

Jordi Sala Morell (ed.)

PSICOTERAPIA FOCAL DE NIÑOS

Una aplicación del modelo psicoanalítico
en la Red de Salud Pública

Amèlia Chancho, Enrique Ger, Carme Miquel,
Abdon Montserrat, Roser Noguera, Carme Ríos,
Encarna Sánchez

Colección Psicoterapias
PSICOTERAPIA FOCAL DE NIÑOS – Una aplicación del modelo psicoanalítico en la Red de Salud Pública

Primera edición: julio de 2013

© Fundació Sant Pere Claver
© Jordi Sala (Ed.), Amèlia Chancho, Enrique Ger, Carme Miquel,
Abdon Montserrat, Roser Noguera, Carme Ríos, Encarna Sánchez

© de esta edición:
Ediciones OCTAEDRO, S.L.
Bailén, 5, pral. – 08010 Barcelona
Tel.: 93 246 40 02 – Fax: 93 231 18 68
octaedro@octaedro.com
octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-9921-405-4
Depósito legal: B. 14.439-2013

Impresión: Novagràfik S.L.

Impreso en España – *Printed in Spain*

Sumario

Presentación	9
Agradecimientos	11
Prólogo	13
Prólogo a esta edición	17
Introducción	23
1 Del psicoanálisis a la psicoterapia focal	31
2 Método y técnica	51
3 Diagnóstico y focalización	81
4 Indicaciones	115
5 Desarrollo del tratamiento en relación con la focalización (I)	139
6 Desarrollo del tratamiento en relación con la focalización (II)	153
7 Finalización. Objetivos terapéuticos y temporalidad	171
8 Para una formalización conceptual	185
Conceptos básicos	189

Prólogo a esta edición

Es para mí una satisfacción presentar este libro que viene a ocupar un lugar importante entre aquellos de que disponemos sobre psicoterapia de niños y adolescentes, ya que se trata de un estudio original, o más bien de una investigación llevada a cabo por un equipo de ocho psicoterapeutas de niños, que a lo largo de muchos años han elaborado conjuntamente su tarea terapéutica y sus posiciones teóricas en el marco de la asistencia pública. Esto los ha conducido a revisar tanto su comprensión teórica como su quehacer clínico, incluyendo su concepto de focalización, y a desarrollar su propio método y su propia técnica, muy bien sistematizada y conceptualizada. Entre otros aspectos también revisados, cuenta su forma de entender las indicaciones y las contraindicaciones.

Estos ocho psicoterapeutas constituyen el equipo de la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica para niños y adolescentes (UPPIJ) del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.

Si bien el marco de referencia teórico de los autores y su pensamiento específico tienen su punto de partida en el desarrollo psicoanalítico clásico, por así decirlo, ellos no se cierran en él, sino que evolucionan para ofrecer una forma de comprender y de teorizar esta vertiente del trabajo psicoterapéutico renovada, válida y, cosa que me parece muy importante, adecuada en realidad tanto en la asistencia pública como en la privada. De todos modos, el resultado de este estudio va más allá de un modelo de tratamiento psicoterapéutico, en la medida en que da también lugar a una forma de entender la mente del niño, su funcionamiento y su evolución. Este modelo es aplicable a niños desde los cuatro años y, lógicamente, tiene una función curativa y también una función preventiva clara.

Los autores nos explican que sus primeros pasos estuvieron estimulados por la necesidad de encontrar herramientas para dar una respuesta terapéutica correcta y eficaz en la asistencia pública. Como una forma de situar su modelo de tratamiento, en el primer capítulo describen el marco teórico en el cual este se inscribe. De hecho, como nos recuerdan los autores, la preocupación por extender los beneficios del psicoanálisis a un grupo más numeroso de pacientes fue una preocupación desde el comienzo del psicoanálisis. Creo que con esta preocupación nos identificamos todos. Para dar una idea de lo extendida que ha estado esta preocupación desde los inicios del psicoanálisis, en este libro se ofrece un recorrido resumido por las psicoterapias breves de inspiración psicoanalítica. Sin embargo, los autores de este libro han ido más allá, hasta poder ofrecer recursos asistenciales, como decía, útiles tanto en la asistencia pública como en la asistencia privada. Esta aportación es muy de agradecer, ya que, como sabemos, las limitaciones con que nos encontramos en la tarea terapéutica no se dan solamente en la asistencia pública, sino también en la asistencia privada, donde no es para nada excepcional que nos encontremos ante el reto de ofrecer una intervención terapéutica válida con los escasos recursos que los padres ponen a nuestro alcance. Por supuesto, en la asistencia pública, estos recursos de que disponemos (especialmente tiempo para atender) dependen del órgano administrativo del que dependamos. Pero también en esta asistencia, como en la asistencia privada, aquello que finalmente podemos ofrecer, aquello que llega al niño y a la familia, depende en gran medida de los recursos mentales de los padres y de la familia, es decir, de hasta qué punto y de qué manera entienden el problema y lo que su hijo necesita, lo cual significa que depende de su mentalidad, que en última instancia es lo que determina sus prioridades.

Todo esto convierte este libro en una aportación valiosa para los profesionales de todos los niveles: nos parece útil para los expertos que quieran revisar su propio enfoque con la ayuda de la elaboración que ofrecen los autores. Sin duda, me parece de gran utilidad para los jóvenes por el desarrollo clínico y teórico que ofrece el libro, muy bien tejido y de aplicabilidad inmediata.

Además, el libro ofrece muchos fragmentos clínicos más o menos largos y algunos casos estudiados desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento. En ellos, creo que todo profesional podrá reconocerse por uno u otro motivo. Estos casos están explicados en un estilo muy didáctico que lo hacen de mucha validez para todos los profesionales que trabajan en este campo. Por ejemplo, en los capítulos 5 y 6 presentan y discuten ampliamente dos casos, para ofrecer una visión lineal de cómo

van evolucionando paciente y terapeuta en el uso y la explicitación de la focalización como herramienta de trabajo. Es interesante observar la función que asume el terapeuta en los distintos casos presentados, los matices y la forma que toma la relación terapéutica. Sin pretender referirme a todos, en algunos la función del terapeuta se sitúa en la línea de la evolución. Entonces es él quien tiene presente el crecimiento y las posibilidades evolutivas del niño y quien se encarga de estimular su desarrollo.

Además, entre muchas otras aportaciones clínicas útiles, este libro da también idea del carácter estructurante del diagnóstico, imprescindible para orientar todo el trabajo clínico desde el inicio y a lo largo del proceso posterior. Consideran que uno de los rendimientos del proceso diagnóstico es llegar a una focalización bien establecida y válida para la tarea psicoterapéutica. Consideran también que un foco general en la infancia sería el crecimiento mismo, la evolución. Un segundo foco sería el foco individual de ese niño y esa familia, es decir, el núcleo problemático que encalla la evolución.

Esta tarea conduce desde la primera consulta y el diagnóstico de presunción, a través de la formulación diagnóstica y de las distintas etapas clínicas, hasta el final del tratamiento. En este recorrido, los autores muestran a cada paso la razón de elegir esta o aquella respuesta terapéutica, sus ventajas y sus inconvenientes, lo que permite al lector hacerse una idea muy cercana y concreta del proceso de elaboración que siguen. Otro elemento que me parece también muy útil y muy válido, entre otros objetivos con fines didácticos, es el hecho de que, ante situaciones clínicas complejas, los autores exponen abiertamente sus dudas y sus dificultades e incluso sus errores. Esto permite al lector seguir en detalle el abordaje de las dificultades, la elaboración que estas situaciones complejas requieren, la evolución del pensamiento de los autores, las razones de cada decisión y hasta la forma como tratan sus propios errores y aprenden de ellos. Esta forma realista de presentar las dificultades en la tarea clínica me parece muy orientadora y generosa hacia los lectores, especialmente tal vez para los colegas jóvenes, que se encuentran así con la realidad palpable de que hay situaciones difíciles y hasta imposibles para profesionales de todos los niveles de formación.

A lo largo del libro los autores nos exponen las medidas técnicas que ellos utilizan en su práctica psicoterapéutica para incidir favorablemente en el desarrollo del pequeño. Al mismo tiempo nos advierten de que no hay un consenso completo entre ellos en su forma de entender todos los puntos de los que se ocupan, y que tampoco hay una disciplina de equipo. Ellos mismos dicen que en la elaboración «han discutido, han aprendido

y han llegado a un grado de consenso suficientemente significativo» como para poder representar al grupo. Me inclino a creer que la diversidad de que nos hablan, más allá de un obstáculo que podía lentificar, debe haber sido también una riqueza para el desarrollo de todo el trabajo. El hecho de que los autores hayan tenido que discutir los distintos puntos hasta hallar suficientes aproximaciones entre ellos, debe estar en la base de algunas de las cualidades del libro, entre ellas, de la apertura de miras que se respira a lo largo de él y del hecho de que la teoría y el método se conserven vivos y en reelaboración.

Producto de esta apertura, los autores no han dado por definitivo ningún punto de los que han trabajado en el proceso de elaboración que constituye el libro. Por el contrario, anuncian al lector una continuación de este proceso, que se proponen publicar en un futuro no lejano. Este anuncio nos estimula el vivo deseo de contar próximamente con la continuación de este estudio.

Otro punto interesante en relación con la focalización lo encontramos cuando los autores explican que si al inicio se plantearon esta forma de trabajar con el objetivo de ahorrar tiempo y atender el máximo número posible de pacientes, posteriormente han llegado a considerar que el abordaje focalizado tiene más funciones que el relacionado con el tiempo. Con este punto, al igual que con muchos otros, estamos completamente de acuerdo, ya que en realidad en el trabajo clínico descubrimos que hemos de saber cuál es el foco de nuestra tarea desde el inicio para que esta esté estructurada, y que, si no sabemos cuál es el foco, vamos dando tumbos desde el inicio.

Además, consideran que estas adaptaciones del método y de la práctica clínica, si están suficientemente estructuradas y diferenciadas, constituyen un método específico de tratamiento con sus indicaciones y contraindicaciones propias, y una técnica claramente diferenciada. Nuevamente hallamos aquí la capacidad de conceptualizar su propia práctica clínica y el pensamiento propio de los autores.

Los mismos autores dicen que tratan de presentar su modelo bajo la forma de una agrupación más o menos coherente de hipótesis y notamos su preocupación por exponer de manera clara los principios sobre los cuales basan su práctica psicoterapéutica y por hallar medidas técnicas que incidan favorablemente en la evolución del niño. Por último, nos aclaran que no pretenden ofrecer un manual modélico de práctica psicoterapéutica, sino el modelo de ellos, su manera de concebir la tarea y de trabajar con niños. Esto conduce a que traten de elaborar y describir una teoría mínima y un método vivo y en transformación constante que

van desarrollando en su práctica. Por todo esto consideran que su forma de realizar su tarea constituye un método específico de tratamiento con técnica de características propias. Con esta descripción que hacen los autores de su propia forma de realizar su tarea no puedo estar más que de acuerdo.

En el ejercicio de esta técnica, los profesionales ven al niño una vez por semana entre nueve y quince meses. Aplican esta opción individual y focal a niños cuyas dificultades se diferencian suficientemente de las de sus padres y familiares. Entiendo que esta diferenciación es un indicativo de las posibilidades de evolucionar del niño y, por lo tanto, indican un pronóstico con factores favorables. Consideran que el tratamiento del niño tiene que ser paralelo a un trabajo con los padres, y en este sentido nos dicen: «al niño lo vemos solo, pero no lo entendemos aisladamente».

Los autores, refiriéndose a la duración del tratamiento, consideran que es más apropiado llamarlos focales, ya que en muchos ámbitos no los considerarían breves, y destacan la importancia de la focalización, es decir, de distinguir el área de funcionamiento mental y personal que requiere reorganización y de concentrarse en trabajar esa área.

Al final del tratamiento se replantean los objetivos terapéuticos en relación con lo conseguido y con lo que queda pendiente.

El libro está dividido en ocho capítulos, entre los que hallamos capítulos más conceptuales y capítulos clínicos en los que los autores presentan fragmentos clínicos comentados. Todos estos capítulos son interesantísimos, como decía antes, tanto para profesionales expertos como para profesionales jóvenes en la práctica clínicos.

Los capítulos conceptuales enmarcan muy bien la clínica y orientan acerca de las razones de esta forma de conducirla. En el segundo, capítulo dedicado al método y a la técnica, exponen detalladamente su método y su técnica, con los factores que consideran esenciales en la tarea. Así, por ejemplo, describen las características de la escucha que se requiere en su práctica psicoterapéutica, la actitud de neutralidad benevolente, la renuncia a intervenir en las decisiones de la vida del niño y también todo lo concerniente al material ofrecido al niño y otros aspectos de la técnica. Califican la experiencia que ofrecen al niño como experiencia emocional contenedora y al rol que realiza el terapeuta como objeto de transferencia, objeto de desarrollo y modelo de identificación. Estas diferentes ofertas están clara y detalladamente explicadas. Repasan funciones esenciales del terapeuta, como la empatía, y aconsejan una participación activa de este en la interacción con el niño, considerando no favorable una participación

demasiado pasiva que puede ser inquietante. En todo momento explican las razones en que se basa su forma de trabajar.

Al final, los autores explican la revisión de aquello que se ha hecho y aquello que ha quedado por hacer en relación a los objetivos y al proceso de duelo. En este capítulo explican también su forma de entender la patología del conflicto y la del defecto, ahora en relación a la terminación del tratamiento.

Me parece innegable que con esta presentación no hago justicia a la riqueza de este libro, que explica mucho más y mucho mejor lo que he tratado de presentar en este prólogo. Insisto en que lo que me parece más importante es la forma como están trabajadas la teoría y la clínica, y añadiré que la teoría surge claramente de la elaboración de la clínica y no es un elemento importado que se superpone a ella, como en ocasiones encontramos. Incluso se nota que ha habido una evolución a lo largo del tiempo en cuanto a la forma de conceptualizar la tarea. En el último capítulo, los autores vuelven a plantearse esta cuestión de la conceptualización y acaban el capítulo con una definición o explicación de conceptos habituales en psicología dinámica, que ellos definen según su forma de entenderlos. Estas explicaciones me parecen muy válidas para desmitificar el vocabulario usado en psicología dinámica, que a menudo ha tomado tales connotaciones que pierde la claridad de su significado.

Solo me queda desear a los autores todo el éxito que merecen por su tan elaborada aportación al terreno de la psicoterapia focal de niños y expresar mi deseo de que la continuación de este estudio y de la elaboración de los autores no nos haga esperar demasiado.

Eulalia Torras.

Psiquiatra de niños y adolescentes.

Psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP-IPA)

Introducción

¿Por qué un libro sobre la psicoterapia de niños que se basa en la focalización? En el equipo en el que este libro nace y se elabora nos hemos hecho esta pregunta en más de una ocasión. ¿A quién podría interesar? ¿No existe ya suficiente bibliografía sobre el tema? La noción misma de focalización en la infancia, ¿a qué corresponde? ¿Se trata de una modalidad realmente nueva o de una versión ligeramente modificada de un modelo psicoterapéutico de base psicoanalítica sin aportaciones significativas?

En nuestro trabajo clínico hemos llegado a la conclusión de que podemos decir cosas específicas sobre la focalización en niños, y si hemos llegado a esta conclusión es por la pura necesidad de usar con eficacia unos recursos asistenciales escasos. El esfuerzo que supone focalizar el trabajo terapéutico —especialmente cuando se dispone de poco tiempo— revierte siempre en beneficio de un trabajo más eficaz si sabemos hacer una indicación correcta.

Tal como nos recuerda Maria Victòria Oliva en el prólogo, la gestación de este libro se remonta a los orígenes del Departamento de Salud Mental de la Fundación Hospital Sant Pere Claver, y más específicamente dentro del grupo que se dedicaba a la asistencia en salud mental a niños y adolescentes. Los conceptos y las cuestiones técnicas que discutíamos hace ya bastantes años han tenido un proceso de elaboración y de contrastación lento y laborioso dentro del equipo; pero lo que exponemos en los capítulos que siguen lo hacemos desde el contexto actual y en el marco de un equipo de atención especializada en psicoterapia psicoanalítica de niños y jóvenes no sectorizada en un territorio concreto.

Dentro de nuestro ámbito realizamos una función de soporte a los equipos sectorizados de atención primaria, a los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ). Nuestra Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica para Niños y Jóvenes (UPPIJ) de Sant Pere Claver-Fundació Sanitària de Barcelona está formada actualmente por un grupo de ocho profesionales, psicólogos clínicos y psiquiatras, todos ellos especializados en tratamientos psicoterapéuticos de niños y adolescentes. La Unidad ofrece una variedad de técnicas terapéuticas que incluyen psicoterapia individual, tratamientos madre/padre-niño, tratamientos en grupos para niños y para padres, psicoterapia de familia, escenoterapia, tratamientos de pensamiento y comunicación y otros.

¿Un modelo basado en la focalización? Como es bien sabido, la ventaja de un modelo respecto a otras formulaciones teóricas más estables es su estatuto provisional, su movilidad y ductilidad. Es una manera de ordenar los conceptos y su articulación a propósito de una tarea específica. Además, es un ideal en el doble sentido de aquello a lo que tendemos y aquello a lo que quisiéramos llegar en nuestro trabajo, un ideal que no acabamos de conseguir nunca del todo. Tratamos de presentar un modelo bajo la forma de una agrupación más o menos coherente de hipótesis que articulan un modo de entender la mente del niño y sus funcionamientos con unas medidas técnicas para incidir en ellos favorablemente, curativamente.

En los capítulos que siguen trataremos de exponer en forma clara los principios sobre los que basamos nuestra práctica psicoterapéutica. No pretendemos ofrecer un manual modélico de psicoterapia focal en la infancia, sino nuestro modelo, la manera que tenemos de concebir y trabajar con los niños. Hemos discutido ampliamente en el equipo el texto que ahora presentamos. No hay una coincidencia total en todos los puntos tratados, no hay una disciplina de equipo del tipo que sería tomar este libro como una doctrina. En el proceso de elaboración hemos discutido, hemos aprendido y podemos decir que existe un grado de consenso altamente significativo en las propuestas que hacemos. Podemos decir que refleja de un modo bastante adecuado las conceptualizaciones que vamos elaborando en el quehacer diario y en nuestra manera de trabajar en su conjunto.

Inspirados por nuestra experiencia y por la de terapeutas y psicoanalistas que nos han precedido, intentamos elaborar y describir una teoría mínima y un método que vamos desarrollando en el seno de nuestra práctica, un método vivo y en transformación que consideramos como una de tantas aplicaciones derivadas del psicoanálisis.

Recogemos en él conceptos básicos sobre la teoría, el método y la práctica clínica, que aunque tienen su raíz en la teoría y el método psicoanalítico se diferencian claramente de él. No se trata de proponer una modalidad de tratamiento psicoanalítico en forma abreviada o comprimida que se pueda aplicar de forma acelerada. Utilizamos los conocimientos sobre la mente y el desarrollo psíquicos que el psicoanálisis pone a nuestra disposición para aplicarlos a una forma de abordaje terapéutico adaptada a las posibilidades de un marco asistencial en el que el tiempo y la atención al mayor número posible de pacientes son factores críticos. Pasado un largo tiempo de experiencia, ya más de treinta años, podemos decir que el abordaje focalizado es algo más que un esfuerzo para ahorrar tiempo y recursos.

De hecho, entendemos que estas adaptaciones del método y de la práctica clínica, si conseguimos describirlas y organizarlas adecuadamente, constituyen en realidad un método específico de tratamiento con indicaciones y contraindicaciones propias y una técnica claramente diferenciada. Aclarar bien semejanzas y diferencias entre el método psicoanalítico y el método que se aplica en la terapia psicoanalítica focal –sea o no breve en el tiempo– ha de ayudar a evitar confusiones y mezcolanzas poco o mal articuladas que desvirtúan el método y sus posibilidades. En cada lugar lo que es adecuado y a cada cual lo que es pertinente.

El modelo teórico psicoanalítico que inspira nuestra práctica con niños se basa en la relación de objeto e implica una serie de premisas y asunciones básicas que intentamos recoger en capítulos posteriores, así como en el glosario de términos. Puede ocurrir que, queriendo hacer una exposición clara, organizada y manejable, tendamos a simplificar y a ser excesivamente sintéticos. Puede ocurrir que no seamos suficientemente justos con los autores que citamos respecto a la extensión que merecerían sus aportaciones, ni con la profundidad de la teoría subyacente.

Las insatisfacciones que nos quedan, y que también puede encontrar el lector, esperamos poderlas traducir en nuevas aportaciones que amplíen y mejoren este texto en un futuro no lejano.

Partiendo de este modelo comprensivo, el de la relación objetal, y también abiertos a nuevas aportaciones, suponemos que la problemática nuclear del paciente en el momento de la consulta –problemática que tendremos que abordar de manera focalizada– aparece ante nosotros como una constelación relacional específica, esto es, una faceta especialmente complicada de la relación de objeto predominante del paciente, con la presencia de conflictos internos y/o externos que causan sufrimiento y que

generan una serie de consecuencias psicopatológicas, a menudo reflejadas en los síntomas.

En nuestro contexto trabajamos mayormente con niños a partir de los cuatro años. El abordaje de niños más pequeños o de adolescentes tiene unas peculiaridades que no desarrollamos aquí, aunque la base de la teoría y algunos aspectos fundamentales del método son los mismos. Acostumbramos a realizar una sesión semanal con el niño durante un período aproximado de un año (entre 9 y 15 meses), un total de 40/50 sesiones aproximadamente. La secuencia de un año tiene relación con la estacionalidad, las vivencias que retornan. Es el tiempo en que puede desarrollarse, por ejemplo, un embarazo, pero también en el que hay un cumpleaños, una Navidad, un verano, un ciclo de la naturaleza, un curso escolar.

Por otro lado, conviene aclarar que aplicamos esta opción de trabajo individual focal a aquellos niños en los que, a través de las entrevistas diagnósticas, detectamos unas dificultades y necesidades de atención específica que le son propias, suficientemente diferenciadas de las de sus progenitores y otros miembros de la familia. Naturalmente, muchas veces esta indicación individual ha de ir acompañada de un trabajo paralelo con los padres o con la familia, sin el cual las oportunidades del cambio y mejora psíquica se verían seriamente comprometidas.

El niño no es un ser aislado, vive en familia, es receptor y a la vez proyector de emociones, conflictos, ansiedades diversas y actitudes defensivas de otros miembros de la familia. Lo vemos individualmente y lo vemos dentro de un marco familiar. Frecuentemente es portador con sus síntomas de toda la conflictiva familiar. La opción de tratarlo individualmente implica que necesitamos trabajar en coordinación con los equipos de atención primaria en salud mental que ya han ido explorando y trabajando con la familia. Lo vemos y tratamos solo en la medida en que sus problemas le pertenecen de manera diferenciada, pero no lo entendemos aisladamente. Lo hemos explorado en el seno de la familia, hemos hecho la indicación individual y damos por entendido que sin una continuación del trabajo con el entorno familiar, bien en nuestro equipo, bien en su centro de salud de referencia, nuestro abordaje y sus resultados pueden quedar seriamente comprometidos.

¿Focal? ¿Breve? ¿Focal y breve? Estos términos se han usado a menudo indistintamente o bien acompañando uno al otro. El término «breve» surgió en su momento en contraste con la longevidad del tratamiento psicoanalítico clásico. A pesar de ello, un tratamiento de un año de duración no se suele entender como breve desde la perspectiva de un servicio

público de asistencia a la salud mental. Creemos que es más adecuado hablar de «focal» en el sentido de que este término denota una característica esencial de nuestro abordaje. Del amplio espectro de la vida mental del que consulta, escogemos una parte, seleccionamos un área de intervención preferente en la que concentramos nuestros esfuerzos terapéuticos. Se dice –y lo compartimos– que todo abordaje breve ha de ser focalizado, aunque no todo abordaje focalizado tendría que ser necesariamente breve en el tiempo. Hemos vivido experiencias razonablemente exitosas de trabajo focalizado con niños afectados de trastornos generalizados del desarrollo, concentrando la tarea terapéutica sobre funciones básicas del *self* y sobre aspectos críticos de la organización de su personalidad, aunque hemos de añadir que en estos casos habría sido necesario disponer de períodos más largos de tratamiento.

Más allá de la función curativa trabajamos con la convicción de estar realizando una tarea preventiva de primer orden. Podemos decir que a veces curamos, otras veces detenemos situaciones involutivas y de deterioro, y otras estamos contribuyendo a crear un orden mental más estable que previene trastornos graves de la personalidad. En psicoterapia de niños no hay que olvidar nunca esta dimensión preventiva de la tarea, que ha de ser otro vector más que hay que considerar desde el mismo momento de la indicación.

Si algún lector tuviese dudas respecto a la entidad de este recurso terapéutico y de la preparación necesaria para realizarlo, esperamos que la lectura del libro le aclare que psicoterapia focal no quiere decir tratamiento condensado y sencillo, que no se trata de un sucedáneo de psicoterapia que se aplica como un mal menor y que se puede practicar con un mínimo de preparación. Contrariamente, se trata de una metodología compleja que requiere aprendizajes específicos. Entendemos que la formación y la supervisión de casos con un supervisor o en el contexto de una elaboración conjunta en grupo –además del tratamiento personal del terapeuta– son componentes indispensables para una práctica adecuada de la psicoterapia focal.

A medida que un profesional se va formando en salud mental cabe esperar que vaya adquiriendo un mayor grado de autonomía en la ejecución de su tarea. Pero la esencia misma de la materia con la que trabajamos, la salud y la enfermedad, es multicausada y esencialmente compleja, de modo que la elaboración de las hipótesis diagnósticas con las que trabajamos y la evaluación del curso del tratamiento a menudo sobrepasan las capacidades individuales de un profesional capaz y bien formado. En este sentido, creemos que el trabajo en equipo, además de ser una necesidad

en el quehacer diario, «es un derecho y un deber profesional, previene de la mala praxis, es impulsor del cambio y del progreso y es una inversión que produce réditos muy importantes», según palabras de David Clusa.

En el marco de trabajo en grupo intentamos, en este libro, hacer planteamientos realistas que den fe de la complejidad, de los beneficios y de las limitaciones del método. Los éxitos parciales y los fracasos nos han ayudado y ayudan a precisar y mejorar la técnica.

Del *psicoanálisis* a la *psicoterapia focal* hay un recorrido de unas cuantas décadas que intentamos presentar muy abreviadamente en el capítulo siguiente (cap. 1). No obstante, la preocupación por ofrecer tratamientos más breves a una población más extensa ha estado presente en el psicoanálisis desde su mismo inicio. Por supuesto que no se trata solo de llegar a un mayor número de pacientes, sino de hacerlo con un *método* y con una *técnica* adecuadas (cap. 2). Más allá de la intuición y del arte del bien hacer de cualquier terapeuta hemos de ser capaces de describir y aplicar modalidades específicas, hemos de ser capaces de llegar a *formalizaciones conceptuales* (cap. 8) que hagan el modelo contrastable y transmisible. Desde el *diagnóstico y la indicación* (cap. 4) hasta todos los demás momentos y aspectos del proceso.

Describimos la *focalización* (cap. 3) como una construcción a dos bandas –terapeuta y paciente, incluida su familia– que se hace desde el principio del *proceso diagnóstico* y que puede durar más o menos tiempo, inclusive puede llegar a alargarse cierto tiempo una vez iniciado el tratamiento.

¿Qué papel desempeña el foco en la mente del terapeuta y del niño en cada sesión? ¿Y a lo largo del recorrido terapéutico? Dedicamos los capítulos 5 y 6 a presentar y a discutir extensamente dos casos, a fin de ofrecer una visión lineal acerca de cómo van evolucionando terapeuta y paciente en el uso y en la explicitación de la focalización como herramienta de trabajo.

La *finalización* (cap. 7) del tratamiento remueve muchas ansiedades y muchas dudas. Obliga a replantearse los objetivos terapéuticos en relación con lo que se ha logrado y lo que queda pendiente. La temporalidad se impone y este hecho se ha de tener en cuenta y debe ser tratado convenientemente en beneficio del paciente hasta el último momento del tratamiento.

Esperamos aportar suficientes elementos en cada uno de estos apartados que interesen tanto al psicoterapeuta en formación como al experto en niños. Asimismo, deseamos que el terapeuta de adultos encuentre suficientes puntos de contacto y de contraste con la psicoterapia focal de

adultos para entrar a debatir los planteamientos que aquí hacemos. Nos queda mucho camino por recorrer y mucho trabajo por hacer.

Finalmente hemos de aclarar que en el planteamiento general del libro hemos creído oportuno acompañar los aspectos teóricos de una muestra abundante de material clínico, sin el cual nos hubiera sido mucho más difícil mostrar con claridad nuestra manera de trabajar y los principios básicos que la sostienen. Todo el material clínico ha sido convenientemente disfrazado en relación con los datos personales, a fin de preservar la privacidad de nuestros pacientes y de sus familiares.



1 Del psicoanálisis a la psicoterapia focal

El modelo que presentamos en este libro debe entenderse como una aplicación clínica del psicoanálisis. En este sentido somos deudores tanto de la teoría psicoanalítica como de buena parte de su teoría de la técnica. Asimismo, sabemos que nos beneficiamos de muchas elaboraciones y propuestas hechas en el campo de la psicoterapia focal desde hace ya un buen número de décadas.

Esperamos, a lo largo de este volumen, ir esclareciendo en qué aspectos nos parecemos y en qué otros nos diferenciamos del psicoanálisis y de otros enfoques de psicoterapia psicoanalítica.

Resultará útil, en este punto, hacer algunas consideraciones acerca de las bases del método y de los diferentes modelos de la mente que se han ido formulando a lo largo de una ya dilatada trayectoria del psicoanálisis con la finalidad de mostrar la línea de pensamiento que mayormente nos inspira.

BASES DEL MÉTODO TERAPÉUTICO PSICOANALÍTICO

Desde Freud se ha ido insistiendo en el hecho de que el psicoanálisis en sentido amplio abarca una *teoría de la mente*, un *método terapéutico* y un *método de investigación* de esa mente. Dada la naturaleza del objeto que tratamos de describir, en el presente texto nos limitaremos a exponer resumidamente algunos conceptos básicos.

Podríamos decir que toda la historia del psicoanálisis empieza con el descubrimiento del «carácter inconsciente de ciertos procesos anímicos

que son causa inmediata de síntomas patológicos» (Freud, 1905) y de sufrimiento. Freud comprueba que en sus pacientes la voluntad consciente no tiene una incidencia significativa en la modificación de aquello que aqueja a la persona, un malestar por el que acude a la consulta. De ahí nace la necesidad de encontrar un método para investigar dicho inconsciente, de manera que, conociéndolo mejor, se pueda acceder terapéuticamente a él.

En última instancia estamos frente al hecho que ha preocupado siempre a los psicoanalistas, esto es, la existencia de *conflictos* intrapsíquicos o, dicho de otro modo, de *estados mentales intolerables*. De acuerdo con este enfoque de Freud, la conciencia no puede soportar tener noticia de determinados *contenidos* mentales, de manera que la persona pone en marcha mecanismos de *represión*, enviando estos contenidos al inconsciente (*inconsciente reprimido*). No obstante, esta operación se paga al precio de un sufrimiento psíquico y de las molestias añadidas de los síntomas.

Freud se propone investigar estos mecanismos, y en esta dirección diseña un método de trabajo basado en la *libre asociación* del paciente y en la *atención flotante* del analista. Como era de esperar, el paciente se presta conscientemente a ser investigado por el terapeuta en la medida que el sufrimiento y la necesidad de alivio le impelen a ello, pero *sin querer se resiste* a esa investigación por medio de diferentes estrategias, diferentes mecanismos defensivos. Al principio, una vez Freud detecta el fenómeno de la *transferencia* y la puede describir, la concibe como un estorbo más a su empeño investigador: ¿qué sentido tendría distraerse con la persona del terapeuta cuando el objetivo es explorar los contenidos mentales del paciente? En cierta manera se puede decir que la corrección que Freud fue capaz de hacer, en el sentido de considerar la transferencia como un elemento a favor y no un obstáculo a la cura, fue de trascendental importancia. Implicaba considerar el funcionamiento mental no como un objeto de investigación en sí mismo, al que hay que investigar con unos métodos objetivos, sino como un fenómeno fundamentalmente relacional.

Freud observa que las condiciones que ha diseñado para el trabajo terapéutico favorecen la *regresión* y el establecimiento de una *neurosis de transferencia*. La neurosis que el paciente vive, en su día a día, con un considerable sufrimiento se desplaza y se recrea en el ámbito del tratamiento. Y entonces, ¿cuál sería la característica central de esta neurosis de transferencia? «Se trata de un proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos (personas), una repetición de prototipos infantiles vivida con un marcado sentimiento de

actualidad» (Laplanche y Pontalis, 1974). Como sabemos, el análisis de esta neurosis de transferencia y su explicitación al paciente por vía de su interpretación se convertirá en el elemento central en torno al cual se desarrollará la terapia psicoanalítica.

Este era, y es, un camino lleno de obstáculos, cuyo conocimiento gradual permitió a Freud ir delimitando y definiendo las resistencias del paciente al método que se le proponía. De esta manera, un fenómeno observable en la sesión –la resistencia a ser investigado según el método que el psicoanalista propone– dará lugar a desarrollos teórico-técnicos muy importantes que se concretarán en conceptos como represión, regresión, fijación y demás mecanismos y estrategias defensivas, conceptos de utilidad clínica cotidiana que a su vez devinieron conceptos clásicos de la teoría de la mente que sustenta el método.

Rangell resume la perspectiva curativa del psicoanálisis como la de un tratamiento dentro del cual «se establecen unas condiciones favorables para el desarrollo de la neurosis de transferencia, en la que el pasado se restaura en el presente con el propósito de que, a través de un ataque interpretativo sistemático a las resistencias que se le oponen, se llegue a la resolución de esta neurosis, transferencial e infantil, con la finalidad de provocar cambios estructurales en el aparato mental del paciente y así contribuir a que este sea capaz de una adaptación óptima a la vida» (Rangell, 1971).

En teoría, si no se establecía la neurosis de transferencia, no se cumplía el requisito necesario para que el tratamiento y la cura pudiesen proseguir su curso con éxito. Desde esta perspectiva, los pacientes que no eran capaces de transferir neuróticamente, es decir, los que transferían psicóticamente, no eran considerados aptos para el tratamiento psicoanalítico clásico.

Desde un principio, un elemento central de la técnica era la interpretación, sin duda, la cual iría fundamentalmente dirigida a hacer consciente lo inconsciente para, a través de este proceso, ampliar el campo del yo a expensas del inconsciente. Así, Freud concluye su 31.ª Conferencia Introdutoria describiendo el propósito terapéutico del tratamiento psicoanalítico como sigue: «fortalecer el yo, hacerlo más independiente del superyó, ampliar el campo de la percepción y su organización de manera que el yo se pueda apropiarse de nuevos fragmentos del ello. Donde había ello, debe haber yo» (Freud, 1933).

Esta es, solo parcialmente, nuestra perspectiva terapéutica. En el marco de nuestro modelo de psicoterapia focal no pretendemos establecer una neurosis de transferencia, ni pensamos en un ataque sistemático al sistema

defensivo del paciente, ni tampoco pensamos en provocar cambios estructurales en el aparato mental de los niños que tenemos en tratamiento. Dicho sea de paso, el psicoanálisis que se practica mayoritariamente hoy en día tampoco plantea un ataque sistemático a las defensas. Y si se continúa pensando en neurosis de transferencia y cambios estructurales, se suele poner más énfasis en la contención y comprensión de los estados emocionales, así como de la interrelación en el marco de la dinámica transferencia/contratransferencia.

En cambio, en nuestra tarea como terapeutas, y en el enfoque que proponemos en este libro, en efecto pensamos en el fortalecimiento del yo, en hacerlo más independiente del superyó, en ampliar el campo de la percepción de que el niño es capaz cuando llega a tratamiento, aunque procuramos no perder de vista que el alcance de nuestra tarea en el sentido que acabamos de definir es más restringido.

MODELOS DE LA MENTE

Schafer (2003) describe de manera concisa y muy ilustrativa cuáles son, a su entender, las contribuciones fundamentales de Freud. Estas aportaciones tratan de pulsiones instintivas, del principio de placer-displacer, de la necesidad del organismo a adaptarse a la realidad externa aceptando las limitaciones y el dolor infligidos por la frustración, la privación y el malestar físico. Tratan también del uso creciente del aparato mental innato en la tarea de conocer y testar la realidad externa y diferenciarla de la interna, de la fantasía y de los deseos. Y tratan de la represión y otros mecanismos de defensa, de prohibiciones y autocastigos. Y todo ello con la finalidad de explicar los esfuerzos y vicisitudes por las que pasa la persona, tratando de consolidar una manera de existir que sea viable y efectiva dentro de la realidad social de una familia y del entorno.

Dentro de esta exposición muy condensada vale la pena recordar que, de hecho, coexisten al menos tres modelos diferenciables: el modelo *afecto-trauma*, el *topográfico* y el *estructural* (Sandler *et al.*, 1972).

En el modelo *afecto-trauma* la patología es considerada como una consecuencia de hechos traumáticos que causaron una acumulación de cargas, digamos tóxicas, de energía que el aparato mental no puede tolerar. Los beneficios terapéuticos mayores serían resultado de alguna clase de descarga, alivio que el paciente podría obtener de comunicar al terapeuta el contenido y los afectos asociados a las experiencias traumáticas, reales o fantasmáticamente vividas. En este modelo, el tratamiento

consistiría en facilitar vías para la descarga catártica. Y la curación sería un resultado natural de la misma. Vale decir que no es de menospreciar el hecho de que una relación continuada con otro empático que escucha el malestar psíquico es beneficiosa, en el sentido de que alivia la carga de tensión psíquica implícita en los conflictos internos y externos.

En el modelo *topográfico*, la mente es concebida como un todo organizado en estratos: un sistema o estrato inconsciente al que se superpone otro consciente, con zonas intermedias de transición que solemos llamar preconsciente o subconsciente. En este esquema, la patología se puede interpretar como el resultado de unas fronteras demasiado rígidas, impermeables entre un sistema y otro, pero también como todo lo contrario cuando el inconsciente invade la vida consciente y la domina o cuando el consciente se impone como única realidad desligada de fantasías, deseos o temores. Cada sistema estaría regido por un principio: de placer el sistema inconsciente, de realidad el consciente. En este modelo, Freud desplaza el centro de atención de la realidad externa (experiencia traumática) a la realidad interna (conflictos planteados por las necesidades pulsionales e infantiles). La curación vendría dada por el proceso terapéutico de hacer consciente lo inconsciente perturbador. O también, podríamos decir, por un proceso de permeabilización adecuada entre estos dos estados mentales.

En el tercer modelo, el *estructural*, la mente es concebida como una organización de estructuras mentales diferenciadas que Freud, como sabemos, definía como ello, yo y superyó. Este enfoque entiende la patología como conflicto de estas instancias entre ellas y con el mundo externo. Aquí, el asunto relevante no es solamente si el paciente es consciente o no de un determinado deseo o temor, sino, también, qué funciones se ven comprometidas en el conflicto y qué papel juegan las demás en el conjunto. Así, por ejemplo, consideramos que en la experiencia de culpa el superyó tiene un papel central. Pero ¿qué rol tienen asignados el yo y el ello? En cuadros patológicos tales como la depresión y las organizaciones obsesivas ¿cómo se articulan, qué relaciones mantienen entre sí las tres instancias? Así acude en seguida a nuestra mente el escenario melancólico en el que el superyó, a menudo infiltrado de pulsión sexual masoquista, ataca sádicamente al yo, lo somete y lo anula. O también pensamos en la satisfacción de un superyó que impone escrúpulos y maniobras compulsivas sin fin en una relación de tortura insoportable para el yo. En este escenario, ¿cómo debería proceder el método curativo? El tratamiento debería ayudar al paciente a hacer más conscientes la dinámica de sus procesos patológicos y, en cierta manera, contribuir a tenerlos bajo con-

trol. «Donde había ello debe haber yo», según reza la fórmula propuesta por Freud. Es decir, donde había irracionalidad y pulsiones debe haber conciencia, mecanismos de elaboración, movilidad interna e integración.

En los tres modelos, las relaciones vividas en el pasado real y, en consecuencia, los conflictos y las estrategias emocionales a que dieron lugar tienen un papel muy destacado. La dinámica intrapsíquica se vería fuertemente influida por aquella historia infantil, traumática y conflictiva.

Como es sabido, Melanie Klein plantea un modelo que, partiendo de la teoría de la pulsiones de Freud, concibe el desarrollo mental como un proceso que se va generando a partir de la interacción entre la dotación innata del infante y las experiencias con el mundo externo, principalmente con los objetos primarios. Las experiencias buenas, es decir, lo que esta autora refiere como objeto bueno, pasan a ser el núcleo del yo alrededor del cual se irán organizando las sensaciones, percepciones diversas y experiencias vividas con el otro. Desde buen principio de la vida el recién nacido incorpora buenas experiencias y se identifica con ellas y con el objeto que las proporciona. En su mente incipiente va diferenciando un objeto bueno —al que se atribuyen todas la cualidades deseables— de un objeto malo, repudiable, del que uno tiene que protegerse en la medida que representa la frustración y todo aquello que es desagradable. Estas diferenciaciones son básicas para la estabilidad mental: el yo se organiza alrededor de las experiencias con el objeto bueno. Si estas primeras experiencias de la vida son más o menos adecuadas, si el bebé recibe un cuidado físico y afectivo de acuerdo a sus necesidades, de estas experiencias saldrá un yo suficientemente estable y fuerte, capaz de tolerar y procesar las ansiedades, imponiéndose el predominio de las pulsiones de vida por encima de las de muerte.

No obstante, estas experiencias primeras pueden verse alteradas por razones internas del bebé o de la madre/primer objeto y tener consecuencias lesivas para el desarrollo de la personalidad. De forma natural, la criatura se desprende y expulsa de sí aquellas experiencias que le resultan penosas. Usamos términos como que las escinde y proyecta, las anula, las niega o rechaza para dar cuenta del proceso mediante el cual el individuo desgaja el componente emocional de la experiencia con el objeto de hacer desaparecer el sufrimiento que se vincula a la misma.

M. Klein acuñó el término «identificación proyectiva» para explicar estos procesos, pero también lo consideró un mecanismo básico a partir del cual la persona se relaciona, se organiza y estructura su mente. A fuerza de simplificar podemos decir que el término da cuenta de dos aspectos contenidos en un mismo proceso: por un lado tenemos la *proyección* en

el otro (*objeto*) de aquellos sentimientos y aquellas partes intolerables del *self*. Por otra parte, la *identificación*, la asimilación de aquellos aspectos buenos y deseables del objeto.

Si Freud ponía énfasis en los contenidos intolerables a la conciencia, su represión y las consecuencias patológicas que derivan de este proceso, Klein resalta el sufrimiento intenso, la ansiedad que, siendo insoportable, pone en marcha mecanismos de escisión y de proyección que pueden tener consecuencias destructivas para la personalidad. Como es bien sabido, describe un sufrimiento paranoide y un sufrimiento depresivo. El primero caracteriza el tipo de ansiedad que predomina en la fase esquizoparanoide del desarrollo en la que el *self* padece por las agresiones, los ataques que pueda recibir del objeto externo (malo) o del superyó. En el segundo, la ansiedad dominante tiene más que ver con la preocupación del sujeto por el estado del otro, del objeto amado que al mismo tiempo ha sido atacado.

Se ha destacado que el conjunto de mecanismos implicados en lo que se conoce como *identificación proyectiva* sirven a una doble finalidad: organizadora y defensiva. ¿En qué momento mecanismos que están al servicio de la organización de las percepciones, los estímulos y el contacto con los demás devienen patológicos? Para la autora que estamos considerando, la patología tiene mucho que ver con el uso radical y extremo de la identificación proyectiva. En esta línea, la curación, grosso modo, tendría que pasar por la integración de lo escindido, juntamente con la recuperación de un objeto bueno alrededor del cual se habrá organizado el yo y la personalidad toda. Para que esto sea posible es necesario conseguir la reversibilidad de la identificación proyectiva patológica. El proceso de integración supone superar la *posición esquizoparanoide* a favor de la posición integradora por excelencia que es la *posición depresiva*.

En la sesión, los hechos narrados por el paciente son vistos desde el vértice de las escenas, los personajes y las relaciones entre ellos. En este modelo, los personajes son como nudos en una red de relaciones intrapsíquicas y los hechos narrados son un disfraz a través del cual el paciente comunica su realidad interna, una realidad ya dada que espera un intérprete que aclare su funcionamiento (Ferro, 1999).

En desarrollos posteriores, Bion enfatiza la necesidad y la urgencia que siente el bebé de proyectar estados mentales insoportables con la finalidad de que el objeto materno los incorpore y los modifique, o sea, que comience a hacer una función de transformación, que el bebé no puede hacer por su propia cuenta. Aquí el acento está puesto en la tarea que tiene encomendada el objeto, es decir, su función receptora y transformadora de los contenidos y experiencias emocionales del sujeto, en el

seno de una relación continente/contenido que implica a ambas partes. Esta función se desarrolla a través de la alternancia de movimientos que tienden a la integración y otros que lo hacen hacia la desorganización, paralelos a movimientos de oscilación entre la posición esquizoparanoide y la posición depresiva.

En este modelo, la enfermedad se entendería como un fracaso de los mecanismos de transformación de la experiencia. Es decir, como un fracaso de la función de contención que deben desarrollar continente y contenido, objeto y sujeto bien por una deficiencia receptiva de uno o ambos, bien por la intensidad de las proyecciones que rompen el continente. De ello resultaría un estancamiento rígido en alguna de las dos posiciones. En cambio, una interacción contenedora modificaría el exceso de escisión y proyección con movimientos tendentes a la integración y a la introyección. Se considera entonces saludable mantener un grado razonable de fluidez y bidireccionalidad de las posiciones, es decir, un buen diálogo entre ellas. El diálogo entre posición esquizoparanoide y posición depresiva implica la capacidad de articular lo desarticulado y viceversa a fin de hacer pensables los contenidos emocionales. Caper (1999) destaca cómo la personalidad que recibe sus propios estados mentales pero ya modificados por el objeto, no solo introyecta el estado mental, ahora más digerible, sino también la función contenedora misma. Por este proceso la persona mejora su capacidad de autocontención. Como fácilmente se puede ver, estos principios tienen consecuencias muy directas para la teoría de la técnica y para nuestro trabajo terapéutico.

Se ha destacado lo acertado del espíritu científico de Freud, atento a los desarrollos y al estado de las ciencias de su tiempo con las que pretendía comparar y equiparar al psicoanálisis, una nueva ciencia por la que reclamaba y exigía un estatus igualmente digno y respetado como el del resto de ciencias naturales. En esta línea recogemos las opiniones de Imbasciati (2006), quien considera que buena parte del prestigio científico del psicoanálisis, las tres cuartas primeras partes del siglo xx, se debía a la habilidad de Freud de plantearlo como una ciencia edificada sobre unas premisas básicas compartidas por otras disciplinas científicas, lo que permitió un reconocimiento y un diálogo fructífero con la psiquiatría y neurología de su tiempo.

En los últimos años, las neurociencias y las ciencias cognitivas han conseguido buenos y remarcables desarrollos. Por ejemplo, el cerebro ya no se entiende como un aparato con energías bioeléctricas, concepción que en cierta manera equivaldría al modelo freudiano de la teoría energética pulsional. Hoy en día, el sistema neuronal se entiende como un

sistema que procesa información capaz de automodificarse, un sistema que se va desarrollando y construyendo en interacción con el medio, o sea, como un sistema que tiene una predisposición a desarrollar ciertas funciones, más que otras, de acuerdo al tipo de interacciones que efectúa con su medio. Este esquema, aplicado a la mente, podemos describirlo como un sistema en construcción que se desarrolla de acuerdo con el tipo de relación de objeto que establece. Imbasciati entiende que la teoría y la terapéutica basada en la relación de objeto es la que –dentro del campo psicoanalítico– está en mejor posición para dialogar, comparar y establecer puentes con las neurociencias y las ciencias cognitivas del siglo XXI. Más concretamente afirma que, en el caso de Bion y del movimiento postkleiniano, esto es especialmente cierto teniendo en cuenta que estos autores ponen un énfasis especial en las adquisiciones del primer tiempo de la vida y en la construcción y organización de las funciones mentales como respuesta a las primeras experiencias de relación, es decir, como resultado de procesar las primera «informaciones» (experiencias sensoriales) dentro del marco de una relación objetal. Así, sin declararlo, el psicoanálisis basado en la teoría de relaciones objetales compartiría una premisa básica implícita en las posiciones y descubrimientos sobre el funcionamiento neuronal y el procesamiento de las experiencias hacia el desarrollo de funciones cognitivas.

MENTE Y DESARROLLO

Freud tenía un pensamiento evolucionista y, en consecuencia, estaba convencido de la necesidad de una teoría general del desarrollo para poder explicar los cuadros psicopatológicos, que entonces habrían de ser explorados y evaluados desde la óptica de una desviación de la normalidad descrita en el modelo. Los procesos de desarrollo han interesado desde siempre a los psicoanalistas. Así, Freud (1905, 1914) describió el desarrollo psicosexual por etapas (oral, anal, fálica, genital), y el libidinal según una línea madurativa de elección de objeto (autoerótica, narcisista, objetal) que eran concebidos como estadios sucesivos de un movimiento que debía de ser lineal progresivo para considerarse dentro de la normalidad.

Desde entonces, otros modelos del desarrollo han destacado unos u otros aspectos de la diferenciación y la organización mental. Citemos solamente de paso algunos más relevantes desde el punto de vista del trabajo psicoterapéutico con niños y que han enriquecido la perspectiva genética psicoanalítica: Anna Freud se centraba en las líneas del desarrollo

del yo y de sus mecanismos de defensa dentro de la evolución normal y a-normal de la personalidad; M. Klein ligaba el desarrollo instintivo al desarrollo de las relaciones interpersonales primarias describiendo las conocidas posiciones esquizoparanoide y depresiva; E. H. Erikson abordaba el estudio del desarrollo psíquico desde una perspectiva psicosocial y planteaba la identidad como un logro trabajoso, en términos amplios, dentro de los diferentes estadios del ciclo vital; M. Mahler describía el desarrollo desde el vértice de la dependencia/autonomía, y concebía al infante transitando desde una fase de autismo normal a otra simbiótica, para llegar a un proceso posterior de separación/individuación. Por su parte, Winnicott destacó la importancia del objeto transicional como un intermediario imprescindible en el proceso de separación e individuación del sujeto, objeto transicional que acabaría teniendo un papel importante en todo el proceso de simbolización.

Hay muchas clases de tratamientos basados en la relación y la palabra que se inspiran más o menos en las ideas de Freud y de sus continuadores. Desde los comienzos del siglo xx han pasado muchos años y se ha hecho mucho trabajo. El método ha evolucionado. Nuevas maneras de entender y tratar los trastornos mentales se han ido desarrollando dentro del psicoanálisis y sus aplicaciones como en el seno de otras disciplinas. En nuestro ámbito no podemos dejar de nombrar las aportaciones a la comprensión de la psicopatología y el desarrollo arcaicos (Corominas, 1991, Corominas *et al.*, 2010); sobre el desarrollo de la afectividad y su regulación (Ende, 1988, 1990); sobre el desarrollo y evolución del *self* (Stern, 1996); sobre los patrones de vinculación y apego (Bowlby, 1976); así como conceptos nucleares de la neurociencia sobre la memoria que han abierto nuevos campos de comprensión e intervención. No vamos a entrar en más detalles y remitimos al lector a los autores más significativos en cada una de estas orientaciones.

Entendemos que en la base de estos diferentes modelos psicoanalíticos del desarrollo hay una serie de elementos implícitos compartidos esenciales. Cada etapa, estadio, fase o posición se caracteriza por unas modalidades más o menos típicas de funcionamiento, unas preocupaciones y unas ansiedades propias, unos contenidos esperables. La persona entra en una etapa, evoluciona dentro de ella y progresa hasta entrar en crisis para pasar a la siguiente. Esto sucede a través de una serie de movimientos progresivos y regresivos que conllevan ganancias y pérdidas. En general, y desde esta perspectiva psicoanalítica del desarrollo, pensamos en movimientos madurativos, de integración, organizadores, que van desde la indiferenciación hacia la diferenciación, del cuerpo a la mente, de

lo no representado a la simbolización, de la no diferenciación simbiótica a la individuación, al reconocimiento del otro y a la triangulación edípica.

El desarrollo es un proceso continuo que dura toda la vida y que ha de ser considerado en su contexto. ¿Cómo podemos conceptualizar la incidencia que tenemos en el desarrollo psíquico del niño en tratamiento, desde esta perspectiva evolucionista?

El tiempo cronológico que empleamos en una psicoterapia focal es francamente corto comparado con los años de evolución que ya lleva la criatura en el momento que nos llega a la consulta. Como sabemos, las primeras relaciones son básicas en la construcción de las representaciones del *self* y de los otros, el *objeto*, así como en la construcción y representación de las experiencias relacionales primordiales. Pero siendo básicas no son las únicas ni determinan de manera irreversible. Las relaciones posteriores, como explica Emde «también configuran el desarrollo durante toda la infancia y el resto de la vida, influyen constantemente. Es más, relaciones posteriores adecuadas pueden influir de manera saludable y profunda sobre las relaciones primarias interiorizadas que han sido problemáticas. Y esto es posible cuando las nuevas relaciones se dan en un contexto de intimidad, es decir, cuando tienen lugar dentro de un clima de compromiso, confianza y disponibilidad emocional» (Emde, 1990).

Este contexto de intimidad es probable que se dé dentro de un tratamiento. Las condiciones de trabajo que diseñamos están pensadas en parte para que así suceda. El terapeuta contribuye a reactivar en el niño funciones tales como el cuidar, favorables al desarrollo, gracias a su disponibilidad emocional y actitud empática. El tratamiento puede reactivar aquello que el niño ha vivido de bueno con sus primeros objetos y aquello que, de alguna manera, ya está en la biología de la especie: una predisposición biológica a cuidar y preservar la vida.

Se ha dicho que el psicoanálisis fue creando sus modelos del desarrollo mental basándose en la psicopatología adulta. Según estas opiniones, el psicoanálisis habría creado un modelo del desarrollo infantil a partir del adulto patológico, y no tanto a partir de la observación directa del niño en su desarrollo normal. Se trataría de un enfoque patomórfico y retrospectivo en contraste con un enfoque basado en la normalidad de la psicología genética, la cual pretende describir el desarrollo normal y no el origen infantil de las formas patógenas. Creemos que, hoy en día, esta crítica se ha ido quedando obsoleta en base a los múltiples trabajos psicoanalíticos basados en la observación directa del bebé y de su relación con el objeto materno.

En este contexto debemos situar las afirmaciones de Stern (1985) cuando diferencia al *infante observado* del *infante clínico*. El primero se refiere al modelo de niño que construye la psicología del desarrollo a partir de la observación directa del bebé y del infante, en tanto que el segundo aludiría al modelo de niño que históricamente se ha creado en el seno de la relación terapéutica. Estas diferenciaciones tienen valor especialmente de cara al diálogo entre psicoanálisis y psicología del desarrollo, un diálogo que ha de ser necesariamente enriquecedor para ambas partes.

Estas diferenciaciones no pueden ser ajenas al psicoterapeuta de niños psicoanalíticamente orientado. No podemos trabajar sin un modelo teórico del desarrollo mental que abarque y tenga en cuenta al mismo tiempo el desarrollo perceptivo y cognitivo, el de la motricidad y el lenguaje, el del simbolismo en el contexto de una relación afectiva entre dos, en el seno de la cual se genera y se desarrolla el significado emocional. El psicoterapeuta de niños trabaja desde un diálogo interno entre el eje genético y el eje relacional, y considera la mutua influencia, constante, entre las capacidades cognitivas que la maduración pone a disposición de la criatura y la relación emocionalmente significativa que las anima o, en el caso de la patología, que las altera, frena o dificulta. Y trata de llevar a cabo toda esta tarea, momento a momento de la sesión y del tratamiento, dentro de un marco observacional y de relación bien definido.

ALGUNOS AXIOMAS DE REFERENCIA

A continuación ofrecemos, en formato enunciado más que detallado, un grupo específico de teorías, a las cuales se vinculan unas prácticas, que en cierta manera consideramos como principios básicos de nuestra comprensión psicoanalítica.

Así, tenemos que:

1. la existencia de un *inconsciente dinámico* que sobredetermina la conciencia y que tiene sus raíces en el cuerpo es un axioma y un punto de partida esencial, como también lo son...
2. ...la importancia que concedemos al *dolor mental*, al sufrimiento de índole psíquica, emocional. Resultado de los conflictos intrapsíquicos, desajustes y bloqueos, así como...
3. ...la presencia de *sistemas organizados de defensa* que tratan de regular la economía de este dolor mental.

Tenemos, y compartimos con una mayoría de colegas, una teoría evolutiva del desarrollo *mental*, es decir, entendemos que el crecimiento procede por:

4. *líneas evolutivas* que van desde el cuerpo hasta la mente gracias a los procesos de mentalización/simbolización que tienen su raíz y continúan en el seno de las primeras relaciones con el objeto materno. Naturalmente, de este axioma derivan otros, a saber, que el desarrollo mental procede gracias a procesos de diferenciación que permiten distinguir estructuras, funciones mentales y representaciones de objeto; que hay una secuencia evolutiva relacional que iría desde la no diferenciación con el objeto primario hasta la toma de conciencia de estar en relación con otro separado de uno mismo y de quien uno depende. Y desde aquí hasta el reconocimiento y aceptación de la realidad conflictiva de la separación, logro que abre las puertas a una adecuada triangulización.

Así, entendemos que:

5. los *procesos de identificación* tienen un papel central en la construcción de la mente, construcción que a menudo es de carácter conflictivo, empujada como está por fuerzas de vida que tienden a vincular, integrar, crear, amar, y fuerzas destructivas que tienden a desvincular, romper, destruir.

Desde el ángulo de la actividad terapéutica creemos que es básica la siguiente premisa:

6. un marco de relación contenedor que se organiza a través de los fenómenos de la *transferencia* y *contratransferencia* es curativo en cuanto que posibilita la mentalización de deseos, sentimientos y conflictos en la propia mente a través de la relación con el otro. Los estados mentales y emocionales del paciente se escenifican, se dramatizan dentro de la relación entre niño y terapeuta, son nuevamente representados y simbolizados, es decir, transformados de manera que favorezcan la evolución.

Fonagy y Target (2003) han descrito una serie de premisas básicas y necesarias que creemos de interés incluir aquí y comentar. Como hacen

estos autores, también nosotros nos acercamos a los problemas de nuestros consultantes desde la perspectiva de un...

7. ...*determinismo psíquico*, es decir, entendemos las dificultades que nos explican y presentan en el consultorio como una consecuencia y como el resultado de creencias, pensamientos y sentimientos del niño y de los padres. Determinismo psíquico quiere decir también que estas dificultades, en la medida que tienen una raíz y un significado psíquicos, son accesibles a la psicoterapia. «Que las acciones de una persona se pueden explicar por sus estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias, deseos) es parte de una psicología de sentido común. La extensión de este modelo a los sentimientos y creencias sostenidos inconscientemente debe de haber sido uno de los descubrimientos mayores de Freud» (op. cit., p. 3) Él mismo se refería al psicoanálisis como un arte viejo y una ciencia joven. Además, ...
8. ...los *procesos mentales inconscientes* generan estados emocionales que guían y organizan las funciones mentales. La manera como estas creencias (mayormente en forma de fantasías), estos pensamientos (en formas más o menos elaboradas o incipientes) y estos sentimientos (bajo formas más o menos percibidas por el sujeto) se generan y llegan a estar presentes en la mente de la persona es una cuestión compleja que va más allá del alcance de este texto y que continúa siendo objeto de estudio de psicoanalistas y psicólogos del desarrollo. Recordemos solo de pasada la noción de *plurideterminación inconsciente* en los derivados observables, tales como los síntomas, los sueños, así como de los variados contenidos simbólicos.

De estos axiomas básicos derivan una serie de conceptos que consideramos fundamentales para nuestra práctica clínica; algunos los esbozamos a continuación.

Partimos de la importancia de las primeras relaciones y del hecho de que estas experiencias primeras con el otro se inscriben en la mente como *patrones de relación* que tienden a presentarse una y otra vez en la vida de las personas. En otros momentos de este texto nos referimos a este fenómeno como relación de objeto predominante.

Más adelante nos ocuparemos del concepto y de la función del *conflicto intrapsíquico*. En este punto podemos decir que su presencia es inevitable y que lo encontramos en buena parte del funcionamiento mental. Está presente como fuente de malestar y sufrimiento. A veces hablamos de la dimensión dinámica de la personalidad para referirnos

precisamente a la dinámica que se pone en marcha con la finalidad de modular, modificar, evitar o hacer desaparecer el sufrimiento mental y las ansiedades que se expresan en él.

Así, hablamos de *ansiedades y mecanismos de defensa* que se encargan de gestionarlas. Las estrategias defensivas del niño, que tienen sus raíces en el seno de la personalidad, se ven también influidas –como no podía ser de otra manera– por la interacción con los padres. Las distorsiones, exclusiones y debilidades de los padres, por lo que hace a la comprensión de las necesidades del niño, desempeñan su papel en la organización defensiva de este.

Junto con las ansiedades y las defensas consideramos los *síntomas* como la expresión de un significado inconsciente y a la vez de un fracaso de elaboración. Con frecuencia vemos expresarse en el síntoma el reconocimiento y la negación del problema. Expandir la capacidad de pensar en los síntomas nos lleva a considerar los deseos, sentimientos, conflictos, pensamientos, de los que el niño no tiene conciencia. Y esta expansión es terapéutica en la medida que este proceso se da en un contexto de relación vinculante significativa. El niño puede sentir que el terapeuta tiene un interés genuino por su mundo interno y por su sufrimiento.

Madre y bebé, padres e hijos se influyen mutuamente. Las acciones y comunicaciones, sean o no verbales, que intercambian entre ellos desde el comienzo mismo de la vida de la pareja y en especial del nacimiento de un niño, afectan a la manera de estar y sentir con el otro y con la familia como un todo. Así que la consideración del síntoma individual no puede separarse del contexto en que se da. Cabe considerar a la familia como una unidad grupal que comparte fantasías inconscientes en relación con los miembros individuales y la familia toda. Más allá del rol asignado a cada uno según su función supuesta de madre, padre, hijo e hija, nos encontramos con que las funciones emocionales de la familia (Meltzer y Harris, 1989) se reparten con frecuencia de otras maneras: así podemos ver a un hijo representando el papel del que sostiene la esperanza en el grupo, a un padre en posición de dependencia regresiva respecto de su cónyuge, a hijos tomando para sí la función de pensar que los padres delegan, y tantas otras. Huelga decir la importancia de comprender, durante el proceso diagnóstico de un paciente designado, los mecanismos de identificación, especialmente proyectiva, en sus diferentes versiones, así como la delegación de funciones, atribución de síntomas y patología familiar y de los miembros.

Luego, si del modelo y de la axiomática pasamos a la práctica clínica, es decir, a la consideración de la relación terapéutica, no podemos espe-

rar que en ella las cosas sean diferentes a como se han ido definiendo y cristalizando en el seno del ámbito familiar. Las palabras y las acciones del niño en la sesión afectan al terapeuta y, más que como un obstáculo, las debemos de entender como comunicaciones a través de las cuales el paciente nos da a entender cómo es su funcionar interno, es decir, cómo se relacionan en su mente la familia interna, los personajes madre, padre, hermanos y abuelos con el sí mismo.

Los niños nos suelen empujar a tener un papel en la dramatización de su mundo interno en la sesión: es la exteriorización inevitable en el aquí y ahora de aquello que acabamos de mencionar como estructuras de interacción o «relación interna de objeto».

Quisiéramos insistir en el hecho de la influencia mutua entre entorno y niño. Su manera de estar y relacionarse influye de continuo en el entorno inmediato. De manera que no hemos de perder de vista que el tratamiento que podamos ofrecer a un pequeño tendrá su influencia, a la corta o a la larga, más allá del mismo niño y de la terapia. «El tratamiento tiene una función de apoyo y contención de la vida del paciente que va más allá de los impactos específicos del *insight* y de la interpretación» (Fonagy, op. cit.). El niño que mejora hace que los padres mejoren, siempre y cuando estos no sean demasiado rígidos en sus estructuras de funcionamiento ni excesivamente proyectivos en la manera de relacionarse con su hijo. Por la misma regla de tres, unos padres demasiado instalados en sus formas de relacionarse puede que toleren mal los cambios de su hijo, y hasta que los dificulten, incluso cuando conscientemente quieren ayudar a su hijo.

Esto nos lleva a formular otro principio que consideramos básico de nuestra práctica: si las relaciones patológicas se transportan de unos ámbitos a otros (de los padres al mundo interno del niño y viceversa, de la familia a la escuela, de esta a la relación con los iguales), es decir, si tienden a repetirse en diferentes escenarios, también hemos de considerar que las modificaciones beneficiosas adquiridas en el tratamiento repercuten favorablemente en el entorno, y pueden estimular círculos beneficiosos que movilizan aspectos sanos no solamente en la criatura sino también en el entorno que le rodea.

Estas premisas básicas constituyen, a nuestro entender, lo que podemos llamar el núcleo básico, el cuerpo central de la teoría sobre la cual la comunidad psicoanalítica mantiene un cierto consenso y nosotros fundamentamos nuestra práctica clínica.

La dilución o desaparición de uno o más de estos axiomas fundamentales tiene consecuencias sobre los demás, sobre el resto del edificio conceptual, y repercute de manera directa en la técnica que se aplica.

Tomemos por ejemplo la premisa más elemental: *la existencia del inconsciente*. ¿Qué otras hipótesis derivan de esta? Se sigue la concepción del espacio mental diferenciado, por lo menos, en dos partes, una consciente y otra inconsciente. La teoría estudia y especula sobre la relación entre estos dos espacios. ¿Qué otros conceptos dependen de este? El concepto psicoanalítico de transferencia perdería buena parte de su sentido si el esquema teórico en el que se inscribe no postulase espacios diferenciados. Se transfiere de un espacio a otro dentro de la propia mente o hacia la mente de otro.

Tomemos el concepto de interpretación. Ni el concepto ni la acción de interpretar tendrían sentido si no es partiendo de la existencia de dos lenguajes, uno inicial (inconsciente) y otro de destino (consciente). Interpretar es traducir de un lenguaje a otro. Y es conceptualmente diferente de aconsejar, sugerir, orientar, prohibir o prescribir determinadas acciones, que podrían ser consideradas necesarias en un momento dado del tratamiento.

NECESIDAD DE FORMAS ABREVIADAS DE TRATAMIENTO: FOCALIZACIÓN

Aunque desde los inicios del método psicoanalítico el tratamiento se fue prolongando en el tiempo, haciéndose más complejo en la medida que se iban reconociendo nuevos problemas y nuevos obstáculos a la curación, el mismo Freud, así como Ferenczi, Rank y otros después de ellos llevaron a cabo diversas formas de tratamiento breve con algunos de sus pacientes. Ferenczi exploró y se aplicó a la investigación de técnicas activas con la idea –expresada en ocasiones por el mismo Freud– de poner al alcance de una población más extensa las formas de tratamiento inspiradas en el psicoanálisis.

Ferenczi (1920) propuso una serie de modificaciones técnicas con la finalidad de acelerar y abreviar el proceso. Algunas de estas modificaciones se abandonaron poco después por ineficaces o por estar en franca contradicción con los principios psicoanalíticos básicos. Merece la pena destacar en este punto el establecimiento arbitrario, por parte del terapeuta, de un tiempo limitado de tratamiento. Este autor creía, junto con Rank (1925), que se podía proponer de entrada un límite temporal al tratamiento partiendo de la base de que la función terapéutica actuaba haciendo experimentar de nuevo al paciente y en la transferencia los conflictos neuróticos infantiles. De este modo se proponía colocar en el mismo centro del tratamiento las experiencias emocionales del paciente

con el propósito de corregir otras formas terapéuticas demasiado intelectualizadas. Pensaban que una vez que los conflictos del pasado se habían podido repetir en la transferencia, estos pasaban a ser automáticamente comprendidos por el paciente y, en consecuencia, se curaban.

Esta línea de pensamiento fue seguida más adelante por Alexander y French (1946). Estos autores insistieron en el papel central que había de tener la experiencia emocional en el proceso terapéutico y enfatizaban la necesaria integración cognitivo-emocional, la comprensión a la vez intelectual del conflicto vivido. Su propuesta se popularizó con el término de experiencia emocional correctiva.

¿En qué sentido correctiva? La corrección sería un movimiento en la mente del paciente según el cual determinadas concepciones erróneas se modificarían siendo sustituidas por otras más acordes a la realidad. En ese sentido, sería el resultado de contrastar las respuestas recibidas por los objetos originarios –sobre todo, los padres– con las respuestas que ofrece el terapeuta a las situaciones vividas en el seno del tratamiento. Este contraste entre lo que se espera encontrar (repetidamente) y lo que realmente se encuentra tendría que favorecer, en la mente del paciente, la distinción entre unas representaciones deformadas por su subjetividad exacerbada y la realidad de los objetos, así como una apreciación más adecuada de las experiencias vividas con ellos. Dicho proceso debería favorecer una mejor adaptación a la realidad. Se trata, por tanto, de un proceso de refutación que debería darse en la relación terapéutica (Ahumada, 1999). Los postulados de Alexander y French evolucionaron hacia actitudes terapéuticas y medidas arbitrarias por parte del terapeuta encaminadas a controlar el clima interpersonal de la sesión con el supuesto de forzar la corrección de la subjetividad enfermiza del paciente. Como se irá viendo a lo largo de este texto, esta dista mucho de ser nuestra posición. Pero es justo reconocer que desde Ferenczi la preocupación por acelerar y abreviar el tratamiento ha contribuido a desarrollos fértiles en el campo de la salud mental.

French (1958, 1970, citado por Orstein, 1972) introdujo los conceptos de conflicto focal y conflicto nuclear. Este último enraizaría en los períodos precoces de la vida, sería básicamente inconsciente y antiguo en el tiempo evolutivo, mientras que el conflicto focal sería el derivado actual, bajo una forma específica, de las variadas formas en que se podría presentar, a lo largo de la vida y del tratamiento, como variaciones sobre un mismo tema, el conflicto nuclear profundo.

Años después, las propuestas de Balint y otros (1972) se diferenciaron claramente de las técnicas que proponen una u otra forma de

intervención directiva sobre el paciente, y lo hicieron en dos aspectos fundamentales en su manera de plantear la psicoterapia focal y breve: a/ el terapeuta conserva una actitud de neutralidad y da prioridad constante a las comunicaciones del paciente, a partir de las cuales escoge el foco con el que va a trabajar preponderantemente, y b/ el terapeuta renuncia a cualquier intervención con el paciente que no sea la inspirada en un trabajo interpretativo. Consideramos que estas medidas son muy escrupulosas respecto a la libertad del paciente y al principio de neutralidad que propone la técnica psicoanalítica. Ahora bien, el abordaje focal se diferencia de la técnica psicoanalítica en el sentido de que en ella se adopta una atención selectiva –no flotante– y también una negligencia, por así decirlo, selectiva en relación con lo que se considera o no relevante de acuerdo con el foco escogido.

Estos dos principios –la neutralidad y dar prioridad a las comunicaciones del paciente, por un lado, y el uso de la técnica interpretativa, por otro– los adoptamos como nuestros. Y si a causa de las características de la población que asistimos, con frecuencia los niños participamos activamente en el juego y en el despliegue de fantasías dramatizadas, lo hacemos siempre con las restricciones que nos aconsejan los principios básicos mencionados.

Se trata de facilitar al niño la expresión de lo que lleva en su mundo interno y de permitir que nos utilice –si es lo que necesita– para acabar de dar forma actual y representar en la sesión su realidad psíquica. Nos acercamos al juego del niño y a sus dramatizaciones con la finalidad de facilitar la comunicación y siempre atentos a no introducir elementos extraños a la relación terapéutica. Por elementos extraños entendemos aquellos aspectos personales del terapeuta ajenos a la función terapéutica que está llevando a cabo con el niño en tratamiento. En eso nos diferenciamos de aquellos enfoques que consideran la subjetividad misma del terapeuta –que no la contratransferencia– como un elemento básico del proceso terapéutico. El escenario con que trabajamos es la mente, el mundo interno del paciente, aunque en nuestras intervenciones podemos utilizar una variedad de recursos que llevan en el fondo la misma intención: facilitar la expresión del paciente de manera que el tratamiento siga vivo, la experiencia terapéutica resulte auténtica y el proceso pueda seguir su camino.

En nuestro ámbito, a finales de la década de los setenta, un buen número de psicoanalistas del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona puso en marcha una iniciativa a la vez formativa y asistencial que se ofrecía a los servicios públicos de salud mental, no muy numerosos en aquella

época, y que representaba: formación exhaustiva para los profesionales y una oferta amplia de psicoterapia para los pacientes. La iniciativa fue conocida como Psicoterapia Psicoanalítica en la Institución Pública (PIIP). De esta manera, muchos de nosotros entrábamos en contacto por primera vez con esta aplicación del psicoanálisis y con autores de artículos y libros significativos relacionados con la psicoterapia breve y focal, tales como Balint y Malan. Posteriormente, nos llegaban desde Argentina los trabajos de Braier y Fiorini, autores que con anterioridad ya habían publicado artículos y libros en relación a este tema.

En el marco de nuestra Institución, Sant Pere Claver-Fundación Sanitaria, hay que mencionar las aportaciones hechas a lo largo de treinta años por nuestros compañeros de la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica de Adultos (UPPA) en presentaciones internas, en jornadas, congresos y artículos en relación con la psicoterapia focal y breve con pacientes adultos. Compartimos muchos aspectos del modelo, que ellos expresan de manera clara y bien sintetizada en un trabajo presentado en las Terceras Jornadas del Departamento de Salud Mental de la Fundación Sant Pere Claver, dedicadas a los «Nuevos retos planteados en la Asistencia Pública en Salud Mental», celebradas en el año 1999. En ese texto, ellos entienden el foco como una «hipótesis de trabajo, que se hace sobre un funcionamiento patológico del paciente. El foco queda configurado alrededor de un núcleo conflictivo que incluye ansiedades, defensas, fantasías inconscientes y sentimientos», que se observarán en forma repetida en las diferentes relaciones de objeto del paciente. En el capítulo 3 expondremos nuestra visión –en parte compartida y en parte diferente respecto a su especificidad– con más detalle.

Sobre los autores

Jordi Sala Morell, psicólogo clínico y psicoterapeuta, psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP). Miembro de la International Psychoanalytical Association (IPA).

Amèlia Chanco Neve, psicóloga clínica y psicoterapeuta de l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP/AEPP/EFPP).

Enrique Ger Gómez, psicólogo clínico y psicoterapeuta de la EFPA, psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP). Miembro de la International Psychoanalytical Association (IPA).

Carme Miquel Torrents, psicóloga clínica y psicoterapeuta de l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP/AEPP/EFPP). Máster en Psicoterapia Psicoanalítica (CEPP).

Abdon Montserrat Agudé, psiquiatra y psicoterapeuta. Máster en trabajo clínico en la Red Pública, CEPP/UB.

Roser Noguera Corrons, psicóloga clínica y psicoterapeuta de la EFPA. Máster en Psicoterapia Psicoanalítica CEPP. Miembro de CRAPPSI.

Carme Ríos Blanco, psicóloga clínica y psicoterapeuta. Máster en Psicoterapia Clínica por la URL. Máster en Psicoterapia por la UPF.

Encarna Sánchez Cabra, psicóloga. Master en trabajo clínico en la Red Pública, CEPP/UB. Postgrado en Psicoterapia Psicoanalítica, FVB. URL

Índice

Presentación	9
Agradecimientos	11
Prólogo	13
Prólogo a esta edición	17
Introducción	23
1 Del psicoanálisis a la psicoterapia focal	31
Bases del método terapéutico psicoanalítico	31
Modelos de la mente	34
Mente y desarrollo	39
Algunos axiomas de referencia	42
Necesidad de formas abreviadas de tratamiento: focalización	47
2 Método y técnica	51
Marco de trabajo	51
Algunos principios básicos en el trasfondo: Modelo de observación y modelo de desarrollo	54
Las diversas funciones del terapeuta	56
El terapeuta como objeto de contención e interpretación	56
El terapeuta como objeto de desarrollo	57
El terapeuta como objeto de identificación	57
Desarrollo de la sesión	58

	Medios de comunicación	59
3	Diagnóstico y focalización	81
	Diagnóstico y focalización. Algunas ideas generales	82
	La construcción del foco	88
	Caso 1: Martín, ocho años: la construcción de un foco de trabajo	88
	Caso 2: Miguel, once años: el lugar de cada uno	94
	Caso 3: Andrés, seis años	106
4	Indicaciones	115
	Martín, ocho años	120
	Juan, diez años	120
	Ricardo, seis años	121
	Sergio, cinco años	124
	Primera entrevista	125
	Impresión de la primera entrevista del niño con los padres	128
	Comentarios a la primera entrevista con el niño	133
	Segunda entrevista. Hora de juego diagnóstica	133
	Comentarios sobre la segunda entrevista con el niño	134
	Indicación en relación con la focalización	135
	En referencia a los criterios de indicación	136
5	Desarrollo del tratamiento en relación con la focalización (I)	139
	Juan, a quien le costaba tanto dormir	139
	Tratamiento de psicoterapia focal	143
	Motivos que hacen pensar en una indicación ajustada	143
	Conflictiva básica	144
	Foco	145
	Sesiones	145
	Sesión 19	147
	Titanic	148
6	Desarrollo del tratamiento en relación con la focalización (II)	153
	Óscar, seis años, que batallaba sin cesar	154
	Sesión 17	159
	Sesión 23	162
	Sesión 30	166

7	Finalización. Objetivos terapéuticos y temporalidad	171
	Consideraciones generales según los objetivos terapéuticos	171
	La noción de tiempo cronológico y subjetivo en el niño	176
	Cómo abordamos el final según los objetivos propuestos	179
8	Para una formalización conceptual	185
	Necesidad de una conceptualización correcta y manejable	185
	Conceptos básicos	189
	Bibliografía	207
	Otras referencias bibliográficas recomendadas	210
	Índice temático	215
	Sobre los autores	219

