

Vigencia del psicoanálisis en el trabajo con poblaciones vulnerables



DENISE DEFEY¹

DOI: 10.36496/N136-137.A4

ORCID ID: 0000-0002-6569-4731

RECIBIDO: ABRIL DE 2023 | ACEPTADO: MAYO DE 2023

RESUMEN

La teoría psicoanalítica ha iluminado como ninguna otra la comprensión del funcionamiento psíquico en condiciones de precariedad e indefensión extremas. El presente trabajo pretende aportar conceptualizaciones sobre el trabajo clínico con poblaciones vulnerables, las cuales traduzcan dichos aportes en intervenciones clínicas relevantes y pertinentes para situaciones de vida diferentes a aquellas para las que se diseñó originalmente la técnica.

DESCRIPTORES: TÉCNICA PSICOANALÍTICA; / PSICOTERAPIA / COMUNIDAD / SALUD MENTAL / VULNERABILIDAD / IATROGENIA

1 Miembro del Centro de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas. denisedefey@vera.com.uy

SUMMARY

Psychoanalytic theory has shed light like no other to the deep understanding of psychic functioning in extreme helplessness and precarious conditions. This paper intends to provide conceptualizations as to clinical work with vulnerable populations which imply the possibility to expand the contributions of psychoanalysis as relevant and adequate interventions aimed at persons different from which it originally addressed.

KEYWORDS: PSYCHOANALYTICAL TECHNIQUE / PSYCHOTHERAPY / COMMUNITY / MENTAL HEALTH / VULNERABILITY / IATROGENY

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO DEL TRABAJO

En mi práctica profesional, me he desarrollado como terapeuta de orientación psicoanalítica durante varias décadas. Otras tantas las he transcurrido en hospitales públicos, con tareas docentes y asistenciales. En las últimas décadas, me he concentrado en ofrecer formación en psicoterapia y otras intervenciones psicosociales, estando además muy cercanamente involucrada con múltiples programas e instituciones sociales, en tareas docentes, de supervisión, orientación y cuidado de equipo.

Esta combinación de experiencias y recorridos me ha llevado desde hace ya un tiempo a la necesidad de depositar un considerable esfuerzo en conjugar la tradición psicoanalítica (mía, de la disciplina y del contexto más cercano) con las realidades y necesidades asistenciales en Salud Mental de personas, colectivos y familias que viven en condiciones de extrema carencia, exclusión social y deprivaciones.

Ya Freud hablaba en 1919 de la necesidad de un «psicoanálisis para el pueblo» (p. 2492), impactado por los efectos de la guerra sobre los más vulnerables. Afortunadamente, en nuestro país no hay guerras..., pero sí vastos sectores de la población que se ven enfrentados a situaciones de vida

(y de muerte) que tensan la capacidad de sufrimiento psíquico al máximo. Múltiples experiencias en diversos contextos institucionales muestran que es posible conducir procesos que parten de una comprensión psicoanalítica y adecuan sus métodos para dar acceso a los tratamientos psicológicos como parte de los derechos universales a la salud.

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN

En este trabajo haremos una serie de revisiones y propuestas que pueden ser discutidas y discutibles, cuestionadas y cuestionables. Por ello, nos parece importante explicitar su génesis.

En inicios de la década del ochenta, un grupo de jóvenes psicólogas ofrecíamos en el hospital asistencia a las mujeres que transitaban embarazos llamados «de alto riesgo». Sin posibilidad de formación específica en aquel momento histórico del país, hacíamos con nuestras pacientes lo que recibíamos de nuestros terapeutas y analistas: superar los mecanismos de defensa para llegar lo más profundamente posible a la angustia subyacente, explicitando los temores y fantasías que veíamos negar y desmentir. La crítica cuidadosa de nuestros compañeros médicos nos hizo detenernos y reflexionar. ¿Era razonable generar esos montos de angustia en pacientes que, luego de la consulta, volvían a sus casas y sus carencias vitales, siendo que probablemente no las veríamos más? ¿Estábamos teniendo en cuenta las repercusiones de tal movilización en pacientes vulnerables somáticamente (cardiopatías, hipertensión, etc.)? ¿Era lo que les ofrecíamos («pensarse», «hacerles ver») lo que precisaban de nosotros o lo tomaban por «obediencia informada»? ¿Los problemas de esas personas (que implicaban riesgo inminente de vida para ellas y sus hijos en gestación) tenían que ver con su subjetividad o con su realidad tangible, que muchas veces solo podían tolerar con una consistente negación, la cual nosotros nos preocupábamos en dismantelar?

Estas preocupaciones y cuestionamientos nos hicieron detener nuestra práctica e iniciar un camino de revisión y exploración de abordajes asistenciales más adecuados, relevantes y respetuosos de la realidad y las necesidades de estas personas y sus familias.

Un segundo momento de reflexión lo constituyó, en la década de los noventa, la oportunidad que tuvimos, junto con algunos colegas, de ofrecer formación psicoterapéutica a los psicólogos que cumplían tal tipo de funciones en el ámbito del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) del Uruguay. Enorme fue nuestra sorpresa –y desazón– al ver que todos aplicaban al pie de la letra las pautas de una psicoterapia psicoanalítica clásica, estimulando la transferencia y procurando que el niño o adolescente reviviera sus experiencias anteriores en su relación con el terapeuta. Esta modalidad de abordaje resultaba agobiante para los terapeutas, que hora tras hora se veían colocados en el lugar de padres que abandonan, abusan, maltratan y explotan a sus hijos. Por otra parte –y más grave aun–, siendo una asistencia en el marco institucional, ocurría que perdían contacto inesperadamente con sus pacientes y que ellos mismos, en tanto funcionarios, también eran removidos a otro servicio o renunciaban, en aras de su desarrollo profesional personal. No es difícil imaginar el efecto iatrogénico sobre sus pacientes, que no solo vivían un nuevo abandono (esta vez, de una persona que se ofreció como alguien confiable), sino que muchas veces esta separación se daba en medio de eclosiones de hostilidad en la transferencia que hubieran sido sanadoras de continuar el vínculo, pero terminaban generando –a los ojos de los pequeños pacientes– un nuevo abandono y confirmando que el o los anteriores se debieron a su maldad y mal comportamiento.

Un tercer momento fundante de las reflexiones y propuestas que aquí se presentan lo constituye, en la década de 2010, el contacto con el caso de un niño de nueve años, institucionalizado en un Hogar de veinticuatro horas, que, en una salida de visita a su madre, sufre múltiples violaciones por parte de diferentes adultos presentes. Al retornar al Hogar nada comenta, no manifiesta modificaciones en su conducta y todo transcurre como si nada hubiera sucedido. Pasados varios meses de esta reacción, el equipo técnico del Hogar decide iniciar un proceso psicoterapéutico (inconsulta con el niño, por otra parte), buscando dismantelar la desmentida y abordar los recuerdos angustiosos del momento vivido. El niño reacciona con un quiebre psicótico que permanece al día de hoy. Similares experiencias en otros casos y contextos similares condujeron a reiterados intentos de autoeliminación en adolescentes.

REPENSANDO NUESTRAS PRÁCTICAS

Todas estas experiencias -vivas intensa y dolorosamente- obligan a una revisión de algunos principios que rigen -muchas veces, de forma implícita- nuestra práctica psicoterapéutica. ¿Será cierto que, como nos han dicho, «la verdad os hará libres»? Por lo pronto, parecería que -al menos en algunas situaciones- nos hará un daño inconmensurable.

¿Será cierto que es productivo y saludable explorar el pasado en busca de elaborar lo vivido y de la «reconstitución de la memoria» (como hoy en día se describe desde la neurociencia el mecanismo principal de la psicoterapia)? Algunos recuerdos parecen demasiado intolerables (los sobrevivientes al tsunami asiático dicen que la única manera de sobrevivir psíquicamente es «no pensar»). Sabemos hoy, por otra parte, que el trauma temprano inhibe el desarrollo del hipocampo, que constituye la «caja de los recuerdos» del funcionamiento cerebral.

¿Todo lo vivido (y lo perdido) puede ser elaborado o hay límites que la mente humana no puede pasar y es imprescindible desmentir y escindir lo vivido? ¿Todas las pérdidas pueden ser elaboradas o algunas son tan devastadoras que solo pueden superarse -y sobrevivir a ellas- por medio de la sustitución de objeto en la vida real (como vemos en las madres a las que se les quita judicialmente a sus hijos e inmediatamente se embarazan)?

La senda que recorre toda terapia exploratoria pasa por la deconstrucción, la exploración y (en algunas de ellas) el revivir la experiencia dolorosa para lograr una posterior reconstrucción. Se busca en la deconstrucción que se pueda comprender el significado profundo de aquello que se quiere abordar y resolver: los síntomas, las dificultades, las inhibiciones y todo aquello que genere sufrimiento y lleve a buscar una ayuda. La exploración de las causas lleva ineludiblemente a «viajar» al pasado, el cual se busca revivir en la transferencia.

Sin embargo, el tránsito productivo por este camino requiere condiciones que no son consistentes con las condiciones de vida de la persona en situación de vulnerabilidad y desamparo, que nunca podría, además, «suspender su vida» para realizar este viaje interior. Es frecuente oír/leer, respecto a su respuesta a los tratamientos prolongados ofrecidos, la frase

«no sostiene». Sería interesante preguntarnos si no sostiene o nosotros le ofrecemos tratamientos «insostenibles» para sus condiciones de vida, tanto por la continuidad, el ajustarse a lugares/horarios y, especialmente, por su extensión en el tiempo. En frases de una paciente del hospital, luego de su primera sesión de psicoterapia:

Mire, doctora, yo le agradezco mucho que usted me quiera ayudar, pero yo no voy a poder venir más. Usted me explicó que esto es conversar y que tengo que venir todas las semanas durante varios meses. Eso es imposible para mí. Vivo lejos, y entre ir, venir y conversar con usted, pierdo uno de los cinco días de la semana de limpiezas que hago. Por otro lado, para venir tengo que dejar a mis hijos solos... Vivimos en un barrio bravo: en la calle es peligroso, y encerrados, también...

En relación con el uso de la transferencia y contratransferencia como herramientas, tanto diagnósticas como terapéuticas, es importante cuestionarse si se dan las condiciones de *tabla rasa* donde, a modo de pantalla de proyección, el paciente ve en el terapeuta las figuras de su pasado y su mundo interno, en un proceso en el que el terapeuta no puede ni debe tomar acciones que puedan modificar el curso de vida de sus pacientes. Esto directamente es imposible en los procesos terapéuticos en estas condiciones, pues el terapeuta puede verse obligado a denunciar situaciones de abuso, violencia o explotación sexual. Esto genera lo que se ha denominado *transferencia radioactiva*², pues el profesional tiene poder -por así decirlo- de «vida o muerte» sobre su paciente, haciéndole perder lo más valioso: los hijos a sus padres, los padres a sus hijos.

El trabajo sobre los mecanismos de defensa invita nuevamente a la reflexión. Es un criterio clásico plantear su exploración y modificación en aras del despliegue de mecanismos más evolucionados. Sin embargo, en determinadas condiciones de vida o en situaciones extremas, los mecanismos más radicales, que solemos identificar como «primitivos», resultan ser im-

2 Aporte de un participante no identificado en un taller sobre este tema en el marco del Congreso de APU sobre «Desamparo» (2018).

prescindibles, y parece imprudente intentar modificarlos, al menos sin una revisión exhaustiva de la cualidad de aquello de lo que deben «defendernos».

Esto nos lleva a un asunto fundamental en esta revisión conceptual y técnica: el lugar de la realidad tangible y actual en el psiquismo y, por lo tanto, en la psicoterapia. Considerado unánimemente la forma más completa y compleja de comprender la mente humana, el psicoanálisis ha echado luz sobre los procesos más arcaicos de su constitución, jerarquizando el papel de la infancia en la construcción del psiquismo. El contacto cotidiano con personas que viven situaciones extremas de dolor, humillación y traumatismo en la vida adulta lleva a cuestionarse si esa construcción del psiquismo no se continúa en la vida adulta por parte de la realidad externa y el contexto de vida (apoyada, obviamente, en la génesis pretérita e iluminada –u oscurecida– por la misma). Como Samuel Fuks, pionero de la Salud Mental Comunitaria, ha expresado claramente³: el contexto se vuelve texto. Un ejemplo dramático (que lleva el tema más allá de lo vinculado estrictamente a la pobreza) es la reciente identificación, en Suecia y Nauru, del *síndrome de resignación*, por el cual niños y adolescentes refugiados y en un limbo legal sobre su futuro caen en un coma psicógeno, que se revierte al solucionarse la situación legal de sus familias.

Esta es una discusión vigente dentro del psicoanálisis que, pensamos, se ilumina con los aportes de Pichon-Rivière, que ha introducido la dimensión social e incluso sociopolítica dentro de la disciplina, y el concepto de situación, introducido por W. y M. Baranger con la idea de *situación analítica*. Esto ha sido profundizado por H. Fiorini con sus aportes sobre el diagnóstico y abordaje situacionales, en los cuales se complementa la mirada hacia el pasado y el mundo interno, con una perspectiva sobre lo real y actual, así como el proyecto de vida.

LOS APORTES CONCEPTUALES Y TÉCNICOS DEL PSICOANÁLISIS

Muchos son los desarrollos que aportan a la comprensión de los efectos de la vulnerabilidad y el desamparo, especialmente en las primeras etapas del desarrollo. Estos van desde el concepto de *falta básica* de Balint al de *angustia de desmoronamiento y miedo al derrumbe* de Winnicott, los desarrollos sobre los efectos de la pérdida temprana tanto de Bowlby como Spitz (que mostró, con el concepto de *depresión anaclítica*, los efectos potencialmente letales en pequeños infantes de la ausencia de vínculos de apego).

Por otra parte, en aportes más recientes, Killingmo ha planteado la crucial importancia para la técnica de distinguir entre patologías de déficit y de conflicto. En estas últimas -sobre las que se desarrolló inicialmente el psicoanálisis-, el trabajo consiste en *develar* el sentido de los síntomas y el sufrimiento subjetivo. En las patologías de déficit, por el contrario, se trata de *construir un sentido* que ha estado faltando a causa del deficiente desarrollo del psiquismo. En la misma línea, Fanny Schkolnik ha desarrollado en diversos trabajos el concepto de lo arcaico en la neurosis, jeraquizando la importancia de modificar la técnica, jeraquizando la *construcción* como recurso técnico fundamental para el abordaje de estos aspectos arcaicos.

REVISIONES CONCEPTUALES

Elaboración/sustitución

La sustitución de objeto en la vida real ha sido considerada generalmente una resolución patológica de las pérdidas y relegada, cuando ha resultado salvadora, a relatos de casos. Magallanck ha señalado la diferencia entre la sustitución maníaca y la sustitución trófica. En la primera, el objeto perdido es denigrado, el dolor de la pérdida suprimido y la sustitución es inmediata y total. En la sustitución trófica, por lo contrario, se produce un proceso de duelo que permite valorar lo perdido y aceptar el dolor por la pérdida, buscando un nuevo objeto que ocupe un lugar similar, pero no anule el de la figura perdida.

No resulta razonable (ni lo vemos en los encuentros reales) esperar una capacidad de elaboración en historias de múltiples y reiteradas pérdidas a lo largo del tiempo, junto con una constitutiva fragilidad, en personas en las que, a la vez, la capacidad de simbolización está muchas veces jaqueada por las carencias proteicas en el desarrollo temprano y prenatal del cerebro. La sustitución de objeto (aun en su versión «maníaca») resulta un recurso espontáneo y protector en situaciones potencialmente devastadoras, como la pérdida de hijos por decisión judicial, como mencionábamos al inicio de este trabajo.

Paradigma de conflicto vs. paradigma de privación

Una concepción centrada en la ambivalencia presente en los vínculos afectivos, especialmente el de maternidad, nos resultó insuficiente en nuestro trabajo en las maternidades públicas para comprender las dificultades de los padres (especialmente las madres) en la demostración de afecto y el cuidado de sus hijos. Esto nos llevó (tomando el concepto de estructura de déficit de Killingmo) a desarrollar el concepto de *paradigma de privación* versus el de *paradigma de conflicto* (ambivalencia afectiva) que regía hasta entonces nuestro modo de entender estas dificultades en los cuidados parentales. El concepto fundamental es que quien no ha sido querido y cuidado tiene grandes dificultades para querer y cuidar, dados tanto procesos de identificación como de una especie de *aprendizaje procedural* de ausencia de cuidados y demostración afectiva. A esto muchas veces se suma la construcción de un estilo de apego evitativo que hace que las personas se aparten de los vínculos afectivos para no volver a sufrir, como ha vivido en el pasado, situaciones de maltrato o abandono.

APORTES PARA LA TÉCNICA

En el trabajo sostenido de décadas con lo que se denomina *poblaciones vulnerables*, tanto en contextos institucionales como de trabajo en calle, comunitario o en servicios de salud, la sensibilidad clínica y la vibración empática de los técnicos y operadores ha conducido a una rica y diversa caja de herramientas de intervenciones psicológicas. Algunas de ellas pueden,

sin duda, ser conceptualizadas desde otras corrientes teóricas, pero muchas son instrumentaciones de profundas comprensiones de raigambre psicoanalítica y constituyen, a nuestro modo de ver, invalorable aportes que enriquecen la técnica y hacen honor a la teoría que les da sustento. Dada la distancia entre la práctica y la producción escrita sobre ella, hemos hecho un esfuerzo por recopilarlas, conceptualizarlas y nombrarlas (Defey, 2018).

A su vez, otros colegas (e. g., Charbonnier *et al.*, agosto de 2018; Mora y Queirolo, agosto de 2018; Rodríguez y Hounie, 2020) e instituciones (e. g., El Abrojo, 2018) han procurado recoger por escrito sus experiencias de intervención, dando cuenta de ellas.

En este apartado del presente trabajo, pretendemos compartir algunas de estas propuestas técnicas que son, a nuestro modo de ver, desarrollos actuales -muchas veces cuasianónimos- de la práctica psicoanalítica. Lo que aportamos proviene de experiencias de trabajo reales de múltiples profesionales e instituciones; lo que pretendemos es conceptualizarlas y hacerlas conocer.

El encuadre

Los intentos por mantener la práctica habitual de procesos de alta frecuencia y duración extendida no han encontrado eco en este contexto de trabajo. Creemos que se explica por la transitoriedad de las vidas de las personas en situación de vulnerabilidad y desamparo, así como su dificultad para confiar en otro -dadas sus experiencias vinculares traumáticas previas- y la limitación en la posibilidad de explorar el propio pasado.

M. Knobel (1987) ha introducido -a partir de su trabajo en hospitales públicos en Brasil- el concepto de *encuadre disponible*, que, combinado con el concepto de *encuadre interno*, implica la posibilidad de realizar la intervención en tiempos y lugares diferentes de los habituales. En nuestro medio, la propuesta del Portal Amarillo -nodo del trabajo con adicciones de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) del Uruguay-, que ha creado la metodología de Grupos T, ha resultado extraordinariamente exitosa y se ha divulgado a otras instituciones asistenciales. Su metodología se basa en «danzar» con el funcionamiento psíquico de su población usuaria, dando un tiempo en el que la asistencia, horarios y terapeutas son libres (T = transitoriedad, transicionalidad), hasta que los potenciales

pacientes puedan, finalmente, «anclar» en un espacio regular y estable de trabajo grupal (T = terapia), donde despliegan el temor al derrumbe y la angustia de desmoronamiento de los que hablaba Winnicott, junto con el doloroso relato de sus historias de abandono, abuso, deprivación y trauma.

El lugar de la palabra

Definido tradicionalmente como «cura por la palabra» (*talking cure*), el psicoanálisis y otras formas de terapias llamadas expresivas o exploratorias han jerarquizado este modo de trabajo, no solo como modo de comunicación con el paciente, sino como vía prínceps para lograr procesos de mentalización y simbolización que permitan resolver problemáticas, no solo del orden neurótico, sino también de origen arcaico.

Si bien este lugar sigue siendo jerarquizado en todas las experiencias relatadas, es imprescindible tener en cuenta hechos tan tangibles y candentes como el volumen de léxico que surge de las diferentes trayectorias de vida y educativas. Se ha investigado en nuestro medio la diferencia sustancial en el volumen de léxico de niños en contexto de pobreza y de clases medias y altas⁴. También los contextos de vida y cultura de la vida adulta inciden: quien trabaja en el campo o la pesca, así como quien vive en calle, no da el uso privilegiado a la palabra de quienes sostenemos una vida urbana y valoramos el desarrollo intelectual. Por otra parte, hay experiencias extremas de vida para las que no alcanzan las palabras.

Anne Brun (2011) ha conceptualizado dentro de la mirada psicoanalítica el uso de *mediadores* en el trabajo terapéutico, lo cual ha sido retomado y desarrollado por J. Mora y S. Queirolo (agosto de 2018) en relación con el proyecto de psicoterapia en calle extrema desarrollado por el INAU y otras instituciones. La *intermediación del encuentro*, en combinación con el encuadre disponible, permite un acercamiento paulatino. Este hace que se genere un vínculo de confianza que dé luego paso a la alianza terapéutica en quienes temen vincularse.

4 A. Cuadro: comunicación personal en el año 2010.

Los *actos de valor simbólico* sustituyen muchas veces de manera excelente el recurso a la palabra. En el proyecto de psicoterapia en calle extrema, el terapeuta esperó durante varios días (también bajo lluvia y frío) que pudiera acercarse el adolescente con el que pretendía trabajar, bajo la atenta mirada del muchacho. Este, escondido pero dando señales de presencia, precisaba de ese tiempo y demostración de disponibilidad real para poder atreverse a un vínculo que luego permitió dos años de trabajo terapéutico sumamente productivo.

La actitud del terapeuta

Junto con otros autores, creemos que es necesario rever la actitud del terapeuta que no demuestra expresividad en la sesión cuando trabaja con pacientes con historias plenas de deprivación afectiva. El sustento de esta necesaria revisión se halla en los estudios en nuestro medio sobre el efecto sobre el desarrollo y la salud mental de la ausencia de expresividad y explicitaciones por parte de la madre en condiciones de pobreza (Bernardi *et al.*, 1996), junto con las múltiples investigaciones sobre los efectos en el desarrollo del niño por parte de madres que cursan una depresión durante las fases tempranas de desarrollo del hijo.

Por otra parte, como hemos desarrollado en otro apartado, la tendencia en estas historias de vida es a la sustitución de objeto en la vida real, lo cual genera un dilema ético y técnico: el terapeuta pretende trabajar en y con la transferencia, pero esto, junto con la extensión e intensidad del proceso, se transforma desde el lado del paciente en una extraordinaria (y peligrosa) oportunidad de sustitución. Creyendo encontrar (¡por fin!) el vínculo permanente y confiable que ha buscado toda la vida, se verá nuevamente enfrentado a una pérdida -vvida como nuevo abandono- al concluir el tratamiento.

Hemos desarrollado el concepto de *espontaneidad responsable* (Defey, 2018) para conceptualizar una actitud del terapeuta que no deprive afectivamente al paciente, pero, por otra parte, evite la ilusión respecto a un vínculo que está ineludiblemente condenado a terminar. Este cuidado va directamente asociado a temas de intensidad y frecuencia que desarrollaremos en el apartado siguiente.

La consulta terapéutica

Conceptualizada originalmente por Winnicott y desarrollada luego por B. Cramer para el trabajo con madres/padres y niños pequeños, el dispositivo por el cual se conjugan la instancia diagnóstica y terapéutica en un solo encuentro (*consulta terapéutica*) ha demostrado en múltiples contextos ser una forma óptima de lograr encuentros terapéuticos que cumplan su función de tales y protejan de los efectos deletéreos mencionados. En la medida en que cada encuentro es válido por sí mismo, surge el poder extender/profundizar la intervención en relación tanto con las posibilidades reales de encuentro entre las partes como con las posibilidades internas del «paciente» de exploración de la propia historia y el tolerar compartirla con otros. Esta modalidad también «danza» adecuadamente con la transitoriedad de la vida, los vínculos y los lugares de residencia, así como lo que hemos conceptualizado (Defey, 2018), como necesidad de «menor dosis» en los vínculos y los encuentros. En nuestro medio, este modo de trabajo se vio materializado en el servicio de atención psicológica telefónica de ASSE durante la pandemia por Covid-19.

¿Insight... o oversight?

En un encuentro sobre trabajo en calle organizado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) del Uruguay, una persona, que vive en calle y fue invitada a compartir con la audiencia su experiencia y vivencias, decía que la ayuda fundamental para él por parte de «los muchachos del refugio» fue ayudarlo a percibir que su situación de calle tenía otros determinantes externos (sociales, políticos, etc.), y no se debía exclusivamente -como él pensaba- a sus fallas y omisiones.

Esta observación nos ha llevado a desarrollar el concepto de *oversight* (Defey, 2018), o *insight sociopolítico*, directamente relacionado con los conceptos de fortalecimiento y dignificación que han sostenido la mayoría de los proyectos de intervención social en nuestro país en su diseño original. Esto pretende ser complementario a la exploración de los aspectos propios en juego en la situación de vida y dificultades, dando un lugar también a la dimensión de realidad externa (actual y pasada) que mencionábamos en

un inicio. El poder asignar la situación de vida, no solo al propio accionar y dificultades, sino a factores externos (generalmente, fuera de la posibilidad de toda influencia) constituye un acto de dignificación que abre, a su vez, la posibilidad de explorar la propia contribución al devenir de vida, con la consiguiente posibilidad de modificarla o, al menos, comprenderla.

Los mecanismos de defensa

El trabajo con estas historias de dolor y la resultante fragilidad –muchas veces oculta en aparentes fortalezas y actitudes desafiantes– requiere por parte del terapeuta de un exquisito balance entre tener presente el dolor de la realidad actual y el pasado que la condiciona, junto con el tacto y cuidado de proteger a su paciente de una percepción tan dolorosa que se vuelva insoportable.

Una mujer viviendo en calle ha construido con un colchón y un nylon cuidadosamente adosado a la pared un refugio que denomina «mi casa». ¿Sería productivo cuestionar esta negación/desmentida? A nuestros ojos claramente no es una casa, pero es imprescindible comprender que esto no es solo necesario, sino un signo de salud mental, puesto que es posible para ella pensar en una casa-hogar y que tiene, además, la envidiable capacidad de verla donde solo hay indicios de la misma.

De la misma forma, la escisión/desmentida respecto a aspectos intolerables de la propia historia (que pueden ir desde la prostitución hasta el infanticidio) es el único recurso psíquico que permite sobrevivirlos. Por otra parte, la descarga por la acción que denominamos *acting out* es, en muchos niños y jóvenes que han vivido situaciones de abuso y maltrato, una forma de dignificación y «ponerse tablas» con la vida y con el mundo adulto. Esto, en un contexto de contención y aceptación, permite a lo largo del tiempo reorganizar su mundo interior y sus vínculos.

Desde el punto de vista técnico, creemos que en el trabajo con poblaciones vulnerables, la comprensión psicoanalítica de los mecanismos de defensa desplegados es esencial e ineludible, pero su abordaje requiere de cuidadosas evaluaciones que no dejen que nos determinen nuestros paradigmas culturales y de clase sobre la validez de ciertos mecanismos adaptativos en diferentes contextos de vida. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- Balint, M. (1993). *La falta básica*. Paidós.
- Baranger, W. y Baranger, M. (1961). La situación analítica como campo dinámica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1), 3-54.
- Bernardi, R., Cannetti, A., Cerutti, A., Roba, O. y Zubillaga, B. (1996). *Cuidando el potencial del futuro*. CSIC.
- Brun, A. (2011). *Les médiations thérapeutiques*. Eires.
- Charbonnier, A., González, M. y Varela, C. (agosto de 2018). *Particularidades de una clínica en situaciones de desamparo*. Trabajo presentado en el 10° Congreso de la Asociación Psicoanalítica el Uruguay, Desamparo.
- Defey, D. (2018). Adecuaciones técnicas de la psicoterapia para el trabajo con poblaciones vulnerables. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(3), 241-254.
- El Abrojo (2018). *30 años: 30 historias*. Irrupciones.
- Freud, S. (1981). Los caminos de la psicoterapia psicoanalítica. En L. López-Ballesteros (trad.) *Obras completas* (vol. 3). Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1919).
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit: Implicancias para la técnica. *Libro anual de psicoanálisis del International Journal of Psychoanalysis*, 70, 111-126.
- Knobel, M. (1987). *Psicoterapia breve*. Paidós.
- Mora, J. y Queirolo, S. (agosto de 2018). *Navegando entre la vulnerabilidad y la creatividad: Intervenciones terapéuticas con adolescentes en situación de calle extrema*. Trabajo presentado en el 10° Congreso de la Asociación Psicoanalítica el Uruguay, Desamparo.
- Rodríguez, C. y Hounie, A. (2020). *Ficciones verdaderas*. Isadora.
- Schkolnik, F. (1995). *Lo arcaico en la neurosis*. 9 Jornadas Psicoanalíticas de APU.
- Winnicott, D. W. (1993). El miedo al derrumbe. En D. W. Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1963).