



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Grupos Operativos con Familias en la Salud Pública en Chile**

**Memoria para optar al título de psicóloga**

Autora:

Fernanda Luque Garabito

Profesor Guía:

Horacio Foladori

Santiago de Chile, 2019

## **Resumen**

El sistema de salud mental pública en Chile tiene un enfoque teórico comunitario centrado en las familias, en el que cualquier intervención grupal con énfasis participativo es útil al momento de intervenir. Se propone pensar un dispositivo grupal desde el psicoanálisis, que tome en cuenta la singularidad de la historia de los sujetos. Para esto se revisan las teorizaciones en torno a la intersubjetividad y grupalidad, que dan sustento a técnicas alternativas a la atención individual. De esta forma, para la/el psicóloga/o que trabaja en la salud pública se propone la técnica del grupo operativo con familias, ahondando en sus particularidades. El método que se utiliza es revisión bibliográfica, siendo una memoria de tipo teórica. Entre las principales conclusiones el grupo operativo con familias debe tener en cuenta que se está trabajando con una institución, junto con seguir reflexionando en torno a las ventajas y limitaciones de trabajar con familias en el sistema público en salud mental en Chile.

Palabras claves: grupo operativo con familias, intersubjetividad, grupalidad, sistema de salud pública en Chile.

Índice	
Introducción .....	4
Capítulo 1: Antecedentes y problematización.....	7
<i>Sistema de Salud Mental Pública en Chile</i> .....	7
<i>Nudos críticos</i> .....	9
<i>Bases del enfoque comunitario</i> .....	13
<i>Individualización del malestar</i> .....	17
<i>Implementadores de la política pública</i> .....	19
Capítulo 2: Objetivos de investigación .....	22
<i>Objetivo general</i> .....	22
<i>Objetivos específicos</i> .....	22
Capítulo 3: Las terapias psicoanalíticas grupales.....	23
<i>Algunos antecedentes epistemológicos de las terapias psicoanalíticas de grupos</i> .....	25
<i>La intersubjetividad</i> .....	32
<i>Grupalidad</i> .....	39
<i>En cuanto a la técnica: dispositivos de atención</i> .....	42
<i>La técnica del grupo operativo</i> .....	44
<i>Corredores terapéuticos</i> .....	46
<i>Trabajo con familias</i> .....	50
Capítulo 4: La familia .....	51
<i>Las terapias familiares</i> .....	54
<i>¿Cuál es el objetivo de las terapias familiares?</i> .....	60
Discusión y Conclusiones .....	63
Bibliografía .....	68

## Introducción

*“Deseo que entiendas que el problema es social”*. Esas fueron las primeras palabras que se me vinieron a la mente, cuando me pidieron que le escribiera algo en la cartulina que tenía el nombre y la foto de M., el día de su despedida del Hogar de menores.

Con su cuidadora significativa escribimos una carta que ella leyó frente a todos los niños y la familia de M. Lo importante de esa carta era contarles y explicarles lo que estaba ocurriendo, una vez más. Comenzaba con la frase *“Todas las familias tienen problemas distintos, y ustedes estuvieron en el Hogar mientras se intentaban solucionar esos problemas”*. No nos referíamos al origen de dichos problemas ni a los responsables, pero decía que había una jueza que había decidido lo mejor para ellos, y que todos los niños estaban en ese lugar solo transitoriamente, solo de paso, todos se iban a ir.

M. estuvo en el Hogar desde fines de marzo hasta principios de diciembre. Tenía 2 años y su hermano menor un año y unos meses. La comencé a observar porque la habían visto deprimida. Efectivamente lo estaba, no jugaba, no quería comer, se enfermaba harto, le volvió a dar miedo la oscuridad. A veces se quedaba pegada mirando el horizonte y siempre quería que la estuvieran sosteniendo en brazos. Durante ese invierno estuvo hospitalizada dos veces por problemas respiratorios y perdió dos de sus cuatro dientes incisivos por un golpe y por problemas de higiene.

La madre de M. iba frecuentemente a visitarla. Ella sin duda sentía un amor muy grande por sus hijos, pero el problema era que tenía un consumo problemático de pasta base, razón suficiente para que el Estado decidiera que no podía seguir siendo la responsable del cuidado de sus hijos.

Unos meses después de que su hija ingresa al Hogar comenzó un tratamiento de rehabilitación con un grupo de personas religiosas. La jueza que decidía sobre el caso, tomando en cuenta la opinión de los psicólogos que trabajan en el Hogar, decidió que M. volviera con su familia, pero con sus abuelos paternos. La madre podría visitarlos una vez por semana.

A pesar de todo, M. tuvo la suerte de conocer a T., su cuidadora significativa, una mujer maravillosa y con una sensibilidad impresionante para entender a cada uno de los niños a los que cuidaba. Aprendí mucho de ella y de la forma en que le daba lugar a cada uno de los sentires de los pequeños, entendiendo su historia y también encontrando la forma de marcarles límites cuando era necesario hacerlo.

En este espacio si parece apropiado referirnos al origen de los problemas. Lo que ocurrió es que las tareas de reparación del daño provocado por las instituciones se llevaron a cabo con un final no tan terrible. Pero la mayoría de las veces esto no pasa, pues la institucionalización de los niños es una consecuencia de la desigualdad, de la injusticia y de la exclusión social.

Como psicólogos y psicólogas ¿nos vamos a seguir encargando de reparar la violencia ejercida en nombre del Estado? ¿vamos a seguir siendo sus operadores? Miles de niños van a seguir siendo institucionalizados en lugares dependientes del SENAME como si fuera la entrada a una fábrica de reparación, donde esa es precisamente nuestra labor: reparar.

La familia completa de M. ha sido marginada de la sociedad por un sistema que privilegia la propiedad privada por sobre la vida de las personas, que mata a la gente por la espalda y que ya no recuerda el significado de la palabra justicia. Destruye la evidencia cuando le conviene, no permite que las mujeres decidan sobre sus cuerpos, pero las mata y las viola, está dispuesto a que miles de personas se intoxiquen por proteger a las grandes empresas, a esas personas que son dueñas de todo y que no están dispuestas a que nada de eso cambie. La salud, la educación, las pensiones, las tierras y el mar también tienen dueños, a quienes hay que pagarles para acceder a un trato digno.

Se vive para trabajar, para ser explotado, para consumir y para sufrir, porque pareciera que el malestar es individual. Pero no lo es. El malestar generado por la injusticia social no puede serlo. Todos nosotros somos responsables porque lo instituido de las instituciones que violentan debe cambiar. Podemos criticar el sistema y a la sociedad, pero también está en todos/as nosotros/as. La organización, el trabajo con las familias y el retorno a pensar en grupo parece ser un camino con algo de esperanza, pero no desde cualquier posición.

En este trabajo se profundizará entonces en el tema de las familias vulneradas, mediante la búsqueda de un lugar de trabajo desde dónde ser psicóloga en el sistema de salud mental pública chilena. Se trata entonces de la búsqueda de una estrategia de intervención en un sistema que potencia cada vez más el abordaje grupal de los problemas mentales, en especial con el grupo familiar.

No es novedad que son los psicólogos y psicólogas los principales encargados de implementar las políticas públicas en salud mental, pero se pretende buscar un lugar diferente al de tan solo implementadora o reparadora de las políticas del Estado. Así, la pregunta que aparece en esta investigación es en torno a las familias que han sido marginadas y vulneradas por el sistema, familias como la de M., que a veces no se consideran capaces de hacerse cargo del cuidado de sus hijos, ni de sus propias vidas.

Se busca así una estrategia de trabajo con estas familias desde un lugar donde se pueda escuchar y entender la violencia a la que están sometidas, ante lo cual se propone un abordaje desde la técnica del grupo operativo. La pregunta articuladora es entonces la siguiente:

¿Qué aspectos distintivos ofrece la atención grupal, desde la técnica del grupo operativo, a la atención familiar en el sistema de salud mental pública en Chile?

Para abordarla se describirá el funcionamiento del sistema de salud mental público en Chile, los enfoques que lo atraviesan, políticas que lo orientan, y el lugar que ocupa el/la psicólogo/a en todo este engranaje. Luego, desde el psicoanálisis, se retomarán las discusiones epistemológicas para mostrar cómo las terapias individuales han excluido lo social, y cómo el concepto de intersubjetividad llega a romper con esta lógica individualista. A continuación, se profundizará en el concepto de dispositivo, justificando la elección de la técnica del grupo operativo y retomando una experiencia donde se utilizó en la salud pública de España en los años 80'. Luego, se abordará el tema de la familia subrayando las particularidades de trabajar con este grupo, para así concluir analizando las orientaciones de trabajo en la salud mental pública. Finalmente, como proyecciones se evalúa la viabilidad de teórica y técnica, como también las limitaciones de este tipo de trabajo.

Es una memoria de tipo teórico, por lo tanto, contingente y situada. Se trata del desarrollo fundado de un argumento, para lo cual el principal método a utilizar es la revisión bibliográfica. Se pretende así, sentar las bases teóricas para cierto tipo de práctica (Bassi, 2015).

## Capítulo 1: Antecedentes y problematización

### *Sistema de Salud Mental Pública en Chile*

Pensar en las condiciones que determinan o influyen la “salud mental” implica preguntarse por cómo se entiende la salud, la enfermedad y por qué las enfermedades mentales han sido disociadas de las enfermedades del cuerpo, creándose la categoría de enfermedad mental para referirse a aquellas más estigmatizadas y devaluadas socialmente (Le Breton, 1995).

En las conclusiones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (creada por la OMS el 2008) se señala la urgencia de actuar directamente sobre las desigualdades económicas para mejorar así la salud en general (citado en Aceituno et al., 2012). Y si hablamos de desigualdad, Chile es uno de los países con mayores índices en el mundo. Según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2017 (PNSM, 2017) el sistema actual profundiza la distancia entre ricos y pobres, lo cual se refleja también en la salud mental, debido a que son los habitantes de estratos económicos más bajos quienes presentan índices más elevados de trastornos mentales y de mayor severidad. Esto produce que se pongan en duda los valores y se tensionen las relaciones entre clases sociales, pero también entre grupos y personas, ya que genera un fuerte sentimiento de frustración, el cual tiene gran influencia en el comportamiento y en los trastornos de las personas (PNSM, 2017).

Esto ha llevado a que el Estado de Chile en las últimas décadas se haya inclinado por un modelo comunitario de salud mental a nivel de políticas públicas, impulsando reformas que intentan hacerle frente al fuerte deterioro provocado por la reducción de presupuesto Estatal a la salud mental en las décadas del 70 y 80 (del Rosario et al., 2008, Minoletti & Zaccaria, 2005). El modelo comunitario reconoce que la salud es un derecho humano básico y, por lo tanto, busca una mayor equidad en el acceso, una mejor atención, una menor centralización

de los servicios de salud, y una mayor participación en la toma de decisiones; junto con ser considerado uno de los más efectivos en la atención de trastornos mentales en el mundo (Minoletti & Zaccaria, 2005).

Este modelo comunitario se concreta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual se basa principalmente en que las intervenciones estén debidamente fundamentadas en los últimos avances científicos, junto con tener en cuenta criterios económicos, lo que se traduce en medir las intervenciones en función de la eficacia versus su costo (Minoletti, Zaccaria, 2005). De esta forma, se pretende que los objetivos y estrategias planteados en el PNSM sean orientaciones para que el Estado otorgue recursos que generen un mayor bienestar en la salud mental de los chilenos (Minoletti & Zaccaria, 2005), es decir, son las estrategias del Estado en el ámbito de la salud mental pública.

Así, desde los años 90' se han incrementado los recursos asignados por el Estado a este sector y se han impulsado cambios en los lineamientos y en las formas de atención, con el objetivo de lograr una mayor cobertura y calidad de los servicios (del Rosario et al., 2008).

Desde 1993 se han elaborado tres Planes de Salud Mental, el primero en ese año, el segundo en el año 2000 y el tercero el 2017. El primero de ellos fue el que

facilitó la introducción de prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo plan nacional de salud mental y psiquiatría, en el cual explicita la necesidad de implementar un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, que permita la integración social de los usuarios y usuarias, que se respete sus derechos y el de sus familias, que entregue de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos/as que sufren de enfermedades mentales (PNSM, 2017, p.14).

Además, se incorporó la atención de problemas mentales a la atención primaria, se promueve la desinstitucionalización de personas de hospitales psiquiátricos y el desarrollo de centros de salud mental comunitaria, así como la participación de los usuarios y sus familiares.

El año 2005 se introduce una reforma en la misma línea, en la que el Sistema Público de Salud comienza a organizarse en base al Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria,

entendido éste como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más a que la persona individual o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales, pertenecientes a diferentes tipos de familiares y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (PNSM, 2017, p.29).

### *Nudos críticos*

Para abordar los principales nudos críticos del sistema que aún persisten, el PNSM 2017 realiza un diagnóstico, con el objetivo de mejorar lo planteado en el último Plan (del año 2000), por medio metas a cumplir al 2025. Si bien los Planes anteriores (1993 y 2000) han mejorado la oferta y el acceso, el tiempo de espera para la primera consulta aumentó y se estima que en términos de cobertura se alcanza a tan sólo un 20% de las personas afectadas (PNSM, 2017). Además, su desarrollo no ha sido homogéneo a lo largo del país, pues es escaso el acceso al sistema de salud mental para la población rural, las minorías étnicas y religiosas, como también las diferencias que se presentan en distintos sectores de una misma región. A continuación, se señalan los nudos críticos principales que aún persisten:

En relación con la regulación y los derechos humanos, se señala que Chile presenta importantes falencias en la protección de éstos en personas con alguna enfermedad mental, debido a que no existe una ley de salud mental y no se han actualizado las políticas públicas vigentes que los garanticen. Así mismo, la relación con el sistema judicial no está lo suficientemente regulada, pues los tiempos demandados por la justicia muchas veces son distintos a los de los/las usuarios/as, lo que genera dificultades de gestión.

En cuanto al financiamiento, aparecen grandes dificultades porque el gasto público en salud mental es bastante inferior en comparación con países de medianos ingresos y de lo que recomienda la OMS (un 6%), llegando sólo al 2,4% del gasto total en salud. De esta manera, el porcentaje que Chile le otorga a la salud implica la reducción de la cobertura, lo que conlleva una serie de consecuencias, entre ellas obliga a desarrollar tareas curativas

principalmente, genera mayores gastos a las personas, aumenta la automedicación de psicofármacos y sobrecarga a los equipos de salud primaria y especializada.

Además, no se conoce el presupuesto exacto que actualmente el Estado destina a la Salud Mental, debido a que los informes reportan sólo cortos períodos de tiempo y la información anual requiere de la espera de dos años para poder ser publicada. Del servicio privado, mutuales y fuerzas armadas la información con la que se cuenta es mucho más escasa.

Esto produce que la información no siempre esté disponible o se encuentre desactualizada, lo cual repercute en que no se tome en cuenta a la hora de tomar decisiones, ni para la retroalimentación de los equipos ejecutores, o para comparaciones con otros servicios de salud mental a nivel internacional. Sumado a lo anterior, existen además dudas sobre la confiabilidad de la información disponible, ya que no existen mecanismos de revisión o de control para la información que se ingresa al sistema, tampoco buenos equipos computacionales, capacitación, ni tiempo destinado a digitar la información. Ante esto surge un nuevo problema, pues los registros existentes no han sido actualizados para poder dar cuenta del trabajo comunitario ni tampoco del seguimiento de las personas que son tratadas. Este punto refleja que el sistema no está alineado con el modelo comunitario y que faltan investigaciones que logren conectar la política pública con el modelo comunitario de salud mental.

Con respecto al acceso, se da cuenta de una escasa oferta de atención en salud mental, sobre todo en niños, niñas y adolescentes. Así mismo, la oferta de especialización se encuentra concentrada en las zonas urbanas, lo que produce atención segmentada, exceso de burocratización, dificultades de tránsito de las personas en la red, lo que afecta la continuidad de la atención en salud mental.

En cuanto a calidad de los servicios, se señala que faltan evaluaciones y supervisiones que puedan medir el servicio entregado. Además, la red se encuentra fragmentada y descoordinada lo que se traduce en una insuficiente implementación de procesos de derivación y seguimiento de pacientes. Faltan entonces herramientas de gestión, lo cual complejiza la posibilidad de identificar falencias y establecer estrategias para mejorar los

servicios. Tanto la autoridad sanitaria regional, los servicios y los equipos de salud carecen de adecuadas directrices, herramientas y recursos para impulsar mejoras continuas en términos de calidad, debido a que el modelo de atención no promueve incentivos para ésta, sino que se centra en el cumplimiento de metas de cobertura.

En relación con la gestión clínica, se señala que faltan espacios que garanticen la retroalimentación de los procesos clínicos, como también orientaciones y guías clínicas que estén basadas en la evidencia científica, siempre y cuando tengan un enfoque de derechos, género e interculturalidad. De los/las profesionales y técnicos que trabajan en el sistema público, hay un bajo porcentaje de ellos que estén involucrados en investigaciones, sumado a un bajo número de publicaciones científicas. Faltan médicos en APS y capacitados en salud mental comunitaria.

Con respecto a la participación, hay una baja presencia y nivel de organización de familiares y usuarios, tanto en el acompañamiento como en la creación de políticas públicas. Falta que la comunidad pueda involucrarse en la elaboración de un diagnóstico en salud mental que permita que las necesidades percibidas por ellos mismos se valoren y encuentren respuesta. Junto a lo anterior, se observa que hay una tradición paternalista por parte del sistema de salud, pues son pocas las instancias de participación efectiva de la comunidad en temas de planificación de salud mental, a lo que se le suma que existe una percepción de poca horizontalidad en las instancias que promueve el Estado, como también de instrumentalización de los espacios de participación.

Además, aparece la complejidad que conlleva la discapacidad mental, sobre todo en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, como el aislamiento, la precariedad económica, el desgaste de sus cuidadores o el difícil acceso en zonas rurales. Todo esto lleva a una desconexión con los espacios de participación o a la imposibilidad de que puedan incorporarse a organizaciones que defiendan sus derechos. Esto requiere de un cambio en la forma en que el sistema se relaciona con sus usuarios/as, de modo que les permita a éstos acceder a mayores niveles de poder y autonomía con respecto al control de su vida, así como también tener un rol activo en los establecimientos de salud.

Finalmente, en cuanto al funcionamiento, hay 87 centros de salud mental comunitaria en todo el país. 45 de ellos (52%) tienen dependencia municipal, de los cuales 40 están en la RM; el 46% (40) tienen dependencia de servicios de salud; y el 2% tienen administración privada. A esto se le suma que la cantidad de establecimientos certificados en el modelo comunitario es tan solo el 32%. Los centros de salud mental son insuficientes en especial para la población infante-juvenil, en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención. Esto produce una sobredemanda y grandes listas de espera.

Luego de realizar este diagnóstico, el PNSM del 2017 propone estrategias y metas a lograr en cada uno de estos niveles al 2025. En relación con los derechos humanos propone, principalmente, crear una ley de salud mental e instrumentos regulatorios. En cuanto a provisión de servicios, algunas de las metas son instalar un modelo de gestión de la red de salud mental, fomentar la prevención, mejorar el acceso, la eficiencia y la eficacia. En cuanto al financiamiento se pretende reducir la brecha de información, buscar nuevos mecanismos de financiación y aumentar los recursos para alcanzar a tener una cobertura del 40% de las personas afectadas. Sobre calidad se pretende crear estándares que sean capaces de medirla y de retroalimentar a los equipos ejecutores, llegar al 90% de centros acreditados en el modelo, mejorar la información y crear un repositorio nacional, contar con procesos de validación de datos instalados, y lograr una mayor destinación de fondos para investigaciones. Finalmente, en relación con la formación, se pretende realizar capacitaciones, inducciones de forma continua y contar con un plan continuo de desarrollo de competencias.

En resumen, se logran abarcar por medio de estrategias todas las falencias antes mencionadas del sistema de salud mental con el objetivo de que al año 2025 el modelo comunitario se encuentre realmente instalado y validado en todo el país. Sin embargo, en este punto se encuentra el obstáculo del presupuesto y el de eliminar la discriminación de cobertura entre los seguros públicos y privados, lo cual a su vez requiere de la voluntad política para que la temática de la salud mental sea prioridad.

Si bien se proponen soluciones en un plazo de 5 años, pareciera que las metas no son tan fáciles de cumplir como parecen, e incluso podrían parecer utópicas, pues se espera triplicar

el presupuesto en Salud Mental siendo que el año 2000 se propuso llegar a un 5% y la realidad es que el año 2007 sólo se alcanzó el 2,14% y el 2012 un 2,16% (Errázuriz et al., 2015). Los recursos son entonces insuficientes para lograr las metas y todo indica que lo continuarán siendo. La política pública en salud mental se plantea oficialmente como comunitaria, pero no logra implementar el modelo.

### *Bases del enfoque comunitario*

El enfoque comunitario tiene su origen en la psicología comunitaria, por lo tanto, habrá que remitirse a ésta para entender cómo surge y cuál es su relación con las políticas públicas y el Estado.

Durante los años noventa, al finalizar oficialmente la dictadura (1973-1990) y comenzar el período de los gobiernos concertacionistas (1990-2010), se crearon nuevas orientaciones en términos de políticas sociales centradas en la pobreza y la desigualdad (Aceituno et al., 2012), pues se trataba de nada menos que del retorno a la democracia luego de 17 años de autoritarismo, anticomunismo y terrorismo de Estado, los cuales habían dañado el lazo social en el país. En estos años, Chile se convertía en el “primer laboratorio mundial de un proyecto político, económico y social que hoy conocemos como neoliberalismo<sup>1</sup>”, y por ende la vida social está “atravesada por un conjunto de transformaciones ligadas al despliegue de dicho proyecto” (Aceituno et al, 2012, p.97).

Cobran entonces relevancia los “grupos vulnerables” (etnias, género, discapacitados, jóvenes, adultos mayores, infancia), creándose nuevas instituciones para generar políticas centradas en estos grupos, tales como la “Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, Servicio Nacional de la Mujer, Fondo Nacional de la Discapacidad, Instituto Nacional de la

---

<sup>1</sup> Es la ideología del capitalismo transnacional que promueve el libre mercado, o, en otras palabras, es el modelo hegemónico del capitalismo. Las principales características del neoliberalismo son el libre mercado, “la eliminación del gasto público por los servicios sociales, desregulación, privatización y eliminación del concepto de bien público o comunidad” (p.80). Favorece la separación de la economía de las realidades sociales, promueve la retirada del Estado, la precarización de la vida laboral y se opone a toda organización colectiva que tenga potencial para contrarrestar sus efectos (Vargas, 2007).

Juventud y Servicio Nacional del Adulto Mayor” (Raczynski y Serrano, 2005, citado en Alfaro & Zambrano, 2007).

El primer Plan de Salud Mental fue creado en dicha línea en 1993, con lo cual se puede dar cuenta de lo que Alfaro & Zambrano (2007) señalan que ocurría durante esta época con respecto a las prácticas de intervención social, es decir, se trataba de un proceso de institucionalización que implicó un cambio en la lógica del modelo de las intervenciones, como también en las metas de trabajo y en sus destinatarios. Este cambio de lógica hace que se cuestione también el papel del Estado, otorgándole ahora una mayor relevancia a la inversión social en desarrollo humano (Alfaro & Zambrano, 2007).

La inversión social en desarrollo humano se entiende como la inversión necesaria de recursos o insumos en “lo social” con el objetivo de lograr un “crecimiento con equidad” en relación al crecimiento económico, en otras palabras, es el gasto necesario para que lo social y lo económico crezcan complementariamente y no sea necesaria la subordinación de uno u otro, siendo la apuesta discursiva predominante en la articulación y creación de políticas sociales y económicas (Alfaro & Zambrano, 2007).

Siguiendo a Alfaro & Zambrano (2007) el sustento teórico más influyente en esta propuesta es el Enfoque de Manejo Social de Riesgos, el cual

surge como una alternativa en América Latina para configurar mecanismos aseguradores ante las inseguridades y riesgos que sufren las personas a lo largo del ciclo vital. Buscando identificar cuáles son estos riesgos y precisar su grado previsible de ocurrencia de manera de reconocer las vulnerabilidades que existen y detectar a los sectores sociales que los experimentan (p. 279).

Este enfoque toma fuerza cuando fue evidente que tan sólo el crecimiento económico no era suficiente para la superación de la pobreza y que, por lo tanto, era necesario incluir otros aspectos en el análisis de ésta (como por ejemplo las características sociales) para realizar intervenciones que pudiesen fortalecer la autonomía y mejorar la productividad de las personas. En este sentido, los problemas de salud mental aparecen como un problema para el desarrollo del país, debido a que los trastornos psiquiátricos representan el 31% de las

pérdidas de productividad por años de vida saludable perdidos, siendo uno de los índices más elevados en el mundo (Vicente et al, 2007, citando en Aceituno et al, 2012)

Como muestran un estudio (Zambrano, 2007, citado en Alfaro y Zambrano, 2007) la mayor parte de las experiencias chilenas con enfoque comunitario son financiadas desde el Estado y tienen una gran variedad, con perspectivas más participativas e inclusivas, pero conservando la visión paternalista y de experto externo.

De esta forma es posible comprender las razones por las cuales las intervenciones realizadas no hayan generado cambios en la condición social de pobreza y exclusión mediante la generación de “condiciones socio comunitarias”, entendidas como el desarrollo de “capacidades propias, autonomía, derechos ciudadanos, voz pública, entre otras cosas, centradas en el desarrollo de control cultural de las personas en condición de pobreza sobre su propia vida” (Márquez, 2005, citado en Alfaro & Zambrano, 2007, p. 280), sino más bien se centraron en las carencias y necesidades de las personas (Krause citado en Foladori, 2005; Serrano, 2005, citando en Alfaro y Zambrano, 2007).

Que las políticas sociales creadas en la época con gran influencia de la psicología comunitaria se hayan centrado más en las carencias y necesidades, en vez de en la generación de “condiciones socio-comunitarias” representa un punto de quiebre entre la teoría y la práctica de la psicología comunitaria (Foladori, 2005, Alfaro y Zambrano, 2007). La participación comunitaria, tan relevante como concepto teórico dentro de la psicología comunitaria, en la práctica sólo fue una estrategia parcial en ciertos programas, sin llegar a expandirse como estrategia de acción (Serrano, 2005, citando en Alfaro y Zambrano, 2007).

Al adentrarse un poco más en la epistemología de la llamada psicología comunitaria, Foladori (2005) señala que está marcada por la idea de ayuda. Ayudar a otro implica una serie de cuestionamientos sobre por qué hacerlo y siempre se estructura en un cierto desnivel, pues el ayudado queda en deuda, lo que produce una relación de dependencia.

La ayuda anuncia un afecto, da cuenta de una proyección de una problemática personal sobre la figura del otro (...) la ayuda borra lo social, niega la estructura de poder ya que se trata de una cierta imposición. El deseo de ayudar; más allá, es la

necesidad de ayudar, a la cual no puedo negarme para sentirme bien. Se trata por tanto de utilizar al otro para gratificarme en mi necesidad (Foladori, 2005, p.4)

Al posicionarse desde el asistencialismo y el paternalismo (es decir, desde la ayuda) la psicología comunitaria borra las diferencias sociales, pero también porque opera dentro de instituciones que están atravesadas por cierta división del trabajo y jerarquización en la toma de decisiones (donde hay ejercicio del poder) y no se refiere al respecto, es decir, reniega de su existencia y su dependencia política (Foladori, 2005).

El mismo autor (2005) señala que esto se debe a que no tiene teoría que la sustente y “pueda dar cuenta de su inserción social, no tiene metodologías para el análisis de la coyuntura institucional y no cuenta con técnicas de intervención que pretendan introducir modificaciones en la estructura institucional” (p.6). Alfaro y Zambrano (2007) en la misma línea, muestran que el trabajo comunitario realizado en Chile está marcado por la hibridación teórica y metodológica, y que puede apreciarse que la intencionalidad común de todas las prácticas es el énfasis al componente participativo. Esto lleva a que cualquier práctica pueda ser útil para la solución de problemas, lo que significa que sólo existe de forma descriptiva cuando define un campo de aplicación donde traslada todas las contradicciones propias del campo de las psicologías (Foladori, 2005).

Es así como Krause (citado en Foladori, 2005) llega a la conclusión de que la psicología comunitaria remite a la psicología de los grupos “y que la única forma de avanzar en la teorización es basarse en los conceptos producidos por la teoría de los grupos hace 50 años” (Foladori, 2005, p.10). Cabe destacar que Santiago de Chile en el año 1961 fue la sede del segundo Congreso Latinoamericano de Psicoterapias de grupos, lo cual indica que el país tenía un avance en la materia en esos años (Foladori, 2014). La práctica de los grupos desapareció en las décadas siguientes debido a las migraciones y a la dictadura militar, pues lo primero que hacen las dictaduras es prohibir los grupos (Foladori, 2014).

El autor concluye que “si la psicología comunitaria debe recurrir a nociones grupales para poder definirse y adquirir entonces status científico, es porque conceptualmente no existe como tal” (Foladori, 2014, p.10), lo cual es aún más problemático, puesto que si no tiene

criterios propios para desmarcarse de los movimientos del poder, se podría decir que “está al servicio del poder” ejercido por el Estado, lo cual implica que no puede “desmarcarse de las determinaciones sociopolíticas del modelo neoliberal impuesto” (Foladori, 2005, p.8). Esto es contrario a sus pilares identitarios y fundacionales marcados por un fuerte compromiso sociopolítico y por la búsqueda del cambio social, pero lamentablemente que sus ideales sean esos no implica que se puedan llevar a cabo.

Según Foladori (2005) solo se puede actuar sobre los sujetos teniendo en cuenta lo que los constituye y sostiene como tales y en ese sentido las instituciones son fundamentales pues posibilitan, regulan y constituyen lo social, por lo tanto, “el abordaje de lo comunitario no puede perder el referente institucional” (Foladori, 2005, p.12), es decir, no se puede pasar por alto la dimensión sociohistórica que es dada por lo institucional. Así, toda intervención comunitaria debiera ser una intervención institucional (Foladori, 2005).

#### *Individualización del malestar*

Junto a la expansión del modelo comunitario, encontramos cierta individualización del malestar. Según Aceituno y cols. (2012) en la actualidad el malestar social sería expresado en términos psicológicos, de lo que derivaría la importancia de la referencia a la “salud mental”. Siguiendo a estos autores (2012) existe en Chile un creciente sentimiento de desasosiego o intranquilidad, el cual es traducido en términos de salud mental, pero que también se articula, en otro nivel, con condiciones históricas (lo que Freud denominaba malestar en la cultura), lo cual sería entendido como un “precio subjetivo inherente al pacto social moderno” (p.89).

Según los mismos autores (2012) se han desarrollado varias explicaciones que permiten analizar las fuentes del malestar (por ejemplo, la desigualdad económica, la democracia deficiente, entre otras), sin embargo, señalan que el malestar colectivo y sus expresiones psíquicas se basan en condiciones que “conciernen a características del lazo social contemporáneo que inciden en una individualización creciente del malestar” (p.91).

En este sentido, la individualización del malestar- y de la salud mental- es correlativa a contradicciones y conflictos característicos de la vida social contemporánea, lo cual se

traduce en la experiencia de desconfianza, de miedo (o angustia) y de debilitamiento de un sentido propiamente humano de la vida social y colectiva (Aceituno, et al., 2012, p.91).

Esta individualización funciona situando en el espacio psíquico de los sujetos (es decir, en su interior) un ideal, el cual se traduce en exigencias de bienestar, de emprendimiento, rendimiento, fomentando la competencia, convirtiéndose en un imperativo persecutorio, y transformando a los sujetos en objetos de este ideal (Aceituno et al, 2012). Así, para los chilenos el malestar parece residir en las características personales, situando los mayores obstáculos para la felicidad en la relación con el otro, mientras que la relación con las instituciones aparece marcada por cierta desconfianza y sentimiento de abuso (Aceituno et al, 2012).

Según Soza (2006) al individualizar los problemas sociales se produce una despolitización, la cual transforma las luchas políticas en problemas personales (por ejemplo, de tolerancia cultural), generando así una represión política con forma de censura interna, la cual domestica e invisibiliza los conflictos de poder subyacentes. La misma autora (2006) retoma a Castel, quien recalca la importancia de los modos de fragilización de ciertos grupos sociales para que luego necesiten ayuda psicológica para abordar problemáticas de origen social que ahora son psíquicas.

En esta situación “los individuos se sienten protegidos solo al interior del principal ámbito institucional de la sociedad chilena: la familia, espacio que no deja de aparecer asociado en el discurso de los chilenos a las experiencias de bienestar/malestar” (Aceituno et al, 2012, p.98).

Las ideologías y las prácticas que se pueden apreciar en los discursos de las economías neoliberales desplazan entonces el malestar sociopolítico al interior del individuo, el cual debe enfrentarse a sus propias expectativas de consumo y de desencuentro con el otro, frente a lo cual Aceituno y cols. (2012) señalan que el deterioro de la salud mental podría ser la expresión de esto.

En cuanto a las respuestas institucionales al problema de la salud mental, los autores señalan que muchas veces solo lo agravan, pues se desprenden de la subjetividad mediante la

medicalización que somete al individuo a ser víctima de sí mismo, alejado de los lazos de sociabilidad y obligado a producir el sentido necesario para una vida social incierta (Aceituno et al, 2012). De esta manera, abordar el problema del malestar en Chile requiere del análisis de sus formas, como también de las respuestas institucionales a este problema, es decir, las políticas públicas.

### *Implementadores de la política pública*

En cuanto a los/las psicólogos encargados/as de implementar las políticas públicas, se ha analizado el sistema de salud mental e identificado como un obstáculo la insuficiente formación de los/las profesionales con respecto al modelo comunitario y la resistencia al cambio de los/las trabajadores/as más antiguos al nuevo modelo (Minoletti & Zaccaria, 2005; del Rosario, 2008). A esto se le suman las pocas instancias de capacitación, desconocimiento de los nuevos lineamientos y políticas, escasez de recursos materiales, de tiempo para planificar y realizar intervenciones (del Rosario, 2008).

Un estudio (Saavedra, 2005, citado en Alfaro y Zambrano, 2007) realizado a psicólogos/as que se desempeñaban en la Región de Valparaíso señala que, en relación con su práctica y el enfoque comunitario, cumplirían un papel de articuladores/encargados/operadores de mediar las demandas institucionales y las tareas de transformación social. Es así como desde los años 90' que los desempeños de los psicólogos/as en los programas sociales comunitarios muestran importantes desencuentros y tensiones entre las estrategias estatales comunitarias y las nociones propias (Alfaro & Zambrano, 2007).

Sin embargo, cabe destacar que incluso el modelo comunitario implementado idealmente funciona con una lógica del etiquetamiento médico y manuales estandarizados para medir la calidad en función de la eficacia de las intervenciones versus su costo. Esto es problemático porque limita las intervenciones a la evidencia dominante, las cuales recortan en base a los criterios costo-efectivos (que no necesariamente son las más apropiadas), produciendo una taylorización de la práctica asistencial, indiferente a las diferencias individuales (Aceituno et al, 2012). Para Aceituno y cols. (2012), esto implica un agravamiento del problema del

malestar, puesto que el marco simbólico cada vez se vuelve más deficiente en la construcción de experiencia y subjetividad.

En este sentido, el psicoanálisis puede proporcionar un marco simbólico adecuado que tome en cuenta la historia y singularidad de los sujetos, sin embargo, autores como Araya (2016) describen las dificultades de este método- el psicoanálisis individual- en relación con tiempo de duración y cobertura del sistema público, sumado a las dificultades de la vida diaria como las extensas jornadas laborales, los tiempos de movilización de un lugar a otro, los trabajos domésticos, la maternidad, etc., que dificultan o no hacen posible su aplicabilidad.

Con respecto al tiempo, esta autora (2016) señala que se han pensado terapias cortas o focales intentando modificar el método lo menos posible, aunque un tiempo “breve” sería de al menos un año. El tema del costo aparece ligado, pues los protocolos de atención primaria contemplan 8 sesiones, mientras que la atención secundaria (COSAM, CESFAM) un año; pero manteniendo listas de espera de al menos 6 meses. Fonasa cubre 24 sesiones (6 meses), mientras que las Isapres 6 sesiones de forma significativa, y luego hacen un aporte obligatorio mínimo (Araya & Aveggio, 2016). Así, la autora concluye que el psicoanálisis individual en la salud pública se ha visto marcado por la clase social y el dogmatismo.

En este sentido, existen otras corrientes dentro del psicoanálisis, las que se distancian de la ortodoxia e individualismo y, retomando los escritos de Freud y la metapsicología, teorizan y crean dispositivos de atención desde los grupos. Aun así, se presenta el problema de que la formación de terapeutas grupales es un trabajo que requiere tiempo y de mucha especialización, por lo que se necesitan varios años de entrenamiento que, en la práctica, ni los pregrados ni los postgrados ofrecen de forma completa, lo que ha llevado a que sean las iniciativas privadas las que hayan tenido que abrir nuevos espacios de formación (Foladori, 2014).

Aun así, estos desarrollos teóricos permiten el análisis de las dinámicas de poder dentro de las instituciones como la familia, como sería el caso del análisis institucional (Foladori, 2007), como también se encuentran aportes significativos en los desarrollos grupalistas sobre

cómo entender al sujeto en el grupo, y propuestas de dispositivos de atención que protejan del uso abusivo del poder por parte del terapeuta o de quien interprete (Soza, 2006).

Se suma a lo anterior que las estrategias estatales en cuanto al sistema de salud mental están centradas cada vez más en la familia que en el individuo, lo cual se traduce en que el fomento de las terapias grupales debiese ir en aumento (PNSM, 2017). Si el enfoque comunitario define un campo de acción que no tiene lineamientos claros ni existe conceptualmente, quiere decir que cualquier tipo de técnica grupal podría utilizarse en dichos espacios.

Sin embargo, el problema adicional que surge con el trabajo con la familia es que no es cualquier grupo, porque antes de grupo es una institución (Pichón Rivière, 1985; Bauleo, 1970; Mendel, 1993; Foladori, 2007). Si es precisamente desde la psicología que se atenderá a este grupo en el sistema de salud, es necesario tener claro cómo se entenderá al sujeto epistemológicamente, cuál será la metodología, la técnica a utilizar, las dinámicas de poder que la atraviesan, y, sobre todo, cómo se posicionará políticamente el terapeuta en dicho lugar.

La pregunta de investigación es entonces la siguiente:

¿Qué aspectos distintivos ofrece la atención grupal, desde la técnica del grupo operativo, a la atención familiar en el sistema de salud mental pública en Chile?

Se considera relevante la pregunta debido a la falta de formación de los profesionales en esta área, lo cual es problemático éticamente y más aún si no se conocen las implicancias sobre para quién o para qué se está trabajado.

## Capítulo 2: Objetivos de investigación

### *Objetivo general*

Precisar los aspectos distintivos que ofrece la atención grupal centrada en la familia, desde la técnica del grupo operativo, al sistema de salud mental pública en Chile.

### *Objetivos específicos*

- Esclarecer los supuestos epistemológicos de las terapias psicoanalíticas grupales.
- Justificar la utilización del grupo operativo.
- Analizar lo distintivo del trabajo terapéutico con familias desde el grupo operativo en el sistema de salud pública en Chile.

### Capítulo 3: Las terapias psicoanalíticas grupales

La oposición entre individuo y grupo es cuestionable, y puede encontrar una de sus fuentes en el ascenso de las masas y la confrontación con el pensamiento occidental en la segunda mitad del siglo XXI (Kaës, 2010). Esto provocó que muchos pensadores europeos comenzaran a teorizar al respecto, sobre todo porque se analizó como un efecto de la modernidad, donde se introdujo una ruptura en las continuidades entre la sociedad, el grupo y los individuos, lo cual se tradujo principalmente en la oposición del individuo al grupo, a las instituciones o a la multitud (Kaës, 2010). Se puede dar cuenta a de lo anterior, según Kaës (2010), en que la preocupación por las masas, y por ende también por el grupo, aparecen en el mismo momento en que comienzan a instalarse los mitos e ideologías individualistas.

Desde el psicoanálisis se intenta comprender la articulación entre el sujeto singular y el grupo también desde la oposición (Kaës, 2010). Sin embargo, Freud nunca sostuvo la oposición entre individuo y grupo, existiendo tres momentos de superación paradigmática: en Tótem y tabú, en Psicología de las masas y análisis del yo, y en Introducción al narcisismo (Kaës, 2010). Estos textos conllevan ciertas tensiones en el pensamiento psicoanalítico, sobre todo en sus inicios- aunque la discusión sigue vigente hasta hoy- porque han representado una amenaza para el proyecto epistemológico inicial del psicoanálisis basado en la cura individual; sin embargo, constantemente ha estado confrontado, ya sea en la vertiente especulativa o en las aplicaciones, con saberes de otras disciplinas, como la lingüística, la sociología, la etnología o la psicología social (Kaës, 2010).

Según Kaës (2010) el proyecto del psicoanálisis representaba un nuevo paradigma, y, por lo tanto, para construir su objeto era necesario reconocerle una identidad fuerte, para lo cual Freud trató el inconsciente dentro de los límites del espacio intrapsíquico por medio de la cura individual. El modelo estaba inspirado en el del sueño y “si bien este recorte epistemológico reclamaba una congruencia metodológica rigurosa, colocaba al mismo tiempo fuera de su campo cualquier objeto que se situara en el exterior del espacio prínceps, intrapsíquico” (Kaes, 2010, p.30). Ante esto se impone a los primeros pioneros del psicoanálisis “la necesidad de salvaguardar la práctica de la cura y la transmisión del

psicoanálisis mediante el exclusivo uso del diván, y ello, contra las prácticas desviacionistas o temidas como tales” (Kaes, 2010, p.30). El temor a otras prácticas que se salieran del encuadre analista-analizado se consolida en la relación al grupo.

Es así como en el debate epistemológico existen aún varias fuentes de resistencia “al conocimiento de los efectos grupales del inconsciente” (Kaës, 2010, p.31), y esta dificultad también es clínica y metodológica, y, por lo tanto, “identificar el objeto propio del psicoanálisis puesto de manifiesto en el dispositivo grupal es el problema decisivo” (Kaës, 1987, p.135, citado en Sánchez- Escárcega, 2001, p.5).

Foladori (2014) en su texto *La implicación sobre la teoría psicoanalítica*, señala que las teorías también producirían ilusiones, y para justificar esta idea retoma el concepto *efecto Lukacs* (citando a Lourau, 1973), el cual sostiene que existe un distanciamiento entre la teorización y el origen de la teoría, es decir, de las “estructuras sociales, económicas, culturales y políticas que coadyuvieron de diversa forma en su génesis” (p.25). Esto lleva a pensar en “rupturas epistemológicas” que estarían cada vez más limpias de “impurezas ideológicas”, y por lo tanto más cercanas a un conocimiento universal y natural (Foladori, 2014).

El psicoanálisis no está exento de esto y, por lo tanto, lleva aunque no se lo vea directamente, cierta marca de su momento y máquina de fabricación, está marcado, tiene una filigrana que da cuenta de su origen (...) la implicación entonces tiene que ver con las instituciones que han formado parte del momento de constitución y que siguen inscritas en el objeto psicoanalítico de una u otra manera ya que se reactivan, como las huellas mnémicas en el sueño, en los procesos analíticos (Foladori, 2014, p.27).

Foladori (2014) luego retoma la tesis de Castel, quien señala que para que el psicoanálisis se haya podido consolidar fue necesario un movimiento de exclusión, sin embargo, dicha exclusión retornaría de diversas maneras, ya que el campo está implicado por ese movimiento, lo que produce que lo excluido sea determinante. En una institución con estas características -la del psicoanálisis-, el sujeto estaría situado fuera de las relaciones sociales,

y de esta forma, al recortar de manera arbitraria lo sociopolítico el psicoanálisis no puede sino ser fiel a ciertos intereses, donde la concepción de lo inconsciente y sobre todo su metodología dan cuenta de dicha violencia (Foladori, 2014). En la misma línea, Pichón Rivière (1977) señala que al excluir lo social el psicoanálisis no hace más que convertirse en una forma de individualismo al servicio de la adaptación pasiva.

### *Algunos antecedentes epistemológicos de las terapias psicoanalíticas de grupos*

A pesar de que las teorizaciones en torno al grupo han sido marginadas del pensamiento dominante dentro de la institución del psicoanálisis, han existido. Las primeras psicoterapias de grupo que identifica Bauleo (1970) son la técnica represiva, la didáctica, la psicodramática y la psicoanalítica, las cuales ordena así por su aparición cronológica.

La técnica represiva aparece como un primer intento de utilización del grupo con fines terapéuticos, y donde se sitúa a Pratt -en 1905- en la clínica de pacientes con tuberculosis. Según Bauleo (1970) ésta sería una técnica represiva fundamentada en “la aprobación por el líder, en la autoestima, en situaciones de competencia y rivalidad, en la sugestión, etc.” (p.28); con una estructura bastante similar a la de los grupos religiosos (Sánchez- Escárcega, 2001). Estas técnicas no intentan comprender las emociones colectivas, sus orígenes ni la estructura inconsciente, sin embargo, incluso hoy siguen funcionando grupos terapéuticos basados en estos supuestos, por ejemplo, los grupos de alcohólicos anónimos (Sánchez- Escárcega, 2001), ya que, a pesar de que trabajen de forma superficial los problemas, “son técnicas útiles y tienen el mérito de haber resaltado la importancia de la socialización del paciente” (Sepúlveda, 2003, p.35).

Con respecto a la técnica didáctica y psico dramática, en la primera se sitúa a Lasell en 1921, quien realizó trabajo con esquizofrénicos en hospitales con distintos resultados, y con respecto a la segunda, se caracteriza por el uso de yo auxiliares y es Moreno el principal representante (Bauleo, 1970).

Cabe destacar que Lewin y sus discípulos, desde la psicología social, con sus aportes en la investigación sobre las dinámicas de grupos, a través de un laboratorio social- aunque con fines más investigativos que terapéuticos, junto a Moreno con las técnicas psico dramáticas,

aparecen como personajes que intentan definir desde distintos enfoques el campo social, y se podría señalar que en ellos coinciden perspectivas psicológicas y sociológicas sobre los grupos, es decir, como una posibilidad de síntesis entre ambas (Bauleo, 1970).

En cuanto a las técnicas psicoanalíticas aplicadas a los grupos, la primera aplicación fue en sujetos que por alguna razón no podían beneficiarse de la psicoterapia individual clásica (Kaës, 2010). Luego, se usó en pacientes con trastornos específicos, como neurosis graves, psicosis, estados límites o en traumatismos de guerra, y en los dispositivos de formación y supervisión para psicoanalistas (Kaës, 2010).

Cabe destacar que todas las aproximaciones del psicoanálisis a los grupos estuvieron basadas en los textos de Freud antes mencionados, aunque es posible distinguir dos grupos dependiendo de dónde era centrada la interpretación, al individuo dentro del grupo o al grupo como totalidad (Bauleo, 1970; Kaës, 2010; Sánchez- Escárcega, 2001).

Con respecto a las interpretaciones dirigidas al individuo dentro del grupo, se ubican como representantes a Simmel, Schilder, Slavson y Foulkes (Bauleo, 1970). Ellos son considerados como los primeros en aplicar el psicoanálisis a los grupos, introduciendo la interpretación a la situación colectiva (Sánchez- Escárcega, 2001). Entre sus principales investigaciones, cabe mencionar a Simmel y los casos de neurosis traumáticas posteriores a la primera guerra mundial; Schilder con sus estudios sobre ideologías, los tipos de relaciones en inter-juego y la diferenciación entre el vínculo entre pares versus con el terapeuta; y Foulkes con la descripción de la reacción en espejo (Bauleo, 1970).

En la segunda corriente aparece Taylor y sus investigaciones sobre el chivo emisario, las cuales justificarían por qué las interpretaciones debieran dirigirse al grupo como totalidad (Bauleo, 1970). Entre los autores de la segunda corriente se menciona a Bion, Pichón Rivière, Foulkes y Anzieu (Bauleo, 1970). Aparece entonces otra concepción sobre el grupo, aunque con cierta aplicación de categorías y conceptos analíticos, se considera como Gestalt (Bauleo, 1970). Siguiendo a Kaës (2010), dichas teorías psicoanalíticas de grupo en un comienzo no se conceptualizan sobre bases metodológicas psicoanalíticas, sino que fue en base a conceptos provenientes de otras disciplinas, pero que permitieron el cuestionamiento de

aspectos naturalizados hasta entonces; conceptos tales como intersubjetividad, pertenencia y alienación aparecieron de esta aculturación.

En esta segunda corriente los aportes de Bion son centrales, entre los que cabe destacar la inclusión de conceptos kleinianos a los fenómenos grupales (Bauleo, 1970). Bion es además uno de los fundadores del Instituto Tavistock en Londres, el cual tenía gran influencia de las investigaciones realizadas por Kurt Lewin, y cuyo objetivo era principalmente el estudio de los grupos desde el psicoanálisis. Entre los aportes de Bion cabe destacar la distinción que hace entre la organización del grupo y su accionar, como también el reconocimiento de una configuración que le dará sentido la situación (Bauleo, 1970). En cuanto a la acción grupal, Bion distingue dos características, la manifiesta y la caótica. Ésta última corresponde a lo que caracteriza a los impulsos emocionales, funcionando en base a tres supuestos (dependencia, apareamiento y el de ataque-fuga), que cumplen un papel en la organización del grupo, en la realización de la tarea, en la satisfacción de sus necesidades y deseos de los miembros (Kaës, 2010); siendo además la base de la mentalidad grupal, la que funciona de manera inconsciente (Bauleo, 1970). Los supuestos básicos son entonces “reacciones grupales defensivas contra las angustias psicóticas reactivadas por la regresión que la situación de grupo impone al individuo” (Kaës, 2010, p.46), y la mentalidad de grupo constituye el continente para los miembros de éste, permitiendo así cierta satisfacción de las pulsiones y deseos, pero para esto debe estar “en conformidad con las otras contribuciones del fondo común y ser sostenidas por él” (Kaës, 2010, p.45).

A comienzos de 1940 también en Londres, Foulkes, Rickman y Ezriel fundan las bases de la corriente del grupo análisis, la cual se inscribe en la perspectiva gestáltica (Kaës, 2010). Kaës (2010) caracteriza la perspectiva de Foulkes en tres proposiciones: el grupo como totalidad que precede a las partes; “el individuo y el grupo forman un conjunto del tipo figura-fondo; y el individuo en un grupo es como el punto nodal en la red de las neuronas. Foulkes asigna al grupo como entidad específica la prioridad teórico-clínica” (Kaës, 2010, p.43). Que el grupo preceda al individuo implica que el grupo tendría propiedades terapéuticas específicas, por lo tanto, para este autor “toda enfermedad se produce dentro de una compleja red de relaciones interpersonales” (Kaës, 2010, p.44). Otras ideas fundamentales que cabe

considerar es que se interpreta al grupo como totalidad en el aquí-ahora; solo considera la transferencia hacia el analista, utiliza la noción de resonancia fantasmática inconsciente entre los participantes de un grupo; y utiliza la noción de grupo como matriz psíquica (Kaës, 2010).

En Argentina, Pichón Rivière destaca la noción de trabajo “aquí-ahora-conmigo” lo cual le permite realizar interpretaciones en dos tiempos: hacia el grupo y hacia el portavoz de éste. En su texto *El proceso grupal* de 1975, es posible dar cuenta de una articulación entre ciertas hipótesis psicoanalíticas, otras provenientes de la psicología social, de la corriente gestáltica y de la dialéctica marxista y sartreana (Kaës, 2010). Pichón Rivière inventa el grupo operativo y la técnica operativa de grupo como dispositivo analítico alternativo a la cura individual. El objetivo del grupo sería ubicar e interpretar las fantasías inconscientes que emergen a partir de la tarea (en este caso la cura), las cuales a veces aparecen como resistencias- temores específicos al ataque, a la pérdida y al cambio (Kaës, 2010). En esta línea, “la lectura psicoanalítica del discurso grupal se ve articulada con una concepción del grupo en tanto grupo de tarea” (Foladori, 2005, p.122).

En cuanto a Bleger, también en Argentina, contribuye con los conceptos de encuadre, núcleo aglutinado y depósito (Kaës, 2010). Además, distingue entre la sociabilidad sincrética y la por interacción. El núcleo aglutinado corresponde a los primeros contenidos de la psiquis que primero se depositan en la madre, y que luego serán la base de la sociabilidad sincrética a través de mecanismos de identificación proyectiva, que será luego depositado en la pareja, en la familia, grupos e instituciones (Kaës, 2010). Bleger toma las nociones de pertenencia y cohesión grupal de la psicología social, pero les da otro contenido, y “con el concepto de depósito del núcleo aglutinado, Bleger esboza una apertura hacia la consideración del sujeto en el grupo” (Kaës, 2010, p.47).

Así, en el cono sur continúan profundizando teorizaciones y se desarrollan “innumerables experiencias de psicoterapia grupal analítica y operativa en sus diversas modalidades y aplicadas a un sinnúmero de patologías y problemáticas” (Foladori, 2005, p.122). Hay dos hechos significativos en el año 1957 que menciona este autor (2005), el primero es el libro de Grinberg, Langer y Rodríguez titulado *Psicoterapia de grupo*, “que de manera sistemática y muy didáctica realiza una propuesta teórica y técnica ajustándose a la línea inaugurada años

antes por Bion-Ezriel” (Foladori, 2005, p.122); y el segundo hecho es el Primer Congreso latinoamericano de psicoterapia de grupo, donde “se lee una ponencia enviada especialmente por Foulkes desde Londres” (p.122). Cabe destacar que Pichón Rivière participa en este congreso y que años más tarde con la publicación de la Experiencia en Rosario se marcará “el lanzamiento de esta concepción grupalista” (p.122).

La concepción grupalista se caracteriza por demostrar que la grupalidad es anterior a la individuación, lo cual explica desde otra perspectiva los procesos de diferenciación y sus dificultades (Foladori, 2006). Lewin, Foulkes, Bion, Pichón Rivière y Anzieu son reconocidos como los fundadores de esta corriente de pensamiento, la que también está influenciada por los contenidos del análisis institucional, especialmente por la figura del francés Lourau (Foladori et al, 2006).

Dentro de las corrientes grupalistas es posible encontrar dos que han tenido mayor crecimiento; se trata de la fundada por Bion, la que tiene un lado más clínico y otro en el área laboral; y por otro lado las que se desarrollaron a partir de las investigaciones de Pichón Rivière (Foladori, 2014).

Estas investigaciones mostraron que los grupos aparecen como entidades relativamente independientes de los individuos que lo componen, y tienen el mérito de haber inaugurado los dispositivos grupales con fines terapéuticos (Sánchez- Escárcega, 2001). Sin embargo, quedaron mayoritariamente marginadas de la comunidad analítica, e incluso hoy provocan rechazo e indiferencia (Kaës, 2010). Aun así, lograron mayor profundidad en lugares como Argentina, Estados Unidos y Europa, donde concebían al grupo como una entidad específica.

La problemática del sujeto singular (del individuo) en su relación con el grupo apareció mucho más tarde y de modo relativamente marginal (...) lo cierto es que, considerada desde el dispositivo de la cura o desde el del grupo, cambia la concepción del sujeto, y con ella, el pensamiento sobre el inconsciente. (Kaes, 2010, p.38).

Epistemológicamente, en este primer momento se reconoce al grupo como una entidad específica y se constituye como dispositivo terapéutico. Como consecuencia metodológica y clínica tenemos que el grupo es el objeto y el destinatario de las interpretaciones (Kaës,

2010). Sin embargo, la mayoría de estos autores habla de individuo más que de sujeto, aunque sea solo para referirse a él como un parte del grupo, siendo Pichón Rivière quien en este punto es de los únicos que retoma la noción de sujeto para referirse a él como sujeto psicosocial (Kaës, 2010). Entonces, Kaës (2010) señala que en estas primeras teorizaciones la noción de sujeto del inconsciente desaparece, “y con él, aquello que lo singulariza: sus deseos, su historia, su emplazamiento en la fantasía inconsciente, la idiosincrasia de sus pulsiones, de sus afectos y representaciones, de su represión” (Kaës, 2010, p.48).

El siguiente momento epistemológico que señala Kaës (2010) es el de los franceses: Anzieu, Pontalis, Kaës, Missenard y Bejarano. En Francia, el interés por los grupos tenía como contexto la situación de posguerra. Existe una gran influencia de Lewin y de Moreno, los cuales tienen la ventaja de tratar a un mayor número de pacientes, propiciar procesos de integración social, y como elemento útil para la terapia institucional (Kaës, 2010). También aparecen dos corrientes, las centradas en el individuo en situación de grupo y la formada por quienes

intentan descubrir los procesos inconscientes que obran en el seno del grupo, y en esa tarea tropiezan con dos dificultades. La primera obedece a la aplicación directa de conceptos analíticos a las hipótesis y técnicas elaboradas por Lewin, Rogers y Moreno (...). La segunda dificultad reside en el hecho de que los conceptos utilizados han surgido de la teorización psicoanalítica de la psique individual. El trabajo de teorización es bastante endeble, y durante este primer periodo los aportes de Pichón Rivière, Bion, Foulkes y Bleger no son conocidos todavía por la mayoría de los psicoanalistas franceses (Kaës, 2010, p.51).

En los años siguientes, en la década de 1960, algunos analistas ligados anteriormente a Lacan, como Anzieu, Bejarano y Pontalis, tienen nuevas propuestas para el abordaje analítico del grupo, las que se caracterizan por hacer la crítica de la aplicación directa de los conceptos psicoanalíticos al grupo (Kaës, 2010). Como elementos que destaca Kaës (2010) de la escuela francesa cabe mencionar que le restituyeron al grupo “su valor de objeto psíquico, de investiduras pulsionales y de representaciones inconscientes para sus sujetos” (Kaës, 2010, p.54).

En 1966, Kaës (2010) menciona que D. Anzieu propone un modelo de comprensión del grupo, el cual es considerado como una entidad en donde operan procesos inconscientes, punto en el cual coincide con Bion y Foulkes, pero con la diferencia que lo hace a partir del modelo del sueño, y en donde operan entonces una serie de contenidos latentes. Esto implica que estarían presentes en el grupo los mecanismos de desplazamiento, condensación, figuración simbólica y transformación en lo contrario. Para Anzieu el grupo entonces siempre es un debate con una fantasía subyacente.

Es una escena de proyección de las tópicas internas. Como el sueño o el síntoma, el grupo es la asociación de un deseo inconsciente que busca su vía de realización imaginaria y de defensas contra la angustia que suscitan en el yo esas realizaciones (Kaës, 2010, p.55).

Sin embargo, para Anzieu también habría mecanismos específicos de la situación grupal, como la ilusión grupal (Kaës, 2010). En cuanto a Bejarano, Kaës (2010) menciona que la terapia grupal se trata de descifrar el discurso latente y restaurarle su sentido en la manera de lo posible, para así conducir al grupo a ser consciente de esos procesos que lo organizan. Sin embargo, entre ambos discursos aparece la resistencia (Kaës, 2010). Bejarano también mencionará la transferencia múltiple en las situaciones de grupo (Kaës, 2010).

Finalmente, en cuanto al mismo Kaës (2010), señala que trabaja junto con Anzieu durante la segunda mitad de 1960 con el objetivo de pensar un dispositivo psicoanalítico diferente y acorde a las exigencias metodológicas de la disciplina. Coincide en que en el grupo existe una realidad psíquica propia, y durante esa época también coincide con las teorizaciones de Pontalis, sobre las representaciones inconscientes y las investiduras pulsionales cuyo objeto es el grupo (Kaës, 2010). Se interesa entonces por lo que llama los núcleos organizadores de las representaciones del grupo, y distingue dos tipos: los fantasmáticos inconscientes y los socioculturales. Kaës busca un modelo que logre articular el espacio psíquico individual con el espacio psíquico del grupo, y señala que la función principal del aparato grupal es “establecer las relaciones de ajuste entre las formaciones intrapsíquicas y las formaciones intersubjetivas y transubjetivas producidas por el grupo. Entre los principios activos de este aparato se reconocía un papel organizador a los grupos internos” (Kaës, 2010, p.57).

Con esto se dará cierre a los antecedentes de la terapia psicoanalítica grupal. Se hizo mención en este apartado de los principales referentes del siglo pasado y de este siglo, de forma sucinta y con el propósito de realizar una mirada general del estado del arte. Si bien las teorizaciones de cada uno de éstos son mucho más profundas, lo que interesa es que existe un concepto que va a romper el problema del individualismo psicoanalítico, el cual como señala Foladori, es producto de su propia mecánica interna. Nos referimos al concepto de intersubjetividad.

### *La intersubjetividad*

Al rastrear este concepto es posible encontrar, incluso en Freud, ciertas claves donde señala que el síntoma tiene un componente hereditario, tanto subjetivo como cultural, que el sujeto deberá elaborar (Cabrera, 2012), pero que la transmisión sería a priori, “inaugurando lo que podemos llamar las herencias genealógicas en el campo de lo transgeneracional” (Kaës, 2006, citado en Cabrera, 2012); es decir, Freud ya se había dado cuenta de que el síntoma se lleva en nombre de otros.

Otros autores como Foulkes (1975, citado en Foladori, 2006) hablan de lo transindividual, o Pichón Rivière cuando se refiere a un espiral dialéctico que articula lo individual y lo grupal. Algo similar se encuentra cuando Aulagnier se refiere al contrato narcisista o cuando Taylor se refiere al chivo emisario. Todos estos autores hacen referencia, aunque no todos utilizan el concepto propiamente tal de intersubjetividad, a que cuando se trabaja en grupo se está frente a un nuevo fenómeno, el cual es diferente a la suma de los individuos que lo componen y que también se encuentra descentrado del uso controlado de la palabra (Foladori, 2005). “Esto nos permite pensar en un discurso- incluso sin sujeto- que se explaya como producido por una maquinaria que lo genera de manera sistemática y sin fin” (Foladori, 2005, p.118).

Para Eiguer (2015), la superación de la paradoja del modelo individual es uno de los temas más actuales dentro del psicoanálisis. En este sentido es que Eiguer (2015) sitúa la figura de Pichón Rivère como uno de los pioneros en nombrar ciertos conceptos e inaugurar nuevas prácticas clínicas más allá de la terapia individual, entre los cuales destaca el de vínculos entre sujetos. Lo novedoso es que intenta superar los pares antinómicos, por ejemplo, paciente-terapeuta, normal-patológico, para lo cual concibe la interacción entre paciente y

terapeuta como un proceso de evolución dialéctica entre uno y otro, por medio de un vínculo (Pichón Rivière, 1980).

En la teoría psicoanalítica se usa la noción de relaciones de objeto, pero el concepto de vínculo es mucho más concreto, pues las relaciones de objeto serían la estructura interna del vínculo. De esa forma, el vínculo corresponde a un tipo de relación de objeto.

no hay relación de objeto con una parte del aparato psíquico; el aparato psíquico se comporta como una totalidad, como una estructura dinámica en la que sus partes en ese momento y en ese sujeto tiene una valencia particular. De acuerdo con nuestro concepto del Yo, del Ello y del Superyó, podemos hablar claramente de la predominancia de una de dichas partes en relación con el vínculo (Pichón Rivière, 1980, p.48)

Para este autor (1980) el inconsciente está entonces constituido por una serie “pautas de conducta acumuladas en relaciones con vínculos y roles que el sujeto desempeña frente a determinados sujetos” (Pichón Rivière, 1980, p.49). El vínculo se configura como un espiral dialéctico, es decir, es primero externo, luego interno, externo de nuevo y así. Del paso del adentro afuera y del afuera adentro es que se logran configurar los límites entre el adentro y el afuera (1980).

Pichón Rivière (1980) destaca además que no existe un vínculo único, sino que las relaciones que se establecen con los objetos son mixtas, pues emplea de forma simultánea diferentes estructuras vinculares. El delirio, por ejemplo, sería entendido como un intento de solución de un determinado conflicto, y como una tentativa de reconstruir el mundo del grupo familiar, pero también, secundariamente, el social (1980). De esta forma, para Pichón Rivière (1970) no es posible construir una teoría de la enfermedad sin hacer referencia permanentemente al contexto real-exterior. “El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados.” (Pichón Rivière, 1970, p.47).

Eiguer (2015) señala que Pichón Rivière sostiene que el grupo crea una realidad psíquica única, la cual es diferente a la de cada miembro del grupo y que influencia a su vez a los

demás. Para esto sólo basta la interacción psicológica entre dos personas, es decir, “incluye la circulación de fantasías y afectos entre los miembros del vínculo, de acciones y retroacciones entre ellos, en una palabra, de reciprocidad.” (Eiguer, 2015, p.22). Esta interacción es lo que llama vínculo intersubjetivo.

Según Eiguer (2015) la idea de vínculo intersubjetivo la podemos encontrar también en autores como Winnicott, Kaës y Ogden. Un ejemplo es el del tercero analítico, al cual se le asocia con el tercero del triángulo edípico en el caso de Pichón Rivière. Para Eiguer (2015) este tercero representa una fantasía, aunque también será vivido como un fantasma. De esta forma, los sujetos del vínculo sentirán la mirada de este tercero imaginario, lo buscarán, y sentirán el peso de esto sobre ellos, y, por lo tanto, intentarán “desarrollar estrategias en respuesta a esta presencia externalizada que evoca la mirada en su tercero superyoico” (Eiguer, 2015, p.23). Un tercero puede ser el padre en la relación madre-hijo, pero es también

un sujeto ante el otro del otro (...) Todos ellos responden a la misma lógica de un otro que ejerce una función de regulador o de tutor, incluso de uno que prohíbe el vínculo. Y por la manera en cómo Pichón Rivière presenta el triángulo, en sus correspondencias múltiples, se convierte en una estructura organizadora (Eiguer, 2015, p.25).

Las ideas de Pichón Rivière se han aplicado en distintos contextos (grupos, familias, contextos educacionales, en el análisis institucional y en contextos comunitarios), pues su pensamiento abre las puertas a un co-pensamiento generativo a partir del análisis, el cual puede articularse con el soñar y sentir de los demás, pues en este punto- en la terapia- el análisis de la intersubjetividad es central (Eiguer, 2015).

Ideas similares se encuentran en P. Aulagnier, aunque no habla de intersubjetividad como tal (Kaës, 2010). En sus teorizaciones, señala Kaës (2010), es posible reconocer tres puntos importantes con respecto a esto. El primero tiene relación con el contrato narcisista entre el sujeto y *el conjunto en el que el Yo puede advenir*. Para Aulagnier (1988) existe un factor que se encuentra más allá del espacio familiar y se refiere a la ley que somete a los efectos

de las palabras de la madre y del padre, al cual denomina contrato narcisista, y se posiciona como un factor influyente en el modo de catectización del hijo por parte de la pareja.

Para explicar este concepto, Aulagnier (1988) señala, en primer lugar, que “la relación que mantiene la pareja parental con el niño lleva siempre la huella de la relación de la pareja con el medio social que la rodea” (Aulagnier, 1988, p.159). En segundo lugar, señala que “el discurso social proyecta sobre el infans la misma anticipación que la que caracteriza al discurso parental: mucho antes de que el nuevo sujeto haya nacido, el grupo habrá precatectizado el lugar que se supondrá que ocupará, con la esperanza de que él transmita idénticamente el modelo sociocultural” (p.159). En tercer lugar, señala que el sujeto buscará en ese discurso algunas referencias que le posibiliten proyectarse hacia un futuro, y así encontrar un soporte identitario alternativo al otorgado por la pareja paterna. En cuarto lugar, señala que puede ocurrir que exista un conflicto entre la pareja y su medio, lo cual puede ser percibido por la psiquis infantil como una situación de rechazo, exclusión o agresión, o en la situación contraria como omnipotencia. Si existe una opresión social sobre la pareja o si la pareja está en un lugar dominante y privilegiado en la sociedad, esto será un factor influyente en el modo en que el niño elaborará los enunciados identificatorios.

No es totalmente casual que la historia de las familias de gran parte de quienes luego serán psicóticos repita con tanta frecuencia un mismo drama social y económico; dicha realidad, que rompe todo paréntesis, cumple un papel en el destino de estos niños que, en un segundo momento, la sociedad remite a diferentes instituciones para que reparen los perjuicios de los que ella es indudablemente responsable (Aulagnier, 1988, p.159)

Este conjunto de voces que conforman los discursos son la representación de un grupo social, el cual habla la misma lengua y se rige por las mismas instituciones. Los enunciados que puede pronunciar pueden ser una cantidad indeterminada y se refieren a la realidad del mundo, a la razón de ser del grupo y al origen de sus modelos (Aulagnier, 1988). Estos enunciados se dirigen al grupo, y “posee siempre como infraestructura inmutable para una cultura dada una serie mínima a la que llamamos los enunciados de fundamento” (Aulagnier, 1988, p.160). Su función es la de una condición absoluta “para que se preserve una

concordancia entre el campo social y el campo lingüístico, que permita una interacción indispensable al funcionamiento de ambos” (p.160).

Para que la función de los enunciados de fundamento se cumpla es necesario que sean percibidos por los sujetos como palabras de certeza. El sujeto, por su parte, siempre es parte activa en una cierta teoría acerca de los fundamentos de lo social, pues “confronta la realidad del mundo tal como le aparece con la imagen ideal que propicia su teoría” (Aulagnier, 1977, p.161). Estos fundamentos son enunciados referidos al origen del modelo y al objetivo al que tiende, por lo tanto, si el Yo repite el discurso es reconocido por parte del grupo de su verdad, y en caso contrario, se excluye al contradictor por rechazar alguna certeza compartida por el conjunto.

Al adherir al campo social, el sujeto se apropia de una serie de enunciados que su voz repite; esta repetición le aporta la certeza de la existencia de un discurso en el que la verdad acerca del pasado está garantizada, con el corolario de la creencia de la posible verdad acerca de las previsiones del futuro (Aulagnier, 1977, p.162)

Así, para que una certeza pueda encontrar lugar en el sujeto es necesario el asentimiento del conjunto de voces, lo que lo posiciona en un lugar donde puede apropiarse de los enunciados de fundamento y convertirse así en sujeto del grupo. Para Aulagnier (1988) esta asignación representa lo que trasciende la singularidad característica del sujeto, debido a que privilegia los atributos compartidos por el conjunto, pero para mantenerse necesita que la mayor parte de los sujetos hayan catectizado un mismo ideal, es decir, “un conjunto en que el sujeto puede proyectarse en el lugar del sujeto ideal” (Aulagnier, 1977, p.163). Para dicha autora, este proceso es necesario para el funcionamiento social.

Cabe destacar que cuando Aulagnier se refiere al sujeto ideal se refiere al sujeto del grupo, es decir, “a la idea de él mismo que el sujeto demanda al grupo, como concepto, concepto que lo designa como un elemento que pertenece a un todo que reconoce en él una parte homogénea” (Aulagnier, 1977, p.163), es decir, el grupo es depositario de una parte de su líbido narcisista y por eso es un contrato, el grupo a su vez espera de él que enuncie por su cuenta lo que enunciaba una voz que se ha apagado, instalando así un intercambio.

Kaës (2010) señala con respecto al contrato narcisista que garantiza las condiciones para la transmisión de la vida psíquica entre generaciones, sin embargo, también

ponen de manifiesto la regresión de las formas contractuales del vínculo hacia relaciones de fuerza que favorecen a aquellos grupos que ostentan el poder de definir de manera arbitraria y violenta las normas sociales y el lugar de cada cual, el orden y los valores dominantes. Conducen a quienes los sufren a deterioros sociales y psíquicos radicales (Kaës, 2010, p. 24).

Otras nociones en donde Kaës (2010) reconoce la noción de intersubjetividad en Aulagnier es en la función cumplida por la madre de porta palabra de su bebé, en los estados de alienación y en el tratamiento de deseo de auto alienación por el colectivo (Kaës, 2010).

Otro concepto también utilizado por Pichón Rivière, y que tiene relación con la intersubjetividad, es el de chivo emisario. Este autor utiliza el concepto partiendo del supuesto de que la familia es la estructura básica de la sociedad, y que, por lo tanto, la enfermedad mental es la enfermedad del grupo más que del sujeto singular, al que denomina portavoz de la enfermedad. De esta manera, los conflictos golpean a este núcleo, el cual encontrará un “chivo emisario” en alguno de sus miembros. La forma en cómo esto ocurre sería a través de los vínculos, es decir, del espacio intersubjetivo.

Este fenómeno ha sido estudiado bastante, ante lo cual Taylor y Rey (1953) señalan que se refiere a la tendencia a desplazar culpa o sentimientos agresivos sobre otra persona para proporcionar el alivio de cargas y gratificaciones narcisistas. Estos procesos son en su mayoría inconscientes. Además, en sus estudios destacan que el tipo de chivo emisario elegido varía dependiendo de la actitud social (conservadora o liberal), pues mientras que los conservadores eligen atacar a quienes se desvían de los ideales grupales, los liberales lo hacen con los guardianes de las tradiciones.

Por su parte, Kaës (2010) entiende el concepto de intersubjetividad desde su contexto europeo. Si bien se habla de intersubjetividad en otras disciplinas, en psicoanálisis no es un concepto muy popular. Entiende intersubjetividad como una experiencia y como un espacio de la realidad psíquica caracterizado por las relaciones entre sujetos en tanto son estos sujetos

de lo inconsciente, y que es propia de cada configuración vincular. La intersubjetividad es entonces lo compartido o lo común por quienes están formados y ligados entre sí por sus sujeciones recíprocas, que pueden ser estructurantes o alienantes, pero también por los mecanismos comunes que constituyen el inconsciente, es decir, por las represiones, las renegaciones, las fantasías, los significantes, los deseos inconscientes y las prohibiciones que los organizan (Kaës, 2010).

En el campo posfreudiano coexisten varias teorías de la intersubjetividad. En la línea del poshegelianismo, Lacan fue uno de los primeros en introducir la noción, privilegiando sus efectos de alienación sobre un sujeto esencialmente sujetado al deseo del otro, el cual no es más que un representante inadecuado del gran Otro. Lacan únicamente describe la realidad psíquica que se produce en y por el vínculo intersubjetivo para destacar su consistencia imaginaria. Su crítica respecto del grupo es consecuencia de ello (Kaës, 2010, p.27)

Para Kaës (2010) no podemos no estar en la intersubjetividad, lo cual significa que el sujeto solo existe y se manifiesta en su relación con los otros. Se podría decir que es la articulación de dos espacios psíquicos parcialmente distintos (Kaës, 2010), y que, por lo tanto, la enfermedad es entendida en relación al grupo, ya que el sujeto es parte y forma parte de éste (Kaës, 2010). Cabe destacar también que para este autor la intersubjetividad supone una discontinuidad o separación con el otro que hace posible la emergencia del Yo, porque ese espacio es propio de cada configuración vincular y, por lo tanto, irreductible solo a fenómenos de interacción.

La relevancia entonces de este concepto -intersubjetividad- es principalmente que rompe la lógica de la cura individual, representando un quiebre, separación, cambio o discontinuidad con la máquina de fabricación anterior. Un vínculo intersubjetivo como ley compartida, como enunciados de certezas que trascienden la singularidad de cada sujeto apareciendo un mismo ideal, como un espacio donde se pueden depositar culpas o como un espacio de articulación entre espacios psíquicos medianamente diferenciados. Las conceptualizaciones expuestas no son contradictorias con la tesis principal de los grupalistas, a saber, la grupalidad es anterior

a la individuación, razón por la cual parece ser interesante ahondar un poco en el concepto de grupalidad y su relación con la intersubjetividad.

### *Grupalidad*

Uno de los textos claves para pensar la grupalidad y la articulación e interdependencia entre grupo e institución es el texto de Bleger *El grupo como institución y el grupo en las instituciones*. En este texto Bleger (1971) profundiza sus teorizaciones sobre el concepto de sociabilidad sincrética o parte psicótica del grupo, la cual entiende como relaciones que son paradójicamente no-relaciones, es decir, no hay individuación, ni entre yo-no yo, ni yo-otro, ni entre cuerpo y espacio. Sin embargo, este tipo de sociabilidad está presente en todos los grupos y representa el vínculo más potente, pues sin él la interacción no sería posible. Esta sociabilidad suele depositarse en pautas y normas que representan seguridad, que son mudas y que rigen a los individuos, gracias a las cuales pueden formarse posteriormente pautas de comportamiento (Bleger, 1971).

De esta forma, Bleger entiende el grupo como “un conjunto de individuos que interaccionan entre sí compartiendo ciertas normas en una tarea”, pero también “es una sociabilidad establecida bajo un trasfondo de indiferenciación o de sincretismo, en el cual los individuos no tienen existencia como tales y entre quienes opera transitivity permanente” (1971).

Por institución entiende un “conjunto de normas y pautas y actividades agrupadas alrededor de valores y funciones sociales” (1971), y organización como una “disposición jerárquica de funciones que se realizan generalmente dentro de un edificio, área o espacio delimitado” (1971), siendo ambas depositarias de la sociabilidad sincrética. Así, un grupo siempre es un conjunto de instituciones que tiende a estabilizarse como una organización.

Con respecto al concepto de identidad, Bleger (1971) destaca que tanto la identidad del individuo como la del grupo se sostienen sobre una cierta inmovilización de los estratos sincréticos, donde los límites no existen, y por lo tanto la identidad no es en tanto individuo, sino en su pertenencia al grupo (entendida como dependencia en los niveles de sociabilidad sincrética). Ésta se opone a la identidad por interacción que se asienta en la sociabilidad por interacción, es decir, por los aspectos de la personalidad más diferenciados. Entonces, Bleger

señala que a mayor identidad sincrética mayor será la pertenencia y entre mayor sea la identidad de cada integrante menor será la pertenencia y la identidad grupal sincrética.

Entre ambos tipos de socialización o estratos se instala un clivaje que impide que entren en relación mediante la inmovilización de los aspectos sincréticos y la movilización de los aspectos integrados. Este clivaje comienza a ser problemático o antiterapéutico cuando la socialización por interacción, en los niveles de organización, se vuelven rígidos y estables creando estereotipia, la cual se basa en el control e inmovilidad de la sociabilidad sincrética con el objetivo de afianzar el clivaje y bloquear estos niveles. Bleger (1971) señala que cuando esto ocurre el grupo se ha burocratizado y representa el anti-proceso.

La tesis de Bleger (1971) es que es necesaria la movilización de los niveles sincréticos para un trabajo terapéutico más profundo, pero también más difícil y engorroso, porque “el ser humano antes de ser persona es siempre grupo”, su personalidad es el grupo.

En cuanto a las reacciones paranoides que pueden observarse más claramente al inicio de todo grupo, Bleger señala que es miedo

al encuentro con una sociabilidad que los destituya en tanto personas y los convierta en solo medio homogéneo, sincrético, en el cual uno no sobresalga en tanto figura (como persona) de trasfondo, sino que se sumerja en ese mismo trasfondo, lo que implica una disolución de identidad estructurada por los niveles más integrados del yo, del self o de la personalidad (Bleger, 1971, s.p).

Es un miedo a la inmersión en esa identidad grupal que desconocemos como tal, pero que “estuvieron presentes ya antes de venir al grupo y desde el primer momento del encuentro en el grupo” (Bleger, 1971, s.p.).

Además, Bleger (1971) señala que todas las organizaciones “tienden a tener la misma estructura que el problema que tiene que enfrentar y para la cual ha sido creada”, incluyendo las teorías y las terapias se organizan de esta forma para mantener el clivaje, incluso la sociedad misma instala clivajes, tales como sano-enfermo, normal-anormal, como formas de defenderse de su propia locura. De esta forma, “enajena, desconoce y trata como si fueran

ajenas y no le correspondieran (...) esta segregación y este clivaje se trasladan luego a nuestros instrumentos y nuestros conocimientos” (Bleger, 1971, s.p.).

Hay que tener en cuenta que los conflictos en niveles superiores jerárquicamente suelen aparecer en los inferiores, y que el staff técnico también es parte de eso. Por ello, Bleger (1971) señala que, al momento de realizar terapias en instituciones, la dinámica grupal aparece como una técnica, pero para utilizarla es necesario contar con una estrategia de intervención y de un diagnóstico de la situación de la organización, para así comprender cuáles son los niveles de burocratización y de clivaje entre los niveles (Bleger, 1971). Finalmente, el autor postula que respetar el clivaje en los grupos terapéuticos significa validar las segregaciones sociales, y con ello la concepción de enfermedad dominante.

Siguiendo a Foladori (2005), en la sociabilidad por interacción, de la que habla Bleger, hay una relación vincular con objetos internos, la cual señala que coincide con el momento de la libido objetal que describe Freud, y que, en cambio, en la sociabilidad sincrética aparece un fenómeno de simbiosis donde lo que está en duda es la existencia del ser, y eso precisamente es lo que Foladori reconoce como la grupalidad. La grupalidad es entonces un

estado primario de indiferenciación, en el que el cuerpo es aquel de la totalidad, en el cual las unidades no se han diferenciado aun apareciendo como una masa que puede presentar diversos grados de “coagulación” o “solidificación” según su propio desarrollo. Este estado es aquel con el que predominantemente comienzan los grupos, en los que se privilegia más el continente que los contiene que la función que realizan. Son estructuras muy primarias en las que domina la confusión producto de la fragmentación e incluso disolución de los elementos que aún no se articulan en unidades organizadas. Como los distintos roles no existen aún, prima un particular estado emocional angustioso con gran labilidad y que son organizados incipientemente por una serie de normas tácitas que rigen los primeros movimientos de discriminación. Se trata de una primitiva forma de organización donde prima lo preverbal y las gratificaciones autoeróticas (Foladori, 2005, p.20).

De esta forma, este autor (2005) plantea que la grupalidad podría ser anterior al psiquismo individual, y que lo que se reprime en los grupos que se constituyen es precisamente la grupalidad. Trabajar con el análisis de la grupalidad es el objetivo de las aproximaciones psicoanalíticas a las terapias grupales, es decir,

en un primer momento se trata de convertir lo preverbal en verbal, también mostrar las normativas tácitas que dan sentido al aquí y al ahora grupal, para complementar recortando los cuerpos (primer asiento del yo) en este progresivo tránsito hacia la des-fusionación” (Foladori, 2005, p.22).

Se entiende entonces que grupalidad aparece ligada a lo preverbal, “sincrético” y al parecer más arcaico, que no deja de estar presente cuando se trabaja en grupos y que su tratamiento parece necesario para evitar validar los clivajes sociales. La intersubjetividad sería el lugar donde esto ocurre. Sin embargo, para poder analizar estos conceptos se requiere de un dispositivo apropiado.

*En cuanto a la técnica: dispositivos de atención*

Waisbrot (2010) en su texto hace una búsqueda sobre el paso del encuadre al dispositivo. Este autor señala que Freud nunca utiliza la palabra encuadre, sino más bien se refiere a “la cura analítica”, o señala ciertas especificaciones en sus textos técnicos. En uno de estos textos se refiere a una situación ceremonial, como si se tratase de un ritual que genera o sitúa “un espacio-otro respecto a la vida cotidiana” (Waisbrot, 2010, p.59), donde se va a ejecutar la cura.

El autor (2010) luego se refiere a un texto de Bleger de 1966 donde señala que para que el proceso analítico funcione es necesario mantener ciertas variables de forma constante, como si fuera un telón de fondo. El encuadre sería este proceso establecido entre paciente y analista, un contrato que permite que se despliegue el proceso. Serían entonces las variables de tiempo, espacio y dinero las que habría que mantener constantes (Waisbrot, 2010).

Este autor señala que se usa más actualmente la palabra dispositivo que encuadre, y que dependiendo de cómo se piensen los conceptos de subjetividad, sujeto, vínculo y cultura,

sumado a cómo se entienda la transferencia, la asimetría de la situación analítica y los efectos de lo social en ese espacio, determinarán los límites y el funcionamiento del dispositivo (Waisbrot 2010).

La idea de dispositivo puede rastrearse en Foucault en la *Voluntad del saber*, donde incorpora esta noción en un sentido amplio (Waisbrot 2010). Para Foucault (citado en Waisbrot 2010), un dispositivo tiene que ver con algo que no puede sistematizarse en un procedimiento, con algo que no es fijo, y que incluye “discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo” (Foucault, M., 1976, citado en Waisbrot 2010, p.64).

Para Foucault (citado en Waisbrot, 2010) los dispositivos son entonces máquinas que hacen ver y hablar. Cuando señala que hacen ver se refiere a que cada dispositivo tiene un régimen que distribuye lo que es visible de lo invisible en el sentido de existencia del objeto, en otras palabras, sin esa luz el objeto no existe. Así, el dispositivo se concretiza en una disposición, es decir, “una serie de prácticas para hacer frente a una situación y conseguir un efecto” (Waisbrot 2010, p.64).

Entonces es necesario tener claro que cada dispositivo reproduce conflictos diferentes, y que por lo tanto en la clínica el dispositivo de atención individual del grupal también lo harán (Soza, 2006, p.26). La forma en que se manifiesta lo psíquico al estar en grupo también está presente en la vida cotidiana (familia, escuelas, etc.), sin embargo, para que pueda ser trabajado y pensado, “es necesario que lo que conforman estos grupos demanden a otro el instituir al menos un lugar (el del coordinador del grupo) sobre el que se despliegue el poder de escucharlos e interpretarlos” (Soza, 2006, p.26). De esta forma, es el dispositivo el que tiene la función de proteger ante el uso abusivo de poder por parte del coordinador o de quien se posicione en ese lugar de interpretar (Soza, 2006), pues para esta autora, la interpretación es hacer uso de la palabra para “abrir a la producción de nuevos sentidos”, por lo cual “siempre implica un ejercicio de poder y, por lo tanto, de violencia” (Soza, 2006, p.26).

En un dispositivo grupal la apuesta está en “desatar esos nudos que provocan un descontento y sufrimiento adicional al que las condiciones “objetivas” de la vida someten” (Soza, 2006, p.27). Siguiendo a Soza (2006), en el grupo se despliega un escenario trans individual, es decir, un espacio que hace evidente que la idea de que cada uno limita en su piel y de que el yo y el ser humano coinciden no es más que una ilusión. El trabajo psíquico de subjetivar una idea de sí no logra límites muy claros con el otro. Se intenta mantener la certeza de que uno es uno para no enloquecer y para poder tolerar los cambios, para lo cual las instituciones aportan un gran sustento (Soza, 2006).

Para esta autora (2006), lo trans individual desplegado en el dispositivo grupal está protegido en el encuadre, lo instituido, el cual permite explorar sus bordes.

Es así como el grupo a la vez que el yo siente angustia por la sensación de amenaza de sus fronteras, por la posibilidad de retorno a esas primeras vivencias de indiferenciación, por el reconocimiento de sus identificaciones, puede encontrar también la oportunidad para producir nuevos sentidos respecto de su historia construida en la relación con objetos (Soza, 2006, p.28).

Es en la inevitable relación con otros que se producen fenómenos que retornan al espacio relacional, caracterizados por ser primarios, primitivos e inconscientes. Estos fenómenos se ubican en fronteras compartidas no diferenciadas con el otro. La grupalidad es inconsciente y el dispositivo grupal es lo que permite que se muestre (Soza, 2006).

#### *La técnica del grupo operativo*

Como ya se mencionó, el grupo operativo es una técnica creada por Pichón Rivière, en la cual se explicita una tarea y el trabajo se centra en ella, lo que permite su ejecución y comprensión (Foladori, 2005). Para Rivière esto se justifica en que todo grupo se junta para hacer algo, ante lo cual aparecen siempre dificultades para llevar a cabo ese trabajo (Foladori, 2005). En este punto la idea de trabajo planteada por Rivière es esencial, señala Foladori (2005), pues sitúa al grupo en la realidad social y es lo que marca la diferencia con otros autores grupalistas. Sumado a lo anterior, el autor (2005) también señala que la idea de

trabajo permite el acercamiento a todos los grupos, pues a pesar de que lo que estén haciendo sea diferente, el trabajo es algo común entre todos ellos.

La acción de hacer un trabajo significa establecer una relación con el medio y modificarlo, en una relación dialéctica; y si el trabajo es lo que humaniza al ser humano, significa que entonces además de tener el efecto de modificar la materia bruta, también modifica a los sujetos que lo ejecutan (Foladori, 2005).

Operar es eso, hacer un trabajo, por lo que todo grupo es operativo, sin embargo, se denomina grupo operativo específicamente a un grupo que tiene un determinado modelo de coordinación, que precisamente remite a una forma de entender la grupalidad a partir de la teoría de Pichón Rivière, y que conlleva una metodología para entender el discurso grupal y una técnica de intervención (Foladori, 2005).

Esta idea de trabajo proviene del materialismo histórico, junto con una lectura de lo explícito y lo implícito, similar a lo manifiesto-latente (Foladori, 2005). La labor de la coordinación es explicitar lo que va ocurriendo entre líneas, lo cual produce que el grupo vaya tomando conciencia de lo que va ocurriendo en el trabajo, y de esta forma, el grupo mejora sus condiciones para trabajar y superar obstáculos (Foladori, 2005).

El otro aspecto que vale la pena mencionar es que el trabajo sitúa al grupo en una determinada realidad que le evita regresiones profundas. A diferencia de las teorías de psicoterapia de grupos más tradicionales como pueden ser las de Bion, la de Foulkes, las aportaciones de la escuela francesa de grupo de Anzieu, los americanos, todas estas teorías que también trabajan con una lectura de la latencia grupal, como trabajan básicamente centrados en la transferencia, producen regresiones importantes. Para el grupo operativo, el trabajo lo ubica en un plano de la realidad, o sea hay que poder ser operativo. Esto garantiza que no tenemos un grupo de bebés de pecho (como pueden plantear algunos exponentes de la escuela kleiniana), sino que tenemos un grupo de adultos, que están intentando ser adultos, o sea, un grupo que piensa” (Foladori, 2005, p.57).

Para Freud (citado en Cabrera, 2005) el trabajo del aparato psíquico está dado por su propia dinámica interna de fuerzas, que conlleva una tónica, una dinámica y una economía por parte del sujeto conflictuado, siendo productivo en principio. Sus productos son los sueños, los lapsus, los síntomas, etc. (Cabrera, 2005). Cuando los productos son pensados desde la intersubjetividad y la grupalidad, el síntoma puede ser grupal, así como puede llevarse en nombre de otros.

Cuando el grupo operativo busca el cambio significa que se requiere de un proceso de adecuación permanente, de una adaptación activa a la realidad, lo que representa un proceso complejo y ante el cual surgen conductas estereotipadas, las que dan cuenta de una dificultad para adecuarse a situaciones que son cambiantes (Foladori, 2005).

Se trata entonces de estar en constante cambio, pero de manera activa. Las respuestas pueden ser modificadas en la medida que se va señalando su inmovilidad, pero en relación con la estructura del grupo, es decir, cuestionando la utilidad de los estereotipos (Foladori, 2005). Cuando dichos estereotipos se cuestionan y se logran transformar, cambia con ello la forma de relacionarse con la realidad, lo que incluye además cambios en las relaciones interpersonales entre los integrantes del grupo, lo cual es relevante porque el cambio de estas relaciones implica también un cambio en el mundo interno (Foladori, 2005).

En relación con los aprendizajes, aumenta la capacidad de escucha sobre el discurso grupal, lo que al mismo tiempo produce una mayor escucha de uno mismo en la escucha de los otros, pues estos otros reflejan partes de mí (Foladori, 2005). El aprender a escuchar genera que el grupo pueda pensarse, debido a que todo pensamiento es grupal, no es posible pensar solo (Foladori, 2005).

Para comprender cómo sería posible implementar un modelo grupal de este tipo en la salud pública se retomará una experiencia ocurrida en España en los años 80'.

### *Corredores terapéuticos*

Este modelo de atención fue implementado en la localidad de Getafe, al sur de la comunidad de Madrid, y fue denominado Corredores Terapéuticos. Se trata de un dispositivo de atención

grupal a la salud mental que pretende plantear interrogantes y líneas de reflexión sobre su implantación en un servicio público (Duro, 1988). Se entiende dispositivo grupal desde la concepción operativa de grupo inaugurada a partir de Pichón Rivière, siendo el instrumento privilegiado de intervención el grupo operativo, y marcando la diferencia con otras técnicas (tanto psicoanalíticas como no analíticas). Cabe destacar que fue pensado decididamente desde una concepción grupalista, es decir, a partir de la idea de que el grupo es anterior al individuo, y que la individuación tiene que ver con un proceso de discriminación desde una entidad más amplia (Foladori, 2014).

El horizonte de la puesta en marcha de este modelo comunitario es la autogestión en salud mental, instalando un dispositivo en el sistema público con las extensiones políticas que esto involucra y cuestionando las prácticas individualizantes utilizadas en la mayoría de los servicios de salud mental (Duro, 1988)

Para lograr esto, se diferencia del modelo médico tradicional y paternalista, que pone énfasis en la dependencia del paciente al médico, pues en este modelo la cura es entendida como un cambio o transformación, para lo cual el papel del equipo es fomentar la toma de conciencia sobre las determinaciones grupales, institucionales, sociales, tanto conscientes como inconscientes, para así potenciar un aprendizaje activo y dialéctico con la realidad y el medio en el que se vive (Duro, 1988). Del mismo modo, al ser dispositivos grupales, disminuyen el binarismo de la relación médico-paciente, pues se incluye una forma de trabajo triangular que muestra que, en la práctica, las problemáticas de salud también dependen de otros más allá del técnico (Duro, 1988).

El grupo es entonces el objeto de estudio, el destinatario de las intervenciones y las prácticas (sociales e institucionales), porque se entiende que el grupo es el campo de articulación entre lo social y lo individual, lo que permite comprender las problemáticas psicopatológicas con sus extensiones sociales. De esta forma, el dispositivo presenta elementos fijos en relación con el encuadre institucional por el cual transitan personas que solicitan ayuda terapéutica (Bauleo et al, 1989). Los elementos estables son: la terapia como tarea grupal por medio de la cual se elaborarán los conflictos, los coordinadores como roles fijos, el espacio estable y el tiempo definido; siendo lo más característico que entran y salen sus integrantes, incluyendo

los coordinadores en períodos fijados en el encuadre, como la evaluación (Bauleo et al, 1989). Así, al transitar por el corredor cada uno va encontrando la terapia más adecuada (Foladori, 2014).

Concretamente, según Duro (1988), en este servicio existía una primera fase de recepción y evaluación, la cual era realizada por un administrativo del equipo, quien se encargaba de recoger los datos de identificación de quien se presenta como paciente, de quien realiza la demanda, el motivo de consulta y algunas observaciones. Se le explica al consultante el encuadre de la primera entrevista a la que queda citado, explicitando la consigna de que puede venir con todos los implicados en la situación conflictiva y transmitiendo la información recogida al profesional que realizará las primeras entrevistas. Este momento es relevante porque es el primer contacto del futuro “paciente” con la institución, razón por la cual el administrativo debe ser parte del equipo para asegurar su buen funcionamiento.

Siguiendo al mismo autor (1988), a las primeras entrevistas grupales (PEG) asisten todos los que han solicitado el servicio en grupos de 5 a 8 personas, a excepción de las intervenciones en crisis, los toxicómanos, demandas de pareja o de familias. En caso de que una persona manifieste que no quiere asistir a una PEG se realizan entrevistas individuales, aunque muchas veces esto se convierte en un obstáculo para un posterior grupo terapéutico (Bauleo, 1985). Dichas PEG son relevantes porque marcan desde un inicio la atención en un contexto grupal, tanto con la demanda como con la vinculación con el equipo, y han tenido muchos menos obstáculos de los que muchas veces se piensa en los servicios públicos, siendo la mayor problemática los bloqueos afectivos ligados a la formación de los profesionales (Bauleo, 1985).

Duro (1988) señala que al comienzo de cada entrevista cada integrante dice su nombre, profesión y situación por la que acuden, mientras que el/la entrevistador/a señala el encuadre. La consigna es que pueden contar todo lo que se les pase por la cabeza, cualquiera puede empezar, sumando a que se retoma el motivo de consulta. Se harán preguntas en relación con la historia de atención psicológica y psiquiátrica, y otros datos biográficos, fantasías de enfermedad, expectativas y fantasías de curación. Se recogen igualmente datos no verbales, como comportamiento del grupo, ansiedad, ubicación transferencial, etc.

En promedio cada persona que acudió a una PEG estuvo entre 2 a 3 sesiones, transformándose en un grupo abierto que tiene el propósito de evaluación de sus integrantes y la toma de decisiones en conjunto con respecto al camino que seguirá recorriendo cada integrante, que puede ser un alta o una derivación a otros grupos (pareja, familia, trabajo comunitario o derivación a otras instituciones). El trabajo con la comunidad, las juntas vecinales, las familias, los entornos laborales, etc., es relevante porque son en dichos grupos donde se generan las patologías, es decir, en la cotidianidad, por lo tanto, es precisamente en dichos grupos donde se deben aportar los conocimientos teniendo cuidado de no caer en los extremos: psiquiatrizar los problemas personales o negarlos con paternalismos (Duro, 1988).

Para que este dispositivo sea viable y funcione requiere de varios elementos, sobre todo para que sea rigurosamente terapéutico y evitar situaciones caóticas. Foladori (2014) señala las siguientes exigencias. Primero, la supervisión constante por especialistas ajenos a la institución, para así proteger a los profesionales de reproducir la locura propia de la institución y trabajar los aspectos institucionales y grupales implícitos. Segundo, realizar reuniones clínicas periódicas para discutir los casos y las decisiones a tomar para que el equipo esté informado y preparado en caso de eventuales derivaciones. Tercero, cuidar el clima laboral para que los profesionales puedan elaborar algo de la ansiedad que produce la coordinación, y que éstos puedan decidir sobre su estructura interna para garantizar su creatividad. Cuarto, cuidar la transferencia institucional, pues para desterrar el discurso paternalista, autoritario y burocratizado, se debe tener mucho cuidado con el lenguaje que se utiliza en todo momento, ya que la transferencia depende de todo el equipo y que se mantenga positiva es condición para la mejoría de los consultantes.

Para Bauleo y cols. (1989) el dispositivo se completa hacia afuera con la vinculación con otros grupos de la comunidad, y hacia adentro con la supervisión. Según Bauleo (1985) lo realmente importante para que un servicio pueda implementar un modelo distinto es el deseo de querer organizar un grupo terapéutico y un equipo. Hacer terapia con grupos es también entrar en la noción de grupalidad, la que hay que asumir, para lo que es necesario un proceso interno de cambio y elaboración de los propios estereotipos (Bauleo, 1985). Finalmente, como en toda implementación, la aplicación del dispositivo grupal requiere de una constante

investigación y análisis permanente basado en el momento en que se encuentre la institución, teniendo presente que el encuadre oscila dependiendo de las condiciones institucionales y de la contra transferencia de los coordinadores (Bauleo et al., 1989).

### *Trabajo con familias*

En los corredores terapéuticos se derivaba a trabajo con el grupo familiar si es que se llegaba a consultar como familia o en casos de adolescentes. En estos casos se realizaba una primera entrevista familiar, entendiendo al enfermo como portavoz de la enfermedad del grupo. En las siguientes entrevistas de evaluación se indicaba quién parecería conveniente que asistiera en función de lo expuesto en la primera reunión (Duro, 1988). Luego, en función del diagnóstico y de las disponibilidades terapéuticas, se puede sugerir tratamiento del grupo familiar, terapias individuales o ambas. Cabe destacar que la mayoría de las veces que se indica terapia familiar es en el caso de adolescentes y psicóticos (Duro, 1988); como también en situaciones que no impliquen situaciones jurídicas (Foladori, 2014).

## Capítulo 4: La familia

El estudio de la familia ha sido pensado desde distintas perspectivas y disciplinas. La palabra que la denomina proviene del latín y deriva de “famulus” que significa sirviente o esclavo. La antropología, por ejemplo, ha dado cuenta de que la familia se encuentra presente en un gran número de culturas, lo cual incita a preguntarse sobre su razón de existencia. Autores como Malinowski (citado en Pichón Rivière, 1977), insisten en que cualquier forma de organización necesita de la estructura familiar porque históricamente ha sido la unidad indispensable, es decir, no podría haber organización social sin familias. Otros autores, como Engels (citado en Bauleo, 1970) quien retoma los estudios de Morgan en su texto *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* señala que el cambio de filiación de la línea materna a la paterna tiene que ver con la problemática de la propiedad privada y la división de roles, y que este hecho representa la abolición del derecho hereditario materno y una derrota histórica para lo femenino, siendo el momento en donde emerge la monogamia como base de la estructura familiar fundada en el poder del hombre con la finalidad de procrear hijos, estar seguros de su paternidad y heredar sus bienes.

Levi-Strauss (citado en Bauleo, 1970) señala por su parte, que los roles de madre o hermano son muchas veces entendidos desde un enfoque biologicista, como si fueran intrínsecos al individuo y no producto de relaciones sociales. Del mismo modo, retomando ideas de Mauss sobre dar y recibir, estudia las relaciones donde lo central es el intercambio y lo relaciona con la exogamia (salida del grupo), pues la endogamia no permitiría una predeterminación de lo social por su imprevisibilidad, en cambio la exogamia “sería la propiedad de intercambiar un grupo con otro de manera que el grupo se pueda mantener como tal” (Bauleo, 1970, p.60). Así, la prohibición del incesto se fundamenta en los beneficios que puede tener para el grupo relacionarse con otros, lo que para Levi- Strauss representa el triunfo de lo cultural sobre lo biológico, ya que la razón primera de su prohibición no es que no pueda ocurrir, sino que va en detrimento de lo social.

Desde la sociología, estudios como los de Fanon (citado en Bauleo, 1970) muestran cómo los cambios sociales y políticos han influenciado y modificado la estructura familiar.

Khartchev (citado en Bauleo, 1970) postula que la familia, además de ser una institución social con características particulares, es también la expresión de las leyes de organización y de las características de una sociedad determinada. Este autor señala que para establecer una teoría del grupo familiar es necesario un abordaje interdisciplinario del fenómeno.

El análisis institucional también se ha dedicado a estudiar la familia. Las corrientes institucionalistas, que se conforman desde fines de los años 60, se dedican a pensar el problema del poder y de la violencia que genera, distanciándose de las aproximaciones psicológicas y de cualquier terapia familiar, pues se pretende alterar las relaciones de poder al interior de la familia sin psicologizarlo (Foladori, 2007). Es relevante clarificar que las relaciones de poder no pueden ser alteradas desde las terapias familiares porque se trabaja a nivel de los conflictos emocionales y comunicacionales (Foladori, 2007).

La vía institucional cuestiona la familia pues insiste en que se encuentra ligada a los estratos más conservadores de la sociedad, como también al control social y al ejercicio del poder político, por lo tanto, la forma en cómo se estructura actualmente cumple un papel central en el capitalismo, al igual como lo hace la propiedad privada (Foladori, 2007). De esta forma, siguiendo al mismo autor, la familia es antes una institución que un grupo, ya que desde su conformación en la pareja ha sido normada y autorizada por el Estado. En otras palabras, es el Estado quien autoriza a todas las demás instituciones pertenecientes al sistema, y la familia no se queda fuera de esto. Por esta razón es que el Estado norma de manera tal para mantener su hegemonía y aparecer como único e incuestionable (Foladori, 2007). Así, la familia, como institución, debe regirse por los parámetros establecidos por la legislación correspondiente, cumplir las normas señaladas para cada lugar (padre, madre, hijo, hija, hermano, hermana, etc.), y debe cumplir la misión de controlar a sus miembros (Foladori, 2007).

En cuanto a los mecanismos de control social que se ejercen, al ser una institución jerárquica, como todas las del sistema autorizadas, quien asuma como jefe tendrá la misión de hacer cumplir la ley, para lo que cuenta con disposiciones jurídicas que lo avalan (Foladori, 2007).

Estudiar la familia como una institución permite mostrar la naturaleza de las relaciones de poder que ocurren en su interior e intervenir para hacer manifiesto aquello que permanece

inconsciente (Foladori, 2007). Así, este marco referencial permite dilucidar las relaciones de poder que ocurren en la familia que no pueden ser abarcados por las terapias familiares porque van más allá que solo situaciones de afectivas, sino que más bien se trata de situaciones de violencia, es decir, ejercida desde un lugar donde es posible ejercer poder sobre otro.

Mendel por su parte, en su texto *La sociedad no es una familia* (1993) muestra cómo en los espacios laborales se replican lógicas de la institución familiar, lo que dificulta la apropiación del acto-poder en el trabajo. Para el autor, mientras que la familia se construye desde lo edípico, el grupo de pares lo hace a través del trabajo, lo que autoriza cierto ejercicio del poder sobre el producto creado.

Podría pensarse del siguiente modo: si el grupo familiar construye ser- ya que la familia siempre se es, en función de los deseos de los otros- el espacio de trabajo colectivo tiene que ver con la realización material, con el acto-poder en términos de tener. Los pares ya son, en tanto efecto del tránsito por una familia: ahora tienen que poder tener (Foladori, 2005, p.90).

En la misma línea, Deleuze y Guattari (1998) cuestionan el complejo fundamental planteado por el psicoanálisis, a saber, el Edipo. Es problemático porque Freud plantea su universalidad, pero en este punto se conecta la discusión con temas filosóficos profundos, como lo planteado en *El Anti-Edipo, capitalismo y esquizofrenia* escrito en 1972. Para estos autores (1998) el deseo es social, y mediante el análisis de flujos y movimientos de energía, se preguntan cuáles son sus condiciones y dónde puede encontrarse, siendo que en un extremo aparece el flujo libre, total indeterminación sin restricciones, esquizofrénico, y, por otro lado, un flujo restringido, paranoico, neurótico. Cabe puntualizar que cuando se refieren a la esquizofrenia es en relación con un proceso, no con la enfermedad, pues están teorizando sobre el vínculo entre el deseo y la sociedad.

Deleuze y Guattari (1998) critican a Freud porque al momento de liberar la libido de una noción superficial de objeto, la subordina a la reproducción heterosexual en la familia nuclear, que sería la forma correcta de expresar el deseo. Estos autores se preguntan (1998)

cómo liberar el deseo de la familia, pues el psicoanálisis bajo el capitalismo refuerza la represión del deseo en vez de liberarlo, mediante el postulado de que el Edipo es universal.

“¿Es Edipo una exigencia o una consecuencia de la reproducción social, en tanto que esta última se propone domesticar una materia y una forma genealógicas que se escapan por todos lados?” (Deleuze & Guattari, 1998, p.22). “La producción social es tan sólo la propia producción deseante en condiciones determinadas” (p.36).

Con este movimiento, el psicoanálisis descubre la producción deseante, pero inmediatamente la encubre con un nuevo idealismo, sustituyéndola por un “teatro antiguo”, es decir, por representación, por algo que solo puede expresarse (Deleuze & Guattari, 1998). Así, para estos autores, la familia sería el entrenamiento perfecto para crear al sujeto sumiso ideal del capitalismo.

Es necesario entonces revisar los marcos referenciales de las teorías, metodologías y técnicas utilizadas para abordar la situación familiar para evitar replicar la forma institucionalizada hegemónica del Estado y sus mecanismos de control desde el lugar del que se trabaja (Foladori, 2007).

### *Las terapias familiares*

En cuanto al psicoanálisis, un primer movimiento que Eiguer (1987) destaca en la historia de las terapias familiares, es cuando el concepto de lo familiar deja de estar centrado en una madre patógena y un padre inadecuado, para sustituirse por el entendimiento de la familia como una totalidad. Esta evolución se produce principalmente en Estados Unidos, lo cual se refleja en un dispositivo que ahora reúne a todos sus integrantes, y en la técnica, se centra en las problemáticas en relación con la esquizofrenia y a las patologías graves. Además, la comunicación como factor relacional adquiere mayor relevancia y se sostiene que el síntoma adquiere sentido como un mensaje dirigido a otro, radicando el problema en la decodificación del código.

En la misma línea, Stierlin (1986) señala que en la terapia familiar cada integrante del grupo aparece como un elemento parte de un círculo en interacción, donde cada uno con su conducta

influye al otro. Si bien el paradigma familiar tiene puntos de encuentro con el psicoanalítico individual, como el énfasis en la significación de conflictos profundos, o los objetivos terapéuticos como la modificación estructural o la capacidad de amar y trabajar, etc., también hay marcadas diferencias, principalmente porque el paradigma familiar atribuye una mayor importancia a los vínculos familiares reales, es decir, a la facticidad de las relaciones familiares (Stierlin, 1986).

Cabe destacar también que varios de estos estudios coinciden con algunas teorías de grupos, lo que produjo que varios pensadores de dicha corriente comprendieran la importancia de aplicar sus conocimientos al grupo familiar (Eiguer, 1987). En este punto se ubican los estudios de Pichón Rivière, ante lo cual Bauleo (1970) considera oportuno profundizar en estas teorizaciones porque representa pasajes o puentes entre estructura familiar y enfermedad individual.

De esta forma, situando a la familia como estructura social básica que se configura a través de roles diferenciados, es que Pichón Rivière (1977) afirma que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal. El funcionamiento de la familia proporciona un marco para las diferencias, es decir, objetiviza los roles básicos de padre, madre e hijo, que le permite funcionar, mientras que, si las diferencias son negadas, se modifica su configuración esencial. Al sostener dicha afirmación propone como punto de partida la relación entre enfermedad mental y grupo familiar, entendiendo la enfermedad mental como la enfermedad del grupo familiar, es decir, de la unidad básica de la estructura social, siendo el enfermo el que ocupa el rol de portavoz o emergente de esa situación (Pichón Rivière, 1977). Estos planteamientos tienen repercusiones en la práctica inmediata, en el diagnóstico y en el pronóstico (Bleger, 1986).

Según Pichón Rivière (1980) para obtener una descripción del cuadro clínico interno de un paciente es necesario poner atención en los distintos tipos de relación que el paciente establece con cada miembro del grupo familiar, ya que, en última instancia, las tensiones del grupo familiar están en relación directa con la aparición del emergente. Esto quiere decir que para comprender un delirio es necesario investigar las fuerzas que actúan en su medio grupal. No se trata de una causalidad directa y mecánica, sino que gestáltica, en el sentido de que

son todas las tensiones las que hacen surgir el emergente, como si fuera un todo que actúa a través de la familia.

Mientras tanto en los años 80' en Europa aparece un resurgimiento de las interrogantes en relación con la familia desde el psicoanálisis. Lebovici, Lemaire y Ruffiot intentan pensar la terapia familiar desde el lenguaje y el grupo fantasmático, utilizando como referente los estudios sobre los grupos, debido a que la escucha es muy similar (Bauleo, 1970).

Ruffiot conceptualiza el aparato psíquico familiar, donde los integrantes utilizan sus partes diferenciadas como las no diferenciadas para la interacción (Bauleo, 1970). Además, sostiene la hipótesis de que existe una grupalidad inconsciente en el amor, es decir, que la pareja presenta en su funcionamiento una dimensión grupal, debido a que en el estado amoroso ocurre una efracción de los límites del yo que dan acceso a una nueva intersubjetividad, la cual describe como un espacio de creación auténtica, no reducible a simples repeticiones, cuyo objetivo no es más que la búsqueda de lo grupal (Ruffiot, 1984). Además, el amor se inscribiría en el espacio originario, el que para el autor no puede ser sino un espacio grupal.

Otras investigaciones formulan que el objeto-grupo familiar está presente dentro de la psique de cada miembro de la familia. Las tesis de Boszormenyi-Nagi (citado en Bauleo, 1970) aparecen inscritas en la tradición analítica, específicamente dentro del movimiento grupalista, señalando que en el proceso de maduración ocurren dos tipos o más de funcionamiento del "nosotros familiar", uno amorfo y uno diferenciado. El estado amorfo, sincrético o indiferenciado, entendido como la grupalidad familiar, es muchas veces catalogado como una regresión con respecto al modelo de autonomía (Eiguer, 1987). Otros autores, como M. Bowen (1974, citado en Eiguer, 1987) también hablan de dos fuerzas o estados diferenciados dentro de la familia, uno que tiende a la unión y otro a lo contrario.

Para Eiguer (1995) pensar una teoría familiar requiere de ciertos supuestos. Primero, debe ser específica, diferenciando el psiquismo individual del grupal, y diferenciándose también de otros grupos terapéuticos. Segundo, debe tener diversas entradas, hallando su confirmación en la práctica de la terapia familiar para confirmar su aplicabilidad; y tercero, debe tener coherencia, siendo compatible con la metapsicología individual.

En cuanto a la compatibilidad con los supuestos de la metapsicología individual, Eiguer (1987) analiza especialmente la transferencia, la contra transferencia y los vínculos familiares, en relación con la intersubjetividad familiar, la cual entiende como el

lugar de los antepasados, la transmisión de los rasgos culturales a través de generaciones, la idea del superyó cultural, la actividad fantasmática de los padres en tanto portaestandartes de los rasgos y ese superyó, representan muy ricos indicios del interés que el fundador del análisis puso en lo familiar (Eiguer, 1987, p.25).

Entonces, para analizar los vínculos familiares, Eiguer (1987) señala que lo primero que hay que entender es que estos se conforman en base a investiduras recíprocas entre sus integrantes, tanto narcisistas uniformizadoras, como libidinales de objeto. Estas fuerzas comunes sostienen el vínculo y le dan presencia (Eiguer, 2008). Además, en los vínculos familiares emergen elementos de tipo originario y arcaico, como también producciones inconscientes entre los miembros de la familia, que circulan y se intercambian entre ellos, lo cual a su vez favorece las fantasías recíprocas. También aparece lo transgeneracional, lo cual les permite a sus miembros sentirse unidos a los otros mediante una referencia de identidad que es sólida y estable (Eiguer, 2008).

Eiguer (1987) además sostiene que los vínculos en las familias tienen un estatuto inconsciente y convencional. Inconsciente debido a que los vínculos con la familia actual están inspirados, generalmente, “en los vínculos vividos y fantasmaticados por los padres en la relación con los miembros de sus familias de origen” (Eiguer, 1987, p.139), y convencional, porque cada vínculo es atravesado o instituido por una norma social, la que admite o prohíbe ciertas conductas y regula los modos de relación. Para Bleger & Bleger (1959) esto serían los roles, los que funcionan otorgando un equilibrio dinámico que se estructura principalmente en torno a las categorías de edad y sexo, pero también sobre ciertos roles fijos, siendo el factor más relevante que otorga estabilidad al grupo familiar. Para Foladori (2017) a pesar de que muchas veces estos roles tengan por momentos roles fijos, con el tiempo irán evolucionando.

Eiguer (2008) también destaca que es importante examinar cada vínculo por separado, es decir, los filiales, los fraternales, los de pareja, etc., en relación con sus funciones específicas

y en relación con lo transgeneracional. Cada uno de los vínculos está en intersubjetividad recíproca con el grupo, y si hay algún quiebre en alguno de ellos, se verá representado en la alteración de las tareas o funciones de alguno de los miembros, pues las funciones no necesariamente son rígidas. Es así como el autor (1987) concluye que solo una visión intersubjetiva, como la que proporciona la teoría grupal del vínculo, proporciona un marco adecuado para entender las relaciones familiares.

Sumado a las teorizaciones realizadas por Eiguer, Loncan (2008) profundiza el tema de los elementos que emergen y circulan en los vínculos familiares, lo cual les otorga especificidad y la diferencia de otros grupos. Así, esta autora sostiene que las fantasías, los mitos y los sueños son útiles para el diagnóstico y la evaluación del funcionamiento psíquico familiar, porque son formaciones organizadoras de la intersubjetividad familiar y muestran la grupalidad psíquica.

Con respecto a la fantasía, su mínimo común denominador es la fantasía primaria, que tiene cuatro formas: castración, escena primaria, vida uterina y seducción (Loncan, 2008). A estas cuatro fantasías Freud agrega la novela familiar (Foladori, 2002). Esta última es un primer intento de historización y representa la estructura internalizada del grupo familiar, cargada de historia sobre los orígenes (Foladori, 2002). Del mismo modo, representa la internalización de las normativas presentes en la institución familiar, siendo también la historia institucional de cada sujeto que es protegida para mantener su identidad (Foladori, 2002).

Para Freud dichas fantasías son universales y representan un patrimonio filogenético enmarcadas en un proceso de transmisión (Foladori, 2002). Para Loncan (2008) es precisamente su universalidad lo que les otorga su función organizadora en la familia, pues vuelven a recalcar el origen común y lo compartido, oponiéndose a las ilusiones de individualidad (Foladori, 2002). Estas ideas hacen pensar en una naturaleza grupal y también pueden encontrarse en Anzieu y aplicadas a la familia en Ruffiot (Eiguer, 1987)

Por otro lado, el mito aparece como un organizador cultural, que cuando son compartidos son vehiculizados y organizadores en creencias, las cuales “se prestan particularmente a la

interpretación por su cercanía con los sueños y las fantasías” (A. Green, 1992, citado en Loncan, 2008). “Necesariamente conscientes en su expresión formal, se anclan en el inconsciente donde encuentran sus orígenes y conceden un conocimiento profundo de los aspectos culturales, sociales, grupales y familiares del funcionamiento psíquico” (Loncan, 2008), pues provienen del inicio de los tiempos, explican el mundo y el origen de la humanidad, apoyándose en el pasado y en lo sagrado, otorgan representaciones que son útiles para todos, y que son necesarias para el mantenimiento de los vínculos entre sujetos de un mismo grupo (Loncan, 2008).

La experiencia acumulada en otras épocas se registra de alguna forma en el aparato psíquico y permanece más allá de los límites del tiempo. Permanece y se manifiesta ahora no como una experiencia tangible sino como herencia cultural, en tanto mitos que dan cuenta de los orígenes del hombre. Constituyeron en su momento experiencias concretas y aunque no se articulan en las historias personales actuales como tales, de todos modos, están presentes y marcan a través de su influencia, ciertas tendencias en el fantaseo humano y en la lógica del sistema de represión (Foladori, 2002).

Loncan (2008) señala que en la familia hay ciertos mitos que operan como fundadores con respecto al origen de la familia, lo que contribuye a la pertenencia y promueve la génesis del “sí mismo familiar”. Sí mismo familiar: “incluye el sentimiento de pertenencia, el hábitat interior y el ideal del yo familiar” (Eiguer, 1987, p.150). Estos mitos, según la autora (2008), vehiculizan lo que define el estilo de vida de la familia y los pensamientos que indican la naturaleza de sus asociaciones, lo que las mantiene y lo que las destruye. Así también son instrumentos de transmisión, que principalmente cumplen la función como “factores de protección que ayudan a constituir la identidad familiar y, como tales, a la propia identidad del sujeto” (Loncan, 2008). Los mitos sirven como recurso narcisista que protege ante factores ambientales destructivos, y sin ellos podrían producirse despersonalizaciones o “un mayor o menor vaciamiento del sí mismo familiar” (Loncan, 2008).

Así, esta autora, en base a su experiencia, postula que es muy difícil individualizar los mitos, y que la ausencia de éstos es un indicador de rigidez en los vínculos en formas patológicas;

del mismo modo, si vuelven a emerger, es posible interpretarlo como un signo de progreso en la terapia.

Con respecto al sueño, al ser sustancialmente individual, cuando se cuenta en una terapia familiar adquiere lugar para ser trabajado, poniendo atención en los efectos que produce en el grupo (Loncan, 2008). En cualquier caso, la autora sostiene que el trabajo terapéutico con las familias debe apuntar a promover la fantasmática familiar.

Estas tres estructuras aparecen mezcladas en la terapia psicoanalítica familiar y, siendo tanto grupales como individuales, aparecen como universales porque son una experiencia común (Loncan, 2008). Si esta universalidad predispone a compartir, las fantasías pueden hacer eco en otros, como también promover asociaciones, en especial la fantasía primaria, pues puede considerarse como el prototipo base de lo que puede ser inmediatamente compartido (Eiguer, 1987). Así, el mito familiar predispone al grupo a compartir, siendo el encargado de la pertenencia familiar (Loncan, 2008). De esta manera, en el espacio intersubjetivo de la familia son depositados los mitos, las fantasías originarias, y es el lugar donde también aparecen sueños (Loncan 2008).

*¿Cuál es el objetivo de las terapias familiares?*

Para Bauleo (1970) al enfrentarse a un grupo familiar la ideología siempre se hace presente, tal vez porque los mismos conceptos de salud y enfermedad son conceptos ideológicos, lo que lo lleva a preguntarse si la cura sería un pacto entre el terapeuta y la familia, lo que acarrearía cierta complicidad. Luego señala que podría ser que una forma de romper con esto sea que la familia efectúe un corte con un ideal propio, el que se impone como una fuerza moral sobre ella, para poder pasar a comprenderse a sí misma como un todo relacional.

El logro radica en que los vínculos familiares efectúen un pasaje a vínculos sociales, es decir, la ruptura de un mito y el situarse en la red de relaciones en las cuales y con las cuales tienen conexión dentro del contexto social en el que se desenvuelven. (Bauleo, 1970, p.104).

Como se ha podido dar cuenta en las líneas anteriores, la familia es el lugar donde se conforman los principales sustentos de la identidad, como también es el lugar donde primero se aprende a socializar para luego participar en otros grupos (Foladori, 2017; Stierling, 1986; Eiguer, 1987). Dado lo anterior, autores insisten en que sus particularidades representan “posibilidades para la terapia y la prevención de perturbaciones psíquicas” (Stierlin, 1986, p.21), pues su objetivo principal es “experimentar y superar los conflictos en su lugar de origen” (Stierling, 1986, p.25), “particularidad única que no se da en otros encuadres terapéuticos” (Foladori, 2017, p.27). Se sostiene así la tesis, por un lado, de que resolver los conflictos con el grupo de origen, que sería la familia, tendría buenos resultados, además de ser preventivo.

Por otro lado, Eiguer (1987) retoma los escritos de Ruffiot (1981, citado en Eiguer, 1987) quien señala que la autonomización de los sujetos sería la finalidad de la terapia, ante lo cual Eiguer (1987) se pregunta si dicha afirmación no sería más que una toma de partido, pues “¿es este un proceso por el cual los vínculos interpersonales se estrechan más aún o, por el contrario, se transforman en favor de un desarrollo del sentido de independencia?” (p.13).

Para Pichón Rivière (1985) la familia es una institución indestructible que nunca llegará a desaparecer, ya que “sus roles son permanentes, legítimos, propios de cualquier cultura, y se han mantenido en toda la historia de la humanidad” (s.p.), por lo tanto, lo que habría que hacer es “investigar sus crisis y modificar la realidad familiar mediante técnicas sociales idóneas para lograr nuevas ideologías en esta institución, para ir perfeccionándola” (s.p.), hasta que se convierta en un centro de aprendizaje de la realidad con una amplia capacidad comunicativa.

Foladori (2007) señala que las terapias familiares han actuado implícitamente bajo una ideología familiarista, es decir, con el supuesto de que la familia es lo ideal o lo bueno en sí, ya que representa la base de la sociedad y, por lo tanto, no puede ser cuestionada. Esto ha llevado a que se presente el modelo de familia burguesa como universal para intentar comprenderla, sin tener en cuenta el contexto sociopolítico (Foladori, 2007).

Lo que parece un punto de encuentro en esta discusión, es que la autonomización o la diferenciación de los sujetos se asocia a la salud, y representa el objetivo de las terapias grupalistas.

## Discusión y Conclusiones

Las terapias individuales han reinado en la salud pública junto al modelo neoliberal durante muchos años. Sin embargo, con el término oficial de la dictadura se elaboran nuevos planes de salud mental con enfoque comunitario, intentando retomar lo grupal porque representa el modelo con mejores resultados según la evidencia hegemónica. De este modo, en los capítulos previos se pudo dar cuenta de cómo es que lo grupal aparece como la principal técnica a utilizar para cumplir las metas del Ministerio de Salud en el ámbito de la salud mental, sin embargo, dichas metas parecen utópicas si están ligadas a un presupuesto deficiente como el actual, sumado a la falta de formación de los profesionales en esta área.

Además, se pudo apreciar cómo es que el enfoque comunitario, al no tener sustento teórico que dé cuenta de las diferencias sociales y de su dependencia política, no puede desmarcarse de los movimientos del poder y termina siendo utilizado en favor de éste. Esto se traduce en que es utilizado por el Estado para crear políticas públicas por medio del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual sigue manteniendo las mismas lógicas de funcionamiento que antes de su implementación, es decir, sigue seleccionando las intervenciones en base al criterio de eficacia versus costo, no problematiza el uso del etiquetamiento médico, y por ende tampoco la patologización individual. En otras palabras, la concepción de salud del PNSM no ha cambiado, pues sigue entendiendo la salud y la enfermedad como pares antinómicos, lo que evidencia un clivaje social en donde lo enfermo debe ser identificado y controlado.

En términos prácticos, el Plan Nacional de Salud mental y psiquiatría fomenta las intervenciones grupales, especialmente con el grupo familiar, pero sin ninguna especificidad de cómo se entenderá al sujeto ni de las metodologías a utilizar, por lo tanto, se transforma en un campo de aplicabilidad donde cualquier intervención grupal puede ser útil, quedando finalmente al criterio de los profesionales.

Este problema cobra relevancia para la disciplina porque son los y las psicólogos y psicólogas los principales implementadores de las políticas públicas del Estado en el servicio de salud

mental, ante lo cual se propone que el psicoanálisis desde sus teorizaciones grupales podría aportar claridades.

Así, en la búsqueda de una terapia grupal que tenga suficiente sustento teórico como para poder desmarcarse de las determinaciones sociopolíticas del modelo neoliberal, es que se sostiene que el psicoanálisis puede proporcionar un marco simbólico adecuado a las diferencias y la singularidad del malestar de los sujetos. Por esta razón, y en relación con el primer objetivo específico, se profundizó en los supuestos epistemológicos de las terapias psicoanalíticas grupales, haciendo un recorrido que explica cómo es que el concepto de intersubjetividad rompe con la lógica individualista propia de la mecánica interna del psicoanálisis, y otorga así sustento a nuevos dispositivos de intervención.

Autores como Eiguer, Pichón Rivière, Aulagnier o Kaës son revisados para comprender el concepto de intersubjetividad, quienes lo entienden como un vínculo intersubjetivo, como ley compartida, como enunciados de certezas que trascienden la singularidad de cada sujeto apareciendo un mismo ideal, como un espacio donde se pueden depositar culpas o como un espacio de articulación entre espacios psíquicos medianamente diferenciados.

En complemento con este concepto aparece el de grupalidad, el cual se refiere a un estado de indiferenciación, donde los límites del yo no están claros. Es una primitiva forma de organización, volviendo a aparecer al comienzo de cualquier grupo, y caracterizado por un sentimiento predominantemente angustioso. Así, según estas teorizaciones, el grupo sería anterior a los individuos.

Un giro en la teoría que le otorgue relevancia a los conceptos mencionados implica cambios también en su dispositivo de atención, el cual se distancia cada vez más de la cura individual. Así, es que en dicha búsqueda se presenta como posibilidad, acorde a las exigencias teóricas, el dispositivo del grupo operativo.

De esta forma, siguiendo el segundo objetivo específico, se justifica su elección por medio de una descripción de sus particularidades, entre las cuales se señala que el grupo operativo es una técnica que permite visibilizar las concepciones de salud dominantes, además de evitar

grandes regresiones al ser un trabajo centrado en la tarea, situado en un contexto y un tiempo determinado. Esto ocurre gracias a que la cura ya no se entiende del lado de las instituciones, sino más bien del lado del sujeto como un cambio o transformación, lo que permite que éste pueda entender las particularidades de su sufrimiento. Así, al estar centrado en un trabajo, que es la cura colectiva, promueve un trabajo en conjunto por parte del grupo.

Para complementar la justificación de su elección, es que se recogió una experiencia donde este dispositivo fue utilizado en la salud mental pública en España en los años 80', la que fue conocida como Corredores Terapéuticos. Se trata de un dispositivo de atención grupal, en la que se utilizó principalmente la técnica del grupo operativo, con el propósito de plantear interrogantes y líneas de reflexión en este sistema.

Cabe destacar que dicha experiencia tuvo como horizonte la autogestión en salud mental, y pretendía cuestionar las concepciones de salud dominantes y las prácticas individualizantes que son utilizadas en la mayoría de los servicios de salud mental. Fue una experiencia exitosa que marca antecedentes en relación con la técnica del grupo operativo.

En relación con el tercer objetivo, que corresponde a analizar lo distintivo del trabajo terapéutico con familias, es relevante señalar que en los Corredores Terapéuticos se derivaba a terapia familiar solo en ciertos casos, por ejemplo, si la familia llegaba a consultar o en casos de adolescentes y psicóticos, excluyendo a las familias que estuvieran atravesadas por situaciones jurídicas. En otros casos, se privilegia el abordaje terapéutico con otros grupos de la comunidad, debido a que lo ideal es que sean grupos de pares, y la familia por su jerarquía no cumple ese requisito.

Sin embargo, en Chile el debilitamiento de la vida social promueve que la familia aparezca como un espacio protegido y fomentado, entre otras cosas, por las políticas públicas. La familia parece un grupo seguro porque mantiene la jerarquía propia de su similitud con el Estado, lo que la distancia de otros grupos que se oponen a la institución y pueden criticar las relaciones instituidas (Foladori, et al., 2006). No parece casual entonces que sea la familia el grupo elegido como principal destinatario de las intervenciones grupales por el sistema público.

La familia ha sido estudiada por disciplinas como la antropología o la sociología, las cuales la comparan con otras culturas y llegan incluso a cuestionar su existencia. Se cuestiona también el papel que cumple la familia dentro del capitalismo, debido a que autores como Deleuze y Guattari señalan que, junto con la propiedad privada, son sus pilares fundamentales. Además, el análisis institucional ha enfatizado en el tema del poder, y de cómo la familia es una institución antes que un grupo, señalando también que el tema del poder no puede ser abordado por las terapias familiares porque no se trata de problemas a nivel de conflictos comunicacionales o afectivos.

Otras distinciones que se pueden hacer con respecto a la familia desde una mirada grupalista, es que es un grupo en donde aparecen con mayor fuerza fantasías originarias, mitos y sueños que tienen que ver con el origen. Es además el grupo donde Freud, el fundador del psicoanálisis, sitúa el complejo de Edipo, el cual tiene un papel relevante en su teoría, por lo tanto, son aspectos que vale la pena mencionar y pensar. Deleuze y Guattari por su parte, critican el Edipo porque señalan que es una forma normalizar el deseo, como una manera de universalizar una forma de deseo propia de la familia burguesa hetero-normada. Estos son aspectos distintivos del trabajo con familias que se consideran necesarios a tener en consideración al momento de comenzar a trabajar con dicho grupo.

Desde la técnica del grupo operativo el trabajo con familias se centrará en la tarea de la cura de alguno de sus integrantes, que es el portavoz de la enfermedad familiar. Si la cura se entiende como un cambio o transformación, como la toma de consciencia sobre las determinaciones (tanto sociales, como institucionales y familiares), y si la grupalidad está presente en todos los grupos, incluyendo a la familia, quiere decir que las terapias familiares deben apuntar a movilizar la grupalidad para lograr este objetivo, por medio de hacer consciente lo inconsciente.

El objetivo de los grupos operativos con familias sería entonces la diferenciación de los sujetos, partiendo de la premisa de que los grupos son anteriores al individuo. Sumado a esto, tomando en cuenta las teorizaciones revisadas en torno a la familia, es que se puede concluir que es relevante alejarse de concepciones familiaristas que entienden a familia como algo

bueno en sí o como un ideal, debido a que esta postura invisibiliza las relaciones de poder que atraviesan la institución familiar, como también el papel que cumple cada sociedad.

Además, pareciera que el tema de la identidad, diferenciación y autonomización de los sujetos requieren de una mayor profundidad filosófica, ya que se menciona que son pilares fundamentales en el sujeto, pero al mismo tiempo Deleuze y Guattari (1998) se niegan a entender la identidad como una esencia, lo que abre nuevas posibilidades de pensamiento.

Así, el trabajo con familias desde el grupo operativo en la salud pública en Chile tiene la ventaja de tener las posibilidades de ser implementado en los servicios de atención primaria y secundaria, debido a que el enfoque comunitario lo permite, y porque tiene sustento teórico y clínico. Terapias con otros grupos, pero con la misma técnica también podrían implementarse, aportando su capacidad de análisis de las concepciones de salud dominantes, como también la experiencia de que el síntoma puede ser grupal, es decir, que está en relación con otros.

Sin embargo, no todo es familiarizable, y ocurre muchas veces que en casos de violencia es muy difícil que el grupo familiar pueda reunirse. Es por esta razón que se sostiene que las terapias familiares deben limitarse a ciertos casos, como de adolescentes o psicóticos, y promover al mismo tiempo otros grupos de tratamiento que no tengan la misma estructura que el Estado, para que así puedan cuestionarlo. Además, la limitación tal vez más importante podría encontrarse en la falta de profesionales formados en esta área, ya que la educación universitaria aborda los conflictos principalmente de manera individual.

Otra limitación aparece en relación con el tema de que muchas de estas familias están judicializadas, lo que no hace más que complicar el trabajo, lo cual podría ser abordado en mayor profundidad en otra investigación.

Finalmente, este trabajo es un proyecto pionero que requiere ser complementado con experiencias prácticas que permitan dialogar y visualizar los obstáculos y proyecciones de una propuesta como ésta, donde la participación es la que moviliza la cura.

## Bibliografía

- Aceituno, R., Hiriart, G. M., & Molina, Á. J. (2012, August). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. In *Anales de la Universidad de Chile* (No. 3, pp. ág-87).
- Alfaro, J. & Zambrano, A. (2009). Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 275-282.
- Aulagnier, P. (1988). El contrato narcisista. *La violencia de la Interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Aveggio, R., Araya, C. (2016) Intervenciones psicoanalíticas en instituciones de salud en Chile.
- Bauleo, A. J. (1970). Ideología, grupo y familia. Kargieman.
- Bauleo, V. L. B. A., De Brasi, H. C. J. C., Pavlovsky, A. M. F. C., & Saidón, M. P. O. (1985). LO GRUPAL 7.
- Bauleo, A. Duro, JC-Vignale, R. (1989). La idea y la práctica de los corredores terapéuticos. Lo Grupal, 7.
- Bassi, J. (2015). Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales. *Manual de supervivencia para estudiantes de pre-y posgrado*.
- Berenstein, Marticorena, Maruco (1970) Psicoterapia de grupo familiar: una aproximación teórica.
- Bleger, L.; Bleger, J. (1959) Grupo familiar: psicología y psicopatología
- Cabrera, P. (2005) El concepto de trabajo en psicoanálisis.
- Cabrera, P. (2012). Actualidad de las piezas de museo: Freud y la ecuación etiológica ampliada. *Revista de Psicología*, 21(1), ág-135.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1998). El Anti-Edipo: capitalismo y esquizofrenia.

- Duro, J. (1988). Salud Mental: contribuciones a nuevas prácticas comunitarias. El Servicio de Salud Mental en el Centro Municipal de Getafe. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8(25), 237-244.
- Eiguer, A. (2015). El legado de Pichón Rivière. En H. Foladori, 2015 (Compilador), *Intervención Grupal y poder*. Chile: Cuarto Propio.
- Eiguer, A. (1987). Parentesco Fantasmático: Transferencia y contra transferencia en terapia familiar psicoanalítica.
- Eiguer (2008) La familia desorientada: un psicoanálisis para una familia en mutación. Recuperado en: <https://psicologiagrupal.cl/?p=536>
- del Rosario Martínez, N., Silva, L., Sepúlveda, G., & Soto, K. (2008). OBSTÁCULOS PERCIBIDOS POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL NUEVO MODELO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL. *CUADERNO DE TRABAJO Otoño 2008*, 42.
- Foladori (s.f.) Los paradigmas de la clínica psicoanalítica. Recuperado en: <https://psicologiagrupal.cl/?p=527>
- Foladori (2002) Novelas familiares o la historización de la familia. Recuperado en: <https://psicologiagrupal.cl/?p=461>
- Foladori, H. C. (2005). *Grupalidad: teoría e intervención*. Santiago de Chile: Editorial Espiral.
- Foladori (2007) El poder en la familia. *Psicología para América Latina*, (9).
- Foladori, H. (2014). *Desbordes del Grupo Amplio*. Santiago de Chile: Espiral.
- Foladori (2017) *Pensar en grupo. El trabajo de cooperar*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Freud, S. (1908) La novela familiar del neurótico. *Obras completas*, 2, 1954-1955
- Kaës, R. (2010) *Un singular grupal*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.
- Keselman, H. (1986). *Aprendiendo a observar en escenas. Grupoanálisis aplicado y operativo*.

- Le Breton, D. (1995). Antropología del cuerpo y modernidad/Anthropologie du corps et modernité. Nueva Visión.
- Leiva, A. (2006) Grupos, subjetividad e institución en los sectores populares. En H. Foladori, 2006, (Compilador). *Intervención grupal en el ámbito comunitario*. Localidad: Editorial
- Loncan, A. (2008). Fantasías, mitos y sueños: del individuo a la familia.
- Mendel, G., (1993) La sociedad no es una familia, Paidós, B.A.
- Ministerio de Salud (2017) Plan Nacional de Salud Mental. Recuperado en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 346-358.
- Pichón Rivière, E. (1977). El proceso grupal. Ediciones Nueva Visión.
- Pichón Rivière, E. (1980). Teoría del vínculo.
- Ruffiot, A. (1984) La pareja y el amor. De lo originario a lo grupal
- Stierlin, H. (1986). Terapia Familiar, Gedisa, BA, 1986 Capítulo 1: ¿Por qué tiene sentido hablar con toda la familia?
- Conversaciones con Enrique Pichón Rivère sobre arte y locura. Recuperado en: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/social/robertazzi/Zito%20Lema%20-%20Conversaciones%20con%20Enrique%20Pichon%20Riviere.pdf>
- Sánchez Escárcega, J. (2001). El psicoanálisis grupal no es un psicoanálisis individual en público, el problema de la interpretación en el grupo. *Rev. Subjetividad y cultura*, 16, 63-78.
- Sepúlveda, L. (2003) Marie Langer y los grupos en la Nicaragua Sandinista. En H. Foladori, 2006, (Compilador). *Intervención grupal en el ámbito comunitario*. Localidad: Editorial.

- Soza, P. (2006) En torno a los conceptos de grupo y grupalidad. En H. Foladori, 2006, (Compilador). *Intervención grupal en el ámbito comunitario*. Localidad: Editorial
- Taylor, F., & Rey, J. F. (1953) El tema del chivo emisario en la sociedad y sus manifestaciones en un grupo terapéutico. Recuperado en: <http://www.psicologiagrupal.cl/documentos/articulos/chivo.htm>.
- Vargas Hernández, J. G. (2007). Liberalismo, neoliberalismo y postneoliberalismo. En revista Mad. N°17, septiembre 2017. Departamento de Antropología, Universidad de Chile. Recuperado en: [https://revistamad.uchile.cl/17/vargas\\_04.pdf](https://revistamad.uchile.cl/17/vargas_04.pdf)
- Waisbrot, D. (2010). Variaciones y vacilaciones del dispositivo psicoanalítico. *En Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Psicoanálisis de las configuraciones vinculares*, 33.