

# **UN MODELO DE ADAPTACION DE LA TEORÍA Y TECNICA PSICOANALITICAS A LA PSICOTERAPIA FOCAL y BREVE CON NIÑOS EN LA ASISTENCIA PÚBLICA**

E. Ger, C. Miquel, A. Montserrat, R. Noguera, C. Ríos, J. Sala y E. Sánchez

I. Bases teóricas y adaptación de las mismas al modelo de psicoterapia focal y breve con niños

La base teórica y conceptual de nuestro modelo está en la consideración del Psicoanálisis como teoría de la mente, método de investigación y método terapéutico. Desde aquí hacemos un recorrido que arranca en las similitudes y diferencias del método terapéutico psicoanalítico con el método de la psicoterapia psicoanalítica focal y breve, para llegar a nuestra adaptación del método psicoanalítico, que se concreta en un modelo de psicoterapia psicoanalítica focal y breve para niños.

Inspirados en nuestra experiencia y en la de Psicoterapeutas y Psicoanalistas que nos precedieron, tratamos de elaborar y describir una teoría mínima y un método que vamos desarrollando en el seno de nuestra práctica, un método vivo y en transformación, que consideramos una de tantas aplicaciones derivadas del psicoanálisis.

Recogemos conceptos básicos sobre la teoría, el método y la práctica clínica que, aunque arraigados en la teoría y el método psicoanalíticos, se diferencian claramente. Utilizamos los conocimientos sobre la mente y el desarrollo psíquicos que el psicoanálisis pone a nuestra disposición, para aplicarlos a una forma de abordaje terapéutico adaptada a

las posibilidades de un marco asistencial público, en el que buscamos la eficacia y eficiencia, a la vez que intentamos hacer compatible la atención al mayor número posible de niños, con una disponibilidad de tiempo acotada.

Consideramos el modelo logrado como algo vivo, en evolución y, como tal, sujeto a futuras adaptaciones, modificaciones y reelaboraciones por lo que si se prefiriera profundizar en sus contenidos, sería necesario acudir a la versión más extensa que ofrecemos en nuestro libro *Psicoterapia Focal de nens. Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública* (Sala, J., A. Chanco, E. Ger, A. Montserrat, C. Miquel, R. Noguera, C. Ríos, y E. Sánchez, 2009).

Ahora bien, ¿por qué un modelo? Por la ventaja que representa su estatus provisional, su movilidad y ductilidad respecto a otras formulaciones teóricas más estables. Es una manera de ordenar los conceptos y su articulación a propósito de una tarea específica. A la vez es un ideal en el doble sentido de aquello a lo que tendemos y aquello a lo que quisiéramos llegar en la tarea, un ideal que nunca acabamos de lograr del todo. Tratamos de presentar una agrupación, más o menos coherente, de hipótesis que articulan una manera de entender la mente del niño y sus funcionamientos, mediante unas medidas técnicas, a fin de incidir favorablemente, curativamente.

Desde una perspectiva crítica, podríamos hacernos múltiples preguntas, una de las cuales sería: ¿en qué medida podemos decir que este modelo de trabajo logrado, respeta en lo esencial nuestra forma de entender el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, así como la formación y las enseñanzas psicoanalíticas y psicoterapéuticas recibidas? Obviamente la respuesta no es sencilla ni se da solo en un punto, máxime cuando se trata, no de un profesional a título individual, sino de un equipo que trabaja desde hace muchos años en ello. Es importante resaltar que los pioneros del Departamento de Salud Mental de nuestra Institución, Sant Pere Claver- Fundació Sanitària, desarrollaron, desde los comienzos, un marco de trabajo basado en una escucha y mirada psicoanalítica del sufrimiento y malestar de los pacientes. Así fueron poniendo las bases que, junto a la supervisión en equipo durante muchos años, dieron lugar al desarrollo gradual de lo que denominamos nuestra “comprensión psicoanalítica”, que aplicamos a la relación

terapéutica, al paciente, a su familia y a las personas que configuran su entorno familiar y social.

Desde nuestra formación y experiencia clínica y de supervisión, participamos de una línea que va de Freud a Klein y de esta autora a Bion. Utilizamos y compartimos un grupo específico de teorías y prácticas que se sustentan en unos principios teóricos fundamentales de base psicoanalítica:

a – La existencia de un inconsciente dinámico, arraigado en el cuerpo y que sobredetermina el aparato psíquico, es un axioma y punto de referencia.

b – La importancia del sufrimiento psíquico, resultado de conflictos intrapsíquicos, desajustes y bloqueos.

c – La presencia de sistemas defensivos organizados que regulan este sufrimiento.

d – Entendemos que el crecimiento procede por líneas evolutivas que van desde el cuerpo hasta la mente gracias a los procesos de mentalización-simbolización que tienen sus raíces y comienzan en el contexto de las primeras relaciones con el objeto materno. Naturalmente de este axioma se derivan otros como que: el desarrollo mental procede de la indiferenciación y llega a la diferenciación de estructuras, funciones y representaciones de objeto y que hay una secuencia evolutiva relacional que iría desde la indiferenciación con el objeto primario, a la toma de consciencia de estar en relación con otro (objeto) separado de si mismo, de quien uno depende. Y desde aquí hasta el reconocimiento y la aceptación de la realidad conflictiva de la triangulación.

e – Entendemos que los procesos de identificación tienen un papel central en la construcción de la mente.

f – Consideramos que un marco de relación contenedora que se organiza a través de los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia, es curativo porque hace posible mentalizar deseos, sentimientos y conflictos en la propia mente a través de la relación con un otro.

g – Compartimos con Fonagy y Target (2003) el acercarnos a los problemas de nuestros consultantes desde la perspectiva de un determinismo psíquico, o sea que los entendemos como una consecuencia y el resultado de creencias, pensamientos y

sentimientos del niño y de sus padres. Lo cual quiere decir que, en la medida en que estas dificultades tienen una raíz psíquica y un significado para el paciente, son accesibles a la psicoterapia. “Que las acciones de una persona se pueden explicar por sus estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias y deseos) es parte de una psicología de sentido común. Hacer extensivo este modelo a los sentimientos y creencias sostenidas inconscientemente, debe haber sido uno de los mayores descubrimientos de Freud”. Él mismo se refería al psicoanálisis como un arte viejo y una ciencia nueva.

h – Los procesos mentales inconscientes generan estados emocionales que guían y organizan las funciones mentales. La manera como estas creencias (en forma de fantasías), estos pensamientos (en formas más o menos incipientes o elaboradas), y estos sentimientos (en formas más o menos percibidas por el paciente) se generan y llegan a hacerse presentes en la mente de la persona, es una cuestión compleja, que va más allá del abasto de nuestro propósito y que continúa siendo objeto de estudio para psicoanalistas y psicólogos del desarrollo.

De estos axiomas básicos, se derivan una serie de conceptualizaciones que consideramos fundamentales para nuestra práctica. Es posible profundizar en ellos, acudiendo al texto de nuestro libro (Sala et al., 2009).

Por lo tanto, la elaboración lograda, la sentimos como una continuidad del trabajo de más de tres décadas de los que nos precedieron. Es una respuesta individual en la medida que es fruto de la evolución personal de cada profesional, pero es sobre todo una elaboración colectiva en equipo, cuya concreción nos llevó más de seis años de trabajo. Hemos de decir que el objetivo marcado y la satisfacción que lográbamos en la tarea, nos permitió sortear las diferencias y los múltiples obstáculos que naturalmente surgen en un proyecto de este tipo.

El modelo desarrollado es nuestro modelo, es una expresión del grado de formalización que vamos adquiriendo en el día a día y nuestra manera de trabajar en su conjunto. No pretendemos ofrecer un manual modélico de psicoterapia focal y breve en la infancia, sino la manera que tenemos de concebir y desarrollar el trabajo con los niños. Hemos discutido largamente dentro del equipo para llegar a él y podemos decir que hay

una coincidencia que es mayoritaria, pero no total, en todos los puntos tratados.

## II. La tarea asistencial

Nuestra tarea asistencial se refiere al tratamiento de niños y jóvenes de edades comprendidas entre los 5 y los 18 años. El presente trabajo trata específicamente de las edades comprendidas entre los 5 y los 12 años. No nos referiremos ahora al abordaje en la franja de edad 13-18, en la medida en que consideramos que, aunque con muchas similitudes, tiene una peculiaridad que exigiría un trabajo específico para la misma, lo cual va más allá de los propósitos del presente artículo.

En la tarea asistencial con niños, dentro de la Red de Salud Mental de Barcelona (RSM), el marco de trabajo está sometido a fuertes pruebas y presiones provenientes, no sólo de nuestros pacientes, sino del mundo externo, por lo que, para desarrollar este modelo de trabajo son fundamentales: el trabajo en red con nuestros derivantes y el soporte de la Institución en lo que se refiere a estabilidad del equipo y supervisión. A todo ello hay que agregar el apoyo que representa el trabajo compartido con los compañeros. Dicho esto, será sobre todo el marco de trabajo interno del terapeuta, el *setting interno*<sup>1</sup>, el soporte primordial con el que contar en la tarea y, por lo tanto el principal aspecto a desarrollar.

Entendemos que el instrumento con el que llevamos a cabo la tarea es nuestra capacidad psíquica y emocional, producto de un desarrollo personal basado en el contacto con las propias capacidades y los propios conflictos, a lo que se agrega la formación

---

<sup>1</sup> Es el marco de referencia interno del terapeuta, o sea es la actitud que lo inspira en su relación con el paciente, que ha de ser de receptividad activa pensante. El terapeuta acepta las expresiones variadas de su paciente sin juzgarlo, ni condenarlo, sin aleccionarlo ni halagarlo. Se trata de una actitud de neutralidad benevolente, en que el terapeuta renuncia a intervenir activamente en dirección alguna sobre la vida del paciente. Forma parte de este marco el principio en que el terapeuta utiliza la palabra como herramienta predominante de relación con el paciente, en forma de señalamiento, interpretación u otras, tratando de contribuir a mejorar la autoobservación y la comprensión de las dificultades internas que presenta el niño. Es una actitud cuya adquisición exige un proceso que implica un trabajo intenso en la contratransferencia del terapeuta y solo se aprende con la experiencia y la supervisión. En esta experiencia incluimos el tratamiento personal del terapeuta, sin el cual éste no podría aprehender el método, o sea hacerlo suyo, ni entender determinadas expresiones transferenciales y contratransferenciales que tienen lugar dentro del proceso terapéutico.

técnica, en psicoterapia psicoanalítica, especialmente de tipo focal y breve. Vale la pena recordar que en todo trabajo asistencial psicológico, es fundamental dejarnos impregnar por la comunicación del paciente, acogerla, procesarla, transformarla en una intervención y observar luego el efecto de la misma en la ulterior respuesta del paciente. A dichas condiciones generales hay que agregar que la psicoterapia focal que nosotros hemos desarrollado y ofrecemos, constituye un marco de trabajo que al acotar la intervención a unos objetivos delimitados en el tiempo y en el área de intervención, introduce otro grado de exigencia.

En las comunicaciones del paciente están siempre presentes e íntimamente relacionados: el mundo interno<sup>2</sup>, el mundo externo<sup>3</sup> y la dimensión transferencial<sup>4</sup>, y en general hemos de partir de la disposición de los pacientes a situarse sobre todo en el mundo externo. Contamos con nuestra comprensión psicoanalítica y derivado de ella contamos con la posibilidad de entender lo que el paciente transmite, también en

---

<sup>2</sup> Entendemos como mundo interno la organización de la experiencia subjetiva en el interior de la mente, mayoritariamente inconsciente y que resulta de la interacción de las fantasías inconscientes del individuo y las nuevas experiencias que va acumulando. Es una organización dinámica, cambiante y en desarrollo. Desde el origen de la vida, es fruto del equipamiento inicial y de los procesos de introyección que promueve el contacto con el mundo externo. En las primeras fases del desarrollo el concepto interno alude principalmente a una realidad física, concreta y solo más adelante a una realidad metafórica.

<sup>3</sup> El mundo externo es construido por el sujeto a partir de aspectos del mundo objetivo, de expectativas que se basan en la experiencia pasada (recuerdos) y de fantasías inconscientes de objetos proyectados (objetos externos). El mundo externo sería aquel mundo exterior al sujeto, que es susceptible de ser objetivable pero al que el sujeto no alcanza nunca a objetivar totalmente. Para el sujeto la composición del mundo externo está teñido en mayor o menor medida por la concepción que el sujeto tiene, las atribuciones que le hace y el tipo de relación que establece con el mismo. El mundo de otras personas, el mundo social, es una realidad muy variable, que a menudo se modifica como consecuencia de la fantasía individual y colectiva. En el mundo interpersonal, no existe una “cosa en sí” permanente que se pueda descubrir. En una gran proporción, el mundo externo es construido y reconstruido de continuo por el individuo y el grupo. Una proyección de fantasía de un objeto en el mundo externo no es un suceso inocuo; esa fantasía puede traer consigo una efectiva alteración del objeto en el mundo externo. Un infante que llore con terror persistente puede desalentar a una madre hasta el punto de que se retraiga, se vuelva fría y aun perseguidora en aras de su propia autoconservación, pero de esa manera confirmará la fantasía del infante. La proclividad del mundo externo a ser construido desde la fantasía es un factor importante a tener en cuenta cuando se considera la índole del examen de realidad.

<sup>4</sup> Entendemos la transferencia como un fenómeno universal, según el cual se reproducen en la vida cotidiana, y también en el aquí y ahora de la sesión de tratamiento, las relaciones internas de objeto, expresión de las primeras experiencias emocionales del bebé con sus objetos arcaicos y posteriores. Mediante la transferencia, se actualizan y se hacen presentes. Gran parte de lo que el paciente comunica en el curso de una sesión, es transferencial, ya que proyecta una constelación de actitudes, sentimientos, deseos e impulsos que se han originado y experimentado en las etapas primeras de vida en relación con las figuras significativas.

frecuencia transferencia-contratransferencia. No obstante, el área de intervención que escogemos, estará dentro de lo que denominamos conflictiva focal, situada en el mundo interno del paciente.

El terapeuta de orientación psicoanalítica ha de adaptarse a los medios de que dispone para ajustarse así al trabajo específico con cada paciente. La comprensión psicoanalítica no es una limitación (en cuanto a un tipo concreto de comprensión), sino que tiene que favorecer la comprensión global del paciente y su contexto vital. De este modo, favorecer también el ajuste entre la técnica y los objetivos terapéuticos posibles.

Si el terapeuta se encuentra en buenas condiciones, conoce la técnica y acepta por lo tanto los alcances y limitaciones, propios y de la técnica, podríamos decir que dispone de un “instrumento de trabajo” afinado. Ahora bien, ¿qué riesgos se derivarían del desafinado de nuestro instrumento? Por decir algunos: hacer mal la indicación, con el consiguiente riesgo de fracaso; no respetar la demanda manifiesta y, por lo tanto, no integrarla junto con la demanda latente dentro del foco; quedarse atrapado en la atención flotante, más propia de la técnica del psicoanálisis y “flotar”, sin poder centrarse en un foco definido estratégicamente como tal; interpretar fundamentalmente la transferencia y terminar generando, entre otras, una actitud regresiva en el paciente -cosa para la cual no está diseñado el modelo-; dificultad para acabar los tratamientos, etc.

### *Conceptualización*

Consideramos que, más allá de la intuición y del arte del buen hacer de todo terapeuta, hemos de ser capaces de describir y aplicar modalidades específicas y de conseguir formalizaciones conceptuales que hagan transmisible y contrastable al modelo, comenzando por la exploración, diagnóstico e indicación y pasando por todos los otros momentos y aspectos del proceso.

Describir bien los conceptos aporta cohesión al modelo, pero hemos de aclarar que estamos a favor de una cierta elasticidad, de una cierta flexibilidad en su utilización, teniendo en cuenta que, en nuestro campo, los conceptos tienen un espectro de

significaciones que dependen del contexto (Sandler, J. 1983). Trabajar sobre la base de conceptos claros nos ayuda a disponer de mejores recursos para entender a los pacientes, comunicarnos mejor entre colegas y, al mismo tiempo, hacernos entender mejor fuera de nuestro círculo más cercano. Estos conceptos que utilizamos van desde generalizaciones conceptuales a generalizaciones técnicas y los consideramos necesarios para manejar situaciones y hechos clínicos. Somos conscientes que hemos de seguir trabajando en la dirección de hacerlos más precisos, más coherentes con el modelo de trabajo logrado y con un grado suficientemente alto de correspondencia con los hechos que tratamos.

Pensamos que se ha de tener muy en cuenta la demanda latente, expresada de manera inconsciente por el paciente y sobre todo, la demanda manifiesta, o sea la contenida en la narración verbalizada por el paciente. Esta, no solo se ha de atender, sino integrar en el foco y, dentro de lo posible, ha de recibir una respuesta satisfactoria, en lo que de razonable y atendible encierra.

La consideración y respeto por la demanda manifiesta del paciente, tiene una importancia crucial, si se acepta que la alianza terapéutica, no es algo estático, verificable solo en la exploración, sino que forma parte del proceso terapéutico y, por lo tanto, su desarrollo se enmarca dentro del curso del tratamiento.

### *Trabajo de focalización*

Hay un amplio abanico de focalizaciones que descansan en aspectos muy variados de la problemática del paciente y que se formulan a diferentes niveles de concreción-abstracción. En general, desearíamos poder disponer de criterios más universales que nos simplificaran el proceso, que incluye: exploración, diagnóstico, indicación y establecimiento del foco. Pero nuestra materia de trabajo es, por definición compleja y cambiante y ante ella consideramos condición necesaria e inexcusable, un proceso de construcción del foco, con implicación del niño y su familia.

Entendemos el proceso de focalización, como la tarea que nos lleva al establecimiento del foco y no tanto como un trabajo de acertijo o de ensayo-error. La



obtención del foco sería la concreción de la tarea en una herramienta que es el elemento teórico-técnico que hemos desarrollado para llevar adelante nuestra intervención. Los objetivos del tratamiento estarían conformados por aquello que nos proponemos lograr con nuestra intervención. Si pensamos en los niños que tratamos y en la manera como, en la práctica, vamos proponiendo los focos y la tarea terapéutica que llevamos a cabo, podemos decir que en esta idea genérica está implícita la noción de acción terapéutica. Ello indica que perseguimos unos objetivos de una manera más o menos activa, atenta y participativa en el desarrollo de la sesión, aunque siempre dentro de un estilo relacional por nuestra parte, en que renunciamos a presionar, controlar, animar, desanimar, adiestrar o adoctrinar al niño.

### *Indicación*

La indicación ha de ser ajustada. Es decir que, en función de los conocimientos teóricos, técnicos, de la casuística y la experiencia acumulada por el profesional que ha de llevarla a cabo, permita estimar que la aplicación de determinadas pautas y procedimientos permitirá obtener unos resultados determinados.

Aunque la exploración de los aspectos conflictivos y/o patológicos es básica en nuestro modelo, no lo es menos la consideración de capacidades y aspectos preservados, que pudieran activarse en el curso de una intervención terapéutica. En la exploración se han de considerar y sopesar debidamente, tanto los aspectos que irían en el sentido de la indicación, como aquellos que pudieran ir en el sentido de una no indicación o de una posible contraindicación. Lograr que las indicaciones sean lo más ajustadas posible, no sólo individualmente, sino como equipo, representa un desafío permanente.

Teniendo en cuenta que no se trata de un listado exhaustivo, pueden beneficiarse de este abordaje terapéutico con más posibilidades pacientes con las problemáticas siguientes: a) duelos; b) situaciones traumáticas agudas, c) inhibiciones intelectuales y relacionales moderadas; d) cuadros ansiosos y fóbicos e) dificultades de separación de tipo evolutivo en diferentes fases del desarrollo; f) dificultades de elaboración de la conflictiva

edípica, de tipo mayormente evolutivo. g) trastornos adaptativos y distimias; h) cuadros de conversión somática y psicósomática que estén acompañados de un nivel suficiente de capacidad de simbolización; i) con reservas, cuadros obsesivos no excesivamente rígidos y precoces.

Las alianzas patógenas, que inhiben o bloquean la capacidad de pensar y sentir entre algunos miembros de la familia, pueden hacer más difícil este tipo de intervención, por lo cual en esos casos, sería aconsejable comenzar con una intervención de tipo familiar.

Otras características de la psicopatología nos inclinan a considerar como no susceptibles o poco susceptibles de ayuda con esta técnica, las problemáticas siguientes: a) cuadros con problemas de desconexión con traumatismos en la vinculación primaria; b) cuadros con defensas obsesivas muy marcadas y establecidas que tienden a la desafectivización y a la inmovilización de la dinámica interna y relacional; c) patologías psicóticas severas en sí mismas, acompañadas o no, de un medio familiar y social no contenedor; d) patologías de diferente signo con actitudes excesivamente pasivas, regresivas y negativistas, respecto a la vinculación terapéutica y la problemática personal; e) pacientes con un sistema defensivo restringido y rígido en exceso; f) pacientes con falta de motivación, sin consciencia de necesidad, enfermedad o de tener dificultades por las cuales hace falta recibir ayuda; g) pacientes con actitudes destructivas y activamente desorganizadoras; h) pacientes con un nivel intelectual bajo y poca capacidad simbólica; i) pacientes con problemática psicósomática no aguda, de pensamiento predominantemente operativo y capacidad de simbolización impedida.

Un aspecto fundamental es que, en nuestra Unidad de Psicoterapia, durante mucho tiempo pudimos hacer las indicaciones mayoritariamente en equipo y bajo supervisión. Salvaguardar las indicaciones bien hechas, es una forma de cuidar al paciente, al terapeuta, al equipo, a la Institución y al reconocimiento de la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve como herramienta eficaz.

### *Tipo de Escucha*

¿Cómo habría de ser la atención para poder ser eficaz y eficiente en un modelo de psicoterapia focal y breve, como el que desarrollamos? Si fuera sólo “flotante” no podríamos llevar a cabo la focalización. El proceso de atención ha de comenzar con una “atención flotante”, para reconducirla luego al área de intervención escogida en el foco. Ahora bien, dicho esto, estamos abiertos a que durante el curso de cada sesión y del tratamiento pudiera cambiar el área de intervención y el foco, en la medida que los emergentes de la situación del paciente y su evolución lo hicieran necesario.

(El traslado acrítico de la atención flotante, de la técnica psicoanalítica de la cura tipo, a las intervenciones en psicoterapia focal y breve, podría generar dificultades en la focalización).

### *Área de Intervención*

De las tres grandes áreas posibles de intervención: mundo interno, mundo externo y área transferencia-contratransferencia, en el trabajo focal tenemos en cuenta el eje transferencia-contratransferencia, dentro de lo que podríamos denominar nuestra “comprensión psicoanalítica”. Reconociendo que en la mayoría de los casos y durante la mayor parte del tiempo, los pacientes aluden, por lo general, a su mundo externo, partimos desde allí para dirigirnos luego al área de intervención, centrada en el mundo interno del paciente, en el foco, y no preponderantemente en el eje transferencia-contratransferencia como en el caso de la cura tipo psicoanalítica. Para desbloquear alguna situación, no excluimos intervenciones en el área transferencial, tratando siempre de no promover procesos regresivos en el paciente.

### *Delimitación*

Nuestras intervenciones suelen oscilar entre 45 y 55 sesiones de 45 minutos de duración, se desarrollan durante aproximadamente un año y se centran fundamentalmente en lo que definimos, en un sentido amplio, como conflictiva focal y, en un sentido más estricto

como el foco. En la medida en que los objetivos de la psicoterapia focal y breve, son acotados, la formación en esta técnica exige de entrada, reconocer, aceptar y trabajar dentro de un marco acotado y delimitado, tanto de recursos como de objetivos. Mientras elaboramos el foco, y si el proceso que hacemos es el ajustado a esta técnica, ya hemos de ir eligiendo en lo que nos centraremos y aceptando, no sólo intelectualmente, que dejaremos de lado otras áreas y/o consideraciones, lo cual implica ir haciendo el duelo de las renuncias que ello conlleva. O sea que, dentro del proceso de exploración y, al escoger un área de intervención y renunciar a otras posibles, el terapeuta ha de pasar por un propio proceso de duelo, por lo cual decimos que dichas renuncias, operan como precondition de la intervención a efectuar con el paciente.

Conviene diferenciar bien la técnica psicoanalítica específica de la técnica psicoterapéutica focal y breve, evitar una aplicación mimética de la primera en el lugar de la segunda.

Dentro de una intervención focal, imperiosamente nos vamos encontrando con aspectos por los que el paciente muy posiblemente no consultó inicialmente, que plantean una cuestión técnica que solemos abordar señalándolos, para luego volver a centrarnos en la problemática focal y el foco.

### *Finalización*

El momento de finalizar y dentro de la evaluación de logros y cuestiones que pudieron quedar pendientes, es el momento para volver a nombrar y señalar aspectos que fueron observados en el curso del tratamiento. Muchas veces rasgos de personalidad acentuados o que muestran rigidez, como cuestiones por las que, ni el niño ni sus padres acudieron, pero que están dentro del niño y están íntimamente relacionados con su sufrimiento. Si la intervención efectuada ha sido eficaz, no es raro que se produzca una segunda consulta, en la que reaparecen con una demanda que alude a estas cuestiones, gracias a la buena experiencia realizada previamente.

### Formación

Este tipo de intervención requiere una formación, entrenamiento y experiencia específicos y además exige al terapeuta ser, en el mejor sentido, medido en el reconocimiento del tiempo propio, del paciente y su familia, del equipo, de la Institución y del uso de los recursos públicos.

### III. Nuestro marco de trabajo

Para enmarcar el trabajo que hacemos consideramos importante hacer un esbozo de la RSM, a la que, en principio, nos ayuda también entenderla como un “organismo vivo”, en evolución.

En 30 años la RSM ha tenido un crecimiento muy importante en equipamientos, en dotación de los mismos y en complejidad. Si se quiere tener una visión más pormenorizada, se pueden consultar documentos oficiales de los que adjuntamos la referencia, tanto para toda Cataluña, como para el sector que corresponde a la provincia de Barcelona (*Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*, 2005). Además de ello, y a título de ejemplo, hacer constar que el documento de la sectorización correspondiente a la Región Sanitaria Barcelona de 2008, incluye 47 centros de salud mental de adultos, 36 centros de salud mental infanto-juvenil, además de los equipamientos de atención hospitalaria y de rehabilitación (*Pla de Salut de Catalunya*, 2008).

Asimismo, en una perspectiva funcional podríamos consultar los links que ofrecemos en las referencias bibliográficas, planes como el Pla Director de Salut Mental i Addiccions, PDSMiA, o el Programa sobre Psicoterapia en la RSM, a los que se puede acceder.

En un sentido más amplio, se puede entender la RSM, como la interconexión de diferentes redes que intervienen o podrían intervenir en un caso determinado, como por ejemplo, casos en que han de participar equipamientos sanitarios, educativos, de justicia,

de bienestar social, etc.

En las Jornadas organizadas por la Sociedad Española de Psicoanálisis, el 11 de junio y el 1 de octubre de 2010, al celebrar el 50 aniversario de su fundación y bajo el título: *Psicoanálisis i Xarxa Pública de Salut Mental: un diàleg*, se hicieron exposiciones que mostraron el recorrido en Cataluña, en sus múltiples facetas, junto a una descripción del estado actual de dicho diálogo.

Dentro de ellas, el Dr. Josep Clusa, en su presentación: *Consideracions sobre l'atenció psicoterapèutica dels trastorns psicòtics a la Xarxa Pública*, publicado luego en la Revista Catalana de Psicoanálisis, hace un repaso de la historia de la RSM, y al referirse a intervenciones psicoterapéuticas expone: “Podríamos decir entonces, después de sesenta años y de unos treinta en España de la reforma que representó el abandono del modelo asilar manicomial, (...) [que] está constituyéndose un movimiento importante de profesionales que trabaja para implantar de manera cualificada las intervenciones psicoterapéuticas en la Red Pública, en un intento de recoger ahora, en muchos casos, la experiencia de estas últimas décadas por lo que hace a las grandes herramientas terapéuticas a nivel del psiquismo: la psicoterapia, la psicofarmacología y la organización institucional”.

El trabajo asistencial en la Red representa un encuentro en la diversidad, no sólo de profesiones y teorías, sino de formas de entender lo que a nuestros pacientes les pasa. Si aceptamos que tanto la salud, como la enfermedad están multicausadas, a poco de entrar en contacto con los pacientes en la RSM, se puede observar que no hay un saber ni teoría que abarque todo lo que sucede a cada paciente singular.

Consideramos que lograr una adaptación fructífera de la teoría y técnica psicoanalíticas al trabajo asistencial en la actual RSM, depende mucho de la posibilidad de ejercitar esta mirada amplia y múltiple y la comprensión que la misma ofrece.

Si el producto de la adaptación de la teoría y técnica psicoanalíticas a la práctica clínica en la Asistencia Pública en Salud Mental, ha de ser también “un organismo vivo”, avanzar hacia él exige diseñar una forma de trabajar e intervenir que cumpla con lo razonable y atendible de lo que nos demandan nuestros pacientes, el Servei Català de la

Salut y nuestra Institución. Luego, todo ello se ha de concretar en una intervención eficaz y eficiente, fundamentada en nuestra formación y adscripción teórica-técnica.

Nuestra Institución, Sant Pere Claver-Fundació Sanitària, es una institución privada sin afán de lucro, con vocación y financiamiento público, creada en el año 1948. Tiene una larga tradición y arraigo en el barrio del Poble Sec de la ciudad de Barcelona y presta servicios de cobertura pública en: Salud Mental, Pruebas Complementarias, Alergología y en el ámbito de la recientemente creada Área de Recursos Comunitarios (<http://www.fhspereclaver.org/webCAT/>).

El Departament de Salut Mental de Sant Pere Claver, se creó en el año 1960 y su ampliación y consolidación ha transcurrido en paralelo a la formación y despliegue de la RSM. La ideología de la Fundación se centra en la atención a la persona enferma en todos sus aspectos y no exclusivamente en los aspectos técnicos relacionados con su enfermedad. Desde sus comienzos ha basado su organización y la actividad clínica en el trabajo en equipo, la participación de los profesionales, la interdisciplinariedad y la búsqueda de modelos conceptuales sólidos.

La U.P.P.I.J, (Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica per Infants i Joves) es el equipo en el que se desarrolla nuestro trabajo asistencial, comenzó a formarse en el año 1977 y en la actualidad lo integran psicólogos clínicos y psiquiatras, que ejercen todos ellos como psicoterapeutas. Ofrece asistencia psicológica especializada en la administración de psicoterapia psicoanalítica en diversas modalidades a niños y adolescentes, en la franja de edad de 5 a 18 años y también a sus padres. Dicha asistencia es no sectorizada, dentro de la provincia de Barcelona, o sea que no está restringida a la población de un determinado sector del territorio. Los pacientes acuden derivados de su CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) de referencia y su asistencia se concreta en diferentes modalidades psicoterapéuticas: psicoterapia psicoanalítica focal y breve individual (Noguera, R., 2011); grupos paralelos de niños y padres (Miquel, C. y Ríos, C., 1999; Sariol, M. y Ger, E., 2007); grupos de escenoterapia (Noguera, R. y Coromina, J., 1999; Nogués, M., Ríos, C. y Sánchez, E., 2009); tratamientos de “pensament i comunicació” (Rueda, M. y Sariol, M., 1999); y asistencia a los padres en diversas modalidades.

Sentimos que nuestro compromiso con la asistencia pública y, por consiguiente, con la administración de recursos públicos, que a la vez son escasos, exige dar cuenta de los resultados obtenidos con la aplicación de esta técnica. Un primer estudio evaluativo de resultados por aplicación de dicho modelo, con una muestra de 48 casos nos ha permitido acercarnos a algunas conclusiones preliminares, sujetas a confirmación en un estudio con una muestra mayor (Montserrat, A., Chanco, A., Ger, E., Miquel, C., Noguera, R., Ríos, C., Sala, J. y Sánchez, E. 2009).

#### IV. Conclusión

Constituye por lo tanto un gran desafío organizar adecuadamente una adaptación de la técnica psicoanalítica de manera focalizada y breve en el marco de la asistencia pública, que sea eficaz y eficiente y un paso mayor en ello, describirla, difundirla y por lo tanto, exponerla a pruebas y críticas.

Consideramos que el nuestro es un método específico de tratamiento, con indicaciones y contraindicaciones propias y una técnica claramente diferenciada. Aclarar bien las semejanzas y diferencias entre el método psicoanalítico y el método que se aplica en la psicoterapia psicoanalítica focal -sea o no breve en el tiempo- ha de ayudar a evitar confusiones y mezclas poco o mal articuladas, que desvirtúan el método y sus posibilidades. A cada lugar lo que toca y a cada uno lo que le corresponde.

Para concluir, podemos decir que la experiencia hecha nos da elementos para afrontar la preservación del modelo logrado, pero esto no garantiza su pervivencia futura. Hemos de continuar trabajando para cuidar y mantener su hábitat y que a ser posible éste se amplíe. Ello es tarea y responsabilidad fundamentalmente nuestra, de la U.P.P.I.J. y de Sant Pere Claver, pero también lo es de toda la RSM y depende de los recursos que a ella se dediquen.



### Referencias bibliográficas

Bion, W. (1967) *Volviendo a pensar*, trad. De Daniel R. Wagner, Buenos Aires, Hormé, 1970.

Bion, W. (1962) *Aprendiendo de la experiencia*, trad. de Haydée B. Fernández, Barcelona, Paidós, 1997.

Clusa, J. (2010), “Consideracions sobre l’atenció psicoterapèutica dels trastorns psicòtics a la xarxa pública”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol XXVII, núm. 2, pp 19-28

Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Versió resumida,  
[http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir488/ssalut\\_futur.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir488/ssalut_futur.pdf)

Fonagy, P. y Target, M. (2003), *Psychoanalytic Theories. Perspectives from Developmental Psychopathology*, Londres, Whurr.

Freud, S. (1900/1938), *Obras Completas*, trad. de José Luis Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.

Klein, M. (1921/1963), *Obras Completas*, trad. de Hebe Fridenthal et al, Barcelona, Paidós, 1978.

Miquel, C. y Ríos, C. (1999), “Grups paral·lels de pares i nens”, en *III Jornades del Departament de Psiquiatria i Psicologia de Sant Pere Claver – Fundació Sanitària*, ed. de J. Corral, Barcelona, editat per Sant Pere Claver, pp. 174-182.

Montserrat, A., Chanco, E. Ger, C. Miquel, R. Noguera, C. Ríos, J. Sala, y E. Sánchez

(2009), “Un proyecto de evaluación de resultados en Psicoterapia Psicoanalítica Infanto-Juvenil”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, núm. 14, pp 81-85.

Noguera, R. (2011), “Un lloc en el món. Una reflexió sobre l'espai en el treball clínic”, *Revista digital de Psicoteràpia Psicoanalítica*, num.1, [www.psicoterapeuta.org/revistas\\_cont.php?desc=3\\_o\\_Roser\\_Noguera.pdf&id](http://www.psicoterapeuta.org/revistas_cont.php?desc=3_o_Roser_Noguera.pdf&id).

Noguera, R. y Coromina, J. (1999), “Escenoteràpia i Funció de Contenció”, en *III Jornades del Departament de Psiquiatria i Psicologia de Sant Pere Claver – Fundació Sanitària*, ed. de J.Corrall, Barcelona, editat per Sant Pere Claver, pp. 155-174.

Nogués, M., Ríos, C. y Sánchez, E. (2009), “Queja somática y fracaso de mentalización. Experiencias con grupos de Escenoterapia”. Comunicación presentada al XVIIIe Congreso Internacional AIEMPR 6-10 Lausanne UNIL - St-Maurice (Suisse).

Pla de Salut de Catalunya (2008), [http:// www.gencat.cat/salut/pladesalut](http://www.gencat.cat/salut/pladesalut)

PDSMIA. Pla director de Salut Mental i Addiccions, <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/salutmental2006n.pdf>

Programa de Psicoteràpia. Document de Psicoteràpia a la Xarxa Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2124/psicotxp.pdf>

Rueda, M. y Sariol, M. (1999), “Teoria i tècnica del Treball de Pensament i Comunicació amb l'Infant”, en *III Jornades del Departament de Psiquiatria i Psicologia de Sant Pere Claver – Fundació Sanitària*, ed. de J.Corrall, Barcelona, editat per Sant Pere Claver, pp. 110-118.

Sala, J., Chancho, A., Ger, E., Montserrat, A., Miquel, C., Noguera, R., Ríos, C. y Sánchez,

E. (2009), *Psicoterapia Focal de nens. Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública*, Barcelona, Grup del llibre.

Sandler, J. (1983), “Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 64, pp 35-45.

Sant Pere Claver – Fundació Sanitària, <http://www.fhspereclaver.org/webCAT/>

Sariol, M. y Ger, E. (2007). “Experiencia en grupos paralelos de niña y madre”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, núm. 9, pp 65-77.

**Abstract.** En este artículo se presenta un modelo de Psicoterapia Focal y Breve para niños en la Asistencia Pública. Comienza por la descripción de las bases teóricas y técnicas. En un segundo apartado se describe la tarea asistencial desarrollada por nuestro equipo. Finalmente se hace un esbozo del marco en el que se ha aplicado este modelo.

**Abstract.** In this paper a Brief and Focal Psychotherapeutic Model for Children in a Mental Health Service is described. To begin with we present the theoretical and technical basis of our work. A description of the work that is being done and offered by our team follows. Finally we summarize the frame in which this model is applied.

*Palabras clave:* Adaptación de la teoría y técnica psicoanalítica, asistencia pública en salud mental, focalización en psicoterapia, psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica focal y breve.

Enrique Ger

Psicólogo clínico y psicoterapeuta de la EFPA. Psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP). Miembro de Internacional Psychoanalytical Association (IPA).

[eger@fhspereclaver.org](mailto:eger@fhspereclaver.org)

Carme Miquel

Psicóloga clínica i psicoterapeuta de l'Associació Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica (ACPP/AEPP/EFPP). Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica (CEPP).

Abdon Montserrat

Psiquiatra y psicoterapeuta. Màster en treball clínic a la Xarxa Pública, CEPP/UB.

Roser Noguera

Psicóloga clínica y psicoterapeuta de la EFPA. Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica CEPP. Miembro de CRAPPSI.

Carme Ríos

Psicóloga clínica i psicoterapeuta. Màster en Psicoteràpia Clínica por la URL.  
Màster en Psicoteràpia per l'UPF.

Jordi Sala

Psicólogo clínico y psicoterapeuta. Psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP) Membre de Internacional Psychoanalytical Association (IPA).

Encarna Sánchez

Psicòloga. Màster en treball clínic a la Xarxa Pública, CEPP/UB. Postgrado en Psicoterapia Psicoanalítica, FVB. URL.