

Intervenciones terapéuticas en comunidad

Lic. Víctor Giorgi

Introducción

Para comenzar deseo agradecer a AUDEPP y especialmente al Comité Organizador de estas jornadas la invitación a integrar este panel en representación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Deseo aclarar que mi exposición se basará en mi experiencia personal, en investigaciones realizadas y en la experiencia que se viene desarrollando en los servicios que funcionan en la órbita de nuestra Facultad. Se trata de diez Servicios insertos en distintas zonas del Departamento de Montevideo, cuyas intervenciones alcanzan unos 2.700 usuarios/año. Se trabaja con distintas poblaciones, desde diversos marcos teóricos y modalidades de intervención.

Por cierto las elaboraciones y opiniones que voy a exponer no comprometen a estos equipos ni al conjunto de la Facultad sino que son de mi exclusiva responsabilidad.

Comenzaré por el título que convoca este panel: hablar de "Fundamentos teóricos de

*Fco. Araújo 1376/202
Montevideo
Tel. 707 2406*

las intervenciones comunitarias” sugiere la idea de la teoría como algo “a priori” que antecede a la práctica y que es separable de ésta.

En el campo de trabajo comunitario, si bien existen ciertas “ideas fuerza” que históricamente operaron como referentes desde el inicio de las experiencias, los verdaderos “fundamentos teóricos” se producen y se consolidan como tales al momento de sistematizar y analizar las prácticas para luego retornar sobre ellas (“método dialéctico”).

En el aspecto específico que nos ocupa, la producción se opera muy especialmente en los márgenes y a través de las fisuras que dichas prácticas evidencian en los sistemas teóricos consolidados e instituidos que sustentan las intervenciones psicoterapéuticas que se desarrollan a nivel de los consultorios privados.

Una tercera precisión: hablar de “intervenciones psicoterapéuticas en la comunidad” no es hablar de Psicología Comunitaria en sentido estricto. Mientras la Psicología Comunitaria toma a la comunidad con sus vínculos, organizaciones y cultura como objeto de estudio e intervención, el tema que estamos abordando se refiere a ciertas prácticas psicoterapéuticas realizadas con personas o grupos en el escenario comunitario.

La expresión “EN” da cuenta de una inclusión espacial no necesariamente acompañada de desarrollos teóricos o técnicas que den cuenta de las singularidades de lo comunitario.

Para comprender este “pasaje” se hace necesaria cierta historización.

La expresión “Psicología Comunitaria” surge en Estados Unidos, en la década del sesenta a partir del Programa Nacional de Salud Mental propuesto por el Presidente J. Kennedy (5 de febrero de 1963).

A partir de allí surgen aportes como los de Gerald Caplan¹ y James Kellf. En 1965 se realiza la “Conferencia sobre la educación de psicólogos para la Salud Mental Comunitaria”² en cuyo informe aparece por primera vez la expresión “Psicología Comunitaria”. Esto se extiende rápidamente a Italia (Polmanari), a España y a América Latina.

En nuestro medio autores como José Bleger, Mauricio Goldemberg y Juan Carlos Carrasco introducen casi como una suerte de consigna o de mandato identificadorio para los psicólogos la propuesta de salir de las consultas y de los muros de las instituciones asistenciales para acercarnos a aquellos espacios donde transcurre la vida cotidiana de las personas.

Esto produce un movimiento, un cambio de escenario pero a su

vez abre una serie de interrogantes que dan cuenta de vacíos teóricos y técnicas que quedan al descubierto.

Cuando salimos del consultorio ¿adónde vamos?, ¿qué hacemos?, ¿podemos extrapolar las mismas técnicas e instrumentos a las nuevas modalidades contractuales?, ¿la ausencia del pago de honorarios “de bolsillo” nos dejaba sin uno de los analizadores centrales del proceso terapéutico?

No obstante, aun con estos vacíos se producen una serie de experiencias que habilitan rupturas y transformaciones tanto en las modalidades de intervención como en la forma de pensar y conceptualizar dichas prácticas.

Esto es lo que deseo transmitir en esta intervención: los cambios que se operan en la teoría y la técnica de las intervenciones psicoterapéuticas a partir de su inscripción en las redes comunitarias.

Los viejos dispositivos en nuevos escenarios

Las prácticas psicoterapéuticas en comunidad, inicialmente consistieron en intervenciones análogas a las tradicionales realizadas en consultorios situados en “barrios periféricos”.

Si bien lo comunitario no necesariamente debe asociarse a la pobreza, en este caso, el trabajo en “barrios periféricos” no sólo remitía a una periferia geográfica o urbana, sino también social en tanto se situaban “al borde” de la exclusión.

Esto hizo que un importante número de psicólogos tomara contacto con realidades diferentes. Contacto que no iba más allá del espacio de la consulta: la llegada al barrio, el mismo traslado, el aspecto de las calles, las miradas de los vecinos nos devolvían el carácter de “forasteros” y nos ponían en contacto con una forma de vida diferente a la nuestra y a la que predomina en los espacios urbanos que frecuentamos.

A su vez, se produjo el acceso a la consulta de personas pertenecientes a sectores sociales diferentes a los que habitualmente hacen uso de los servicios tanto privados como institucionales.

Los motivos de consulta y hábitos de vida nos asombraban, unas veces paralizándonos, otras exacerbando una tendencia a psicopatologizar en lugar de comprender su génesis como situaciones emergentes de una cotidianidad que producía subjetividades singulares.

Los malestares y sufrimientos de estos usuarios aparecían asociados a aspectos concretos e inmediatos de su experiencia vital.

El alto determinismo de factores de índole económico y social se reflejaba en actitudes “quejasas” que obturaban los procesos asociativos dificultando el acceso al sentido simbólico de hechos y conductas.

La fragilidad del sostén social y el inmediatismo hacían dificultoso sostener procesos psicoterapéuticos prolongados de acuerdo a los encuadres clásicos. Se producía así cierta selectividad donde los que padecían situaciones globalmente más graves quedaban excluidos de la “ayuda psicológica”.

En los terapeutas el contacto con la pobreza y la indefensión genera vivencias contratransferenciales de impotencia, desvalorización de sus saberes, pérdida de la capacidad de reparación, sensación de que el trabajo “les chupa la energía” (“melancolización”). En otros genera fascinación, con tendencia a la identificación que paraliza su capacidad de análisis.

A pesar de esto, gradualmente el psicólogo pasó a ser dentro de estas poblaciones una figura de recurrencia ante situaciones críticas. Por nuestra parte ya no trabajábamos en el aislamiento del consultorio sino interactuando con técnicos, vecinos y organizaciones sociales que participaban en la gestación de las consultas.

Esto inicialmente fue vivido como interferencia en tanto no estaba incluido en los modelos de intervención clásicos, pero gradualmente se fue valorizando su potencial y comenzó a operativizarse.

La práctica fue generando intentos de adaptar los instrumentos a estas nuevas realidades. No obstante el peso teórico y el prestigio de los modelos instituidos operaba como obstáculo. Los cambios técnicos eran considerados como versiones devaluadas, contaminadas por la pobreza. No fue fácil alcanzar niveles de conceptualización que rescataran las singularidades que las intervenciones psicoterapéuticas adquieren al estar insertas en las redes comunitarias y poder así operativizar sus potencialidades.

Aprendiendo de la experiencia

Al analizar las experiencias, pudimos percibir que pese al énfasis que poníamos en los aspectos sociales al momento del diagnóstico, incluso en la lectura psicopatológica y en la evaluación de los fracasos, éstos no eran incluidos en la fase operativa del tratamiento. Éste se mantenía inmerso en un psicologismo en función del cual todo lo que el paciente traía era remitido al plano de la fantasía como

si su situación fuera generada exclusivamente por factores intrapsíquicos.

Tomando aportes de Joaquín Rodríguez Nebot³ podríamos decir que los dispositivos psicoterapéuticos nos capturan, se apoderan de nosotros condicionando nuestro accionar, nuestro pensamiento y nuestra percepción, tendiendo a no ver aquello que no es procesable dentro del antedicho dispositivo.

Como lo señala la ley de Murphy: "cuando tenemos un martillo en la mano todo toma forma de clavo". El instrumento recorta y condiciona la percepción de la realidad.

Como en muchos momentos de la historia de las psicoterapias, fueron los propios pacientes que, cuando nosotros –los técnicos– nos permitimos escucharlos, nos dieron las pistas para rediseñar las estrategias de trabajo.

Al abrir espacios de intercambio a nivel de los equipos notamos que los pacientes reiteraban sugerencias que tendían a "abrir" los encuadres incluyendo aspectos vinculares y actores significativos para ellos: "¿por qué usted no habla con la maestra?" nos dice la madre de una niña. "Me gustaría que usted escuchara a mi esposo." "Ella está todo el día con la abuela ¿por qué no habla con ella?" "Habló usted con la asistente social? Ella le puede explicar cómo es el tema..." "Volví porque la vecina que da los números acá en la policlínica me explicó cómo era que trabajaban los psicólogos."

Ejes para una estrategia alternativa

A continuación referiré algunos ejes a partir de los cuales comenzamos a pensar nuevas estrategias:

- Incorporar la complejidad en su doble sentido: los acontecimientos como entretelado de múltiples hilos y, a su vez, la multiplicidad de sentidos que adquieren desde múltiples miradas. Esto último es especialmente significativo cuando trabajamos en la frontera entre cotidianidades diferentes.
- Como correlato estratégico de lo antedicho debemos desarrollar abordajes multirreferenciales que permitan la convergencia de aportes de diferentes desarrollos teóricos sobre la situación-problema.
- Pensar los sistemas humanos en términos de sistemas abiertos en permanente interacción con el entorno, asumiendo que las fronteras establecidas para nuestras intervenciones son arbitrarias y circunstanciales. No confundir recortes operativos de la realidad con la realidad misma.

- Generar encuadres y dispositivos móviles que permitan trabajar “a terreno” en diferentes escenarios y
 - desarrollar modalidades de intervención que incluyan los aspectos relacionales de los procesos productores de salud o enfermedad, tomando en cuenta la co-construcción vincular de las problemáticas psicológicas.
 - Repensar la noción de “cura” como meta de las intervenciones, pensándolas en cambio como generación de espacios de “coproducción de salud” rescatando la bidireccionalidad del efecto (sobre los usuarios y sus redes y sobre el terapeuta y su equipo).

Hacia un nuevo modelo de intervención

Esto nos llevó a proponer una estrategia psicoterapéutica basada en los siguientes movimientos:

1. Descentramiento de la problemática intrapsíquica del paciente, pasando a incluir en la intervención psicoterapéutica los aspectos actuales y concretos de su cotidianidad (problemática familiar, laboral, relacionamiento social, hábitos y proyectos de vida).

Esto implica un abordaje pluridimensional y multifocal.

Tomando la noción propuesta por Pichón Rivière y re trabajada por A. Scherzer y otros autores uruguayos, definimos el abordaje psicoterapéutico pluridimensional como aquél cuyo objetivo es cubrir lo más extensamente posible las múltiples dimensiones generadoras del sufrimiento y las diversas áreas de expresión del mismo. Esto exige una ampliación de las fronteras que delimitan el espacio de nuestra intervención incluyendo los sectores del tejido social circundante más significativos para el sujeto.

Se procura articular la elaboración de la problemática intrapsíquica, con la producción de movimientos habilitantes en la dimensión intersubjetiva y la génesis de “oportunidades” para la resolución de problemas concretos. Lo multifocal está dado por el trabajo articulado en las diferentes áreas: -psíquica, relacional, corporal.

Llamamos “punto crítico”, o de “apalancamiento”, a aquellos momentos del proceso psicoterapéutico en que, en virtud del grado de elaboración de la problemática intrapsíquica alcanzada, el paciente se encuentra en condiciones de generar y/o capitalizar los espacios y oportunidades que se le presentan y, a partir de ellos dar un salto cualitativo en el proceso. En esto radica, a nuestro entender, la diferencia entre asistencialismo y ayuda social

habilitante u operativa para el proceso de crecimiento personal del consultante.

2. Lo antedicho lleva implícito un descentramiento en los objetivos. Los avances en el proceso terapéutico debían expresarse en una ampliación y enriquecimiento de las redes vinculares del paciente (ampliación, activación, desobstrucción y resignificación de vínculos) de modo de incidir en el mejoramiento de su calidad de vida. Para esto se opera directamente sobre el mapa de personas y grupos significativos aportados por el propio paciente ("mapa de red").

3. Un tercer descentramiento –corolario de los anteriores– del psicoterapeuta individual a un equipo multiprofesional que opera en forma coordinada y convergente sobre las diferentes áreas de expresión fenoménica del sufrimiento, definiendo colectivamente los puntos de urgencia correspondientes a cada fase del proceso. De este modo se devuelve al paciente una imagen global de su problemática.

Del mismo modo se valoran y potencializan los efectos psicoterapéuticos de los vínculos comunitarios, de las redes que integran al usuario y permiten desplegar sus potencialidades.

4. Un cuarto descentramiento corresponde al orden de lo espacial. Se sale del consultorio, sea privado o periférico, como escenario, para tomar el propio espacio comunitario como escenario y apoyo del proceso tendiendo a una mayor movilidad. El espacio clínico se abre allí donde sea oportuno y necesario para trabajar un aspecto concreto. Esto puede ocurrir en el domicilio del paciente, en la casa de un familiar, en un local sindical o escolar, a veces hasta en un bar. El referente locativo que da constancia al proceso es la sede donde el usuario percibe en forma directa la presencia de un colectivo de trabajo que interactúa entre sí y con otros usuarios.

La movilidad no hace sólo al desplazamiento físico sino al cambio de la lente con la cual en cada momento del proceso se focaliza la problemática. Esto implica que el recorte del campo sobre el que operamos tiene fronteras dinámicas.⁴

La movilidad está dada por la disposición permanente a la construcción de espacios situacionales, la búsqueda de conexiones entre las múltiples dimensiones de génesis y expresión de sufrimiento y los cuerpos nocionales que permitan pensar el proceso y operar sobre él. Esto implica –como correlato– la movilidad de roles dentro del equipo y la de la lente con la cual se focaliza la situación.

Su dinamismo requiere una permanente relectura de la demanda a través de la escucha. El paciente no habla sólo desde sus

resistencias sino también desde un saber acerca de su sufrimiento que debe ser tomado en cuenta en la co-construcción del espacio analítico.

El equipo, como actor colectivo, participa activamente del proceso psicoterapéutico. Esto nos llevó a integrar junto con el análisis de los aspectos transferenciales la permanente revisión de nuestras motivaciones, nuestros vínculos a través de los equipos, nuestros secretos y nuestros silencios como forma de comprender y elaborar la doble inscripción en lo personal y en lo colectivo de las vivencias generadas por el contacto con la problemática de una población diferente que nos devuelve puntos ciegos de nuestra propia cultura. Esto permitió superar el contrato narcisista con que hasta el momento nos veníamos manejando.

Conclusiones

Para finalizar quiero subrayar dos líneas de problematización que esta experiencia nos ha dejado y que, a nuestro entender trascienden las particularidades de esta población.

En primer lugar un aspecto teórico-técnico: ¿qué hacemos los psicólogos cuando somos llamados a intervenir sobre los efectos psicológicos de fenómenos complejos cuyos determinantes, en última instancia, pertenecen a otros campos? Nos enfrentamos al riesgo de dilematizar la situación: abstenernos de intervenir devolviéndola al terreno originario, o recortar "lo psicológico", introducirlo en el consultorio y montar un dispositivo que nos impulsase a psicologizar, dejando de lado lo que sucede fuera de las fronteras en que arbitrariamente encuadramos nuestra intervención. En otras palabras: ¿cuál es el correlato técnico-estratégico de la complejidad?

El segundo aspecto es de orden epistemológico. En el comienzo de la experiencia, nuestro enfoque de la relación técnico-usuario fue ingenuo. De un lado colocábamos al usuario con sus pobreza, alteraciones, sufrimientos y patologías; al otro lado de la "línea imaginaria", el técnico con sus instrumentos, sus saberes y sus razones procurando mediante ellos conducir un proceso de "curación". La experiencia de estos años nos llevó a revisar esta concepción en dos sentidos:

- La implicación del técnico que también sufre los efectos de las situaciones sociales en que trabaja, y

- La direccionalidad del “efecto terapéutico”. El descubrimiento y la valorización de los saberes que maneja la comunidad y con los cuales sostiene prácticas que preservan la salud y la vida nos llevó a cuestionarnos. Ya no hablamos de “cura” sino que definimos la psicoterapia como un espacio cogestionado de producción de salud. Dicha producción resulta reparatoria para el propio técnico a la vez que circula por redes sociales más amplias en las que técnico y paciente se encuentren incluidos.

Desde esta perspectiva los dispositivos técnicos recobran su carácter instrumental y situacional evitando cristalicen en ritualismos que interfieran una tarea esencialmente interlocucionaria.

En este sentido las palabras que Emmy Von N. pronunciara al maestro Freud hace más de cien años “no me pregunte tanto de dónde vienen las cosas y déjeme contarle lo que me sucede”, que dieron origen al método psicoanalítico continúan siendo un referente central en toda situación de invención de nuevas estrategias en el campo clínico.

Notas

1. Caplan, G., *Principios de Psiquiatría Preventiva*, Paidós, Buenos Aires, 1964.
2. Bennet y col., citado en Saforcada, E., *Psicología Sanitaria*, Paidós, Buenos Aires, 1999.
3. Rodríguez Nebot, J., *En la frontera*, Multiplicidades, Montevideo, 1995.
2. *Ibidem*.

palabras clave: intervenciones terapéuticas, comunidad, fundamentos teóricos, encuadres móviles (sugerido).