa del encuentro, pudiendo convertirse para muchas personas en la única oportunidad de compartir con un otro respetuoso los aspectos dolorosos u ocultos de su propia historia. Es fundamental, por parte del técnico, que ésta sea una escucha significativa, y que el retorno que ofrece dignifique al otro, resignificando el recorrido de vida en sus dimensiones de lucha y supervivencia. No se trata de develar significados ocultos sino de ayudar al otro a hilar la propia historia en un discurso que jerarquice el valor personal, la lucha y la resiliencia. No se trata de de-construir, sino de construir: psiquismo, autovaloración, un lugar en el mundo (Charbonnier et al, Gonzalez). Este es, justamente, el concepto de “Fortalecimiento”, signo y marca de todos los programas e intervenciones psicosociales que, en contraposición al “apoyo”, busca explorar las potencialidades y logros **reales** del otro, dignificándolos y dimensionándolos en la propia historia y en un proyecto de vida que se busca acompañar.

Es importante tomar algunos recaudos en torno a este “espacio de conversación”. En primer lugar, es necesario comprender que la vergüenza (tema que no solemos estudiar ni en Psicología ni en Psicopatología) es el (des)articulador de (casi) todo en la vida. Por lo tanto, es fundamental comprender que, en el encuentro que pretende ser terapéutico, la ropa en mal estado y el mal olor propio pueden ser una razón mucho más poderosa que lo que llamamos “resistencia” para no asistir a un sesión, así como el no mostrar la falta de dientes puede ser el motivo principal de no querer emitir palabra en una entrevista.

En los avatares de vidas intensamente traumáticas, el psiquisimo se construye por procesos de escisión, no por represión. De esta forma, las narrativas internas quedan aisladas unas de otras, las emociones aisladas de los recuerdos de los hechos que les dieron lugar (Charbonnier et al), no siendo posible ni tolerable contarse a uno mismo su propia historia en forma plena (mucho menos, por ende, a un técnico). Es imprescindible asumir que nunca conoceremos la totalidad de la historia y que es muchas veces en situaciones extremas como una muerte o una coordinación interinstitucional que puede armarse el collage de los fragmentos de vida y relato que cada técnico/institución conoce.

Es imprescindible también tener en cuenta que, como dijimos, muchos aspectos de la vida y la historia sólo pueden tolerarse si son manejados por medio de la desmentida y la disociación, los cuales permiten construir una “historia de vida” subjetiva más tolerable que la verdadera. Esto, trasladado al vínculo con el otro, se transforma en lo que es percibido como “mentiras”, que son decodificadas por los técnicos y las instituciones como agresiones y falta de agradecimiento al esfuerzo de ayuda, o bien patologizadas como rasgos psicopáticos. Nada más alejado de la realidad: son formas de supervivencia psíquica, sin connotaciones agresivas y que deberían ser interpretadas como las fantasías de un niño, con el cual no nos enojaríamos.

Retomando, entonces, la línea de propuestas terapéuticas viables, quisiéramos desarrollar algunas (con la expresa aclaración de que estamos todos en la construcción conceptual que nos siga enriqueciendo): la prótesis, el andamio, la sustitución y la Experiencia Emocional Correctiva.

Hemos desarrollado los concepto de “prótesis” y “andamios” para referirnos en mayor detalle a lo que Bleichmar llamó “intervenciones aloplásticas” (contraponiéndolas a las autoplásticas), es decir, generar cambios en el afuera cuando no es posible generarlos en el adentro (asumiendo que muchos entenderían que esto no es lo que llamaríamos psicoterapia).

El concepto de “prótesis” surge de las situaciones en que hay una clara delimitación de un área de imposibilidad pero se mantienen las otras, por lo cual parece razonable proveer externamente aquello que no puede surgir desde la persona. Un ejemplo de esto son las madres que sufren una discapacidad intelectual moderada y son capaces de proveer a sus hijos un amor quizá más puro que el que pueden ofrecer madres neuróticas, que están marcadas por la ambivalencia afectiva y sus conflictos y necesidades de reafirmación personal. Sin embargo, las madres con un cierto retardo

mental no pueden proveer los imprescindibles cuidados en relación a alimentación, abrigo, protección de riesgos ambientales, etc., los cuales deben ser provistos por otras personas a modo de prótesis.

El concepto de *“andamio”* se refiere a lo que es casi el único recurso para ayudar a aquellas personas cuyo psiquismo es de tal fragilidad (o son de tan corta edad) que no disponen de recursos internos para proveer o proveerse incluso los medios mínimos para subsistir (física y/o psíquicamente). En estos casos, es ineludible proveer una estructura externa, al modo de la caparazón de la tortuga, que es lo que ofrecen estructuras como los internados, hogares de acogida e incluso hospitales psiquiátricos y conventos. Las iglesias evangélicas, con sus rígidas normativas y vínculos firmes de solidaridad y sostén son, quizá, el ejemplo más elocuente. En las personas vinculadas al mundo de la delincuencia, se busca muchas veces este refugio externo y radical en lugares que nos pueden resultar incomprensibles como la cárcel, que suelen denominar “casa”.

El concepto de *sustitución en la vida real* lo hemos desarrollado buscando “rescatar” un mecanismo curativo y autocurativo que ha sido dejado de lado y desvalorizado por la literatura, especialmente psicoanalítica, que lo ha asimilado a un mecanismo patológico. Maguillanzky ha distinguido la sustitución maníaca de la sustitución saludable. En la primera, el objeto de amor es rápida y expeditivamente despreciado y sustituido por otro, sin ningún dolor ni duelo, en un gesto casi triunfal y peyorativo que remite a las defensas maníacas postuladas por Melanie Klein (control, triunfo y desprecio). En la sustitución saludable, por el contrario, hay un tiempo de duelo, una valorización y respeto por lo perdido así como por el dolor de perderlo, y constituye un movimiento saludable que ya Abraham consideraba requisito imprescindible para completar el proceso de duelo.

La sustitución llamada “maníaca” es el modo habitual de resolver las pérdidas en las poblaciones vulnerables, por lo cual es imprescindible comprenderlo como *mecanismo de supervivencia psíquica*. Es necesario, también, entender que muchas veces la dimensión de las pérdidas actuales que, a su vez, reeditan las pérdidas y abandonos tempranos (unidos a las exigencias extremas de supervivencia en la vida cotidiana), hacen que el duelo, tal como lo conceptualizamos, sea un “lujo” que muchas veces no pueden permitirse quienes viven en condiciones extremas. *Las pérdidas no se elaboran, se sustituyen*, como vemos en las mujeres que sufren una decisión judicial de apartamiento de sus hijos por reiterados fracasos en sus cuidados y que vuelven a embarazarse inmediatamente.

El asumir que este es el mecanismo curativo y autocurativo más usado debería, por un lado, alertarnos de que *nuestra propuesta terapéutica “ideal”* (largo tiempo y alta frecuencia) constituye para muchas personas *una “invitación” a sustituir sus vínculos* reales por el vínculo con nosotros, lo cual debe ser objeto de serios cuestionamientos éticos, pues nuestra relación con ellos es profesional y, finalmente, nos iremos también, reeditando nuevamente sus pérdidas. A la vez que proponer dispositivos que no generen este riesgo, deberíamos inspirarnos a “cantar la misma canción” y ayudar en la búsqueda de sustituciones más saludables y protectoras en el mundo de los

vínculos reales de las personas a las que queremos ayudar. Estas intervenciones tienen la cualidad de ser auportantes, es decir, permanecen luego de terminado nuestro trabajo, pues se integran al mundo cotidiano y natural de las personas y familias.

Finalmente, la Experiencia Emocional Correctiva constituye, a nuestro modo de ver, “la joya de la corona”, es decir el constructo que entendemos que está en el nodo central de las intervenciones verdaderamente exitosas en Salud Mental (lo cual no es sólo una apreciación nuestra sino que han sido evaluadas en forma sistemática a lo largo de dos décadas con miles de usuarios a traves del Plan CAIF en Uruguay.)

El concepto de Experiencia Emocional Correctiva fue desarrollado en 1949 por Alexander y French en EEUU. Olvidado durante décadas, lo retoman Hill y Strauss en 2012, convocando a representantes de todas las líneas terapeuticas a una serie de encuentros para repensarlo y redimensionarlo. La conclusión es que constituye el principal factor curativo de todas las formas de psicoterapia. Basándose en el principio de “invitar al otro a ver al mundo y verse a sí mismo bajo una nueva luz”, se plantea un “empezar de nuevo” a través de realizaciones simbólicas que permiten reparar el pasado sin necesidad de explorarlo o revivirlo. (Un símil puede ser el instalar una cañería de agua nueva en vez de destruir parte de la casa reparando una cañería desgastada y múltiplemente averiada.) Este principio fue refomulado por el grupo de trabajo como “experiencias correctivas”, en el sentido de que tambien aborda dimensiones cognitivas, operativas, vinculares, etc. Posteriormente, en 2014, Fiorini lo re-definió como “Experiencia Vincular Creativa”.

En el caso de las poblaciones vulnerables, nuestra experiencia de varias décadas no sólo en el trabajo directo sino en las instancias de supervisión y capacitación, nos han hecho considerar que aquí esta el verdadero potencial curativo de intervenciones psicoterapéuticas culturalmente sensibles y respetuosas. Desarrollaremos un ejemplo que ilustre tanto el método como lugar que le otorgamos y que permite comprender cabalmente el concepto de “actos de valor simbolico” que tambien consideramos central al abordaje.

El ejemplo, se trata justamente del ya mencionado Plan CAIF, que despliega a lo largo y ancho del pais centros de Atencion a la Infancia y la Familia, en que la que los niños de 0 a 2 años son recibidos junto a sus padres en un programa sostenido semanalmente llamada Experiencias Oportunas. Esta actividad, de varias horas de duracion, consiste de tres partes.

En un primer momento, otras personas se ocupan de los niños y bebes y los padres son invitados a jugar en la luminosa, alegre y acogedora Sala de Psicomotricidad, donde no hay más tarea que jugar....jugar como quiza nunca jugaron, aliviados de preocupaciones y responsabilidades como quizá nunca estuvieron, cuidados como quiza nunca lo fueron....

En un segundo momento, se reencuentran con sus hijos y todos (padres, hijos y técnicos –psicólogos en este caso-) comparten una merienda de comida casera preparada por la cocinera (figura fundamental en este dispositivo). Este aspecto del

dispositivo cumple otro requisito fundamental de atender la realidad (en este caso, la necesidad de un suplemento alimentario) en una modalidad que no resulte humillante al otro y que jerarquice la igualdad esencial de los seres humanos, en la compartida necesidad de algo caliente en un día de frío o de reponer energías en medio del día de actividad.

En ese espacio totalmente horizontal donde se comparte “el mismo pan”, se abre el “espacio de conversación”: de lo que surja, hasta donde quieran ir, compartiendo saberes e ignorancias entre todos (padres y técnicos), y donde se van entrelazando los aportes de los técnicos con los comentarios y contribuciones de los padres (Hernández), al modo de lo que hemos llamado intervenciones horizontales o la Terapia Comunitaria de Barreto.

Luego, en un tercer momento, los padres conducen el juego con sus hijos en la misma Sala de Psicomotricidad, pudiendo “dar” luego de haber recibido y reproduciendo un aprendizaje procedural de lo que podríamos llamar “buenas prácticas de crianza”. Esta experiencia (en la que cada día tiene un valor en sí mismo y no existe el “no sostener”), que atiende también la realidad y dignifica las necesidades básicas insatisfechas de calor, juego, cuidado y alimento, extendido en su expresión plena a lo largo de dos años de encuentros semanales, constituye el “collar de perlas” que mencionábamos en un inicio. En las evaluaciones sistemáticas y con herramientas validadas de entrada/salida, así como de proceso, se observan modificaciones fundamentales en los padres y un grado de desarrollo y salud mental de los niños similares a los de aquellos que no han vivido situaciones de vulnerabilidad y desamparo.

Este exitoso dispositivo de trabajo surge en una Latinoamérica plena de creatividad en la que muchas personas, instituciones y grupos desarrollan intervenciones de enorme valor, que es necesario que conozcamos. Como lo dijo claramente David Orlinsky, profesor de la progresista Universidad Chicago, fundador de SPR y también de su Grupo de Trabajo sobre Cultura y Psicoterapia: *“Este continente, que creó la Teología de la Liberación, tiene la obligación de crear la Psicoterapia de la Liberación y exportarla.”*